

**ОБЩЕСТВО С ОГРАНИЧЕННОЙ ОТВЕТСТВЕННОСТЬЮ
«СТРАХОВАЯ КОМПАНИЯ СОГАЗ-ЖИЗНЬ»**

УТВЕРЖДАЮ

Генеральный директор
ООО «СК СОГАЗ-ЖИЗНЬ»

И.В. Якушева

«04» февраля 2020 г.

ДОПОЛНИТЕЛЬНЫЕ ПРАВИЛА СТРАХОВАНИЯ ЖИЗНИ С УЧАСТИЕМ В ПРИБЫЛИ №11

(первоначальная редакция от 04.02.2020 приказ № 014 от 04.02.2020)

1. ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ

1.1. На основании настоящих Дополнительных правил страхования жизни с участием в прибыли №11 (далее - Правила) Общество с ограниченной ответственностью «Страховая компания СОГАЗ-ЖИЗНЬ» (далее Страховщик) заключает договоры страхования жизни (далее Договор страхования) с полностью дееспособными физическими лицами (далее - Страхователи).

1.2. По Договору страхования, заключенному на основании Правил, одна сторона – Страховщик - обязуется за обусловленную Договором страхования плату (Страховую премию), уплачиваемую другой стороной – Страхователем, выплатить единовременно обусловленную Договором страхования сумму при наступлении страхового случая в жизни названного в Договоре страхования гражданина - Застрахованного лица, а также организовать предоставление и произвести оплату медицинских и иных услуг в соответствии с Программой добровольного медицинского страхования (Приложение №4 к Правилам), предусмотренной Договором страхования.

1.3. При заключении Договора страхования в соответствии с Правилами, Правила становятся неотъемлемой частью Договора страхования и являются обязательными для Страхователя, Застрахованного лица, Выгодоприобретателя и Страховщика, если в Договоре страхования прямо указывается на применение Правил, и сами Правила приложены к нему.

2. ОПРЕДЕЛЕНИЯ ТЕРМИНОВ

Определения, применяемые в Правилах:

2.1. **Страховщик** - Общество с ограниченной ответственностью «Страховая компания СОГАЗ-ЖИЗНЬ» – юридическое лицо, созданное в соответствии с законодательством Российской Федерации для осуществления страхования, и получившее лицензию в установленном законом порядке.

2.2. **Страхователь** – физическое лицо, заключившее со Страховщиком Договор страхования в соответствии с Правилами и принявшее на себя обязательства по уплате страховой премии по Договору страхования.

2.3. **Застрахованное лицо** - физическое лицо, чьи имущественные интересы, связанные с причинением вреда жизни и здоровью, и/или наступлением в его жизни иного, предусмотренного Договором страхования события, являются объектом страхования. Если Страхователь заключает Договор страхования в отношении себя, то Страхователь будет являться Застрахованным лицом по такому Договору страхования.

2.4. **Выгодоприобретатель** - лицо, в чью пользу заключен Договор страхования, таковыми могут являться одно или несколько физических или юридических лиц, назначенных Страхователем с согласия Застрахованного лица для получения страховых выплат.

2.5. **Страховой риск** - предполагаемое событие, обладающее признаками вероятности и случайности, на случай наступления которого проводится страхование.

2.6. **Страховой случай** – совершившееся событие, предусмотренное Договором страхования, с наступлением которого возникает обязанность Страховщика произвести страховую выплату Выгодоприобретателю.

2.7. **Страховая сумма** - денежная сумма, определенная Договором страхования, исходя из которой устанавливаются размер Страховой премии (Страховых взносов) и размер Страховой выплаты при наступлении Страхового случая.

- 2.8. **Страховой тариф** - ставка Страховой премии с единицы Страховой суммы с учетом объекта страхования и характера Страхового риска.
- 2.9. **Страховая премия** - плата за страхование, которую Страхователь обязан уплатить Страховщику в порядке и в сроки, которые установлены Договором страхования. Размер страховой премии рассчитывается на основе тарифов, разработанных Страховщиком с учетом статистических данных по принимаемым на страхование рискам.
- 2.10. **Страховой взнос** - часть Страховой премии, уплата которой по условиям Договора страхования осуществляется в рассрочку, подлежащая уплате Страхователем в порядке и в сроки, установленные Договором страхования.
- 2.11. **Срок страхования** - период времени, установленный в Договоре страхования, в течение которого при наступлении Страховых случаев возникает обязанность Страховщика произвести Страховую выплату.
- 2.12. **Период охлаждения** - Период времени, в течение которого Страхователь имеет право отказаться от исполнения Договора страхования. Период охлаждения начинается в дату заключения Договора страхования и заканчивается днем, предшествующим дню начала Срока страхования, но не ранее 14 (четырнадцати) календарных дней, считая от даты заключения Договора страхования.
- 2.13. **Льготный период** - предусмотренный Правилами период времени, исчисляемый от даты возникновения задолженности по уплате очередного Страхового взноса в установленный срок, предоставляемый Страховщиком Страхователю для погашения задолженности по уплате Страховых взносов.
- 2.14. **Период ожидания** - период времени, отсчитываемый от даты начала Срока страхования, и равный 180 (ста восьмидесяти) дням.
- 2.15. **Медицинская услуга** - медицинское вмешательство или комплекс медицинских вмешательств, направленных на профилактику, диагностику и лечение заболеваний, медицинскую реабилитацию и имеющих самостоятельное законченное значение.
- 2.16. **Гарантируемая годовая норма доходности** – норма доходности, использованная при расчете Страховой премии, Страховых сумм, Выкупных сумм по Договору страхования.
- 2.17. **Полисная годовщина** – календарная дата, месяц и день которой совпадают с определенной Договором страхования датой начала Срока страхования, за исключением случаев, когда дата начала Срока страхования по Договору приходится на 29 февраля. Если дата начала Срока страхования по Договору приходится на 29 февраля, то в не високосные годы полисной годовщиной считается 28 февраля.
- 2.18. **Полисный год** - период времени, начинающийся с даты начала действия Договора страхования или Полисной годовщины до даты, предшествующей следующей Полисной годовщине.
- 2.19. **Инвестиционный доход** – доход, получаемый от инвестирования Страховщиком части страховой премии по Договорам страхования, включаемый в состав страховой выплаты в соответствии с Разделом 13 Правил.
- 2.20. **Конверсия (перевод договора страхования в оплаченный)** - уменьшение Страховых сумм по Договору страхования, при котором сумма фактически уплаченных Страхователем Страховых взносов считается в полном объеме уплаченной Страховой премией.
- 2.21. **Выкупная сумма** – денежная сумма, возвращаемая Страхователю при досрочном прекращении Договора страхования в пределах сформированного в установленном порядке страхового резерва (математического резерва) на день расторжения Договора страхования.
- 2.22. **Программа добровольного медицинского страхования (Программа ДМС)** - перечень и условия оказания медицинских и иных услуг Застрахованному лицу при наступлении страхового случая в соответствии с условиями договора страхования.
- 2.23. **Страховая выплата** - денежная сумма, установленная Договором страхования и выплачиваемая Страховщиком Страхователю (Застрахованному лицу, Выгодоприобретателю, наследникам Застрахованного лица) при наступлении страхового случая.
- 2.24. **Страховой акт** – документ, фиксирующий решение о признании события, наступившего с Застрахованным лицом и заявленного Страховщику, страховым или не страховым случаем.
- 2.25. **Заявление** - документ, заполненный Страхователем (Застрахованным лицом, Выгодоприобретателем) по форме, установленной Страховщиком, содержащий ответы на вопросы Страховщика, и/или информацию о Страхователе, Застрахованном лице, Выгодоприобретателе, и/или требование изменения условий Договора страхования, подписанный личной подписью лица, подающего Заявление, или устное заявление, на основании которого заключается договор страхования.
- 2.26. **Дожитие** – дожитие Застрахованного лица до окончания Срока страхования.
- 2.27. **Смерть** - прекращение, полная постоянная остановка биологических и физиологических процессов жизнедеятельности организма.

2.28. **Несчастный случай** - внезапное, случайное, непреднамеренное, кратковременное внешнее по отношению к Застрахованному лицу событие, повлекшее за собой телесное повреждение или иное нарушение внутренних и/или внешних функций организма Застрахованного лица, или смерть Застрахованного лица, не являющееся следствием Болезни, и произошедшее в течение срока страхования независимо от воли Страхователя/Застрахованного лица и/или Выгодоприобретателя. Несчастливым случаем является, если иное не указано в договоре страхования:

2.28.1. событие, вследствие которого была получена любая травма, в том числе ушиб мозга, сотрясение мозга, ушиб внутренних органов, полная или частичная потеря органов, вывих, перелом (за исключением патологического вывиха/перелома), ранение, разрыв, ожог (термический, химический), отморожение, поражение электрическим током;

2.28.2. случайное попадание в дыхательные пути инородных тел, удушение, утопление;

2.28.3. повреждение органов и частей тела в результате нападения животных (исключая укусы насекомых);

2.28.4. случайное острое отравление промышленными или бытовыми химическими веществами, лекарствами (если они принимались по назначению врача в соответствии с указанной им дозировкой), ядами животного или растительного происхождения, только если перечисленные события повлекли за собой госпитализацию, инвалидность или смерть Застрахованного лица.

2.29. **Болезнь** - заболевание, впервые диагностированное у Застрахованного лица в течение Срока страхования, или обострение имеющегося хронического заболевания, о наличии которого Страховщик был информирован до момента заключения Договора страхования, и указанного в Заявлении на страхование, приведшее к смерти Застрахованного лица или установлению ему инвалидности.

2.30. **Инвалидность** - ограничение жизнедеятельности Застрахованного лица, в возрасте старше 18 лет, в результате нарушения здоровья со стойким расстройством функций организма, обусловленным заболеваниями, последствиями травм или приобретенными дефектами, возникшими в период действия Договора страхования, или обострение имеющихся хронических заболеваний, травм, приобретенных дефектов, о наличии которых Страховщик был информирован до момента заключения Договора страхования, и указанных в Заявлении на страхование, приводящих к необходимости социальной защиты, с установлением группы инвалидности и степени ограничения способности к трудовой деятельности в соответствии с законодательством Российской Федерации, и на основании результатов медико-социальной экспертизы (МСЭ), проведённой в период Срока страхования.

2.31. **Телемедицинские технологии** - информационные технологии, обеспечивающие дистанционное взаимодействие медицинских работников между собой, с пациентами и (или) их законными представителями, идентификацию и аутентификацию указанных лиц, документирование совершаемых ими действий при проведении консилиумов, консультаций, дистанционного медицинского наблюдения за состоянием здоровья пациента.

2.32. **Травма** - телесные повреждения, полученные Застрахованным лицом в течение Срока страхования в результате Несчастливого случая, установленные Квалифицированным врачом и зафиксированные в медицинской документации.

2.33. **Критическое заболевание** – в рамках Правил понимается как диагностированные Квалифицированным врачом заболевание или осложнение заболевания, либо рекомендованное и произведенное Квалифицированным врачом хирургическое лечение заболевания, указанные в перечне Критических заболеваний, закрытый перечень которых приведён в Приложении №2 к Правилам. Установление Критического заболевания основано на диагностических признаках, зафиксированных в медицинской документации, и соответствующих критериям определения, изложенным в перечне Критических заболеваний в Приложении №2 к Правилам.

2.34. **Квалифицированный врач** – специалист с высшим медицинским образованием, имеющий право осуществлять соответствующую медицинскую деятельность (лечение или консультацию) и состоящий в трудовых отношениях или гражданско-правовых отношениях с медицинским учреждением, при этом не являющийся родственником, подчинённым работником или лицом, каким-либо образом зависящим от Застрахованного лица.

2.35. **ДТП** – дорожно-транспортное происшествие - событие, возникшее в процессе движения по дороге транспортного средства и с его участием, повлекшее за собой травмирование или гибель одного или нескольких людей.

2.36. **Электронная подпись** - информация в электронной форме, которая присоединена к другой информации в электронной форме (подписываемой информации) или иным образом связана с такой информацией и которая используется для определения лица, подписывающего информацию в соответствии с Федеральным закон от 6 апреля 2011 г. N 63-ФЗ "Об электронной подписи".

2.37. **Усиленная квалифицированная электронная подпись** – электронная подпись, сформированная для подписания документа, обладающая следующими признаками: получена в результате криптографического преобразования информации с использованием ключа электрон-

ной подписи; позволяет определить лицо, подписавшее электронный документ; позволяет обнаружить факт внесения изменений в электронный документ после момента его подписания; создается с использованием средств электронной подписи; ключ проверки электронной подписи указан в квалифицированном сертификате; для создания и проверки электронной подписи используются средства электронной подписи, имеющие подтверждение соответствия требованиям, установленным в соответствии с Федеральным законом «Об электронной подписи».

2.38. **Заявление в электронном виде (электронное заявление)** - Заявление, направляемое Страхователем Страховщику с использованием официального сайта Страховщика в информационно-телекоммуникационной сети Интернет в соответствии с заключённым между Страхователем Страховщиком Пользовательского соглашения, подписанное Электронной подписью Страхователя.

2.39. **Электронный документ** - документированная информация, представленная в электронной форме, то есть в виде, пригодном для восприятия человеком с использованием электронных вычислительных машин, а также для передачи по информационно-телекоммуникационным сетям или обработки в информационных системах.

2.40. **Официальный сайт Страховщика** – информационный ресурс в информационно-телекоммуникационной сети «Интернет», расположенный по адресу www.sogaz-life.ru

2.41. **Пользовательское соглашение (Соглашение об электронном взаимодействии и сервисах)** – документ, определяющий порядок электронного взаимодействия между Страхователями и Страховщиком в целях обеспечения информационного обмена юридически значимыми сообщениями в рамках Договоров страхования.

2.42. **Полис** – документ, в соответствии с условиями которого Страховщик предлагает Страхователю заключить Договор страхования, содержащий в себе существенные условия, предусмотренные действующим законодательством РФ. Подписанный Страховщиком Полис вручается Страхователю. Акцептом Страхователя содержащихся в выданном ему Полисе условий является уплата в полном объеме и в установленные в Полисе сроки Страховой премии (первого Страхового взноса).

3. СУБЪЕКТЫ СТРАХОВАНИЯ

3.1. Страхователями могут быть дееспособные физические лица, в возрасте не младше 18 (восемнадцати) лет и не старше 65 лет на дату начала Срока страхования, однако возраст на дату окончания Срока страхования не должен превышать 70 (семидесяти) лет.

Страховщик вправе установить иной предельный возраст на дату начала Срока страхования и дату окончания Срока страхования по всем или отдельным Страховым рискам.

3.2. Страхователь является Застрахованным лицом.

3.3. На специальных условиях принимаются на страхование следующие категории лиц:

3.3.1. лица, на момент заключения Договора страхования, являющиеся инвалидами I, II или III группы или имеющие установленную степень утраты профессиональной трудоспособности 50% и более;

3.3.2. лица, которым на момент заключения Договора страхования было рекомендовано прохождение медико-социальной экспертизы с целью установления группы инвалидности или направленные на медико-социальную экспертизу для установления группы инвалидности;

3.3.3. лица, употребляющие наркотики, токсические вещества, страдающие алкоголизмом и/или состоящие по любой из указанных причин на диспансерном учете в медицинском учреждении или наблюдающиеся у врача-специалиста;

3.3.4. лица, инфицированные ВИЧ (вирус иммунодефицита человека) или больные СПИД (синдромом приобретенного иммунного дефицита);

3.3.5. лица, страдающие инфекционными гепатитами (В, С) и иными формами гепатитов;

3.3.6. лица, страдающие психическими расстройствами, состоящие на учете по этому поводу в психоневрологическом диспансере или наблюдающиеся у врача-специалиста;

3.3.7. лица, проходившие обследование в связи с любыми формами новообразований, рака, лейкемии, лимфом, или состоящие на диспансерном учете в медицинском учреждении или наблюдающиеся у врача-специалиста по поводу злокачественных заболеваний;

3.3.8. лица, состоящие на диспансерном учете в медицинском учреждении или наблюдающиеся у врача-специалиста по поводу туберкулеза;

3.3.9. лица, страдающие заболеваниями сердечно-сосудистой системы при ранее перенесенных инфаркте или инсульте;

3.3.10. лица, страдающие сахарным диабетом;

3.3.11. лица, в отношении которых в связи с совершением ими преступления судом когда-либо назначались принудительные меры медицинского характера;

3.3.12. лица, занимающиеся профессиональной деятельностью, связанной с повышенной опасностью: проведение работ на высоте свыше 15 м, работа в море, под водой или под землёй,

работа с токсическими химическими соединениями, со взрывчатыми веществами, с источниками высокого электрического напряжения, радиоактивного излучения, работа, связанная с тяжелым ручным и механизированным трудом, с поднятием или перемещением тяжестей, профессиональным управлением транспортными средствами, работа, связанная с пребыванием в районах вооруженных конфликтов или военных действий, или в районах радиационного или химического заражения, со службой в вооруженных силах, службе охраны, инкассации, МЧС, пожарной службе, а также, профессиональные спортсмены (за исключением интеллектуальных видов спорта: шахматы, шашки, го, рензю и т.д., не требующие активной физической работы организма).

3.4. По Страховому риску «КРИТИЧЕСКОЕ ЗАБОЛЕВАНИЕ» не могут быть застрахованы лица, которые уже перенесли одно или несколько из состояний, указанных в перечне Критических заболеваний (Приложение №2 к Правилам), если иное не предусмотрено Договором страхования.

3.5. Застрахованное лицо, указанное в Договоре страхования, не может быть заменено Страхователем на другое лицо.

3.6. Право на получение Страховой выплаты принадлежит Выгодоприобретателю, при этом Договор страхования считается заключенным в пользу Застрахованного лица, если в Договоре страхования не названо в качестве Выгодоприобретателя другое лицо. В случае смерти лица, застрахованного по Договору страхования, в котором не назван иной Выгодоприобретатель, Выгодоприобретателями признаются наследники Застрахованного лица.

4. ОБЪЕКТ СТРАХОВАНИЯ

4.1. Объектом страхования являются имущественные интересы, связанные с дожитием Застрахованного лица до определенного срока или смертью, с причинением вреда здоровью Застрахованного лица, а также с оплатой организации и оказания медицинской помощи (медицинских услуг) и иных услуг вследствие расстройства здоровья физического лица или состояния физического лица, требующих организации и оказания таких услуг.

5. СТРАХОВОЙ РИСК, СТРАХОВОЙ СЛУЧАЙ

5.1. Страховыми рисками являются следующие предполагаемые события в жизни Застрахованного лица, на случай наступления которых может заключаться Договор страхования по одному из вариантов, установленных для Комплексных программ страхования:

5.1.1. Комплексная программа страхования «Гарантия плюс»:

Обязательные риски:

5.1.1.1. «ДОЖИТИЕ» (далее – ДОЖИТИЕ);

5.1.1.2. «СМЕРТЬ В РЕЗУЛЬТАТЕ ЛЮБОЙ ПРИЧИНЫ» (далее – СМЕРТЬ по любой причине);

5.1.1.3. «СМЕРТЬ В РЕЗУЛЬТАТЕ НЕСЧАСТНОГО СЛУЧАЯ» (далее – СМЕРТЬ в результате несчастного случая);

5.1.1.4. «СМЕРТЬ В РЕЗУЛЬТАТЕ ДТП» (далее – СМЕРТЬ в результате ДТП);

5.1.1.5. «ТРАВМА» (далее – ТРАВМА) (Таблица №1 размеров страховых выплат по страховому риску «ТРАВМА»);

5.1.1.6. «ПЕРВИЧНОЕ УСТАНОВЛЕНИЕ ИНВАЛИДНОСТИ В РЕЗУЛЬТАТЕ ЛЮБОЙ ПРИЧИНЫ» (далее – ИНВАЛИДНОСТЬ 1 группы по любой причине (Освобождение от уплаты страховых взносов));

5.1.1.7. «ЛЕЧЕНИЕ» (далее – ТЕЛЕМЕДИЦИНА).

5.1.2. Комплексная программа страхования «Гарантия плюс Премиум»:

Обязательные риски:

5.1.2.1. «ДОЖИТИЕ» (далее – ДОЖИТИЕ);

5.1.2.2. «СМЕРТЬ В РЕЗУЛЬТАТЕ ЛЮБОЙ ПРИЧИНЫ» (далее – СМЕРТЬ по любой причине);

5.1.2.3. «СМЕРТЬ В РЕЗУЛЬТАТЕ НЕСЧАСТНОГО СЛУЧАЯ» (далее – СМЕРТЬ в результате несчастного случая);

5.1.2.4. «СМЕРТЬ В РЕЗУЛЬТАТЕ ДТП» (далее – СМЕРТЬ в результате ДТП);

5.1.2.5. «ТРАВМА» (далее – ТРАВМА) (Таблица №2 размеров страховых выплат по страховому риску «ТРАВМА»);

5.1.2.6. «ПЕРВИЧНОЕ УСТАНОВЛЕНИЕ ИНВАЛИДНОСТИ В РЕЗУЛЬТАТЕ ЛЮБОЙ ПРИЧИНЫ» (далее – ИНВАЛИДНОСТЬ 1 - 2 группы по любой причине (Освобождение от уплаты страховых взносов));

5.1.2.7. «ЛЕЧЕНИЕ» (далее – ТЕЛЕМЕДИЦИНА).

5.1.2.8. ПЕРВИЧНОЕ УСТАНОВЛЕНИЕ ИНВАЛИДНОСТИ В РЕЗУЛЬТАТЕ НЕСЧАСТНОГО СЛУЧАЯ (далее – ИНВАЛИДНОСТЬ 1 – 2 группы в результате несчастного случая).

Дополнительный риск:

5.1.2.9. ПЕРВИЧНОЕ ДИАГНОСТИРОВАНИЕ КРИТИЧЕСКОГО ЗАБОЛЕВАНИЯ (далее – КРИТИЧЕСКОЕ ЗАБОЛЕВАНИЕ).

5.2. Страховыми случаями могут быть признаны следующие события:

5.2.1. по Страховому риску «ДОЖИТИЕ» - дожитие Застрахованного лица до даты окончания Срока страхования;

5.2.2. по Страховому риску «СМЕРТЬ по любой причине» - смерть Застрахованного лица, наступившая в результате Несчастного случая, произошедшего в течение Срока страхования, или Болезни, за исключением событий, указанных в п. 5.3. Правил;

5.2.3. по Страховому риску «СМЕРТЬ в результате несчастного случая» - смерть Застрахованного лица в результате Несчастного случая, произошедшего в течение Срока страхования, за исключением событий, указанных в п. 5.3. Правил;

5.2.4. по Страховому риску «СМЕРТЬ в результате ДТП» - смерть Застрахованного лица в результате ДТП, произошедшего в течение Срока страхования, за исключением событий, указанных в п. 5.3. Правил;

5.2.5. по Страховому риску «ТРАВМА» - полученная Застрахованным лицом Травма, исключая события, указанные в п. 5.3. Правил, из числа перечисленных в Приложении №3 к Правилам:

- по п.5.1.1.5: «Таблица №1 размеров страховых выплат по страховому риску «ТРАВМА»;

- по п.5.1.2.5: «Таблица №2 размеров страховых выплат по страховому риску «ТРАВМА».

5.2.6. по Страховым рискам ИНВАЛИДНОСТЬ 1 группы по любой причине и ИНВАЛИДНОСТЬ 1-2 группы по любой причине (Освобождение от уплаты страховых взносов) – установленная впервые в течение Срока страхования Застрахованному лицу инвалидность I группы либо I или II группы (группы инвалидности указываются в Договоре страхования) в результате Несчастного случая, произошедшего в течение Срока страхования, или Болезни, за исключением событий, указанных в п. 5.3. Правил. Урегулирование страхового случая осуществляется в соответствии с Дополнительными условиями страхования №1 «Условие «освобождение от уплаты страховых взносов».

5.2.7. по Страховому риску «ТЕЛЕМЕДИЦИНА» - обращение Застрахованного лица за получением дистанционных (телемедицинских) онлайн-консультаций в соответствии с перечнем, установленным Программой ДМС (Приложение №4 к Правилам).

5.2.8. по Страховому риску ИНВАЛИДНОСТЬ 1 – 2 группы в результате несчастного случая - впервые установленная в течение Срока страхования инвалидность Застрахованного I или II группы в результате произошедшего в течение Срока страхования Несчастного случая, за исключением событий, указанных в п. 5.3. Правил.

5.2.9. по Страховому риску КРИТИЧЕСКОЕ ЗАБОЛЕВАНИЕ - установление Застрахованному лицу впервые в течение Срока страхования, но по истечении Периода ожидания, Критического заболевания из числа перечисленных в Перечне Критических заболеваний, установленном Договором страхования (Приложение №2 к Правилам).

5.3. Из числа указанных в п.п.5.1.1.2-5.1.1.6, 5.1.2.2-5.1.2.6, 5.1.2.8-5.1.2.9 Правил, не признаётся Страховым случаем:

5.3.1. событие, наступившее в результате военных действий и их последствий, гражданских беспорядков, восстаний, волнений, боевых действий, революций или при введении военного правления, свержении или захвате власти, а также участия в террористических актах на стороне инициатора событий;

5.3.2. событие, наступившее в результате умышленных действий Страхователя, Застрахованного лица, Выгодоприобретателя, направленных на наступление Страхового случая;

5.3.3. событие, наступившее при совершении Страхователем или Застрахованным лицом преступления (уголовного преступления), находящегося в прямой причинно-следственной связи с наступлением события, имеющего признаки Страхового случая;

5.3.4. событие, наступившее во время нахождения Застрахованного лица в местах лишения свободы, а также в изоляторах временного содержания и других учреждениях, предназначенных для содержания лиц, подозреваемых или обвиняемых в совершении преступления;

5.3.5. событие, наступившее во время службы Застрахованного лица в вооруженных силах, участия в военных сборах и учениях, маневрах, испытаниях военной техники или иных подобных операциях в качестве военнослужащего либо гражданского служащего;

5.3.6. событие, наступившее в результате полетов Застрахованного лица на любом летательном аппарате или управления им, если Застрахованное лицо не является профессиональным пилотом, кроме случаев полета в качестве пассажира на рейсовом самолете или вертолете гражданской авиации, управляемом лицом, имеющим право на управление воздушным транспортным средством;

5.3.7. событие, наступившее в результате профессиональных занятий Застрахованным лицом спортом;

5.3.8. событие, наступившее в результате систематических занятий Застрахованным лицом любым видом спорта на любительском уровне, направленных на достижение спортивных результатов и/или участие в соревнованиях;

5.3.9. событие, наступившее в результате занятий Застрахованным лицом следующими видами спорта или хобби: бокс, боевые искусства, альпинизм, автогонки, мотокросс, триал, скалолазание, спелеология, городской альпинизм, диггерство, паркур, парашютный спорт и любые воздушные виды спорта, дайвинг и любые погружения под воду на глубину более 30 (тридцати) метров или в одиночку, горнолыжные виды спорта, за исключением любительского катания без выполнения трюков и прыжков с трамплинов на специально подготовленных горных склонах, туристические походы в труднодоступные районы и водный туризм (в том числе парусный спорт, рафтинг, сплав на плотах, байдарках, каяках, катамаранах), экстремальное катание на роликах (фристайл, даунхилл агрессивное катание), экстремальное катание на скейтбордах (в том числе катание в стиле стрит, верт, лонгборд, парк) экстремальное катание на велосипеде (катание на горном велосипеде, BMX, велотриал, дертджампинг, стрит и т.п.), охота профессиональная, на крупного зверя, на экзотических животных;

5.3.10. событие, наступившее в результате езды Застрахованного лица на мотоцикле или ином двухколёсном моторизованном транспортном средстве при температуре окружающей среды или дорожного покрытия ниже 0°C;

5.3.11. событие, наступившее в результате управления транспортным средством Застрахованным лицом, не имевшим права управления данным транспортным средством, а также в случае, если управление транспортным средством было передано Застрахованным лицом лицу, находящемуся в подобном состоянии или не имеющему права на управление данным транспортным средством;

5.3.12. событие, наступившее в результате управления транспортным средством Застрахованным лицом, находящимся в состоянии опьянения (алкогольного, наркотического или токсического) или под воздействием сильнодействующих и/или психотропных веществ, медицинских препаратов, при применении которых противопоказано управление транспортными средствами, или управления транспортным средством лицом, находившимся в состоянии опьянения (алкогольного, наркотического или токсического) или под воздействием сильнодействующих и/или психотропных веществ, медицинских препаратов, при применении которых противопоказано управление транспортными средствами, если Застрахованное лицо передало управление транспортным средством такому лицу;

5.3.13. событие, наступившее в результате действий Застрахованного лица, находящегося на момент наступления события в состоянии опьянения (алкогольного, наркотического или токсического), а также под влиянием сильнодействующих и/или психотропных веществ, медицинских препаратов (принятых Застрахованным лицом без предписания врача или по предписанию врача, но с нарушением указанной им дозировки);

5.3.14. событие, наступившее в результате алкогольной болезни, алкогольного поражения органов и систем органов, в том числе, алкогольной кардиомиопатии, алкогольных поражений печени, алкогольных поражений почек, алкогольных поражений поджелудочной железы, алкогольной энцефалопатии и все иные заболевания, возникающие при употреблении (однократном и/или постоянном/длительном употреблении) алкоголя и его суррогатов или в результате отравления алкоголем и его суррогатами, наркотическими, психотропными или иными опьяняющими веществами, лекарственными препаратами принятыми Застрахованным лицом без предписания врача или по предписанию врача, но с нарушением указанной врачом дозировки;

5.3.15. событие, наступившее в результате заболевания и/или патологического состояния и/или травмы установленных/зафиксированных у Застрахованного лица до заключения Договора страхования, и о которых не было письменно сообщено Страховщику при заключении Договора страхования;

5.3.16. событие, наступившее в результате болезней Застрахованного лица, прямой или косвенной причиной которых являются условно-патогенная инфекция или злокачественная опухоль, если на момент события, имеющего признаки страхового случая, Застрахованное Лицо было инфицировано ВИЧ или имело синдром приобретенного иммунодефицита (СПИД), при этом:

5.3.16.1. «условно-патогенная инфекция» включает пневмоцистное воспаление легких, вызванное *Pneumocystis carinii* (*Pneumocystis jirovecii*), микроорганизмами, вызывающими хронические энтериты, вирусом и/или диссеминированными грибковыми инфекциями;

5.3.16.2. «злокачественные опухоли» включают саркому Капоши, лимфому центральной нервной системы и/или другие злокачественные опухоли, которые потенциально могут являться непосредственной причиной смерти при наличии синдрома приобретенного иммунодефицита (СПИД);

5.3.16.3. «Синдром приобретенного иммунодефицита» включает энцефалопатию ВИЧ (слабоумие) и синдром истощения ВИЧ. Сокращение ВИЧ обозначает вирус иммунодефицита человека;

5.3.16.4. случаи заражения ВИЧ-инфекцией, вызванные действиями, предусмотренными ст.122 УК РФ, и подтвержденные вступившим в силу решением суда, признаются страховыми;

5.3.17. событие, наступившее в результате воздействия на Застрахованное лицо ионизирующей радиации или радиоактивного заражения;

5.3.18. самоубийство Застрахованного лица или попытки совершения Застрахованным лицом самоубийства в первые 2 (два) года Срока страхования, за исключением тех случаев, когда Застрахованное лицо было доведено до такого состояния противоправными действиями третьих лиц;

5.3.19. пропажа без вести Застрахованного лица, если Застрахованное лицо не объявлено судом умершим, и на его имя не выдано свидетельство о смерти.

5.3.20. событие, если Страхователем или Застрахованным лицом указаны заведомо ложные сведения в Заявлении на страхование и/или Договоре страхования или представлены подложные документы при заключении Договора страхования; 5.3.21. событие, если Страхователем или Застрахованным лицом или Выгодоприобретателем указаны заведомо ложные сведения в документах, представляемых по наступившему событию, или представлены подложные документы для получения страховой выплаты в связи с наступившим событием.

5.3.21. В отношении Перечня Критических заболеваний дополнительно к указанным в Перечне Критических заболеваний исключениям страховыми случаями не являются предшествующие состояния или заболевания: любой рак или предраковое состояние в прошлом; папиллома мочевого пузыря; коли-полипоз; болезнь Крона; язвенный колит; гематурия; кал с кровью; кровохаркание; лимфаденопатия; спленомегалия; кахексия; гипертония; стенокардия; артериосклероз и болезни коронарных артерий; боль в груди при физической нагрузке, сахарный диабет, сердечные аритмии, изменения на ЭКГ, гиперлипидемия, ожирение; нарушения клапанного аппарата сердца, преходящие ишемические нарушения, гемофилия, эмболия легких, эмболия какого-либо из крупных кровеносных сосудов, аневризмы внутричерепных сосудов, артериосклероз, артериовенозные пороки развития, фибрилляция предсердий, хронический гломерулонефрит, врожденные пороки и заболевания; поликистоз почки, анальгезическая нефропатия или нефропатия с рефлюксом, системная красная волчанка.

5.3.22. по Страховому риску «ТРАВМА» телесные повреждения, не указанные в «Таблице №1 размеров страховых выплат по страховому риску «ТРАВМА» или «Таблице №2 размеров страховых выплат по страховому риску «ТРАВМА» (в зависимости от варианта страхования).

5.4. По п.5.2.7 не признается страховым случаем «ТЕЛЕМЕДИЦИНА»:

5.4.1. обращение Застрахованного лица за оказанием услуг, предусмотренных Программой ДМС, до начала или после окончания срока действия Договора страхования

5.4.2. услуги, которые прямо не предусмотрены Программой ДМС.

6. СТРАХОВАЯ СУММА. СТРАХОВОЙ ТАРИФ. СТРАХОВАЯ ПРЕМИЯ (СТРАХОВЫЕ ВЗНОСЫ). ФОРМА И ПОРЯДОК ИХ УПЛАТЫ

6.1. Страховая сумма устанавливается Договором страхования (Полисом) по соглашению Страховщика и Страхователя по каждому Страховому риску отдельно путем указания конкретной денежной суммы в валюте Российской Федерации.

6.2. По соглашению Сторон Страховая сумма может быть увеличена или уменьшена, при этом Страховщик производит перерасчет Страховой премии. Увеличение и уменьшение Страховой суммы оформляется дополнительным соглашением к Договору страхования или в порядке, предусмотренном п. 14.9. Правил без оформления дополнительного соглашения к Договору страхования, если иное не предусмотрено Договором страхования.

6.3. Размер Страховой премии рассчитывается на основе разработанных компанией Страховых тарифов с учетом характера Страхового риска, Срока страхования, пола, возраста Застрахованного лица. Страховщик имеет право применять к Страховым тарифам индивидуальные повышающие, понижающие коэффициенты в зависимости от срока и порядка уплаты Страховой премии (Страховых взносов), а также от обстоятельств, имеющих существенное значение для определения вероятности наступления Страхового случая, в том числе связанных с состоянием здоровья Застрахованного лица, его профессиональной деятельностью, образом жизни, увлечениями и способами проведения досуга.

6.4. Страховая премия (Страховые взносы) устанавливаются в валюте Российской Федерации.

6.5. Страховая премия уплачивается в рассрочку в виде Страховых взносов (ежегодно). Порядок уплаты Страховой премии (Страховых взносов) устанавливается Договором страхования (Полисом) или дополнительными соглашениями к нему.

6.6. Если иное не предусмотрено договором, срок уплаты Страховых взносов в рассрочку устанавливается равным Сроку страхования.

6.7. Уплата Страховой премии (Страховых взносов) может производиться наличными деньгами в кассу Страховщика, его уполномоченному представителю или по безналичному расчету путем перечисления на расчетный счет Страховщика или его уполномоченного представителя.

6.8. Первый Страховой взнос вносится не позднее даты, указанной в Договоре страхования (Полисе).

6.9. Если иное не оговорено в Договоре страхования, Страхователям предоставляется Льготный период 30 (тридцать) календарных дней для оплаты Страховых взносов, считая от даты, указанной в Договоре страхования (Полисе) как день, в который должно быть осуществлено внесение очередного Страхового взноса.

6.10. Если иное не предусмотрено Договором страхования, то при уплате Страховой премии (Страховых взносов) безналичным путем датой уплаты Страховой премии (Страхового взноса) считается дата поступления денег на расчетный счет Страховщика или его уполномоченного представителя. При уплате Страховой премии (Страхового взноса) наличным платежом датой уплаты Страховой премии (Страхового взноса) считается дата поступления денег в кассу Страховщика или его уполномоченному представителю в порядке, предусмотренном действующим законодательством.

6.11. Факт уплаты Страхового взноса при безналичном перечислении должен подтверждаться платежными документами (платежное поручение и т.п.) в том банке, через который этот взнос был уплачен, или приходно-кассовым ордером при оплате наличными деньгами.

6.12. Если в Договоре страхования не предусмотрено иное, то в случае неуплаты первого Страхового взноса (при уплате в рассрочку) в размере и сроки, установленные Договором страхования (Полисом), Договор страхования считается не вступившим в силу, и Страховые выплаты по нему не производятся.

7. СРОК ДЕЙСТВИЯ ДОГОВОРА СТРАХОВАНИЯ

7.1. Договор страхования заключается в целых годах на срок от 5 (пяти) до 20 (двадцати) лет, если иное не указано в Договоре страхования.

7.2. Срок страхования устанавливается по соглашению Страховщика и Страхователя, при этом начало и окончание Срока страхования определяется календарными датами, которые указываются в Договоре страхования (Полисе).

7.3. Договор страхования вступает в силу при условии полной оплаты первого Страхового взноса, но не ранее 00:00 часов по Московскому времени дня, указанного в Договоре страхования, как дата начала действия Договора страхования (дата начала течения Срока страхования).

7.4. Срок страхования заканчивается в 24:00 по Московскому времени дня, указанного в Договоре страхования (Полисе), как дата окончания действия Договора страхования (дата окончания Срока страхования).

8. ЗАКЛЮЧЕНИЕ, ИСПОЛНЕНИЕ И ПРЕКРАЩЕНИЕ ДЕЙСТВИЯ ДОГОВОРА СТРАХОВАНИЯ

8.1. Договор страхования заключается путем вручения Страховщиком Страхователю Полиса, подписанного Страховщиком, на основании заявления Страхователя. Заявление на заключение Договора страхования подается Страхователем в устной форме. Подписание Полиса Страховщиком с использованием факсимильного отображения, или иного графического воспроизведения, подписи уполномоченного представителя Страховщика и печати Страховщика, при ее предоставлении, является надлежащим подписанием Полиса Страховщиком.

8.2. На основании представленных сведений о состоянии здоровья, хобби, увлечениях, медицинских данных лица, которое предположительно будет застраховано, Страховщик имеет право увеличить размер Страховой премии, снизить Страховые суммы или иным образом изменить страховое покрытие.

8.3. Страховщик вправе требовать медицинского осмотра лица, которое предположительно будет застраховано. Отказ от прохождения медицинского осмотра является отказом Страхователя от принятия предложения о заключении Договора страхования.

8.4. Лицо, принимаемое на страхование, на момент подачи заявления на страхование страдающее хроническим заболеванием, может быть застраховано с согласия Страховщика и только при условии, что до заключения Договора страхования Страховщик был письменно уведомлен Страхователем о состоянии здоровья лица, принимаемого на страхование. Страховщик также вправе приостановить рассмотрение заявления на страхование, если лицо, заявленное на страхование, страдает острым заболеванием или временно нетрудоспособно (имеет временное нарушение здоровья).

8.5. Информация, которая поступила к Страховщику в результате проверки состояния здоровья, является конфиденциальной, однако, Страховщик имеет право передавать перестраховщи-

ку или состраховщику в необходимых объемах информацию о принимаемом на страхование лице для оценки степени риска и для оформления договора перестрахования или сострахования в отношении этого лица. Передача посредникам информации о принимаемом на страхование лице допускается только в том объеме, что необходимо для оформления Договора страхования.

8.6. Если будет установлено, что Договор страхования был заключен в отношении лиц, не соответствующих требованиям п.3.1. Правил или был заключен в отношении лиц, указанных в п.3.3. Правил без установления специальных условий, и/или Страховщиком после заключения Договора страхования будет выявлен факт предоставления Страхователем, и/или Застрахованным лицом заведомо ложных сведений, то Страховщик вправе потребовать признания такого Договора страхования в отношении таких лиц недействительным и возмещения понесенных им убытков, при этом Страховые выплаты по такому Договору страхования в отношении указанных лиц не осуществляются.

8.7. Страхователь назначает Выгодоприобретателя с письменного согласия Застрахованного лица. Если Застрахованное лицо является недееспособным или ограниченно дееспособным, то назначение Выгодоприобретателя на случай смерти Застрахованного лица осуществляется Страхователем по письменному согласованию с законным представителем Застрахованного лица.

8.8. Застрахованное лицо или иное лицо с согласия Страхователя и Страховщика имеет право исполнить какие-либо из обязанностей Страхователя по Договору страхования. Исполнение Застрахованным или иным лицом части обязанностей Страхователя по Договору страхования не освобождает Страхователя от исполнения других обязанностей по Договору страхования.

8.9. В случае утраты Полиса в период действия Договора страхования (Полиса) Страхователю на основании его письменного заявления выдается дубликат, после чего утраченный экземпляр Полиса считается недействительным и Страховые выплаты по нему не производятся. При повторной утрате Полиса в период Действия договора для получения дубликата Договора страхования Страхователь уплачивает Страховщику денежную сумму в размере стоимости изготовления и оформления дубликата Полиса. При заключении между Страхователем и Страховщиком Пользовательского соглашения, заявление на получения дубликата Договора страхования Страхователь вправе направить Страховщику в электронном виде с использованием Официального сайта Страховщика.

8.10. Действие Договора страхования прекращается в случаях:

8.10.1. истечения Срока страхования;

8.10.2. смерти Застрахованного лица в течение Срока страхования, не являющейся Страховым случаем;

8.10.3. исполнения Страховщиком обязательств по Договору страхования в полном объеме;

8.10.4. неуплаты Страхователем рассроченных Страховых взносов, подлежащих уплате в течение первых двух лет действия Договора страхования в установленные Договором страхования (Полисом) сроки, с учетом установленного в соответствии с п. 6.9. Правил Льготного периода, если Страховщик не предоставил дополнительную отсрочку в оплате;

8.10.5. расторжения Договора страхования по инициативе Страхователя.

8.10.6. в других случаях, предусмотренных действующим законодательством Российской Федерации.

8.11. Неуплата Страховых взносов, подлежащих уплате в течение первых двух лет действия Договора страхования, в установленные Договором страхования сроки, с учетом установленного в соответствии с п.6.9. Правил Льготного периода, признается волеизъявлением Страхователя о расторжении Договора страхования (далее – Автоматическое расторжение) кроме Договоров страхования, включающих Дополнительные условия страхования №1 («ОСВОБОЖДЕНИЕ ОТ УПЛАТЫ СТРАХОВЫХ ВЗНОСОВ»), по которым наступил Страховой случай в соответствии с Дополнительными условиями страхования №1.

8.12. Датой Автоматического расторжения Договора страхования считается календарный день, следующий за датой окончания Льготного периода.

8.13. Дополнительное соглашение при Автоматическом расторжении Договора страхования не заключается.

8.14. В течение 10 (десяти) рабочих дней, считая от даты Автоматического расторжения Договора страхования Страховщик направляет Страхователю уведомление о проведенном Автоматическом расторжении.

8.15. Неуплата страховых взносов, подлежащих уплате в третий и последующие годы срока страхования, в установленные Договором страхования (Полисом) сроки, с учетом установленного в соответствии с п.6.9. Правил Льготного периода, признается волеизъявлением Страхователя о Конверсии Договора страхования (далее – Автоматическая конверсия), кроме Договоров страхования, включающих Дополнительные условия страхования №1 («ОСВОБОЖДЕНИЕ ОТ

УПЛАТЫ СТРАХОВЫХ ВЗНОСОВ»), по которым наступил Страховой случай в соответствии с Дополнительными условиями страхования №1.

8.16. В результате Автоматической конверсии (перевода Договора страхования в оплаченный) Договора страхования:

8.16.1. сумма фактически уплаченных Страхователем страховых взносов по Договору страхования считается в полном объеме уплаченной Страховой премией;

8.16.2. производится автоматическое уменьшение Страховых сумм по Договору страхования.

8.17. Размеры уменьшенных Страховых сумм определяются Страховщиком и не могут быть оспорены Страхователем.

8.18. Дополнительное соглашение при Автоматической конверсии Договора страхования не заключается.

Страховщик направляет Страхователю извещение о размере уменьшенных сумм.

8.19. Датой Автоматической конверсии Договора страхования считается календарный день, следующий за датой окончания Льготного периода.

8.20. В течение 10 (десяти) рабочих дней, считая от даты Автоматической конверсии Договора страхования Страховщик направляет Страхователю с указанием зафиксированных на дату Автоматической конверсии Страховых сумм с таблицей выкупных сумм, действующих в дату Автоматической конверсии.

8.21. В случае принятия решения о досрочном расторжении Договора страхования, Страхователь направляет Страховщику Заявление о расторжении Договора страхования по установленной Страховщиком форме и оригинал Полиса либо Электронное заявление о расторжении Договора страхования.

8.22. Договор страхования считается расторгнутым со дня получения Страховщиком от Страхователя заявления о расторжении Договора страхования. Дополнительное соглашение при расторжении Договора страхования по инициативе Страхователя не заключается.

8.23. Датой получения заявления о расторжении Договора страхования считается одна из следующих дат:

8.23.1. в случае если Заявление о расторжении Договора страхования направлено Страхователем через организацию связи - дата получения Страховщиком Заявления о расторжении Договора страхования через организацию связи;

8.23.2. в случае если Заявление о расторжении Договора страхования представляется Страхователем лично или с нарочным - дата получения Заявления о расторжении Договора страхования Страховщиком по месту нахождения Страховщика, либо лицом, уполномоченным Страховщиком на получение юридически значимых документов от Страхователей.

8.23.3. в случае если Заявление о расторжении Договора страхования представляется Страхователем в электронном виде - дата получения соответствующего Электронного заявления Страховщиком.

8.24. При расторжении Договора страхования Страхователю выплачивается Выкупная сумма. Размер выкупной суммы, рассчитанный Страховщиком в пределах сформированного страхового резерва, действующий на момент расторжения Договора страхования, указывается в Договоре страхования.

Выкупная сумма по рискам рассчитывается в пределах сформированного в установленном порядке страхового резерва по данному риску. Если по Договору страхования начислен Дополнительный инвестиционный доход (раздел 13 настоящих Правил), то он, если это специально оговорено в договоре страхования, прибавляется к выкупной сумме.

8.25. Страхователь имеет право отказаться от исполнения Договора страхования в течение Периода охлаждения путем подачи Страховщику Заявления об отказе от Договора страхования по установленной Страховщиком форме или Электронного заявления об отказе от Договора страхования.

8.26. При отказе Страхователя от исполнения Договора страхования, Страховщик возвращает Страхователю всю уплаченную Страховую премию (всю сумму уплаченного Страхового взноса) при условии отсутствия по Договору страхования Страховых случаев.

8.27. Датой отказа Страхователя от Договора страхования считается дата получения Страховщиком Заявления об отказе от Договора страхования либо дата получения Страховщиком Электронного заявления об отказе от Договора страхования. Дополнительное соглашение при отказе Страхователя от Договора страхования не заключается.

8.28. Датой получения Заявления об отказе от Договора страхования считается:

8.28.1. в случае если Заявление об отказе от Договора страхования направлено Страхователем через организацию связи - дата отправки Страхователем Заявления об отказе от Договора страхования через организацию связи;

8.28.2. в случае если Заявление об отказе от Договора страхования представляется Страхователем лично или с нарочным - дата получения Заявления об отказе от Договора страхования Страховщиком по месту нахождения Страховщика, либо лицом, уполномоченным Страховщиком на получение юридически значимых документов от Страхователей,

8.28.3. в случае если Заявление об отказе от Договора страхования направлено Страхователем в электронном виде - дата получения соответствующего Электронного заявления Страховщиком.

8.29. Страховщик на основании поданного ему в соответствии с п.8.25. Правил Заявления об отказе от Договора страхования вправе в одностороннем порядке увеличить Период охлаждения без подписания дополнительных документов. Акцептом Страховщика увеличения периода охлаждения в таком случае будет являться возврат уплаченной Страхователем страховой премии в полном объеме по истечении предусмотренного п. 2.12. Правил Периода охлаждения.

8.30. Возврат уплаченной Страховой премии (Страхового взноса) производится в течение 10 (десяти) рабочих дней, считая от даты получения Страховщиком Заявления об отказе от Договора страхования.

8.31. В случае досрочного прекращения Договора страхования в связи со смертью Застрахованного лица, не признанной Страховым случаем, Страховщик выплачивает Страхователю выкупную сумму, при этом Дополнительное соглашение не заключается.

8.32. Перечисление Выкупной суммы, осуществляется в течение 10 (десяти) рабочих дней, считая от даты получения Страховщиком Заявления Страхователя о досрочном прекращении Договора страхования/получения полного комплекта документов, подтверждающих факт наступления события, которым прекращается Договор страхования, но которое не может быть признано Страховым случаем.

8.33. Вся корреспонденция в связи с Договором страхования направляется по адресам, которые указаны в Договоре страхования. В случае изменения адресов и/или реквизитов Страховщика или Страхователя, Страховщик и Страхователь обязуются заблаговременно в письменном или электронном виде, в соответствии с Пользовательским соглашением, известить друг друга об этом. Если сторона (Страховщик или Страхователь) не была извещена об изменении адреса и/или реквизитов другой стороны заблаговременно, то вся корреспонденция, направленная по прежнему адресу, будет считаться полученной в день ее поступления по прежнему адресу.

9. ПРАВА И ОБЯЗАННОСТИ СТОРОН

9.1. Страховщик обязан:

9.1.1. ознакомить Страхователя с условиями Правил и Договора страхования и давать разъяснения по вопросам, связанными с их положениями;

9.1.2. передать Страхователю экземпляр Договора страхования (Полис) со всеми приложениями, включая Правила;

9.1.3. при заявлении События, признанного впоследствии Страховым случаем произвести Страховую выплату в установленный Правилами срок;

9.1.4. соблюдать конфиденциальность при исполнении Договора страхования;

9.1.5. обеспечить защиту персональных данных Страхователя, Застрахованного лица или Застрахованных лиц, Выгодоприобретателя или Выгодоприобретателей;

9.1.6. в случае отсутствия правовых оснований для осуществления страховой выплаты (решение об отказе) в течение трех рабочих дней после принятия решения об отказе информировать Страхователя (Застрахованного лица, Выгодоприобретателя) в письменном виде об основаниях принятия такого решения со ссылками на нормы права и (или) условия договора страхования и Правил, на основании которых принято решение об отказе;

9.1.7. в случае если для заключения договора страхования требуется медицинское обследование лица, в отношении которого заключается договор, уведомить Страхователя о его порядке и сроках;

9.1.8. в случае просрочки уплаты очередного страхового взноса или факте его уплаты не в полном объеме проинформировать об этом Страхователя, а также о последствиях таких нарушений способом, согласованным со Страхователем при заключении договора страхования;

9.1.9. при вручении (пересылке) Страхователю договора страхования передать ему в форме, в которой заключается договор страхования, Информацию (Памятку) об условиях договора добровольного страхования;

9.1.10. в личном кабинете на сайте Страховщика предоставлять информацию Страхователю о текущем состоянии договора страхования.

9.2. Страхователь обязан:

9.2.1. при заключении Договора страхования сообщить запрашиваемую Страховщиком информацию о потенциальном Застрахованном лице, необходимую для определения степени и осо-

бенностей риска, принимаемого Страховщиком на страхование, а также представить медицинские документы, если они необходимы Страховщику для оценки Страхового риска;

9.2.2. уплачивать Страховую премию (Страховые взносы) в размерах и в сроки, определенные Договором страхования, а также оплачивать комиссии или иные сборы (при их наличии), связанные с перечислением денежных средств;

9.2.3. сохранять платежные документы об оплате Страховой премии (Страховых взносов) (квитанции, копии платежных поручений) и предъявлять их Страховщику по его требованию;

9.2.4. при наступлении событий, по которым Страхователь является Выгодоприобретателем и которые впоследствии могут быть признаны Страховщиком Страховыми случаями, в срок, не позднее 30 (тридцати) дней, считая от даты наступления события, известить об этом Страховщика любым доступным способом, позволяющим объективно зафиксировать факт обращения и предоставить полный комплект документов, подтверждающих факт наступления Страхового случая, предусмотренный Разделом 12 Правил;

9.2.5. сообщать Страховщику в письменном виде об изменениях и дополнениях, которые необходимо внести в Договор страхования в связи со сменой адреса, паспортных данных и иных данных, сообщенных Страхователем при заключении Договора страхования или в период его действия.

9.3. Страховщик имеет право:

9.3.1. перед заключением Договора страхования запросить у Страхователя и у потенциального Застрахованного лица сведения, необходимые для оценки Страхового риска;

9.3.2. проверять сообщаемую Страхователем информацию, в том числе о возрасте и состоянии здоровья Застрахованного лица;

9.3.3. потребовать признания Договора страхования недействительным, если после заключения Договора страхования будет установлено, что Страхователь или Застрахованное лицо сообщили Страховщику заведомо ложные сведения о Страхователе или Застрахованном лице;

9.3.4. требовать от Выгодоприобретателя выполнения обязанностей по Договору страхования, включая обязанности, лежащие на Страхователе, но не выполненные им, при предъявлении Выгодоприобретателем требования о Страховой выплате, причем риск последствий невыполнения или несвоевременного выполнения обязанностей, которые должны были быть выполнены ранее, несет Выгодоприобретатель;

9.3.5. отсрочить решение о Страховой выплате в случае возбуждения по факту заявленного события уголовного дела до вступления в силу приговора суда;

9.3.6. требовать от Страхователя представления платежного документа (или его копии), подтверждающего факт оплаты очередного Страхового взноса. При отсутствии такого подтверждения в случае не поступления Страхового взноса на расчетный счет или в кассу Страховщика Страховой взнос считается не уплаченным.

9.4. Страхователь имеет право:

9.4.1. получать любые разъяснения об условиях заключенного Договора страхования, знакомиться с Правилами и другими приложениями к Договору страхования, получать их на руки;

9.4.2. получить дубликат Договора страхования/Полиса в случае его утраты;

9.4.3. досрочно расторгнуть Договор страхования, уведомив об этом Страховщика письменно в установленной Страховщиком форме.

9.4.4. В соответствии с Федеральным законом от 04.06.2018 № 123-ФЗ «Об уполномоченном по правам потребителей финансовых услуг» Страхователь, Застрахованное лицо, Выгодоприобретатель (далее – Потребитель финансовых услуг), начиная с 28.11.2019 г., вправе направить обращение Финансовому уполномоченному об удовлетворении требований о взыскании денежных сумм, если:

9.4.4.1. размер требований не превышает 500 тысяч рублей;

9.4.4.2. со дня, когда Потребитель финансовых услуг узнал или должен был узнать о нарушении своего права, прошло не более трех лет;

9.4.4.3. до направления обращения Финансовому уполномоченному:

а) Потребитель финансовых услуг направил Заявление об удовлетворении своих требований Страховщику в письменной или электронной форме;

б) получил от Страховщика (по адресу своей электронной почты или при его отсутствии по почтовому адресу) мотивированный ответ об удовлетворении, частичном удовлетворении или отказе в удовлетворении предъявленного требования либо не получил такого ответа, который должен быть направлен ему в течение 15 рабочих дней со дня получения заявления Потребителя финансовых услуг, направленного в электронной форме по стандартной форме, утвержденной Советом Службы, и если со дня нарушения прав Потребителя финансовых услуг прошло не более 180 дней, либо в течение 30 дней со дня получения заявления Потребителя финансовых услуг в иных случаях.

10. ПОСЛЕДСТВИЯ ИЗМЕНЕНИЯ СТЕПЕНИ РИСКА

10.1. В период Срока страхования Страхователь обязан незамедлительно сообщать Страховщику о ставших ему известными значительных изменениях в обстоятельствах, сообщенных Страховщику при заключении Договора страхования, если эти изменения, а именно, изменения в характере работы, связанном с опасностью, образе жизни и занятия опасными видами спорта, могут существенно повлиять на увеличение риска наступления смерти или установления инвалидности.

10.2. Факторами, приводящими к существенному увеличению степени страхового риска, являются:

10.2.1. смена профессиональной деятельности Застрахованного лица, связанная с повышенным риском возникновения несчастных случаев и (или) способная привести к появлению профессиональных заболеваний: проведение работ на высоте свыше 15 м, работа в море, под водой или под землёй, работа с токсическими химическими соединениями, со взрывчатыми веществами, с источниками высокого электрического напряжения, радиоактивного излучения, работа, связанная с тяжелым ручным и механизированным трудом, с поднятием или перемещением тяжестей, профессиональным управлением транспортными средствами, работа, связанная с пребыванием в районах вооруженных конфликтов или военных действий, или в районах радиационного или химического заражения, со службой в вооруженных силах, службе охраны, инкассации, МЧС, пожарной службе, а также, начало профессиональной спортивной деятельности (за исключением Интеллектуальных видов спорта (шахматы, шашки, нарды, покер, бридж и т.д., не требующие активной физической работы организма));

10.2.2. начало занятий следующими видами спорта: бокс, боевые искусства, альпинизм, автогонки, мотокросс, триал, скалолазание, спелеология, городской альпинизм, диггерство, паркур, парашютный спорт и любые воздушные виды спорта, дайвинг и любые погружения под воду на глубину более 30 (тридцати) метров или в одиночку, горнолыжные виды спорта, за исключением любительского катания без выполнения трюков и прыжков с трамплинов на специально подготовленных горных склонах, туристические походы в труднодоступные районы и водный туризм (в том числе парусный спорт, рафтинг, сплав на плотках, байдарках, каяках, катамаранах), экстремальное катание на роликах (фристайл, даунхилл агрессивное катание), экстремальное катание на скейтбордах (в том числе катание в стиле стрит, верт, лонгборд, парк) экстремальное катание на велосипеде (катание на горном велосипеде, BMX, велотриал, дертджампинг, стрит и т.п.), охота профессиональная, на крупного зверя, на экзотических животных;

10.2.3. инфицирование Застрахованного лица ВИЧ (вирусом иммунодефицита человека) или заболевание Застрахованного лица СПИДом (синдромом приобретенного иммунодефицита);

10.2.4. заболевание Застрахованного лица туберкулезом, гепатитом С или В или любым хроническим заболеванием, требующим регулярного наблюдения врача и регулярного лечения;

10.2.5. установление Застрахованному лицу группы инвалидности по причинам иным, чем Страховой случай;

10.2.6. установление Застрахованному лицу алкогольной или наркотической зависимости, психического заболевания, постановка Застрахованного лица на диспансерный учёт в медицинском учреждении по поводу алкогольной или наркотической зависимости, психического заболевания;

10.2.7. лишение Застрахованного лица свободы по приговору суда;

10.2.8. другие события, существенно увеличивающие вероятность наступления Страхового случая, включая изменение данных о здоровье Застрахованного лица, содержащихся в заявлении на страхование (анкете о состоянии здоровья).

10.3. Страховщик, уведомленный об обстоятельствах, влекущих увеличение риска наступления Страхового случая, вправе потребовать изменения условий Договора страхования или уплаты дополнительной Страховой премии соразмерно увеличению риска наступления Страхового случая. Если Страхователь возражает против изменения условий Договора страхования или доплаты Страховой премии, Страховщик вправе потребовать расторжения Договора страхования.

10.4. При неисполнении Страхователем либо Выгодоприобретателем предусмотренной в п.10.1. Правил обязанности Страховщик вправе потребовать расторжения Договора страхования и возмещения убытков, причиненных расторжением Договора страхования.

10.5. Страховщик не вправе требовать расторжения Договора страхования, если обстоятельства, влекущие увеличение риска наступления Страхового случая, уже отпали.

11. ПОРЯДОК ОСУЩЕСТВЛЕНИЯ СТРАХОВОЙ ВЫПЛАТЫ

11.1. Страховая выплата производится Страховщиком лицу, в пользу которого заключен Договор страхования, при наступлении одного из Страховых случаев, предусмотренных Договором страхования из числа указанных в п.5.2. Правил:

11.1.1. при наступлении Страхового случая по Страховому риску «ДОЖИТИЕ», «ИНВАЛИДНОСТЬ 1 – 2 группы в результате несчастного случая», «КРИТИЧЕСКОЕ ЗАБОЛЕВАНИЕ», «ТРАВМА» Страховая выплата производится Застрахованному лицу, если иное не указано в Договоре страхования (Полисе);

11.1.2. при наступлении Страхового случая по Страховым рискам «СМЕРТЬ по любой причине», «СМЕРТЬ в результате несчастного случая», «СМЕРТЬ в результате ДТП» Страховая выплата производится Выгодоприобретателю (Выгодоприобретателям), при этом, если в Договоре страхования (Полисе) указаны несколько Выгодоприобретателей, но не указаны их доли - Страховая выплата производится в равных долях, в случае если Выгодоприобретатель назначен не был, Страховая выплата производится наследникам Застрахованного лица по закону.

11.2. Если заявленное событие признаётся Страховым случаем по нескольким Страховым рискам, то Страховая выплата производится по каждому из них.

11.3. Страховая выплата при наступлении Страхового случая по Страховому риску «ДОЖИТИЕ» производится одновременно в размере 100% (сто процентов) Страховой суммы по Страховому риску «ДОЖИТИЕ».

11.4. Страховая выплата при наступлении Страхового случая по Страховым рискам «СМЕРТЬ по любой причине», «СМЕРТЬ в результате несчастного случая», «СМЕРТЬ в результате ДТП», производится одновременно в размере 100% (сто процентов) Страховой суммы, установленной для соответствующего Страхового риска в Договоре страхования (Полисе).

11.5. при наступлении Страхового случая по Страховому риску «ИНВАЛИДНОСТЬ 1 – 2 группы в результате несчастного случая» страховая выплата производится в размере 100% (сто процентов) Страховой суммы, установленной для данного риска.

11.6. Страховая выплата при наступлении Страхового случая по Страховому риску «КРИТИЧЕСКОЕ ЗАБОЛЕВАНИЕ» осуществляется одновременно в размере 100% (сто процентов) от Страховой суммы, установленной для этого риска в Договоре страхования, и вне зависимости от количества заявленных событий по этому риску – только по одному из них.

11.7. при наступлении Страхового случая по Страховому риску «ТРАВМА» Страховая выплата производится одновременно в размере, определённом:

- по Комплексной программе страхования «Гарантия плюс» в соответствии с «Таблицей №1 размеров страховых выплат по страховому риску «ТРАВМА» (Приложение №3 к Правилам);

- по Комплексной программе страхования «Гарантия плюс Премиум» в соответствии с «Таблицей №2 размеров страховых выплат по страховому риску «ТРАВМА» (Приложение №3 к Правилам).

11.8. По Страховому риску «ТЕЛЕМЕДИЦИНА» при обращении проводятся дистанционные (телемедицинские), онлайн-консультации Застрахованному лицу врачами-консультантами медицинских организаций, осуществляющих медицинскую деятельность в соответствии с законодательством Российской Федерации, в соответствии с перечнем, установленным Программой ДМС в Полисе, и в пределах страховой суммы по данному риску.

11.9. Если Страховой случай наступил до уплаты очередного Страхового взноса, внесение которого просрочено, Страховщик при определении размера суммы подлежащей выплате осуществляет зачет суммы просроченного Страхового взноса. При наступившей согласно условиям Договора страхования Автоматической конверсии зачет не осуществляется.

11.10. При наступлении Страхового случая по Страховому риску «ДОЖИТИЕ» Застрахованное лицо обязано в течение 35 дней, считая от даты наступления Страхового случая, направить Страховщику письменное заявление на получение Страховой выплаты по установленной Страховщиком форме с приложением документов, указанных в Разделе 12 Правил. При наличии заключенного между Страхователем и Страховщиком Пользовательского соглашения, Страхователь вправе направить заявление на получение Страховой выплаты, в электронном виде с использованием Официального сайта Страховщика в порядке, определенном Пользовательским соглашением.

11.11. При наступлении события, имеющего признаки Страхового случая, по Страховым рискам, перечисленным в п.п. 5.1.1.2.-5.1.1.6, 5.1.2.2-5.1.2.6, 5.1.2.8-5.1.2.9 Правил, Выгодоприобретатель, Застрахованное лицо или наследники Застрахованного лица по закону, если Выгодоприобретатель не был указан в Договоре страхования обязаны в течение 30 дней, считая от даты наступления события, имеющего признаки Страхового случая, направить Страховщику Заявление на получение Страховой выплаты по установленной Страховщиком форме с приложением полного комплекта документов, подтверждающих факт, причину и обстоятельства наступления события, указанных в Разделе 12 Правил. Уведомление Страховщика по истечении данного срока может послужить основанием для отказа в выплате.

11.12. Страховая выплата производится по страховым случаям, перечисленным в п.п. 5.2.2-5.2.6, 5.2.8-5.2.9 Правил, на основании Заявления на получение Страховой выплаты Выгодоприобретателя с приложением документов, подтверждающих факт, причину и обстоятельства заявляемого события, предусмотренных в Разделе 12 Правил, и Страхового акта.

По Страховому случаю «ТЕЛЕМЕДИЦИНА» (п.п. 5.2.7 Правил): страховая выплата по программе страхования «Телемедицина» осуществляется путем оказания Застрахованному лицу медицинских и иных услуг в соответствии с Программой ДМС (Приложение №4 к настоящим Правилам).

11.13. Страховая выплата производится Застрахованному лицу или Выгодоприобретателю по Договору страхования, независимо от сумм, причитающихся по другим договорам страхования, а также по социальному страхованию и социальному обеспечению.

11.14. Требования осуществления Страховой выплаты могут быть предъявлены Страховщику письменно и в случае представления полного комплекта документов, подтверждающих факт наступления события, которое впоследствии может быть признано Страховщиком Страховым случаем. Если Страхователь является Выгодоприобретателем по заявляемому событию, имеющему признаки Страхового случая, требования осуществления Страховой выплаты могут быть предъявлены Страховщику в виде Электронного заявления, при этом полный комплект документов, подтверждающих факт наступления события, имеющего признаки Страхового случая, направляется Страховщику в соответствии с требованиями Разделом 12. Правил.

11.15. Срок урегулирования требования о страховой выплате исчисляется со дня, следующего за днем получения Страховщиком заявления о страховой выплате и всех предусмотренных Правилами или договором страхования документов, либо дополнительно запрошенных Страховщиком документов, необходимых для принятия решения об осуществлении страховой выплаты.

Если получателем страховой выплаты не является лицо, обратившееся к Страховщику с заявлением на страховую выплату, этот срок урегулирования требований о страховой выплате увеличивается до предоставления документа, удостоверяющего личность получателя выплаты.

При непредставлении лицом, обратившимся за страховой выплатой, банковских реквизитов, а также других сведений, необходимых для осуществления страховой выплаты в безналичном порядке:

- срок осуществления страховой выплаты приостанавливается до получения Страховщиком указанных сведений;

- Страховщик обязан уведомить лицо, обратившимся за страховой выплатой, о факте приостановки и запросить у него недостающие сведения.

Принятие решения о признании или непризнании Страховым случаем заявленного события, и составление Страхового акта может быть отсрочено Страховщиком, если по фактам, связанным с наступлением указанного события, Страховщиком назначена дополнительная проверка, возбуждено уголовное дело или начат судебный процесс, до окончания проверки расследования или судебного разбирательства. При этом Страховщик в течение 10 (десяти) рабочих дней после получения последнего документа, касающегося заявленного события, направляет Застрахованному лицу (Страхователю, Выгодоприобретателю) уведомительное письмо с указанием причины задержки.

11.16. Если иное не предусмотрено договором страхования, по Страховым случаям, перечисленным в п.п. 5.2. 2.-5.2.6, 5.2.8-5.2.9 Правил, страховая выплата производится в течение 30 (тридцати) рабочих дней с момента получения всех необходимых документов, указанных в разделе 12 настоящих Правил, а также любых иных письменных документов, которые могут быть запрошены Страховщиком дополнительно в связи с урегулированием требования Страхователя (Застрахованного лица) либо Выгодоприобретателя (наследника Застрахованного лица).

По Страховому случаю «ТЕЛЕМЕДИЦИНА» (п.п. 5.2.7 Правил): организация и оказание Застрахованному лицу медицинских и иных услуг в соответствии с Программой ДМС (Приложение №4 к настоящим Правилам) производится при наличии технической возможности в течение 3 рабочих дней.

11.17. Страховая выплата производится путём перечисления денежных средств на счет в банке указанный в заявлении на получение Страховой выплаты Застрахованного лица/Выгодоприобретателя или в иной форме в зависимости от условий Договора страхования.

11.18. В случае если Выгодоприобретатель на момент Страховой выплаты является несовершеннолетним, или признан недееспособным/ограниченно дееспособным, то причитающаяся ему сумма переводится на вклад в банке, открытый на его имя, о чём письменно уведомляет законных представителей несовершеннолетнего или недееспособного/ограниченно дееспособного Выгодоприобретателя.

11.19. Если Договором страхования не предусмотрено иное, Страховщик освобождается от страховой выплаты, если случай причинения вреда жизни или здоровью наступил вследствие:

- 11.20.1. воздействия ядерного взрыва, радиации или радиоактивного заражения;
- 11.21.2. военных действий, а также манёвров или иных военных мероприятий;
- 11.22.3. гражданской войны, народных волнений всякого рода или забастовок.

12. ДОКУМЕНТЫ, ПРЕДСТАВЛЯЕМЫЕ СТРАХОВЩИКУ ПРИ НАСТУПЛЕНИИ СОБЫТИЯ, ИМЕЮЩЕГО ПРИЗНАКИ СТРАХОВОГО СЛУЧАЯ

12.1. При наступлении события, имеющего признаки Страхового случая по каждому из Страховых рисков указанных в п. 5.1. Правил, Страховщику должны быть представлены следующие документы:

12.1.1. заявление на получение Страховой выплаты, подаваемое в установленной Страховщиком форме Выгодоприобретателем, указанным в Договоре страхования для Страхового риска, по которому заявляется событие, имеющее признаки Страхового случая;

12.1.2. Договор страхования (Полис);

12.1.3. документ, удостоверяющий личность подающего заявление на получение Страховой выплаты Выгодоприобретателя (паспорт или иной документ, удостоверяющий личность);

12.1.4. в случае если заявление на получение Страховой выплаты подаётся представителем Застрахованного лица/Выгодоприобретателя - документ, удостоверяющий личность заявителя и нотариально заверенная доверенность, выданная Выгодоприобретателем своему законному представителю, или иной предусмотренный действующим законодательством РФ документ, удостоверяющий права законного представителя на предоставление интересов Выгодоприобретателя перед Страховщиком.

12.1.5. в случае если заявление на получение Страховой выплаты подаётся наследниками Застрахованного лица/Выгодоприобретателя - свидетельство о праве на наследство с указанием размера Страховой выплаты или ее части.

12.2. При наступлении Страхового случая по Страховому риску «ДОЖИТИЕ», если Застрахованное лицо не является Выгодоприобретателем, дополнительно к документам, указанным в п.12.1. Правил, представляется нотариально заверенная копия паспорта Застрахованного лица, удостоверенная не ранее окончания Срока страхования.

12.3. При обращении Застрахованного лица для получения медицинских и иных услуг по Страховому риску «ТЕЛЕМЕДИЦИНА» способ идентификации Застрахованного лица устанавливается в Договоре страхования или приложении к нему.

12.4. При наступлении события, имеющего признаки Страхового случая по Страховым рискам «СМЕРТЬ по любой причине», «СМЕРТЬ в результате несчастного случая», «СМЕРТЬ в результате ДТП», должны быть представлены следующие документы:

12.4.1. нотариально заверенная копия свидетельства о смерти;

12.4.2. медицинское свидетельство о смерти или корешок медицинского свидетельства о смерти;

12.4.3. посмертный эпикриз (если смерть наступила в стационаре);

12.4.4. акт/протокол патолого-анатомического вскрытия/исследования и патолого-химического исследования или акты судебно-медицинского вскрытия/исследования и судебно-химического исследования или заключение эксперта (судебно-медицинского), если вскрытие не проводилось – копию заявления родственников об отказе от вскрытия, заверенную печатью медицинского учреждения и подписью уполномоченного лица того учреждения, в которое это заявление подавалось.

12.5. В случае если Застрахованное лицо пропало без вести, Страховщику должно быть представлено решение суда, вступившего в законную силу, о признании Застрахованного лица умершим.

12.6. При наступлении события, имеющего признаки Страхового случая по Страховым рискам «ИНВАЛИДНОСТЬ 1 – 2 группы в результате несчастного случая», «ИНВАЛИДНОСТЬ 1 группы по любой причине» (Освобождение от уплаты страховых взносов), «ИНВАЛИДНОСТЬ 1-2 группы по любой причине» (Освобождение от уплаты страховых взносов) должны быть представлены следующие документы:

12.6.1. справка, подтверждающая факт установления инвалидности, выдаваемая федеральными государственными учреждениями медико-социальной экспертизы;

12.6.2. направление на медико-социальную экспертизу, заверенное Бюро медико-социальной экспертизы;

12.6.3. акт проведения медико-социальной экспертизы гражданина и протокол проведения медико-социальной экспертизы гражданина в федеральном государственном учреждении медико-социальной экспертизы;

12.6.4. индивидуальная программа реабилитации инвалида, выдаваемая федеральными государственными учреждениями медико-социальной экспертизы.

12.7. При наступлении события, имеющего признаки Страхового случая, по Страховому риску «КРИТИЧЕСКОЕ ЗАБОЛЕВАНИЕ» необходимо представить следующие документы:

12.7.1. относящиеся к диагностированному критическому заболеванию выписка из истории болезни, копии выписных эпикризов, медицинских карт амбулаторного/стационарного больного, результатов инструментальных, лабораторных исследований;

12.7.2. результаты ультразвукового и/или рентгенологического исследований, компьютерной и/или магнитно-резонансной томографии, подтверждающих установленный диагноз (рентгено-

граммы/снимки/протоколы на любом виде носителя с приложением заключения врача-узкого специалиста), гистологического исследования, а также иных методов обследования, подтверждающих диагноз критического заболевания;

12.7.3. документы лечебно-профилактического или иного медицинского учреждения, содержащие заключение врача, имеющего сертификат специалиста (кардиолога, невропатолога, онколога, хирурга, кардиохирурга, уролога, нефролога и др.) по медицинской специальности в той области медицины, которая в наибольшей мере соответствует установленному диагнозу критического заболевания;

12.7.4. результаты анализа крови и/или исследования тканей;

12.7.5. Страховщик оставляет за собой право направить Застрахованное лицо на дополнительное медицинское освидетельствование в указанном страховщиком медицинском учреждении в случае сомнений или недостаточности данных, подтверждающих наступление страхового случая.

12.8. Если событие, имеющее признаки Страхового случая, наступило в результате ДТП, должны быть представлены:

12.8.1. справка о дорожно-транспортном происшествии с приложением, заполняемым при наличии пострадавших;

12.8.2. водительское удостоверение лица, управлявшего транспортным средством на момент наступления события, имеющего признаки страхового случая;

12.8.3. свидетельство о регистрации транспортного средства, в котором находилось Застрахованное лицо в момент наступления события, имеющего признаки страхового случая;

12.8.4. акт/протокол медицинского освидетельствования на состояние опьянения лица, управлявшего транспортным средством в момент наступления события, имеющего признаки страхового случая.

12.9. Если событие, имеющее признаки Страхового случая, наступило в результате авиационной или железнодорожной катастрофы, кораблекрушения должен быть представлен документ (Постановление о возбуждении/отказе в возбуждении уголовного дела; решение судебного органа; справка МЧС), выданный соответствующим органом МВД, МЧС, прокуратуры, суда, в пределах компетенции которого находится установление факта и обстоятельств соответствующего события.

12.10. В случае если событие, имеющее признаки страхового случая, наступило вследствие Травмы, Несчастного случая должны быть представлены:

12.10.1. результаты ультразвукового и/или рентгенологического исследований, компьютерной и/или магнитно-резонансной томографии, подтверждающих установленный диагноз (рентгенограммы/снимки/протоколы на любом виде носителя с приложением заключения врача-узкого специалиста);

12.10.2. медицинская карта амбулаторного больного или выписка из медицинской карты амбулаторного больного, содержащая информацию об имевшихся у Застрахованного лица до заключения Договора страхования заболеваниях и травмах, а также о датах всех обращений, диагнозов, проведенном обследовании, лечении и сроках лечения в течение всего периода наблюдения (из лечебных учреждений по месту жительства (всех мест проживания), месту регистрации (всех мест регистрации), включая лечебные учреждения, оказывавшие медицинскую помощь в рамках договоров ДМС, куда Застрахованный обращался на протяжении 10 (Десяти) лет до заключения Договора страхования);

12.10.3. медицинская карта стационарного больного или выписка из медицинской карты стационарного больного с информацией о дате обращения по поводу заявленного события, анамнезе, диагнозе, проведенном обследовании, лечении и сроках лечения, если имело место стационарное лечение/нахождение в реанимации.

12.11. Если событие, имеющее признаки Страхового случая, наступило в результате производственной травмы, должен быть представлен акт о несчастном случае на производстве.

12.12. Если причиной наступления события, имеющего признаки Страхового случая, явилась Болезнь (в том числе по Страховому риску «КРИТИЧЕСКОЕ ЗАБОЛЕВАНИЕ»), должны быть представлены:

12.12.1. медицинская карта амбулаторного больного или выписка из медицинской карты амбулаторного больного, содержащая информацию об имевшихся у Застрахованного лица до заключения Договора страхования заболеваниях и травмах, а также о датах всех обращений, диагнозов, проведенном обследовании, лечении и сроках лечения в течение всего периода наблюдения (из лечебных учреждений по месту жительства (всех мест проживания), месту регистрации (всех мест регистрации), включая лечебные учреждения, оказывавшие медицинскую помощь в рамках договоров ДМС, куда Застрахованный обращался на протяжении 10 (Десяти) лет до заключения Договора страхования);

12.12.2. медицинская карта стационарного больного или выписка из медицинской карты стационарного больного с информацией о дате обращения по поводу заявленного события,

анамнезе, диагнозе, проведенном обследовании, лечении и сроках лечения, если имело место стационарное лечение/нахождение в реанимации;

12.12.3. данные об обращении Застрахованного лица за медицинской помощью из Фонда обязательного медицинского страхования/страховой компании, осуществляющей обязательное медицинское страхование (ОМС), и в случае наличия полиса добровольного медицинского страхования - из страховой компании, осуществляющей добровольное медицинское страхование (ДМС);

12.12.4. переводной эпикриз, если имел место перевод Застрахованного лица из одного стационара в другой;

12.12.5. выписки из медицинских карт амбулаторного больного онкологического/наркологического/противотуберкулезного/психоневрологического диспансеров с информацией о диагнозе и дате постановки на учет, дате первичного диагностирования заболевания, проведенном обследовании и лечении.

12.13. Если наступление события, имеющего признаки Страхового случая, или обстоятельства его наступления зафиксированы правоохранительными органами в соответствии с действующим законодательством, должны быть представлены:

12.13.1. копия постановления о возбуждении/отказе в возбуждении уголовного дела в отношении Застрахованного лица;

12.13.2. приговор суда, если по факту наступления события, имеющего признаки страхового случая, уголовное дело было возбуждено;

12.14. Если иное прямо не предусмотрено положениями настоящих Правил, указанные в Разделе 12. Правил документы должны представляться в виде оригиналов или в виде копий, заверенных нотариусом или органом/учреждением/организацией, который выдал документ и/или располагает его подлинником.

12.15. Документы, предусмотренные Разделом 12 Правил и представляемые Страховщику в связи с рассмотрением заявления на получение Страховой выплаты, должны быть составлены на русском языке или иметь нотариально заверенный перевод на русский язык и апостиль.

12.16. Датой получения Страховщиком документов, предусмотренных Разделом 12 Правил, считается одна из следующих дат:

12.16.1. в случае если документ направлен Страхователем через организацию связи - дата получения Страховщиком документа через организацию связи;

12.16.2. в случае если документ представляется Страхователем лично или с нарочным - дата получения документа Страховщиком по месту нахождения Страховщика, либо лицом, уполномоченным Страховщиком на получение юридически значимых документов от Страхователя.

12.17. Страховщик вправе самостоятельно принять решение о достаточности фактически представленных документов для признания заявленного события Страховым случаем или не Страховым случаем, поэтому оставляет за собой право сократить перечень документов, приведенный в Разделе 12 Правил.

12.18. В случае представления документов, которые не могут быть прочтены Страховщиком вследствие плохого качества изображения или нарушения целостности документа (надорван, смят, стерт и т.д.), Страховщик вправе потребовать представления документов надлежащего качества.

12.19. Страховщик вправе по своему усмотрению принять решение о достаточности фактически представленных документов и направлять запросы о представлении недостающих документов/сведений/информации в соответствующие органы/учреждения/организации, самостоятельно осуществлять экспертизу, устанавливать факты, и выяснять причины и обстоятельства заявленного события.

12.19. В случае если в Договоре страхования указано несколько Выгодоприобретателей по одному Страховому риску, в связи с наступлением события, имеющего признаки Страхового случая по этому риску, заявление на получение Страховой выплаты к Страховщику обязан представить каждый из претендующих на Страховую выплату Выгодоприобретатель, при этом обязанность по представлению указанных в Разделе 12 Правил документов лежит на них солидарно.

13. УЧАСТИЕ СТРАХОВАТЕЛЯ В ИНВЕСТИЦИОННОМ ДОХОДЕ СТРАХОВЩИКА

13.1. Дополнительный инвестиционный доход выплачивается, если иное не предусмотрено Договором страхования, дополнительно к

13.1.1. Страховым выплатам, связанным со Страховыми случаями по Страховым рискам «ДОЖИТИЕ», «СМЕРТЬ по любой причине» в том же порядке, что и Страховая выплата по указанным Страховым рискам;

13.1.2. Выкупной сумме, в случае досрочного расторжения Договора страхования, кроме случаев Автоматического расторжения, единовременно в размере начисленного на дату досрочного расторжения Дополнительного инвестиционного дохода по Договору страхования;

13.1.3. Выкупной сумме, в случае досрочного прекращения Договора страхования в связи со смертью Застрахованного лица, не являющейся Страховым случаем, единовременно в размере начисленного на дату досрочного расторжения Дополнительного инвестиционного дохода по Договору страхования.

Коэффициент участия Страхователя (Застрахованного лица) в инвестиционном доходе Страховщика предусмотрено в размере 80%.

13.2. Порядок расчета Дополнительного инвестиционного дохода по итогам каждого истекшего календарного года (ДИД1):

- по итогам истекшего календарного года Страховщик устанавливает фактическую норму доходности, определяемую в зависимости от результатов инвестирования в активы, в которые размещаются средства страховых резервов по договорам страхования, для которых установлен порядок начисления ДИД1 в соответствии с настоящим пунктом;

- ДИД1 начисляется по итогам календарного года, если размер фактической нормы доходности, умноженной на коэффициент участия (п. 13.1.3 Правил), превышает Гарантируемую годовую норму доходности по договору страхования;

- если страховой случай наступает в течение календарного года, ДИД1 начисляется за период, прошедший с начала календарного года, до даты страхового случая;

- начисление ДИД1 за первый неполный календарный год производится только по договорам страхования, предусматривающим единовременную уплату страховой премии, либо период уплаты страховой премии не свыше одного года, либо ежегодную рассрочку уплаты страховой премии при сроке страхования не менее 5-ти лет, если иное прямо не указано в договоре страхования. Во всех остальных случаях начисление ДИД1 за первый неполный календарный год не производится;

- начиная со 2-го года действия договора страхования, ДИД1 начисляется независимо от порядка оплаты страховой премии;

- по договорам страхования, по которым уплата страховой премии предусмотрена в рассрочку, ДИД1 за очередной календарный год рассчитывается на основании математического резерва, рассчитанного на начало года с использованием Гарантируемой годовой нормы доходности по условиям договора страхования с учетом фактически уплаченных взносов, и резерва бонусов на начало календарного года без учета премий, уплаченных в течение года;

- при досрочном расторжении договора страхования ДИД1 выплачивается без начисления дохода за действие договора в год расторжения и за предшествующий год в случае, если расторжение договора произошло до установления Страховщиком доходности за предшествующий год.

13.3. Накопление инвестиционного дохода по Договору страхования заканчивается в день, следующий за днем прекращения Договора страхования, но не позднее даты окончания срока страхования.

14. Внесение изменений в Договор страхования.

14.1. Все изменения и дополнения вносятся в Договор страхования одним из следующих способов:

14.1.1. на основании письменного заявления Страхователя о внесении изменений по форме Страховщика (далее - Заявление);

14.1.2. на основании заявления Страхователя в электронном виде о внесении изменений, представленного Страхователем по форме Страховщика с использованием Официального сайта Страховщика в случаях, предусмотренных заключенным между Страхователем и Страховщиком Пользовательским соглашением. При этом требования к использованию электронных документов и порядок обмена информацией в электронной форме устанавливаются Пользовательским соглашением в соответствии с действующим законодательством Российской Федерации;

14.1.3. путем направления Страховщиком Страхователю оферты с последующим акцептом данной оферты Страхователем

14.2. В случае если Страхователем является физическое лицо, Заявление должно быть им подписано. В случае если Страхователем является юридическое лицо, Заявление должно быть подписано уполномоченным представителем Страхователя, на Заявлении также должен быть проставлен оригинальный оттиск печати Страхователя, при этом, при предоставлении заявления в электронном виде с использованием Официального сайта Страховщика, заявление должно быть подписано усиленной квалифицированной электронной подписью Страхователя – юридического лица.

14.3. Актуальные редакции форм Заявлений размещаются Страховщиком в сети Интернет на сайте www.sogaz-life.ru, а также могут быть получены Страхователем по письменному запросу Страховщику.

14.4. За исключением случаев, предусмотренных законодательством, настоящими Правилами и Договором страхования, все изменения в Договор страхования оформляются подписанием дополнительного соглашения к Договору страхования.

14.5. Изменениями, вносимыми в Договор страхования без подписания дополнительного соглашения являются:

14.5.1. изменение реквизитов (паспортных данных) и иных персональных данных Страхователя, Застрахованного лица, Выгодоприобретателей, замена Выгодоприобретателей;

14.5.2. изменения, вносимые в порядке, предусмотренном п. 14.9. Правил.

14.6. Изменения в Договор страхования, указанные в п.14.5.1. Правил, вносятся Страховщиком с рабочего дня, следующего за Датой фактического получения Заявления.

14.7. Датой фактического получения Заявления считается одна из следующих дат:

14.7.1. в случае если Заявление направлено Страхователем через организацию связи - дата получения Страховщиком Заявления через организацию связи;

14.7.2. в случае если Заявление представляется Страхователем лично или с нарочным - дата получения Заявления Страховщиком по месту нахождения Страховщика, либо лицом, уполномоченным Страховщиком на получение юридически значимых документов от Страхователей;

14.7.3. в случае если в соответствии с условиями заключенного между Страхователем и Страховщиком Пользовательского соглашения, допускается представление Заявления Страхователем с использованием Официального сайта Страховщика - дата получения Заявления Страховщиком соответствующего Заявления.

14.8. Порядок внесения изменений с подписанием Дополнительного соглашения:

14.8.1. в срок, не превышающий 15 (пятнадцати) рабочих дней с Даты фактического получения Заявления, Страховщик формирует, подписывает и направляет Страхователю в бумажном виде либо с использованием Официального сайта Страховщика на основании Пользовательского соглашения, заключенного между Страхователем и Страховщиком. Дополнительное соглашение к Договору страхования в порядке оферты с указанием в нем срока способа для предоставления Акцепта;

14.8.2. под Акцептом понимается Фактическое получение Страховщиком, в том числе с использованием Официального сайта Страховщика, подписанного Страхователем экземпляра Дополнительного соглашения в срок, указанный в Дополнительном соглашении;

14.8.3. под Фактическим получением подписанного Страхователем экземпляра Дополнительного соглашения понимается:

14.8.3.1. в случае если Дополнительное соглашение направлено Страхователем через организацию связи - дата получения Страховщиком Дополнительного соглашения через организацию связи;

14.8.3.2. в случае если Дополнительное соглашение представляется Страхователем лично или с нарочным - дата получения Дополнительного соглашения Страховщиком по месту нахождения Страховщика, либо лицом, уполномоченным Страховщиком на получение юридически значимых документов от Страхователей;

14.8.3.3. в случае, если в соответствии с условиями заключенного между Страхователем и Страховщиком Пользовательского соглашения допускается предоставление Дополнительного соглашения Страхователем с использованием Официального сайта Страховщика, - дата получения Страховщиком подписанного Страхователем Дополнительного соглашения;

14.8.4. в случае поступления Дополнительного соглашения в указанные сроки Акцепта, изменения, предусмотренные Дополнительным соглашением, будут считаться вступившими в силу и обязательными для Сторон - участников Договора страхования;

14.8.5. в случае не поступления Дополнительного соглашения в указанные сроки Акцепта, изменения, предусмотренные Дополнительным соглашением, будут считаться не вступившими в силу, а поступившее ранее Заявление отмененным и не подлежащим исполнению по инициативе Страхователя.

14.9. Порядок внесения изменений путем направления и последующего акцепта оферты:

14.9.1. Страховщик на основании полученного от Страхователя заявления, либо по своей инициативе, предлагает Страхователю внести изменения в Договор страхования путём направления Страхователю оферты, содержащей сведения о предлагаемых изменениях в Договор страхования и действиях Страхователя, необходимых для предоставления Страховщику акцепта для внесения соответствующих изменений;

14.9.2. Страхователь, в соответствии с условиями Оферты своевременно совершивший необходимые для предоставления Страховщику акцепта действия, подтверждает своё согласие с изменениями условий страхования, указанными в оферте.

14.9.3. Измененные условия страхования вступают в силу с даты, указанной в оферте только при соблюдении Сторонами Договора страхования всех условий, указанных в п.п. 14.9.1., 14.9.2. Правил.

15. ПОРЯДОК РАЗРЕШЕНИЯ СПОРОВ

15.1. Все споры по Договору страхования между Страхователем и Страховщиком рассматриваются путем переговоров, а при не достижении согласия посредством обращения к Финансовому уполномоченному об удовлетворении требований о взыскании денежных сумм и / или в судебном порядке, при этом досудебный претензионный порядок разрешения спора является обязательным только для Страхователя / Застрахованного / Выгодоприобретателя.

16. ЗАКЛЮЧИТЕЛЬНЫЕ ПОЛОЖЕНИЯ

16.1. Страховщик не несёт ответственности за неисполнение/ненадлежащее исполнение своих обязанностей по Договору страхования, если оно возникло вследствие обстоятельств непреодолимой силы (форс-мажор).

16.2. Все заявления и извещения, которые делают друг другу субъекты страхования (Страховщик/Страхователь/Застрахованное лицо/Выгодоприобретатель), должны производиться в письменной форме, способами, позволяющими объективно зафиксировать факт сообщения либо в электронной форме в порядке, определяемом Пользовательским соглашением.

16.3. Каждый из указанных в п. 16.2. Правил субъектов страхования несет ответственность за направление своего сообщения до адресата по последнему известному адресу извещаемого адресата, а адресат несет ответственность за получение сообщения, направленного по последнему адресу, о котором был извещен отправляющий сообщение субъект страхования.

16.4. При подписании Договора страхования (Полиса), приложений, дополнений к нему Страховщик имеет право использовать факсимильное воспроизведение оттиска печати и подписей лиц, уполномоченных от имени Страховщика подписывать Договоры страхования и приложения к ним, а равно, для тех же целей, использовать усиленную квалифицированную электронную подпись.

16.5. Страховщик выступает налоговым агентом в отношении доходов получателя выплат в рамках Договора страхования.

ДОПОЛНИТЕЛЬНЫЕ УСЛОВИЯ СТРАХОВАНИЯ №1 УСЛОВИЕ «ОСВОБОЖДЕНИЕ ОТ УПЛАТЫ СТРАХОВЫХ ВЗНОСОВ»

1. Настоящие Дополнительные условия страхования №1, (далее – Дополнительные условия), являются неотъемлемой частью Договора страхования, если они непосредственно указаны в тексте Договора страхования (Полиса) или если положения этих условий будут прямо прописаны в Договоре страхования (Полисе).

2. Дополнительные условия могут быть включены в Договор страхования (Полис), по которому предусмотрена рассроченная оплата Страховых взносов.

3. Возраст Страхователя на дату окончания уплаты Страховых взносов не может превышать 75 лет, если иное не предусмотрено Договором страхования.

4. Страхователи, относящиеся к категориям лиц, указанным в п.3.3. Правил, принимаются на страхование на специальных условиях.

5. В соответствии с Дополнительными условиями, Страховыми рисками являются следующее предполагаемое событие в жизни Страхователя (дополнительного Застрахованного лица): «ИНВАЛИДНОСТЬ 1 группы по любой причине» или «ИНВАЛИДНОСТЬ 1-2 группы по любой причине» в зависимости от варианта страхования.

6. Страховыми случаями по рискам, перечисленным в п.5. Дополнительных условий, признаются события в соответствии с п.5.2. Правил с учетом исключений, указанных в п.п.5.3. Правил.

7. Срок действия Дополнительных условий равен периоду уплаты Страховых взносов по Договору страхования, если иное не предусмотрено Договором страхования.

8. Страховая сумма по каждому риску, предусмотренному Дополнительными условиями, принимается равной величине страховой премии по Договору страхования.

9. Порядок освобождения от обязанности уплачивать Страховые взносы по Договору страхования:

9.1. при наступлении события, имеющего признаки страхового случая, по страховым рискам «ИНВАЛИДНОСТЬ 1 группы по любой причине» и «ИНВАЛИДНОСТЬ 1-2 группы по любой причине»:

9.1.1. Страхователь (дополнительное Застрахованное лицо) в течение 30 дней, считая от даты вынесения решения Бюро медико-социальной экспертизы, обязан представить Страховщику заявление на освобождение от уплаты страховых взносов и соответствующие документы, перечисленные в Разделе 12 Правил;

9.1.2. Страховщик в случае признания первичного установления I группы либо I или II группы инвалидности (в зависимости от варианта страхования) Страхователю страховым случаем освобождает Страхователя от уплаты Страховых взносов на период установления инвалидности;

9.1.3. Страхователь (дополнительное Застрахованное лицо) в течение 30 дней, считая от даты вынесения решения Бюро медико-социальной экспертизы о переосвидетельствовании, обязан представить Страховщику заявление на освобождение от уплаты страховых взносов и документы, перечисленные в Разделе 12 Правил;

9.1.4. Страховщик в случае очередного переосвидетельствования и подтверждения I группы либо I или II группы инвалидности (в зависимости от варианта страхования) Страхователю, ранее признанной Страховщиком страховым случаем, освобождает Страхователя от уплаты Страховых взносов на очередной период установления инвалидности;

9.1.5. Страхователь (дополнительное Застрахованное лицо) несёт обязанность своевременно и в полном объёме возобновить уплату Страховых взносов по окончании периода освобождения от уплаты страховых взносов.

ПЕРЕЧЕНЬ КРИТИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ

Наименование	Определения и исключения из страховых случаев
1. Рак (злокачественные онкологические заболевания)	<p>1.1. Злокачественное новообразование, которое характеризуется неконтролируемым ростом и распространением злокачественных клеток, сопровождающимся их инвазией в ткани, гистологически отличающиеся от опухолевых. Диагноз должен быть подтвержден результатом гистологического или (в случае системных злокачественных заболеваний) цитологического исследования.</p> <p>1.2. Не являются страховыми случаями:</p> <p>1.2.1. Рак in situ.</p> <p>1.2.2. Злокачественные опухоли кожи, кроме злокачественной меланомы с инвазией за пределы эпидермиса.</p> <p>1.2.3. Злокачественные заболевания предстательной железы, кроме опухолей стадии T2N0M0 и выше (по классификации TNM)</p> <p>1.2.4. Папиллярная карцинома щитовидной железы, кроме опухолей стадии T2N0M0 и выше (по классификации TNM).</p> <p>1.2.5. Болезнь Ходжкина (лимфома Ходжкина) и неходжкинская лимфома, кроме лимфом стадии 2 и выше по Энн-Арборской классификации.</p> <p>1.2.6. Все виды лейкозов (лейкемии), которые не привели к анемии.</p> <p>1.2.7. Любая гастроинтестинальная стромальная опухоль (ГИСО, или GIST), кроме опухолей стадии T2N0M0 и выше (по классификации TNM) и кроме опухолей с уровнем митотической активности > 5 / 50 в поле зрения.</p> <p>1.2.8. Новообразования, не относящиеся к злокачественным, но характеризующиеся неконтролируемым ростом и распространением злокачественных клеток, сопровождающимися их инвазией в ткани, гистологически отличающиеся от опухолевых:</p> <ul style="list-style-type: none"> – предраковые состояния; – неинвазивные опухоли; – пограничные опухоли или опухоли с низким потенциалом злокачественности; – дисплазия шейки матки CIN-1, CIN-2 или CIN-3. <p>1.2.9. Опухоли, не подтвержденные результатом гистологического или (в случае системных злокачественных заболеваний) цитологического исследования.</p>
2. Инфаркт миокарда	<p>2.1. Однозначный диагноз гибели участка сердечной мышцы, произошедшей из-за недостаточного кровоснабжения соответствующей области, и, который характеризуется следующими условиями:</p> <p>2.1.1. Типичная боль в центральной части грудной клетки, являющаяся симптомом инфаркта миокарда.</p> <p>2.1.2. Увеличение уровня специфических сердечных маркеров (в том числе креатинфосфокиназы-МВ) выше общепринятых границ нормальных значений или значение тропонина-Т или тропонина-І 500 нг/л или более.</p> <p>2.1.3. Новые изменения на ЭКГ, типичные для инфаркта миокарда.</p> <p>2.1.4. Подтвержденное снижение функции левого желудочка, например – снижение фракции выброса левого желудочка или значительная гипокинезия, акинезия или аномалии движения стенки, обусловленные инфарктом миокарда.</p> <p>2.2. Не являются страховыми случаями:</p> <p>2.2.1. Состояния, не подпадающие под определение инфаркта миокарда, указанного в п.2.1 настоящего Перечня.</p> <p>2.2.2. Следующие формы инфаркта миокарда:</p> <ul style="list-style-type: none"> – инфаркты миокарда без изменения сегмента ST с увеличением показателей Тропонина І или Т в крови; – безболевая форма инфаркта миокарда.
3. Инсульт	<p>3.1. Гибель ткани мозга, наступившая по причине недостаточного кровоснабжения или в результате кровоизлияния в пределах полости черепа, приведшая к постоянному неврологическому дефициту и характеризующаяся всеми нижеследующими условиями:</p> <ul style="list-style-type: none"> – подтверждение нового инсульта результатами магнитно-резонансной томографии, компьютерной томографии или другого достоверного визуализи-

рующего исследования;

- развитие в результате инсульта постоянного доказуемого дефицита той зоны тела, которая контролируется пораженным участком головного мозга. Оценка неврологического дефицита может быть проведена не ранее чем через 3 месяца после инсульта.

3.2. Не являются страховыми случаями:

3.2.1. Состояния, не подпадающие под определение инсульта, указанного в п.3.1 настоящего Перечня.

3.2.2. Следующие последствия инсульта:

- преходящие ишемические нарушения мозгового кровообращения;
- лакунарные инсульты без неврологической симптоматики;
- неврологические симптомы, возникающие в результате мигрени;
- транзиторная ишемическая атака (ТИА);
- травматические повреждения головного мозга или кровеносного сосуда головного мозга.

4. Аорто-коронарное шунтирование

4.1. Фактически перенесенное аорто-коронарное шунтирование посредством торакотомии с целью коррекции или лечения заболевания коронарной артерии. Необходимым условием для проведения оперативного вмешательства должно являться наличие проведенной коронарной ангиографии.

4.2. Не являются страховыми случаями:

4.2.1. Кардиохирургические операции, не относящиеся к аорто-коронарному шунтированию:

- не подпадающие под определение аорто-коронарного шунтирования, указанного в п.4.1 настоящего Перечня;
- баллонная ангиопластика (дилатация) коронарных артерий;
- другие хирургические и не хирургические виды лечения заболеваний сердца.

5. Почечная недостаточность

5.1. Терминальная стадия почечной недостаточности, представляющая собой хроническое необратимое нарушение функции обеих почек, в результате которого был начат регулярный гемодиализ или проведена трансплантация почки.

5.2. Не являются страховыми случаями:

5.2.1. Хирургическое лечение всех форм почечной недостаточности, не относящихся к терминальной стадия почечной недостаточности, не подпадающая под определение терминальной стадия почечной недостаточности, в п.5.1 настоящего Перечня.

Приложение №3
к Дополнительным правилам страхования
жизни с участием в прибыли №11

Таблица №1 размеров страховых выплат по страховому риску «ТРАВМА»

№ п/п	Травматическое повреждение, приведшее к полной потере или функциональной непригодности органов	Страховая выплата, %
1.	Одной руки выше локтевого сустава:	
1.1.	- правой	70
1.2.	- левой	70
2.	Одной руки до локтевого сгиба:	
2.1.	- правой	60
2.2.	- левой	60
3.	Одной кисти руки:	
3.1.	- правой	55
3.2.	- левой	55
4.	Одной ноги до середины бедра	60
5.	Одной ноги до колена	50
6.	Ступни	40
7.	Одного глаза	50
8.	Одного пальца кисти руки:	
8.1.	- большого	20
8.2.	- указательного	10
8.3.	- среднего	5
8.4.	- безымянного и мизинца	5
9.	Одного пальца ноги:	
9.1.	- большого	5
9.2.	- любого другого	2
10.	Потеря слуха:	
10.1.	- одного уха	30
10.2.	- глухота	55
11.	Потеря чувствительности:	
11.1.	- обоняния	10
11.2.	- вкусовых ощущений	5

	- непроходимость пищевода (при наличии гастростомы), а также состояние после пластики пищевода	40			
31	Страховая выплата по п. 30 производится не ранее, чем через 6 месяцев со дня травмы				
31.1	Повреждение органов пищеварения, случайное острое отравление, повлекшее за собой: спаячную болезнь (состояние после операции по поводу спаячной непроходимости), рубцовое сужение (деформацию)	10			
31.2	желудка, кишечника, задненепроходного отверстия				
31.3	- кишечный свищ, свищ поджелудочной железы - противоестественный задний проход (колостома)	15 30			
	При осложнениях, предусмотренных в подпункте 31.1, страховая выплата производится не ранее, чем через 3 месяца после повреждения.				
	По подпунктам 31.1, 31.3 страховая выплата производится только в том случае, если перечисленных заболеваний не было у застрахованного на момент острого отравления				
	По подпунктам 31.2 и 31.3 страховая выплата производится не ранее, чем через 6 месяцев со дня травмы				
	Если возникли осложнения, перечисленные в одном подпункте п. 31, то страховая выплата производится однократно. Если возникли осложнения, перечисленные в разных подпунктах п. 31, то страховая выплата производится по каждому из них путем суммирования.				
32	Повреждение печени в результате травмы или случайного острого отравления, повлекшее за собой:				
	- разрыв печени, в связи с которым произведено хирургическое вмешательство	10			
	- удаление части печени в связи с травмой	20			
33	Удаление желчного пузыря в связи с травмой	10			
34	Повреждение селезенки, повлекшее за собой удаление селезенки	20			
35	Повреждение желудка, поджелудочной железы, кишечника, брюшины, повлекшие за собой:				
	- удаление до 1/3 желудка, 1/3 кишечника	20			
	- удаления 1/2 желудка, до 1/3 хвоста поджелудочной железы, до 1/2 кишечника	30			
	- удаление 2/3 желудка, 2/3 кишечника, 2/3 тела поджелудочной железы	50			
	- удаление желудка, 2/3 поджелудочной железы, кишечника	60			
	- удаление желудка с кишечником и частью поджелудочной железы	80			
	Мочеполовая система				
36	Повреждение почки, повлекшее за собой:				
	- удаление части почки	15			
	- удаление почки	30			
37	Повреждение органов мочевыделительной системы, повлекшее за собой:				
	- почечную недостаточность	15			
	- непроходимость мочеточника, мочепускающего канала, мочеполовые свищи.	20			
	По пункту 37 страховая выплата производится только в том случае, если перечисленных заболеваний не было у застрахованного на момент травмы.				
	Если в результате травмы наступит нарушение функции нескольких органов мочевыделительной системы, размер страховой выплаты определяется по одному из подпунктов п. 37, учитывающему наиболее тяжелые последствия повреждения.				
	Страховая выплата по п. 37 производится не ранее, чем через 3 месяца после травмы.				
38	Повреждение органов мочевыделительной системы, в связи с которым произведено оперативное вмешательство:				
	- при повреждении органов	10			
	- повторная операция, произведенная в связи с травмой	3			
	Если страховая выплата была произведена по п. 36, то п. 38 не применяется				
39	Повреждение органов мочеполовой системы, повлекшее за собой:				
	- потерю одного яичника, яичника и трубы, яичника и двух труб	15			
	- потерю двух яичников, яичек, части полового члена	30			
	- потерю матки у женщин в возрасте до 40 лет	40			
	от 40 до 50 лет	20			
	50 и старше	10			
	- потерю полового члена (в том числе и с обоими	50			
	яичками)				
40	Мягкие ткани				
	Повреждение мягких тканей лица, переднебоковой поверхности шеи, век, подчелюстной области, повлекшие за собой после заживления:				
	- шрамы от 14 до 19 см	15			
	- шрамы от 20 до 30 см	30			
	- шрамы более 30 см	45			
	Примечания:				
	Для выплаты по п. 40 обязательно соответствующее заключение эксперта-косметолога. Выплата производится не ранее, чем через 1 месяц после травмы после заживления раневых поверхностей.				
	Если нарушение косметики произошло в результате переломов лицевых костей черепа либо в результате операций в связи с такими переломами, то страховая выплата производится и за перелом и за нарушение косметики путем суммирования.				
41	Повреждение (кроме ожогов) мягких тканей волосистой части головы, туловища, конечностей, повлекшее за собой образование рубцов площадью:				
	- от 2 кв.см до 5 кв.см	1			
	- от 5 кв.см до 0,5 % поверхности тела	3			
	- от 0,5 до 2% поверхности тела	5			
	- от 2 до 4 % поверхности тела	7			
	- от 4 до 6 % поверхности тела	10			
	- от 6 до 8 % поверхности тела	15			
	- от 8 до 10 % поверхности тела	20			
	- 10 % поверхности тела и более	30			
	При открытых переломах костей и операциях выплата за рубцы не производится				
42	Повреждение (кроме ожогов) мягких тканей туловища, конечностей, повлекшее за собой образование пигментных пятен площадью:				
	- от 1 до 3 % поверхности тела	3			
	- от 3 до 6 % поверхности тела	5			
	- от 6 до 10 % поверхности тела	7			
	- от 10% и более	10			
	Примечания:				
	Общая сумма выплат по п.п. 41 и 42 не может превышать 40 % от страховой суммы.				
	Страховая выплата по п.п. 41 и 42 производится не ранее, чем через 1 месяц после травмы.				
	При определении площади рубцов и пигментных пятен следует учитывать и рубцы (пятна), образовавшиеся на месте взятия для замещения пораженного участка кожи кожного трансплантата.				
43	Ожоговая болезнь, ожоговый шок				5
	Позвоночник				
44	Перелом или вывих тел, дужек и суставных отростков позвонков:				
	- одного-двух	7			
	- трех-пяти	10			
	- шести и более	20			
45	Полный разрыв межпозвоночных связок	5			
	За операцию по п.п. 44, 45	+ 5			
46	Перелом поперечных или остистых отростков	3			
	Если одновременно имеется травма, предусмотренная п. 44, то п. 46 не применяется.				
47	Перелом крестца, копчика, вывих копчиковых позвонков	3			
48	Удаление копчика в связи с травмой	5			
	Верхняя конечность				
	Лопатка, ключица				
49	Перелом лопатки, ключицы, полный или частичный разрыв акромиально-ключичного, грудиноключичного сочленений:				
	- перелом одной кости или разрыв одного сочленения	3			
	- перелом двух костей, разрыв двух сочленений или перелом одной кости и разрыв одного сочленения	7			
	- несросшийся перелом, ложный сустав, разрыв двух сочленений и перелом одной кости, перелом двух костей и разрыв одного сочленения.	10			
	При несросшемся переломе, ложном суставе страховая выплата производится не ранее 9 месяцев со дня травмы				
	Плечевой сустав				
50	Повреждения в области плечевого сустава:				
	- разрыв сухожилий, капсулы сустава, отрывы костных фрагментов, перелом большого бугорка плечевой кости, перелом суставной впадины лопатки, подвывих плеча при сроке стационарно-				5

51	го лечения 14 и более дней, частичный разрыв (растяжение) связок при сроке стационарного лечения 14 и более дней	7	58	- двух костей	7
	- вывих плеча	10		Перелом одной или обеих костей предплечья, осложнившийся образованием ложного сустава:	5
	- перелом головки, анатомической, хирургической шейки плеча	15		- одной кости	7
	- перелом и вывих плеча	30		При ложном суставе страховая выплата производится дополнительно не ранее 9 месяцев со дня травмы.	
52	Повреждение плечевого сустава, повлекшее за собой:	30	59	Несросшиеся внутрисуставные переломы и отрывы костных фрагментов не дают основания для выплаты по п. 58. В этом случае выплата производится по п. 56 с учетом состояния функции сустава.	+5
	- отсутствие движения в суставе (анкилоз)	+5		За операцию на предплечье.	
	За операции в связи с повреждениями, перечисленными в п.п. 49, 50, 51			Выплата за операцию на локтевом суставе и предплечье производится однократно.	
	При этом дополнительная выплата за взятие трансплантата не производится			Травматическая ампутация или тяжелое повреждение, приведшее к ампутации предплечья:	
53	Примечания:		60	- на любом уровне	30
	Страховая выплата по осложнениям, перечисленным в п. 51 (кроме привычного вывиха плеча), производится не ранее, чем через 6 месяцев после травмы.			- единственной верхней конечности на любом уровне предплечья	100
	Если в связи с травмой плечевого сустава производилась страховая выплата по п. 50, а затем возникли осложнения, перечисленные в п. 51, страховая выплата по осложнениям производится дополнительно в соответствии с одним из подпунктов п. 51.			Примечание: При страховой выплате по п. 59 дополнительные выплаты за операцию и послеоперационные рубцы не производятся.	
	Страховая выплата при привычном вывихе плеча производится лишь в том случае, если этот вывих наступил в результате первичного вывиха, происшедшего в период действия договора страхования.			Лучезапястный сустав	
54	Диагноз привычного вывиха плеча должен быть подтвержден лечебным учреждением, в котором производилось его вправление.		61	Повреждение области лучезапястного сустава:	
	При рецидивах привычного вывиха плеча страховая выплата не производится.			- перелом лучевой или локтевой кости, в том числе перелом лучевой кости в типичном месте	3
				- перелом лучевой кости и отрыв шиловидного отростка локтевой	5
				- перелом кости (костей) запястья, кроме ладьевидной	3
55	Плечо		62	- перелом ладьевидной кости	5
	Перелом плеча на любом уровне (кроме области локтевого и плечевого суставов):	7		- перелом-вывих или вывих кисти	7
	- без смещения	10		За операцию по п. 60	+5
	- со смещением	+5		Примечание: если в результате травмы наступят повреждения, перечисленные в разных подпунктах п. 60, то страховая выплата производится по каждому из них путем суммирования.	
56	За операцию	20	63	Повреждение лучезапястного сустава, повлекшее за собой:	
	Перелом плечевой кости, осложнившийся образованием ложного сустава (несросшегося перелома)			- отсутствие движений в лучезапястном суставе	15
	Примечания:			- несросшийся перелом (ложный сустав) ладьевидной кости	10
	Страховая выплата по п. 53 производится не ранее, чем через 9 месяцев после травмы.			За операцию по п. 61	+5
57	Несросшиеся внутрисуставные переломы и отрывы костных фрагментов не дают основания для выплаты по п. 53. В этом случае страховая выплата производится по п. 51 с учетом состояния функции сустава.		64	Примечания:	
	Травматическая ампутация верхней конечности или тяжелое повреждение ее, приведшее к ампутации:			Страховая выплата по п. 61 производится дополнительно к страховой выплате по п. 60, не ранее чем через 6 месяцев после травмы.	
	- плеча на любом уровне	40		Страховая выплата в связи с несросшимся переломом (ложным суставом) производится не ранее, чем через 6 месяцев после травмы.	
	- плеча с лопаткой, ключицей или их частью	50		Травматическая ампутация или тяжелое повреждение кисти, приведшее к ее ампутации:	
58	- единственной конечности на уровне плеча	100	65	- на уровне пястных костей или запястья	30
	При выплате по п. 54 дополнительная выплата за операцию и послеоперационные рубцы не производится.			- кисти единственной руки	100
				Примечание: при выплате по п. 62 дополнительная выплата за операцию и послеоперационные рубцы не производится	
				Первый палец (большой)	
59	Локтевой сустав		66	Повреждение первого пальца:	
	Повреждение области локтевого сустава:	5		- перелом, повреждение сухожилия разгибателя	1
	- перелом, вывих лучевой или локтевой кости, отрывы костных фрагментов (в том числе надмыщелков плеча), частичный разрыв (растяжение) связок при стационарном лечении не менее 14 дней	10		- повреждение сухожилия сгибателя	3
	- внутрисуставный перелом плечевой кости	+5		За операцию (пластика сухожилий пальца)	+2
60	За операцию на локтевом суставе		67	Повреждение пальца, повлекшее за собой отсутствие движений:	
	Примечание:			- в одном суставе	2
	Если в результате травмы локтевого сустава наступят переломы разных костей или их вывих, то страховая выплата производится с учетом каждого из повреждений путем суммирования.			- в двух суставах	5
	Страховая выплата по п. 56 производится не ранее, чем через 6 месяцев после травмы.			Примечание:	
61	Повреждение области локтевого сустава, повлекшее за собой:		68	Травматическая ампутация пальца или повреждение, повлекшее за собой ампутацию пальца на уровне:	
	- отсутствие движений в локтевом суставе	20		- ногтевой фаланги или межфалангового сустава	2
	Примечания:			- основной фаланги, пястнофалангового сустава (потеря пальца)	5
	Страховая выплата по п. 56 производится не ранее, чем через 6 месяцев после травмы.			- пястной кости	7
62	Повреждение области локтевого сустава, повлекшее за собой:		69	Примечание:	
	- отсутствие движений в локтевом суставе	20		Если страховая выплата производится по п. 65, то дополнительная выплата за операцию и послеоперационные рубцы не производится.	
	Примечания:			Второй, третий, четвертый, пятый пальцы	
	Страховая выплата по п. 56 производится не ранее, чем через 6 месяцев после травмы.			Повреждение второго, третьего, четвертого или пятого пальцев:	
63	Предплечье		70	- перелом, повреждение сухожилия разгибателя	1
	Перелом костей предплечья (кроме области суставов):	5			
	- одной кости				

87	жжение сухожилий одного или двух пальцев - перелом нескольких фаланг, повреждение сухожилий трех-пяти пальцев	5
	Травматическая ампутация или повреждение, повлекшее за собой ампутацию пальцев: Первого пальца:	
	- на уровне ногтевой фаланги (потеря ногтевой фаланги)	5
	- не уровне основной фаланги (потеря пальца)	10
	Второго, третьего, четвертого, пятого пальцев:	
	- одного-двух пальцев на уровне ногтевых или средних фаланг	5
	- одного-двух пальцев на уровне основных фаланг (потеря пальцев)	10
	- трех-четырех пальцев на уровне ногтевой или средней фаланг	15
	- трех-четырех пальцев на уровне основных фаланг (потеря пальцев)	20
	<i>Примечание:</i> При страховой выплате по п. 87 дополнительные выплаты за операцию и послеоперационные рубцы не производится.	

ПРИМЕЧАНИЯ:

1. Если в Таблице не указано иное, в случае, когда в результате одной травмы наступят повреждения, перечисленные в одном пункте, страховая выплата производится по одному из подпунктов этого пункта, учитывающему наиболее тяжелое повреждение. При повреждениях, указанных в разных пунктах, страховая выплата производится по каждому из них.

2. Дополнительные выплаты за операции производятся за оперативные вмешательства по поводу травмы, за исключением первичной хирургической обработки

Приложение 1 к Таблице №2.

Размеры страховой выплаты при снижении зрения вследствие травмы

Острота зрения		Выплата, %	Острота зрения		Выплата, %
До травмы	После травмы		До травмы	После травмы	
1,0	0,9	5	0,9	0,8	5
	0,8	5		0,7	5
	0,7	5		0,6	5
	0,6	5		0,5	10
	0,5	10		0,4	10
	0,4	10		0,3	15
	0,3	15		0,2	20
	0,2	20		0,1	30
	0,1	30		ниже 0,1	40
	ниже 0,1	40		0,0	50
0,8	0,7	5	0,7	0,6	5
	0,6	5		0,5	5
	0,5	10		0,4	10
	0,4	10		0,3	10
	0,3	15		0,2	15
	0,2	20		0,1	20
	0,1	30		ниже 0,1	30
	ниже 0,1	40		0,0	40
	0,0	50			
	0,6	0,5		5	0,5
0,4		5	0,3	5	
0,3		10	0,2	10	
0,2		10	0,1	10	
0,1		15	ниже 0,1	15	
ниже 0,1		20	0,0	20	
0,0		25			
0,4	0,3	5	0,3	0,2	5
	0,2	5		0,1	5
	0,1	10		ниже 0,1	10
	ниже 0,1	15		0,0	20
	0,0	20			
0,2	0,1	5	0,1	ниже 0,1	10
	ниже 0,1	10		0,0	20
	0,0	20		ниже 0,1	20

ПРОГРАММА ДОБРОВОЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ «ТЕЛЕМЕДИЦИНА»

I. ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ

Страховщик гарантирует Застрахованному лицу при наступлении страхового случая организацию и оплату следующих медицинских и иных услуг по Программе добровольного медицинского страхования «Телемедицина» (далее – Программа ДМС): дистанционные консультации, онлайн-консультации, проводимые врачами-консультантами и врачами-специалистами медицинских организаций

II. ОБЪЕМ УСЛУГ, ПРЕДОСТАВЛЯЕМЫЙ В РАМКАХ ПРОГРАММЫ

2.1. Объем услуг.

Дистанционные консультации (онлайн-консультации), проводимые врачами-консультантами и врачами-специалистами медицинских организаций, осуществляются в целях:

- сбора, анализа жалоб пациента и данных анамнеза, профилактики, оценки эффективности лечебно-диагностических мероприятий, медицинского наблюдения за состоянием здоровья пациента в режиме реального времени;
- принятия в режиме реального времени решения о необходимости проведения очного приема (осмотра, консультации), проведения диагностических исследований;
- предоставления медицинского заключения с рекомендациями по результатам рассмотрения медицинских документов пациента и иной информации о состоянии здоровья пациента в режиме отложенной (заочной) консультации.

2.2. Перечень предоставляемых услуг:

- 2.2.1. дистанционные консультации с дежурным педиатром/терапевтом – без ограничения количества консультаций в течение года действия программы страхования;
- 2.2.2. дистанционные консультации с врачами-специалистами – без ограничения количества консультаций в течение года действия программы страхования.

2.2. Исключения из страховых случаев.

2.2.1. Страховщик имеет право полностью или частично отказать в оплате медицинских и иных услуг, необходимых Застрахованному лицу, в случаях, предусмотренных законодательством РФ, а так же в случаях:

- 2.2.1.1. получения Застрахованным лицом медицинских и иных услуг, которые не предусмотрены договором страхования и/или которые возникли вне периода действия договора страхования;
- 2.5.1.2. получения Застрахованным медицинских и иных услуг в медицинских и иных организациях, не предусмотренных в договоре страхования и настоящей Программе ДМС, и выбор которых не был согласован со Страховщиком;
- 2.5.1.3. получения Застрахованным лицом медицинских и иных услуг, не проведенных назначенными врачами-консультантами и врачами-специалистами, либо не являющихся необходимыми с медицинской точки зрения для диагностирования или лечения заболевания;
- 2.5.1.4. предоставления Страхователем неверных сведений о Застрахованном лице при заключении договора страхования;
- 2.5.1.5. установления факта передачи Застрахованным лицом Договора страхования другому лицу для получения медицинских и иных услуг, предусмотренных Договором страхования.
- 2.5.1.6. консультаций, диагностики, лечения импотенции, связанных с нарушением сексуальной функции;
- 2.5.2. В соответствии со ст. 964 Гражданского кодекса Российской Федерации Страховщик освобождается от обязанности производить оплату медицинских и иных услуг, если обращение за предоставлением данных услуг наступило вследствие:
 - а) воздействия ядерного взрыва, радиации или радиоактивного заражения;
 - б) военных действий, а также маневров или иных военных мероприятий;
 - в) гражданской войны, народных волнений всякого рода или забастовок.

III. ТЕРРИТОРИЯ ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ

3.1. Территория оказания медицинских услуг (раздел II Программы ДМС): Российская Федерация.

IV. СТРАХОВЫЕ СУММЫ, ЛИМИТЫ ВЫПЛАТ И ФРАНШИЗЫ (в руб.)

Вид медицинского обслуживания	Лимит расходов
Телемедицина	250 000 руб.