

**ПРАВИЛА СТРАХОВАНИЯ ЖИЗНИ ФИЗИЧЕСКИХ ЛИЦ №2**  
**(в редакции от 01 апреля 2023 года)**

**ОГЛАВЛЕНИЕ**

1. Общие положения
2. Субъекты страхования
3. Объект страхования
4. Страховые риски, страховые случаи
5. Исключения из объема страхового покрытия
6. Страховые суммы, страховая премия, страховой тариф
7. Срок действия Договора страхования
8. Порядок заключения, изменения и исполнения Договора страхования
9. Права и обязанности Сторон
10. Определение размера и порядок осуществления страховых выплат
11. Перечень документов, предоставляемых при наступлении страхового случая
12. Прекращение действия Договора страхования
13. Валюта Договора страхования
14. Обстоятельства непреодолимой силы (форс-мажор)
15. Порядок разрешения споров
16. Обработка персональных данных

**ПРИЛОЖЕНИЯ**

1. Таблица страховых выплат при травмах Застрахованного в результате несчастного случая
2. Таблица страховых выплат при тяжелых телесных повреждениях Застрахованного в результате несчастного случая
3. Список критических заболеваний №1
4. Список критических заболеваний №2
5. Список критических заболеваний №3

## 1. ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ

1.1. В соответствии с законодательством Российской Федерации и на основании Правил страхования жизни физических лиц №2 (далее по тексту – Правила или Правила страхования) Общество с ограниченной ответственностью Страховая компания «Росгосстрах Жизнь» (далее по тексту – Страховщик) заключает договоры страхования жизни (далее по тексту – Договор или Договор страхования) с физическими и юридическими лицами, а также индивидуальными предпринимателями (далее по тексту – Страхователи), в соответствии с которыми производит страховые выплаты при наступлении страховых случаев, оговоренных в Договоре страхования, в отношении самого Страхователя (физического лица) или другого названного в Договоре страхования лица (Застрахованного).

1.2. По Договору страхования Страховщик обязуется, независимо от всех видов пособий, пенсий и выплат, причитающихся по обязательному социальному страхованию и социальному обеспечению, трудовых и иных соглашений, договорам страхования, заключенным с другими страховщиками и в порядке возмещения вреда по законодательству Российской Федерации, при наступлении страхового случая в жизни Застрахованного осуществить страховую выплату.

1.3. Страховщик вправе присваивать маркетинговые названия отдельным группам единообразных Договоров страхования, заключаемых на основе настоящих Правил страхования.

1.4. В целях настоящих Правил страхования 1-м (первым) днем для отсчета сроков, указанных в Правилах для осуществления Страховщиком его обязательств, является следующий день (рабочий или календарный в зависимости от того в каких днях установлен срок) после возникновения у Страховщика обязательств по их исполнению.

1.5. В Правилах используются следующие определения и термины:

**Получатель страховых услуг** – физическое лицо, в том числе зарегистрированное в качестве индивидуального предпринимателя, или юридическое лицо, обратившееся к Страховщику с намерением заключить Договор страхования, а также Страхователь, Застрахованный и/или Выгодоприобретатель по заключенному Договору страхования.

**Несчастный случай** – внезапное кратковременное внешнее событие, повлекшее за собой телесное повреждение или иное нарушение внутренних и внешних функций организма, или смерть Застрахованного, не являющееся следствием заболевания или врачебных манипуляций и произошедшее в течение срока страхования независимо от воли Застрахованного/Страхователя и/или Выгодоприобретателя.

**Смерть** – прекращение физиологических функций организма Застрахованного, поддерживающих его жизнедеятельность.

**Инвалидность** – нарушение здоровья Застрахованного со стойким значительно выраженным либо выраженным (в зависимости от группы инвалидности) расстройством функций организма, обусловленное заболеваниями, последствиями травм или дефектами, приводящее к ограничению одной категории жизнедеятельности или их сочетанию и вызывающее необходимость его социальной защиты.

**Болезнь** – нарушение состояния здоровья Застрахованного, не вызванное несчастным случаем, диагностированное квалифицированным специалистом (врачом) на основании объективных симптомов впервые после вступления Договора страхования в силу либо явившееся следствием внезапного непредвиденного обострения хронического заболевания, а также осложнений после врачебных манипуляций.

**Коронавирусная инфекция Covid-19** – инфекционное заболевание, вызванное коронавирусом SARS-CoV-2. Заболевание должно быть подтверждено наличием положительного результата ПЦР мазка из носоглотки, ротоглотки, экспресс-теста на коронавирус Covid-19 или ПЦР крови.

**ПЦР (полимеразная цепная реакция)** – экспериментальный метод молекулярной биологии, способ значительного увеличения малых концентраций определённых фрагментов нуклеиновой кислоты (ДНК) в биологическом материале (пробе). ПЦР широко используется в биологической и медицинской практике, для диагностики заболеваний (наследственных, инфекционных), для установления отцовства, для клонирования генов, выделения новых генов.

**Предшествовавшее состояние** – любое нарушение здоровья (расстройство, заболевание), травма, увечье, врожденная или приобретенная патология, хроническое или острое заболевание, психическое или нервное расстройство, которое у Застрахованного/Страхователя уже было

диагностировано на момент заключения Договора страхования, либо проявлявшееся в течение 12 (двенадцати) месяцев до заключения Договора страхования. Такие состояния также включают в себя любые осложнения или последствия, связанные с указанными состояниями.

**Госпитализация** – помещение Застрахованного в течение срока страхования для проведения лечения в круглосуточный стационар медицинского учреждения, имеющего все необходимые разрешения и лицензии, необходимость которого была вызвана произошедшим в период срока страхования несчастным случаем или болезнью. При этом госпитализацией не признается: помещение Застрахованного в стационар для проведения медицинского обследования; пребывание Застрахованного в клинике и/или санатории для прохождения им восстановительного (реабилитационного) курса лечения; задержание Застрахованного в связи с карантином или иными превентивными мерами официальных властей.

**Травма** – нарушение структуры живых тканей и анатомической целостности органов, явившееся следствием несчастного случая, произошедшее в период действия Договора страхования и предусмотренное Таблицей страховых выплат при травмах Застрахованного в результате несчастного случая (Приложение №1 к Правилам).

**Тяжкое телесное повреждение** – нарушение структуры живых тканей и анатомической целостности органов, явившееся следствием несчастного случая, произошедшее в период действия Договора страхования и предусмотренное Таблицей страховых выплат при тяжелых телесных повреждениях Застрахованного в результате несчастного случая (Приложение №2 к Правилам).

**Критическое заболевание** – заболевание, значительно нарушающее жизненный уклад и ухудшающее качество жизни Застрахованного, приводящее к инвалидности и характеризующееся чрезвычайно высоким уровнем смертности. Перечень критических заболеваний для целей настоящих Правил устанавливается одним из Списков критических заболеваний (Приложение №3, Приложение №4, Приложение №5 к Правилам) либо, в случае если Договором страхования предусмотрено лечение в связи с диагностированием критического заболевания, перечень критических заболеваний устанавливается в соответствующей Программе добровольного медицинского страхования, являющейся приложением к Договору страхования. Конкретный Список критических заболеваний и/или конкретная Программа добровольного медицинского страхования применяется в отношении конкретного страхового риска и конкретного Застрахованного и указывается в Договоре страхования.

**Временная нетрудоспособность** – временная утрата Застрахованным способности осуществлять трудовую или иную деятельность по медицинским показаниям вследствие временного нарушения здоровья, сопровождающегося оказанием ему медицинской помощи на срок, необходимый для восстановления здоровья.

**Андеррайтинг** – оценка страхового риска с целью определения условий страхования и определения страхового тарифа.

**Декларация о состоянии здоровья и факторах риска (декларация)** – составная часть Договора страхования о состоянии здоровья Застрахованного и об отсутствии у него медицинских, профессиональных и прочих факторов риска, требующих индивидуальной оценки Страховщиком для определения условий страхования.

**Срок страхования** – период времени, определяемый Договором страхования, в течение которого при наступлении страховых случаев у Страховщика возникает обязанность по осуществлению страховых выплат в соответствии с настоящими Правилами и Договором страхования.

**Страховая премия** – плата за страхование, которую Страхователь обязан уплатить Страховщику в порядке и сроки, установленные Договором страхования.

**Льготный период** – период, начинающийся с даты возникновения задолженности по оплате страхового взноса в случае рассроченной оплаты взносов, в течение которого Страховщик предоставляет Страхователю возможность погасить возникшую задолженность по оплате страховых взносов.

**Страховая сумма** – денежная сумма или способ определения денежной суммы, установленная Договором по страховому риску, исходя из которой определяется размер страховой выплаты при наступлении страхового случая.

**Страховая выплата** – денежная сумма, выплачиваемая Страховщиком Выгодоприобретателю при наступлении страхового случая, предусмотренного Договором страхования. Страховая выплата может осуществляться Страховщиком в виде оплаты стоимости медицинских и/или иных услуг, предусмотренных Договором страхования и/или Программой добровольного медицинского страхования, являющейся приложением к Договору страхования.

**Освобождение от уплаты страховых взносов** – порядок осуществления выплаты, при котором страховая выплата зачитывается в счет погашения причитающейся к оплате страховой премии по отдельным страховым рискам. Список рисков, от премии по которым производится освобождение, указан в Договоре страхования.

**Выкупная сумма** – денежная сумма, выплачиваемая при досрочном прекращении Договора страхования в случаях, предусмотренных Правилами. Выкупная сумма определяется в пределах сформированного в установленном порядке страхового резерва на день прекращения Договора страхования.

**Занятие спортом на профессиональном уровне** – систематические занятия каким-либо видом спорта или физическими упражнениями, предполагающие тренировки и/или участие в спортивных соревнованиях с целью получения спортивного звания и разряда, и/или с целью получения дохода.

**Транспортное происшествие** – событие, повлекшее за собой причинение вреда жизни и здоровью Застрахованного, возникшее в одном из следующих случаев:

- в процессе движения по дороге транспортного средства и с его участием (дорожно-транспортное происшествие);
- в процессе движения железнодорожного подвижного состава (включая маневровые работы) и с его участием;
- при пользовании метрополитеном в связи с движением поезда;
- в результате эксплуатации водного транспорта;
- в связи с эксплуатацией или гибелью воздушного судна, включая следствия аварийной эвакуации из воздушного судна.

**Программа добровольного медицинского страхования (Программа ДМС)** – документ, являющийся приложением к Договору страхования в случае заключения Договора страхования в отношении страховых рисков, указанных в п.п. 4.1.24 – 4.1.28 Правил. В программе ДМС определяется объем медицинских и иных услуг, оказание которых Страховщик организует и оплачивает по Договору страхования, порядок их оказания, а также иные положения, в том числе положения, предусмотренные Правилами. К каждому из страховых рисков, указанных в п.п. 4.1.24 – 4.1.28 Правил, может применяться одна или несколько программ ДМС, конкретная программа ДМС, применяемая по тому или иному риску, указывается в Договоре страхования. Конкретная Программа ДМС является приложением к Договору страхования.

**Медицинские услуги** – мероприятия или комплекс мероприятий, направленных на профилактику заболеваний, их диагностику и лечение. Конкретный объем медицинских услуг, организуемых и оказываемых по Договору, указывается в соответствующей Программе ДМС.

**Иные услуги** – услуги, не входящие в состав медицинских услуг, связанные с оказанием и организацией оказания медицинских услуг, в частности, услуги по оформлению и предоставлению медицинской документации, информационные услуги, связанные с оказанием или организацией оказания медицинских услуг. Конкретный объем иных услуг, организуемых и оказываемых по Договору, указывается в Программе ДМС.

**Ассистанская компания (сервисная компания)** – специализированная организация, которая на условиях, предусмотренных соответствующим договором, заключенным со Страховщиком, оказывает Страховщику услуги координатора (организатора) оказания услуг Застрахованным Страховщика и/или по поручению Страховщика круглосуточно обеспечивает организацию услуг, предусмотренных Договором страхования.

**Медицинская организация** – юридическое лицо независимо от организационно-правовой формы, осуществляющее в качестве основного (уставного) вида деятельности медицинскую деятельность на основании действующей лицензии, а также иные юридические лица независимо от организационно-правовой формы, осуществляющие наряду с основной (уставной)

деятельностью медицинскую деятельность. К медицинским организациям приравниваются индивидуальные предприниматели, осуществляющие медицинскую деятельность.

**Врач** – специалист, с законченным и надлежащим образом, зарегистрированным высшим медицинским образованием, имеющим действующий сертификат специалиста, не являющийся Застрахованным/родственником Застрахованного и/или Выгодоприобретателем/родственником Выгодоприобретателя и состоящий в трудовых отношениях или гражданско-правовых отношениях с медицинским учреждением.

**Аптечные организации** – юридические лица любой организационно-правовой формы, а также индивидуальные предприниматели, осуществляющие фармацевтическую деятельность в соответствии с лицензией на осуществление фармацевтической деятельности, полученной в соответствии с законодательством государства, на территории которого осуществляется фармацевтическая деятельность.

**Телемедицина** – комплекс организационных, технологических мероприятий, обеспечивающих предоставление дистанционной консультационно-диагностической медицинской услуги, при которой пациент получает дистанционную консультацию врача-специалиста, используя современные информационно-коммуникационные технологии.

**Период ожидания** – период времени, в течение которого страховое покрытие не распространяется на события, произошедшие с Застрахованным, и в течение которого Страховщик не несет ответственности по событиям, происходящим с Застрахованным. Период ожидания может быть установлен как по Договору страхования в целом, так и по отдельным рискам. При пролонгации либо заключении Договора страхования на новый срок в отношении того же Застрахованного на аналогичных условиях период ожидания в отношении Застрахованного, являвшегося Застрахованным ранее по Договору, не будет действовать.

**Период охлаждения** – период времени, в течение которого Страхователь (физическое лицо) вправе отказаться от Договора страхования и получить возврат уплаченной страховой премии частично либо в полном объеме, при условии, что на дату отказа от Договора страхования не наступало событий, имеющих признаки страхового случая.

**Форс-мажор (обстоятельства непреодолимой силы)** – под обстоятельствами непреодолимой силы Стороны понимают: военные действия и их последствия, террористические акты, гражданские волнения, забастовки, мятежи, введение чрезвычайного или особого положения, бунты, путчи, государственные перевороты, заговоры, восстания, революции, воздействие ядерной энергии, конфискации, реквизиции, арест, уничтожение или повреждение имущества по распоряжению гражданских или военных властей и иные действия органов государственной власти, приводящие к невозможности исполнения обязательств Сторонами Договора страхования, в том числе вступление в силу соответствующих законодательных и подзаконных актов Российской Федерации.

## **2. СУБЪЕКТЫ СТРАХОВАНИЯ**

2.1. **Страховщик** – Общество с ограниченной ответственностью Страховая компания «Росгосстрах Жизнь» – страховая организация, созданная в соответствии с законодательством Российской Федерации для осуществления деятельности по страхованию и получившая лицензию на осуществление соответствующего вида страховой деятельности.

2.2. **Страхователь** – дееспособное физическое лицо (в том числе зарегистрированное в качестве индивидуального предпринимателя), юридическое лицо любой организационно-правовой формы, заключившее Договор страхования в отношении самого Страхователя (физического лица) или другого названного в Договоре страхования физического лица (Застрахованного). Если по Договору страхования застрахованы жизнь и здоровье самого Страхователя, то он одновременно является Застрахованным.

2.3. **Застрахованный** – физическое лицо, в отношении которого Страхователем и Страховщиком заключен и действует Договор страхования, по которому объектом страхования являются имущественные интересы, связанные с дожитием до определенного срока, причинением вреда жизни и здоровью, смертью данного лица.

2.3.1. Договор страхования может предусматривать несколько Застрахованных, в этом случае Застрахованным 1 является физическое лицо, отличное от Страхователя, Застрахованным 2 всегда является Страхователь.

2.4. **Выгодоприобретатель** – одно или несколько лиц, которые назначаются Страхователем с письменного согласия Застрахованного для получения страховых выплат по Договору страхования.

2.4.1. Если иное не предусмотрено Договором страхования, по всем рискам, за исключением рисков смерти Застрахованного, Выгодоприобретателем является Застрахованный по этим рискам. По рискам смерти Застрахованного Выгодоприобретателями выступают его наследники, если иное не предусмотрено Договором страхования.

2.4.2. Страхователь вправе назначать, заменять Выгодоприобретателей с письменного согласия Застрахованного до наступления страхового случая в соответствии с законодательством Российской Федерации. Выгодоприобретатель не может быть заменен после того, как он выполнил какую-либо из обязанностей по Договору или предъявил Страховщику требование о страховой выплате.

### **3. ОБЪЕКТ СТРАХОВАНИЯ**

3.1. Объектом страхования являются не противоречащие законодательству Российской Федерации:

3.1.1. имущественные интересы, связанные с дожитием Застрахованного до определенного возраста или срока либо наступлением иных событий в жизни Застрахованного, а также с его смертью (страхование жизни – риски, указанные в п.п. 4.1.1 – 4.1.23 Правил);

3.1.2. имущественные интересы, связанные с оплатой организации и оказания медицинской помощи (медицинских услуг) и иных услуг вследствие расстройства здоровья Застрахованного или состояния Застрахованного, требующих организации и оказания таких услуг, а также проведения профилактических мероприятий, снижающих степень опасных для жизни и здоровья Застрахованного угроз и/или устраняющих их (медицинское страхование – риски, указанные в п.п. 4.1.24 – 4.1.28 Правил).

3.2. Если в Договоре страхования не указано иное, территория страхового покрытия: страховое покрытие действует 24 (двадцать четыре) часа в сутки, 365 (триста шестьдесят пять) дней в году, по всему миру.

### **4. СТРАХОВЫЕ РИСКИ, СТРАХОВЫЕ СЛУЧАИ**

4.1. Страховыми рисками признаются следующие предполагаемые события, на случай наступления которых проводится страхование, произошедшие в период действия Договора (за исключением наступивших при обстоятельствах, перечисленных в п. 5 Правил):

4.1.1. Дожитие Застрахованного до окончания срока страхования;

4.1.2. Дожитие Застрахованного до оговоренных в Договоре страхования сроков, установленных в Договоре страхования для выплаты аннуитетов (в соответствии с установленной периодичностью выплат);

4.1.3. Смерть Застрахованного по любой причине;

4.1.4. Смерть Застрахованного по любой причине с отложенной страховой выплатой;

4.1.5. Смерть Застрахованного по любой причине с освобождением от уплаты страховых взносов;

4.1.6. Смерть Застрахованного в результате несчастного случая;

4.1.7. Смерть Застрахованного в результате дорожно-транспортного происшествия;

4.1.8. Смерть Застрахованного в результате транспортного происшествия;

4.1.9. Инвалидность Застрахованного с установлением I, II группы инвалидности по любой причине с освобождением от уплаты страховых взносов;

4.1.10. Инвалидность Застрахованного с установлением I, II группы инвалидности в результате несчастного случая с освобождением от уплаты страховых взносов;

4.1.11. Инвалидность Застрахованного с установлением I группы инвалидности по любой причине;

- 4.1.12. Инвалидность Застрахованного с установлением II группы инвалидности по любой причине;
- 4.1.13. Инвалидность Застрахованного с установлением I, II группы инвалидности по любой причине;
- 4.1.14. Инвалидность Застрахованного с установлением I группы инвалидности в результате несчастного случая;
- 4.1.15. Инвалидность Застрахованного с установлением II группы инвалидности в результате несчастного случая;
- 4.1.16. Инвалидность Застрахованного с установлением I, II группы инвалидности в результате несчастного случая;
- 4.1.17. Инвалидность Застрахованного с присвоением категории «ребенок-инвалид» или установлением I, II группы инвалидности в результате несчастного случая;
- 4.1.18. Травма Застрахованного в результате несчастного случая;
- 4.1.19. Тяжкие телесные повреждения Застрахованного в результате несчастного случая;
- 4.1.20. Непрерывная временная утрата трудоспособности Застрахованным в результате несчастного случая;
- 4.1.21. Первичное диагностирование Застрахованному критического заболевания;
- 4.1.22. Первичное диагностирование Застрахованному критического заболевания с освобождением от уплаты страховых взносов;
- 4.1.23. Дожитие Застрахованного до недобровольной потери работы с освобождением от уплаты одного страхового взноса;
- 4.1.24. Обращение Застрахованного за предоставлением медицинских или иных услуг, предусмотренных Программой ДМС «Дистанционные медицинские консультации», вследствие расстройства здоровья или состояния Застрахованного, требующих получения таких услуг;
- 4.1.25. Обращение Застрахованного за предоставлением медицинских или иных услуг, предусмотренных Программой ДМС «Дистанционные медицинские обследования», в связи с необходимостью проведения профилактических мероприятий, снижающих степень опасных для жизни или здоровья Застрахованного угроз и/или устраняющих их;
- 4.1.26. Обращение Застрахованного за предоставлением медицинских или иных услуг, предусмотренных Программой ДМС «Диагностирование и лечение критического заболевания», вследствие расстройства здоровья или состояния Застрахованного, требующих получения таких услуг;
- 4.1.27. Обращение Застрахованного за предоставлением медицинских или иных услуг, предусмотренных Программой ДМС «Медицинские обследования», в связи с необходимостью проведения профилактических мероприятий, снижающих степень опасных для жизни или здоровья Застрахованного угроз и/или устраняющих их;
- 4.1.28. Обращение Застрахованного за предоставлением медицинских или иных услуг, предусмотренных Программой ДМС «Второе экспертное медицинское мнение», вследствие расстройства здоровья или состояния Застрахованного, требующих получения таких услуг.
- 4.2. Риски, указанные в п.п. 4.1.5, 4.1.9, 4.1.10, 4.1.22, 4.1.23 Правил, не могут быть включены в Договор страхования, если Страхователь не совпадает с Застрахованным по Договору или если Договором страхования установлен единовременный порядок уплаты страховой премии.
- 4.3. Страховым случаем является свершившееся событие, предусмотренное Договором страхования, с наступлением которого возникает обязательство Страховщика осуществить страховую выплату (за исключением событий, указанных в п. 5 Правил).
- 4.3.1. По риску, указанному в п. 4.1.1 Правил, страховым случаем является дожитие Застрахованного до окончания срока страхования по данному риску.
- 4.3.2. По риску, указанному в п. 4.1.2 Правил, страховым случаем является дожитие Застрахованного до 23 (двадцати трех) часов 59 (пятидесяти девяти) минут дня, предшествующего дате выплаты очередного аннуитета.
- 4.3.3. По рискам, указанным в п.п. 4.1.3 – 4.1.5 Правил, страховым случаем является смерть Застрахованного по любой причине в течение срока страхования, предусмотренного по данным рискам.

4.3.4. По риску, указанному в п. 4.1.6 Правил, страховым случаем является смерть Застрахованного в результате несчастного случая (как это понятие определено Правилами), произошедшего в течение срока страхования, предусмотренного по данному риску, если смерть наступила в течение 365 (трехсот шестидесяти пяти) календарных дней с даты несчастного случая и при этом в течение срока страхования, предусмотренного по данному риску.

4.3.5. По риску, указанному в п. 4.1.7 Правил, страховым случаем является смерть Застрахованного в результате дорожно-транспортного происшествия, произошедшего в течение срока страхования, предусмотренного по данному риску, если смерть наступила в течение 365 (трехсот шестидесяти пяти) календарных дней с даты дорожно-транспортного происшествия и при этом в течение срока страхования, предусмотренного по данному риску.

4.3.6. По риску, указанному в п. 4.1.8 Правил, страховым случаем является смерть Застрахованного в результате транспортного происшествия (как это понятие определено Правилами), произошедшего в течение срока страхования, предусмотренного по данному риску, если смерть наступила в течение 365 (трехсот шестидесяти пяти) календарных дней с даты транспортного происшествия и при этом в течение срока страхования, предусмотренного по данному риску.

4.3.7. По рискам, указанным в п.п. 4.1.9, 4.1.11 – 4.1.13 Правил, страховым случаем является установление Застрахованному впервые в жизни соответствующей группы инвалидности по любой причине в течение срока страхования, предусмотренного по данным рискам.

4.3.8. По рискам, указанным в п.п. 4.1.10, 4.1.14 – 4.1.16 Правил, страховым случаем является установление Застрахованному впервые в жизни соответствующей группы инвалидности в результате несчастного случая, при этом страховым случаем признается событие, если и несчастный случай, в результате которого установлена инвалидность, и установление инвалидности произошли в течение срока страхования, предусмотренного по данному риску.

4.3.9. По риску, указанному в п. 4.1.17 Правил, страховым случаем является присвоение Застрахованному впервые в жизни категории «ребенок-инвалид» или установление Застрахованному впервые в жизни I или II группы инвалидности в результате несчастного случая, при этом страховым случаем признается событие, если и несчастный случай, в результате которого установлена инвалидность, и установление инвалидности произошли в течение срока страхования, предусмотренного по данному риску.

4.3.10. По риску, указанному в п. 4.1.18 Правил, страховым случаем является получение Застрахованным травмы или иного повреждения организма в результате несчастного случая, предусмотренное Таблицей страховых выплат при травмах Застрахованного в результате несчастного случая (Приложение №1 к Правилам) и произошедшее в течение срока страхования, предусмотренного по данному риску.

4.3.11. По риску, указанному в п. 4.1.19 Правил, страховым случаем является получение Застрахованным тяжелой травмы или иного повреждения организма в результате несчастного случая, предусмотренных Таблицей страховых выплат при тяжких телесных повреждениях Застрахованного в результате несчастного случая (Приложение №2 к Правилам) и произошедшее в течение срока страхования, предусмотренного по данному риску.

4.3.12. По риску, указанному в п. 4.1.20 Правил, страховым случаем является непрерывная временная утрата трудоспособности Застрахованным (непрерывное временное расстройство здоровья для неработающего Застрахованного) в результате несчастного случая, произошедшего с Застрахованным, если временная утрата трудоспособности началась в течение срока страхования, предусмотренного по данному риску, и продлилась непрерывно более определенного Договором страхования и Правилами срока.

4.3.13. По рискам, указанным в п.п. 4.1.21, 4.1.22 Правил, страховым случаем является установление Застрахованному диагноза критического заболевания впервые в жизни после вступления Договора страхования в силу в течение срока страхования, предусмотренного по данному риску, в соответствии со Списком критических заболеваний, указанным в Договоре страхования по данным рискам (Приложение №3, Приложение №4, Приложение №5 к Правилам).

4.3.14. По риску, указанному в п. 4.1.23 Правил, страховым случаем является дожитие Застрахованного до недобровольной потери работы при условии, что Застрахованный не



является трудоустроенным на дату оплаты следующего страхового взноса (и может подтвердить статус безработного документально в соответствии с п. 11.8 Правил в период не ранее чем за 2 (два) месяца и не позднее 1 (одного) месяца с даты оплаты следующего страхового взноса), по одной из следующих причин:

- расторжение трудового договора в связи с ликвидацией организации либо прекращением деятельности индивидуального предпринимателя в качестве работодателя (п. 1 ч. 1 ст. 81 Трудового кодекса Российской Федерации (далее – ТК РФ)); а также расторжение трудового договора с работником филиала, представительства или иного обособленного структурного подразделения организации, расположенных в другой местности, в случае прекращения их деятельности (ч. 4 ст. 81 ТК РФ);

- расторжение трудового договора в связи с сокращением численности или штата работников организации, индивидуального предпринимателя (п. 2 ч. 1 ст. 81 ТК РФ);

- расторжение трудового договора в связи со сменой собственника имущества организации (в отношении руководителя организации, его заместителей и главного бухгалтера) (п. 4 ч. 1 ст. 81 ТК РФ);

- прекращение трудового договора в связи с отказом работника от перевода на работу в другую местность вместе с работодателем, в случае перевода на работу в другую местность, отличную от текущего региона или регионов, смежных с текущим (п. 9 ч. 1 ст. 77 ТК РФ);

- прекращение трудового договора в связи с восстановлением на работе работника, ранее выполнявшего эту работу, по решению государственной инспекции труда или суда (п. 2 ч. 1 ст. 83 ТК РФ);

- прекращение трудового договора в связи с неизбранием на должность (п. 3 ч. 1 ст. 83 ТК РФ);

- прекращение трудового договора в связи со смертью работодателя - физического лица, а также признанием судом работодателя - физического лица умершим или безвестно отсутствующим (п. 6 ч. 1 ст. 83 ТК РФ);

- прекращение трудового договора в связи с наступлением чрезвычайных обстоятельств, препятствующих продолжению трудовых отношений (военные действия, катастрофа, стихийное бедствие, крупная авария, эпидемия и другие чрезвычайные обстоятельства), если данное обстоятельство признано решением Правительства Российской Федерации или органа государственной власти соответствующего субъекта Российской Федерации (п. 7 ч. 1 ст. 83 ТК РФ);

- расторжение служебного контракта в связи с упразднением государственного органа (п. 8.3 ч. 1 ст. 37 Федерального закона «О государственной гражданской службе Российской Федерации»);

- расторжение служебного контракта в связи с сокращением должностей гражданской службы в государственном органе (п. 8.2 ч. 1 ст. 37 Федерального закона «О государственной гражданской службе Российской Федерации»);

- прекращение служебного контракта в связи с наступлением чрезвычайных обстоятельств, препятствующих продолжению отношений, связанных с гражданской службой (военных действий, катастрофы, стихийного бедствия, крупной аварии, эпидемии и других чрезвычайных обстоятельств), если данное обстоятельство признано чрезвычайным решением Президента Российской Федерации или органа государственной власти соответствующего субъекта Российской Федерации (п. 4 ч. 1 ст. 39 Федерального закона «О государственной гражданской службе Российской Федерации»).

4.3.15. По рискам, указанным в п.п. 4.1.24 – 4.1.28 Правил, страховым случаем является событие, предусмотренное соответствующей Программой ДМС, указанной в Договоре страхования. В отношении риска, указанного в п. 4.1.24 Правил, применяются Программы ДМС «Дистанционные медицинские консультации». В отношении риска, указанного в п. 4.1.25 Правил, применяется Программа ДМС «Дистанционные медицинские обследования». В отношении риска, указанного в п. 4.1.26 Правил, применяются Программы ДМС «Диагностирование и лечение критического заболевания». В отношении риска, указанного в п. 4.1.27 Правил, применяется Программа ДМС «Медицинские обследования». В отношении

риска, указанного в п. 4.1.28 Правил, применяется Программа ДМС «Второе экспертное медицинское мнение».

4.4. Страхование, осуществляемое в рамках данных Правил по рискам, указанным в п.п. 4.1.1 – 4.1.23 Правил, относится к следующему виду страхования: **страхование жизни на случай смерти, дожития до определенного возраста или срока либо наступления иного события**. Страхование, осуществляемое в рамках данных Правил по рискам, указанным в п.п. 4.1.24 – 4.1.28 Правил, относится к следующему виду страхования: **медицинское страхование**.

4.5. Перечень страховых рисков, на случай наступления которых производится страхование, определяется Договором страхования.

## **5. ИСКЛЮЧЕНИЯ ИЗ ОБЪЕМА СТРАХОВОГО ПОКРЫТИЯ**

5.1. Страховщик освобождается от обязанности произвести страховую выплату, если страховой случай наступил вследствие:

5.1.1. умысла Страхователя, Выгодоприобретателя или Застрахованного, за исключением смерти Застрахованного, если его смерть наступила вследствие самоубийства и к этому времени Договор страхования действовал уже не менее 2 (двух) лет;

5.1.2. воздействия ядерного взрыва, радиации или радиоактивного заражения;

5.1.3. военных действий, а также маневров или иных военных мероприятий;

5.1.4. гражданской войны, народных волнений всякого рода или забастовок.

5.2. Страховщик имеет право не применять положения, указанные в п.п. 5.1.3 и 5.1.4 Правил. Порядок и условия осуществления страховой выплаты в данном случае определяются внутренним решением (документом) Страховщика, зафиксированным (утвержденным) на дату принятия решения о страховой выплате.

5.3. По Договорам страхования, заключенным на основании настоящих Правил, по рискам, предусмотренным в п.п. 4.1.3 – 4.1.22 Правил, не является страховым случаем событие:

5.3.1. которое находится в прямой причинно-следственной связи с алкогольным, наркотическим или токсическим опьянением (отравлением) Застрахованного;

5.3.2. наступившее вследствие социально значимого заболевания, диагностированного до заключения Договора страхования, в отношении которого Страхователь при заключении Договора страхования сообщил ложные сведения (перечень социально значимых заболеваний: туберкулез, инфекции, передающиеся преимущественно половым путем, гепатит В, гепатит С, болезнь, вызванная вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ), злокачественные новообразования, сахарный диабет, психические расстройства и расстройства поведения, болезни, характеризующиеся повышенным кровяным давлением, а также сердечно-сосудистые заболевания, цирроз печени).

5.4. Страховыми случаями по рискам, указанным в п.п. 4.1.6 – 4.1.22 Правил, не признаются события, прямой или косвенной причиной которых являются:

5.4.1. управление Застрахованным транспортным средством любой категории, когда Застрахованный не имеет права управления таким транспортным средством (право управления подтверждается водительским удостоверением установленного образца, которое имеет силу на территории государства, где произошло событие, имеющее признаки страхового случая), либо управление Застрахованным транспортным средством в состоянии алкогольного, наркотического или токсического опьянения, или под воздействием медикаментозных препаратов, использование которых противопоказано при управлении транспортным средством, в случае если установлена прямая причинно-следственная связь между наличием опьянения / воздействия препаратов и произошедшим событием;

5.4.2. участие в любых авиационных перелетах, за исключением полетов в качестве пассажира авиарейса, лицензированного для перевозки пассажиров и управляемого пилотом, имеющим соответствующий сертификат;

5.4.3. занятие Застрахованным любым видом спорта на профессиональном уровне, включая соревнования и тренировки, если это не было указано в заявлении на страхование при заключении Договора страхования и не был применен повышающий коэффициент при расчете страховой премии;

5.4.4. занятие Застрахованным видами спорта или увлечениями, о которых Застрахованный не сообщил Страховщику / не указал в заявлении на страхование при заключении Договора страхования, а также в процессе его действия, при условии наличия со стороны Страховщика вопроса о таких видах спорта, увлечениях;

5.4.5. занятие Застрахованным опасными (экстремальными) видами спорта и хобби, связанными с повышенным риском для жизни и здоровья: прыжки с парашютом, дайвинг (на глубину свыше 25 (двадцати пяти) метров), кайтинг, рафтинг, бейсджампинг, вейкбординг, аквабайк, «Формула-1» на воде, маунтинбайк, скайсерфинг, альпинизм, скалолазание, ВМХ (Modified Bike X-treme), конный спорт, гребной слалом, фристайл, прыжки на лыжах с трамплина, авиационный спорт, поло (конное поло), подводное ориентирование, подводная охота, апноэ (фридайвинг), акватлон (подводная борьба), спортивный туризм (горный, лыжный, водный) 4-5-й категории сложности, спортивный сплав, банджи-джампинг, воздухоплавание на воздушных шарах, занятия контактными единоборствами, охота, родео, авто- и мотоспорт, если это прямо не предусмотрено в Договоре страхования;

5.4.6. преднамеренное нанесение или попытка нанесения Застрахованным себе увечий, вне зависимости от его психического состояния, или преднамеренного нанесения Застрахованному увечий каким-либо лицом с его согласия вне зависимости от психического состояния Застрахованного;

5.4.7. прием лекарственных препаратов или проведение медицинских процедур без назначения врача, за исключением приема лекарственных препаратов, зарегистрированных Минздравом Российской Федерации, находящихся в свободной продаже, в случае их использования в соответствии с инструкцией по применению.

5.5. Страховыми случаями по рискам, указанным в п.п. 4.1.9, 4.1.11 – 4.1.13, 4.1.21, 4.1.22, 4.1.26 Правил, не признаются события, наступившие вследствие заболевания:

5.5.1. вызванного употреблением алкоголя, в том числе алкогольная кардиомиопатия, хронический алкоголизм, алкогольный цирроз печени, алкогольный панкреатит, алкогольная жировая дистрофия печени и другие, наркотических или токсических веществ;

5.5.2. имевшегося у Застрахованного на дату заключения Договора страхования (предшествовавшее состояние), при условии, что Страховщик не был уведомлен о наличии этого заболевания при заключении Договора страхования.

5.6. Не признается страховым случаем по риску, указанному в п. 4.1.20 Правил, временная утрата трудоспособности на срок, менее указанного в Договоре страхования или Правилах, а также временная утрата трудоспособности на срок, более указанного в Договоре страхования или Правилах, если этот срок не был непрерывным с первого дня нетрудоспособности.

5.7. По Договорам страхования, заключенным на основании настоящих Правил, не является страховым случаем по рискам, указанным в п.п. 4.1.21, 4.1.22 Правил, диагностирование у Застрахованного в период действия Договора заболеваний, указанных в исключениях из страхового покрытия, предусмотренных в соответствующем Списке критических заболеваний (Приложение №3, Приложение №4, Приложение №5 к Правилам).

5.8. Не признается страховым случаем по страховым рискам, указанным в п.п. 4.1.21, 4.1.22 Правил, первичное диагностирование у Застрахованного критического заболевания до истечения 180 (ста восьмидесяти) календарных дней с даты заключения Договора / включения страхового риска в Договор. Также не признается страховым случаем по этим рискам первичное диагностирование у Застрахованного критического заболевания, если смерть Застрахованного в результате этого заболевания наступила в течение 30 (тридцати) календарных дней с даты установления диагноза.

5.9. Не признается страховым случаем по страховому риску, указанному в п. 4.1.23 Правил, событие, наступившее:

5.9.1. в результате досрочного расторжения трудового договора / служебного контракта по основаниям, не предусмотренным в п. 4.3.14 Правил; или с нарушением законодательства Российской Федерации; или в связи с окончанием срока действия трудового договора / служебного контракта;

- 5.9.2. в течение срока страхования по данному страховому риску, но ранее, чем через 2 (два) года с даты заключения Договора;
- 5.9.3. во время прохождения Застрахованным испытательного срока;
- 5.9.4. когда Застрахованный состоял в трудовых отношениях не на основании трудового договора / служебного контракта, предусматривающего занятость не менее 35 (тридцати пяти) часов в рабочую неделю и получение Застрахованным вознаграждения за свой труд в форме, фиксированной ежемесячной заработной платы;
- 5.9.5. если на момент расторжения/прекращения трудового договора / служебного контракта на последнем месте работы Застрахованный имел непрерывный трудовой стаж менее 3 (трех) месяцев, а общий непрерывный стаж менее 12 (двенадцати) месяцев. В целях настоящих Правил непрерывный трудовой стаж исчисляется по продолжительности последней непрерывной работы Застрахованного у одного работодателя (в одной организации либо у одного индивидуального предпринимателя); при переходе Застрахованного с одной работы на другую в рамках настоящих Правил трудовой стаж считается прерванным, вне зависимости от продолжительности перерыва, за исключением случаев перевода внутри одной организации;
- 5.9.6. если Застрахованный являлся временным сезонным рабочим, работающим/служащим в отрасли, которая подразумевает сезонный характер в работе;
- 5.9.7. если Застрахованный являлся индивидуальным предпринимателем или владельцем акций/долей работодателя - юридического лица.
- 5.10. По Договорам страхования, заключенным на основании настоящих Правил, не является страховым случаем по рискам, указанным в п.п. 4.1.24 – 4.1.28 Правил:
- 5.10.1. обращение Застрахованного за предоставлением медицинских или иных услуг, которые не предусмотрены Программой ДМС, и/или которые были назначены Застрахованному при отсутствии медицинских показаний, и/или которые назначены врачом медицинской организации, если эта медицинская организация не включена в Программу ДМС либо не согласована Страховщиком в качестве медицинской организации, которая оказывает медицинские и иные услуги Застрахованному в рамках его Программы ДМС либо, которые не были назначены Застрахованному или которые не являются необходимыми с медицинской точки зрения для диагностирования, лечения, реабилитации заболевания, предусмотренного Программой ДМС.
- 5.10.2. обращение Застрахованного за предоставлением медицинских или иных услуг по поводу заболеваний/состояний, которые не предусмотрены Программой ДМС;
- 5.10.3. обращение Застрахованного за предоставлением медицинских или иных услуг вне сроков страхования, установленных по данным рискам в Договоре страхования, кроме случаев, прямо предусмотренных Договором или Программой ДМС, а также в течение периода ожидания, если период ожидания установлен в Договоре или Программе ДМС.
- 5.11. Страховщик освобождается от обязанности произвести страховую выплату по рискам, указанным в п.п. 4.1.24 – 4.1.28 Правил, если:
- 5.11.1. количество или частота обращений за оказанием медицинских и/или иных услуг превышает лимит ответственности, установленный Программой ДМС;
- 5.11.2. назначенные Застрахованному медицинские или иные услуги являются по характеру экспериментальными или исследовательскими.
- 5.12. Не признается страховым случаем по рискам, указанным в п.п. 4.1.24, 4.1.25, 4.1.27, 4.1.28 Правил, обращение Застрахованного за предоставлением медицинских или иных услуг, если:
- 5.12.1. на момент обращения Застрахованный находится в состоянии алкогольного, токсического или наркотического опьянения;
- 5.12.2. на момент обращения Застрахованному требуется вызов экстренных служб (вызов скорой, в т.ч. скорой специализированной, медицинской помощи); в данном случае консультации оказываются только в рамках информирования о порядке действий при экстренной ситуации, согласно законодательству Российской Федерации;
- 5.12.3. обращение Застрахованного связано со следующими заболеваниями: психические заболевания, алкоголизм, наркомания, токсикомания и их последствия; СПИД и болезни, вызванные вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ); острые и хронические лучевые поражения.

- 5.13. Не признается страховым случаем по рискам, указанным в п.п. 4.1.26, 4.1.28 Правил, обращение Застрахованного за предоставлением медицинских или иных услуг по поводу заболеваний/состояний, которые возникли до начала срока страхования, установленного в Договоре страхования по данным рискам, до окончания периода ожидания, если такой период ожидания предусмотрен Договором или Программой ДМС, а также после окончания срока страхования по данным рискам, в том числе при досрочном прекращении Договора страхования.
- 5.14. По рискам, указанным в п.п. 4.1.26, 4.1.28 Правил, не является страховым случаем обращение Застрахованного за получением следующих медицинских или иных услуг в связи с:
- 5.14.1. нарушением Застрахованным рекомендаций лечащего врача, правил и распорядка при нахождении на лечении в медицинских организациях;
  - 5.14.2. психохирургией;
  - 5.14.3. лечением врожденных нарушений нормального развития головного мозга и черепной коробки;
  - 5.14.4. лечением врожденных пороков развития спинного мозга и позвоночника;
  - 5.14.5. получением услуг, которые выполняются в эстетических и/или косметических целях, включая, но не ограничиваясь, операцию по коррекции миопии (близорукости), и бариатрические операции, включающие в себя, но не ограничивающиеся операциями, направленными на уменьшение объема желудка или кишечника, кроме операции по реконструкции груди после резекции/удаления молочной железы, проведенной в рамках Программы ДМС и в соответствии с ее условиями;
  - 5.14.6. получением услуг, которые выполняются по поводу всех форм поражений сердечных клапанов в результате эндокардита, вызванного венерическими заболеваниями (инфекциями, передающимися преимущественно половым путем);
  - 5.14.7. получением услуг, которые оказываются в связи с родовыми травмами и/или врожденными пороками развития;
  - 5.14.8. заболеваниями и состояниями, которые являются прямым или косвенным следствием синдрома приобретенного иммунодефицита (СПИД) или носительства вируса иммунодефицита человека (ВИЧ);
  - 5.14.9. расстройством здоровья, в том числе в связи с травматическим повреждением, наступившим в результате занятий Застрахованным спортом на профессиональном уровне;
  - 5.14.10. расстройством здоровья Застрахованного, наступившим в местах лишения свободы, содержания под стражей;
  - 5.14.11. расстройством здоровья, наступившим в результате профессиональной деятельности Застрахованного непосредственно связанной с химическими веществами и газами, (включая асбест, растворители, бензол, хлористый винил, бериллий, никель, соединения хрома, радон, пестициды, пыль с оксидом кремния, диоксины), со взрывчатыми веществами, с ионизирующей радиацией, включая ультрафиолет, с микроволновым излучением, с высоковольтными электрическими сетями;
  - 5.14.12. расстройством здоровья, наступившим во время или в результате управления Застрахованным транспортным средством в состоянии алкогольного, наркотического или токсического опьянения;
  - 5.14.13. расстройством здоровья, наступившим в результате совершения Застрахованным противоправных деяний, а также в результате совершения или подготовки террористического акта;
  - 5.14.14. расстройством здоровья, наступившим в результате умышленного причинения Застрахованным себе телесных повреждений, в т. ч. попытки самоубийства, а также в связи с причинением Застрахованным себе телесных повреждений, в т. ч. попытки самоубийства, связанных с психическими заболеваниями или расстройствами поведения;
  - 5.14.15. злокачественным новообразованием, протекающим на фоне ВИЧ-инфекции или СПИД (включая Саркому Капоши);
  - 5.14.16. службой Застрахованного в различных вооруженных силах, в том числе, но не ограничиваясь: службы в армии, полиции, пожарной бригаде, тюремных службах;
  - 5.14.17. заболеваниями и медицинскими состояниями, возникшими в результате занятия Застрахованным следующими экстремальными видами спорта, сопряженными с повышенным

риском для жизни и здоровья: автоспорт, мотоспорт, альпинизм, спелеология, бокс и любые другие виды боевых единоборств, экстремальные виды велоспорта (включая маунтинбайк), фридайвинг, скайсерфинг, дайвинг (глубина погружения более 25 (двадцати пяти) метров), кайтинг, бейсджампинг, экстремальные водные виды спорта (в том числе, аквабайк, водные лыжи), парашютный спорт, парапланеризм, дельтапланеризм, конный спорт;

5.14.18. родовыми травмами и/или врожденными пороками развития любого вида.

5.15. Дополнительно по рискам, указанным в п.п. 4.1.26, 4.1.28 Правил, исключаются из страхового покрытия:

5.15.1. В случае лечения злокачественного онкологического заболевания:

5.15.1.1. злокачественные новообразования, которые диагностированы как дисплазия шейки матки CIN 1-3, или новообразования, которые гистологически диагностированы как предраковые;

5.15.1.2. злокачественная меланома, максимальная толщина которой в соответствии с гистологическим заключением менее 1 мм или которая не превышает уровень развития T3N(0)M(0) по классификации TNM (класс A1 согласно классификации AJCC, 2002);

5.15.1.3. заболевания кожи следующих типов:

а. гиперкератоз и базально-клеточная карцинома,

б. плоскоклеточная карцинома при отсутствии прорастания в другие ткани;

5.15.1.4. злокачественные новообразования на фоне вируса иммунодефицита человека (ВИЧ) или синдрома приобретенного иммунодефицита (СПИД), а также ассоциированные с ВИЧ-инфекцией или СПИДом.

5.15.1.5. рак предстательной железы, который диагностирован гистологически как имеющий до T2 N0 M0 (включая) по классификации TNM или, который развился до 6 баллов (включая) по шкале Глисона.

5.15.2. В случае кардиохирургии (операции на сердце):

5.15.2.1. катетеризация сердца (в т. ч. ангиография) не классифицируется как операция на сердце.

5.15.3. В случае нейрохирургии:

5.15.3.1. хирургические вмешательства, проводимые в связи с заболеваниями, вызванными травматическими повреждениями, другими заболеваниями спинного мозга и его оболочек, помимо доброкачественных опухолей, а также врожденными дефектами.

5.15.4. В случае трансплантации органов или любого вида трансплантации костного мозга, если:

5.15.4.1. хирургические операции по трансплантации трансплантация таких органов и/или их долей не предусмотрена Программой ДМС;

5.15.4.2. потребность в трансплантации органов возникла вследствие алкогольной болезни печени;

5.15.4.3. трансплантация органов является аутологической (реципиент трансплантата является донором для самого себя), за исключением трансплантации костного мозга;

5.15.4.4. при трансплантации органов Застрахованный является донором по отношению к третьему лицу;

5.15.4.5. трансплантация органов включает в себя лечение стволовыми клетками (кроме трансплантации костного мозга).

5.16. По риску, указанному в п. 4.1.26 Правил, если Программой ДМС предусмотрено лечение в виде реабилитации после перенесенных Застрахованным заболеваний/травм, предусмотренных Программой ДМС, не является страховым случаем обращение Застрахованного за получением следующих медицинских или иных услуг в связи со следующими заболеваниями/состояниями и их осложнениями:

5.16.1. при которых противопоказаны методы лечения и восстановления, используемые в реабилитационном лечении;

5.16.2. при беременности;

5.16.3. полученных в состоянии алкогольного или наркотического опьянения, попыток суицида, при автомобильных, производственных и иных авариях, виновником которых был признан в установленном порядке Застрахованный или в которых имело место документально зафиксированное нарушение техники безопасности с его стороны;

5.16.4. минно-взрывная травма – огнестрельная сочетанная множественная травма, возникающая в результате влияния поражающих факторов взрыва инженерных, минных боеприпасов и сопровождающаяся глубокими и обширными разрушениями тканей и контузией;

5.16.5. функциональный дефицит при наличии зафиксированных в медицинской документации стойких неврологических нарушений, полученных до заключения Договора страхования в следствии заболеваний/травм, реабилитационное лечение которых предусмотрено Программой ДМС.

5.17. События, определенные в п. 5 Правил, не являются страховыми случаями (исключения из страхового покрытия), в связи с этим не влекут за собой возникновение у Страховщика обязательства осуществить страховую выплату.

5.18. В случае если при заключении Договора страхования Страхователь (Застрахованный) сообщил Страховщику заведомо ложные сведения о состоянии здоровья, профессиональной деятельности и о занятиях спортом Застрахованного на момент заключения Договора страхования, Страховщик вправе отказать в страховой выплате и/или потребовать признания Договора недействительным в порядке, установленном действующим законодательством.

## **6. СТРАХОВЫЕ СУММЫ, СТРАХОВАЯ ПРЕМИЯ, СТРАХОВОЙ ТАРИФ**

6.1. Страховая сумма или способ ее определения устанавливается по соглашению Сторон и указывается в Договоре страхования. Страховая сумма может устанавливаться отдельно по каждому страховому риску в Договоре страхования, а также совокупно по всем страховым рискам или части страховых рисков, в последнем случае страховая сумма называется единой.

6.2. Страховая сумма по рискам, указанным в п.п. 4.1.5, 4.1.9, 4.1.10, 4.1.22 Правил, определяется на дату наступления страхового случая по конкретному риску в размере суммы страховых взносов, подлежащих уплате по отдельным страховым рискам за неистекший срок действия Договора, в размере которой производится освобождение от уплаты взносов. Список рисков, от уплаты премии по которым производится освобождение, указывается в Договоре страхования.

6.3. При определении размера страховой премии, подлежащей уплате по Договору страхования в отношении каждого страхового риска, Страховщик применяет разработанные им страховые тарифы.

6.4. Страховой тариф представляет собой ставку страховой премии, взимаемую с единицы страховой суммы, и может зависеть от состояния здоровья, пола, возраста Застрахованного, особенностей его трудовой деятельности, иных факторов, влияющих на степень риска наступления страхового случая, срока страхования, периодичности оплаты страховых взносов.

6.5. Страховая премия уплачивается единовременно или в рассрочку в виде страховых взносов в соответствии с условиями, определенными в Договоре. Страховая премия уплачивается в размере и сроки, установленные Договором страхования.

6.6. В случаях, если Договором страхования предусмотрен порядок уплаты страховой премии в рассрочку, Страхователю предоставляется льготный период для уплаты очередного взноса. Льготный период составляет 30 (тридцать) календарных дней и начинается с даты возникновения обязанности Страхователя по уплате очередного страхового взноса. В течение льготного периода Страховщик несет ответственность по Договору в полном объеме.

6.7. Если в течение льготного периода Страхователь не уплатил очередной страховой взнос (или уплатил не полностью), Страховщик вправе расторгнуть Договор страхования в порядке, установленном п. 12 Правил. Если страховой случай наступил в течение льготного периода, то Страховщик вправе при определении размера страховой выплаты уменьшить ее на сумму задолженности по уплате страховых взносов.

6.8. Любая сумма, уплаченная Страховщику после того, как период оплаты премии истек или Договор страхования был расторгнут, не накладывает на Страховщика никаких обязательств, за исключением обязательства по возврату этой суммы.

6.9. В случае если страховая премия (первый страховой взнос) не была оплачена (была оплачена не полностью) в размере и сроки, установленные Договором страхования, то Договор страхования считается не вступившим в силу и Страховщик обязуется произвести возврат

поступивших денежных средств на банковский счет Страхователя в соответствии с реквизитами, предоставленными Страхователем в письменном виде, если иное не предусмотрено соглашением Сторон.

## **7. СРОК ДЕЙСТВИЯ ДОГОВОРА СТРАХОВАНИЯ**

7.1. Срок действия определяется в Договоре страхования.

7.2. Договор страхования вступает в силу с 00 часов 00 минут даты, указанной в Договоре страхования, и при условии уплаты страховой премии (первого страхового взноса) в размере и сроки, установленные Договором страхования.

7.3. Срок страхования по отдельным страховым рискам совпадает со сроком действия Договора страхования, если иное не указано в Договоре. Страхование оканчивается в 23 часа 59 минут 59 секунд последнего дня его действия, за исключением случаев заключения Договора страхования на пожизненный срок. При этом досрочное прекращение действия Договора страхования влечет за собой прекращение срока страхования.

## **8. ПОРЯДОК ЗАКЛЮЧЕНИЯ, ИЗМЕНЕНИЯ И ИСПОЛНЕНИЯ ДОГОВОРА СТРАХОВАНИЯ**

8.1. Договор страхования заключается на основании устного или письменного заявления Страхователя путем составления и двустороннего подписания Страховщиком и Страхователем Договора страхования или путем вручения Страхователю Договора страхования с Приложениями к Договору по установленной Страховщиком форме, подписанного Страховщиком. Договор может быть оформлен в бумажном виде либо в виде электронного документа, подписанного электронной подписью Страховщика и/или Страхователя с соблюдением требований Федерального закона 06.04.2011 № 63-ФЗ «Об электронной подписи».

8.2. Для заключения, изменения и исполнения Договора страхования Страховщик запрашивает следующие документы и сведения:

8.2.1. Заявление на страхование по установленной Страховщиком форме с приложениями и дополнениями к нему (если предусмотрено процедурой заключения Договора страхования либо в случае, когда Договор страхования подлежит индивидуальному андеррайтингу), включая (при необходимости) анкеты для целей Федерального закона от 07.08.2001 № 115-ФЗ, главы 20.1 Налогового кодекса Российской Федерации, Федерального закона от 28.06.2014 № 173-ФЗ, FATCA.

8.2.2. Копии документов, идентифицирующих Страхователя, Застрахованного и/или Выгодоприобретателя, а также полномочия лиц, действующих от их имени:

Для физического лица или индивидуального предпринимателя:

– для граждан Российской Федерации: паспорт гражданина Российской Федерации; свидетельство органов ЗАГС, органа исполнительной власти или органа местного самоуправления о рождении гражданина – для гражданина Российской Федерации, не достигшего 14 (четырнадцати) лет; общегражданский заграничный паспорт для лиц, постоянно проживающих за пределами Российской Федерации; временное удостоверение личности гражданина Российской Федерации, выдаваемое органом внутренних дел до оформления паспорта по форме 2-П; свидетельство из ЕГРИП; ИНН (если имеется); номер телефона (если имеется); сведения (документы) о финансовом положении (копии годовой бухгалтерской отчетности, и/или копии налоговой декларации);

– для иностранных граждан: паспорт иностранного гражданина с нотариально заверенным переводом, виза, миграционная карта; разрешение на временное пребывание/проживание в Российской Федерации; вид на жительство в Российской Федерации; TIN (для налоговых резидентов стран, отличных от Российской Федерации);

– для лиц без гражданства: документ, удостоверяющий личность лица без гражданства; разрешение на временное проживание в Российской Федерации; вид на жительство в Российской Федерации.

Для юридического лица:

– свидетельство о присвоении индивидуального номера налогоплательщика (ИНН), выписка из ЕГРЮЛ, банковские реквизиты, место нахождения, почтовый и фактический адрес;



свидетельство о присвоении основного государственного регистрационного номера; статистические коды осуществляемой деятельности (ОКВЭД), если они не указаны в выписке из ЕГРЮЛ, контактные номера телефона, факса, адрес электронной почты;

– документ, подтверждающий назначение на должность лица, имеющего право без доверенности представлять интересы организации, и/или доверенность, если интересы организации представляет иное лицо и документ, удостоверяющий его личность;

– учредительные документы;

– положения о представительстве / филиале / подразделении;

– сведения (документы) о финансовом положении (копии годовой бухгалтерской отчетности).

8.2.3. Копии квитанций или платежных поручений, подтверждающих оплату страховой премии (первого страхового взноса при уплате премии в рассрочку) в полном размере.

8.2.4. Сведения и/или документы, необходимые для андеррайтинга (оценки страховых рисков), установленные п. 8.3 Правил (если применимо).

8.2.5. Сведения, необходимые для дальнейшего исполнения Договора страхования (например, контактные данные (в т. ч. номер мобильного телефона, адрес электронной почты), платежные реквизиты и др.).

8.2.6. Сведения о наличии статуса налогового резидента иностранного государства и иные связанные с этим данные.

8.2.7. Сведения и/или документы, получение которых обусловлено требованиями законодательства Российской Федерации (в т. ч. нормативными правовыми актами в сфере противодействия легализации (отмыванию) доходов, полученных преступным путем, и финансированию терроризма).

8.3. При заключении, изменении Договора страхования Страховщик проводит оценку страхового риска любым способом по усмотрению Страховщика. В т. ч. при заключении Договора страхования может быть применена упрощенная процедура андеррайтинга при соответствии Застрахованного критериям декларации о состоянии здоровья и факторах риска, включенной в Договор страхования. Если будет установлено, что Застрахованный подтвердил соответствие критериям декларации подписью (или иным согласованным Сторонами способом) и при этом не соответствовал критериям декларации, Страховщик вправе потребовать признания Договора страхования недействительным с момента заключения или отказать в страховой выплате.

8.3.1. Для оценки страхового риска Страховщик может потребовать прохождения медицинского осмотра/обследования потенциального Застрахованного для оценки фактического состояния его здоровья.

8.3.2. Для оценки страхового риска Страховщик может запросить у Страхователя следующие документы и сведения в отношении Застрахованного:

– должностные инструкции; копию трудового договора / копию трудовой книжки, заверенные отделом кадров; письменное пояснение о должностных обязанностях; письменное уточнение о смене профессии, места работы и причинах их изменений;

– заверенную выписку из Штатного расписания;

– дополнительные опросники по профессиональной деятельности Застрахованного;

– финансовую анкету;

– документы, подтверждающие доходы Страхователя/Застрахованного (налоговые декларации, справку 2-НДФЛ, 3-НДФЛ; справку в свободной форме с места работы, подписанную главным бухгалтером организации; информацию, подтверждающую источник происхождения денежных средств для уплаты страховой премии; письменное уточнение наличия дополнительного дохода и его источников; бухгалтерский баланс; отчет о прибылях и убытках; учредительные документы учреждения; свидетельство о государственной регистрации; ИНН юридического лица; результаты аудиторской проверки; договоры аренды);

– информацию о ранее заключенных договорах страхования;

– письменное уточнение о наличии/отсутствии убытков по ранее заключенным договорам страхования;

– отчет медицинского обследования;

– медицинское заключение врача-специалиста в зависимости от патологии, указанной в анкете, с приложением результатов лабораторных исследований (иммунологических, серологических, исследований выделительной функции почек), инструментальных (ультразвукового, рентгенологического, эндоскопического, гистологического исследований, компьютерной томографии, магнитно-резонансной томографии);

– специальные опросники по заявленной патологии/заболеванию;

– протокол операции;

– листок нетрудоспособности; выписка из амбулаторной карты; выписка из истории болезни; обменная карта; выписной эпикриз из лечебного учреждения по месту получения медицинской помощи; акт о несчастном случае на производстве; справка из учреждения медико-социальной экспертизы (справка МСЭ); копия направления на МСЭ; акт о профессиональном заболевании; справки из диспансеров (психоневрологического, онкологического, кожно-венерологического, противотуберкулезного) о постановке/снятии с учета;

– результаты эндоскопических методов исследования;

– результаты электрофизиологических методов исследования;

– результаты ультразвуковых исследований;

– результаты томографии;

– результаты рентгенологических методов исследования;

– результаты лабораторных исследований крови, мочи, кала, мокроты, ликвора;

– серологическое исследование крови: маркеры вирусов гепатитов В, С, Д, Е;

– исследование крови на ВИЧ;

– анализ крови на ПСА;

– результаты исследований функции внешнего дыхания;

– данные гистологического исследования;

– результаты суточного мониторирования АД и ЭКГ;

– результаты офтальмологических исследований;

– анкету «Анкета путешествия/международной командировки»;

– опросник «Риски пребывания при поездках за рубеж»;

– опросники по видам спорта, документы, содержащие информацию, подтверждающую членство в спортивных клубах, наличие спортивных званий, наград;

– копию свидетельства о браке, свидетельство о перемене имени;

– копию решения кредитного комитета или кредитного договора, заверенные кредитным учреждением, копию договора инвестиционного займа;

– письменное пояснение о наличии страхового интереса Выгодоприобретателя в случае, если Выгодоприобретателем по Договору страхования назначено юридическое лицо/физическое лицо, не имеющее родственных отношений с Застрахованным;

– письменное пояснение о наличии/отсутствии воинского звания и права на ношение оружия;

– письменное пояснение о причинах выхода на пенсию до наступления пенсионного возраста, установленного законодательством Российской Федерации;

– письменное разрешение родителей / законных представителей Застрахованного на заключение Договора страхования, с предоставлением документов об установлении опеки.

8.3.3. При заключении Договора Страховщик вправе ограничить размер страховой суммы, срок страхования, перечень страховых случаев и изменить иные условия страхования по сравнению с предварительными условиями страхования, предоставленными Страхователю по его просьбе, в зависимости от наличия факторов, влияющих на степень страхового риска, в соответствии с условиями андеррайтинга, разработанными Страховщиком.

8.4. Форма предоставления указанных в п.п. 8.2, 8.3 Правил документов (надлежащим образом заверенные или простые копии, в т. ч. скан-копии, оригиналы) устанавливается Страховщиком и доводится до сведения потенциального Страхователя при его обращении. Указанные в п.п. 8.2, 8.3 Правил перечни сведений и документов являются исчерпывающими. При этом Страховщик вправе сократить перечень документов и/или сведений или принять взамен иных документов и/или сведения из числа предоставленных потенциальным Страхователем / Застрахованным / Выгодоприобретателем.

8.5. Если будет установлено, что Страхователь (Застрахованный) сообщил Страховщику заведомо ложные или недостоверные сведения об обстоятельствах, имеющих существенное значение для определения вероятности наступления страхового случая и оценки страхового риска, Страховщик вправе потребовать признания Договора страхования недействительным в порядке, предусмотренном законодательством Российской Федерации.

8.6. Если Страхователем / Застрахованным / Выгодоприобретателем указаны неполные или неточные сведения из числа перечисленных в п.п. 8.2, 8.3 Правил, Страховщик вправе отложить вопрос об оформлении Договора страхования до получения необходимых сведений/документов. О необходимости предоставления недостающих сведений/документов Страховщик уведомляет Страхователя.

8.7. При наличии согласия Страхователя подписание Договора страхования Страховщиком с использованием факсимильного отображения (или иного графического воспроизведения) подписи уполномоченного представителя Страховщика и печати Страховщика (при ее проставлении) является надлежащим подписанием Договора страхования со стороны Страховщика.

8.8. Если Договор страхования заключается в форме оферты путем вручения Страхователю на основании его заявления (устного или письменного) Договора страхования, подписанного Страховщиком, с соблюдением требований законодательства Российской Федерации по информированию клиента об условиях страхования, акцептом Договора-оферты может являться:

8.8.1. факт оплаты Страхователем страховой премии (первого страхового взноса) в размере и сроки, указанные в Договоре;

8.8.2. совершение Страхователем иных действий, указанных в Договоре, в срок, установленный Договором для акцепта.

Способ акцепта устанавливается Договором страхования.

8.9. При заключении Договора могут быть использованы типовые формы страховой документации. По соглашению Сторон в типовые формы могут быть внесены изменения.

8.10. При заключении Договора Стороны вправе достичь соглашения об изменении, исключении или дополнении отдельных пунктов настоящих Правил, в том числе об изменении или исключении Приложений к Правилам (если Приложение к Правилам страхования не применяется в соответствии с условиями Договора страхования, оно может не вручаться Страхователю).

8.11. В случае утраты Страхователем Договора страхования, Страховщик на основании личного письменного заявления Страхователя выдает дубликат документа. При повторной утрате Договора страхования в течение периода действия Договора страхования Страховщик имеет право взыскать со Страхователя расходы на оформление дубликата Договора страхования. После выдачи дубликата утраченный Договор считается недействующим, и никакие выплаты по нему не производятся.

8.12. Если иное не предусмотрено соглашением Сторон, все заявления и извещения, которые делают друг другу Страховщик и Страхователь в процессе исполнения Договора страхования, должны производиться в письменной форме по адресам и иным контактным данным Сторон, содержащимся в Договоре страхования или в уведомлениях, которые Стороны направляют друг другу в связи с изменениями контактной информации в порядке, установленном настоящими Правилами страхования.

8.12.1. При изменении контактных данных Страхователь обязан незамедлительно уведомить об этом Страховщика путем направления письменного уведомления нарочно или посредством почтовой связи, в противном случае Страхователь несет риск любых неблагоприятных последствий, вызванных неуведомлением/несвоевременным уведомлением.

8.12.2. Страховщик уведомляет Страхователя об изменении своих контактных данных (в т. ч. адреса места нахождения, телефона) посредством размещения обновленной информации на своем сайте в информационно-телекоммуникационной сети Интернет.

8.12.3. Если иное не установлено законом или Договором страхования, Страховщик вправе направлять Страхователю (Выгодоприобретателю, Застрахованному) сообщения посредством смс-уведомления по номеру телефона, электронной почты по адресу, указанным Страхователем (Выгодоприобретателем, Застрахованным) в имеющихся у Страховщика документах, или

посредством размещения информации на своем сайте в информационно-телекоммуникационной сети Интернет (далее – сайт Страховщика), в т. ч. в «Личном кабинете» – информационном ресурсе, размещенном на сайте Страховщика, или в мобильном приложении – программном обеспечении, предназначенном для работы на мобильных устройствах (смартфон, планшет и др.), используемом для доступа к информационным ресурсам Страховщика. В таком случае сообщение считается направленным надлежащим образом, если можно достоверно установить, от кого исходило сообщение и кому оно адресовано.

8.12.4. Страховщик вправе предусмотреть на своем сайте (в т. ч. в «Личном кабинете» и мобильном приложении) возможность для создания и отправки Страхователем (Застрахованным, Выгодоприобретателем) Страховщику информации в электронной форме (в т. ч. обращений, касающихся заключения, изменения, досрочного прекращения Договора страхования, а также обращений за страховой выплатой).

8.12.5. При этом требования к использованию электронных документов и порядок обмена информацией в электронной форме устанавливается соглашением между Страхователем (Застрахованным, Выгодоприобретателем) и Страховщиком в соответствии с законодательством Российской Федерации.

8.13. Стороны вправе вносить в Договор страхования изменения, не противоречащие Правилам страхования и законодательству Российской Федерации. Изменения вносятся в форме и в порядке, предусмотренными законодательством Российской Федерации. В частности, Стороны вправе договориться об изменении условий страхования в связи с увеличением степени страхового риска (п. 8.14 Правил страхования).

8.14. Взаимодействие Сторон в случае изменения степени страхового риска:

8.14.1. В период действия Договора страхования Страхователь обязан уведомлять Страховщика о наступлении обстоятельств, влекущих изменение степени страхового риска, в письменной форме с приложением сведений и/или документов согласно п.п. 8.2, 8.3 Правил, а Страховщик вправе при этом руководствоваться п. 8.4 Правил.

8.14.2. Страховщик, уведомленный об обстоятельствах, влекущих увеличение степени страхового риска, вправе потребовать изменения условий Договора страхования или уплаты дополнительной страховой премии соразмерно увеличению риска. Размер увеличения степени риска определяется Страховщиком.

8.14.3. К обстоятельствам, влекущим изменение степени страхового риска, относятся любые обстоятельства, в результате которых изменились следующие сведения о Застрахованном, сообщенные при заключении Договора страхования: сведения о профессии / профессиональной деятельности / роде занятий (в т. ч. об условиях труда, о прохождении военной или гражданской службы, о занятости в профессиональной и непрофессиональной авиации, занятости в сфере с особым риском (химическое производство, атомная энергетика и др.); сведения об увлечениях и занятии спортом на различном уровне (в т. ч. о принадлежности к спортивным клубам, участии в соревнованиях и др.).

8.14.4. Если Страхователь возражает против изменения условий Договора страхования или доплаты страховой премии, Страховщик вправе потребовать расторжения Договора страхования в порядке, установленном законодательством Российской Федерации.

8.15. Все изменения в существенных условиях Договора страхования и дополнениях к нему оформляются в виде дополнительных соглашений к Договору страхования.

8.16. При обращении к Страховщику Выгодоприобретателя (-ей) в связи с наступлением события, имеющего признаки страхового случая, Страхователь (а в случае смерти Страхователя – физического лица – его наследники) и Страховщик, в соответствии со ст. 430 Гражданского кодекса Российской Федерации, не могут с момента такого (-их) обращения (-ий) расторгать или изменять Договор страхования без согласия обратившегося (-ихся) Выгодоприобретателя (-ей).

## **9. ПРАВА И ОБЯЗАННОСТИ СТОРОН**

9.1. Страхователь имеет право:

9.1.1. получать от Страховщика информацию, касающуюся его финансовой устойчивости и не являющуюся коммерческой тайной;

- 9.1.2. проверять соблюдение Страховщиком условий Договора;
- 9.1.3. досрочно прекратить Договор (отказаться от Договора) в соответствии с законодательством Российской Федерации и положениями Договора;
- 9.1.4. в случае отказа Страхователя (физического лица) от Договора страхования в течение 30 (тридцати) календарных дней (в соответствии с Указанием Банка России от 20.11.2015 № 3854-У «О минимальных (стандартных) требованиях к условиям и порядку осуществления отдельных видов добровольного страхования») со дня его заключения при отсутствии событий, имеющих признаки страхового случая, Страхователь имеет право на возврат уплаченной по Договору страхования страховой премии в полном объеме;
- 9.1.5. в случае отказа Страхователя (физического лица) от Договора страхования по причине непредоставления Страховщиком информации о договоре добровольного страхования, предоставления неполной или недостоверной информации (в соответствии с Указанием Банка России от 29.03.2022 №6109-У «О минимальных (стандартных) требованиях к условиям осуществления отдельных видов добровольного страхования, к объему и содержанию предоставляемой информации о договоре добровольного страхования, а также о форме, способах и порядке предоставления указанной информации») при отсутствии событий, имеющих признаки страхового случая, Страхователь имеет право на возврат уплаченной по Договору страхования страховой премии (за вычетом части страховой премии, исчисляемой пропорционально времени, в течение которого действовало страхование);
- 9.1.6. при заключении Договора страхования Страхователь имеет право ознакомиться с предварительными условиями заключаемого Договора, в том числе с примерным расчетом страховой премии на основании представленного заявления о заключении Договора страхования, при этом размер страховой премии, страховой суммы и иные условия страхования могут быть изменены по результатам оценки страхового риска;
- 9.1.7. запросить информацию о размере вознаграждения, выплачиваемого посреднику, оказывающему услугу по оформлению и/или сопровождению Договора страхования.
- 9.2. Страхователь обязан:
- 9.2.1. уплачивать страховую премию (страховые взносы) в размерах и в сроки, определенные Договором страхования. Обязанность Страхователя по уплате страховой премии может быть исполнена третьим лицом;
- 9.2.2. сохранять документы, подтверждающие уплату страховой премии (страховых взносов), предоставлять их копии по требованию Страховщика;
- 9.2.3. сообщать Страховщику любую информацию в письменном виде, имеющую существенное значение для определения степени и особенностей риска, принимаемого Страховщиком на страхование, как до заключения Договора страхования, так и в период его действия (например, изменение рода деятельности Застрахованного, занятие Застрахованным на профессиональной основе любыми видами спорта, занятие экстремальными видами спорта);
- 9.2.4. сообщать Страховщику об изменениях в сведениях, предоставленных Страховщику при заключении Договора страхования;
- 9.2.5. известить Страховщика в течение 30 (тридцати) дней с момента получения информации о наступлении страхового случая, а также предоставить Страховщику всю необходимую информацию и подтверждающие документы, позволяющие Страховщику удостовериться в правомерности требований о страховой выплате, в разумный срок, необходимый для сбора такой информации и документов. Обязанность Страхователя сообщить о факте наступления страхового случая может быть исполнена Застрахованным, Выгодоприобретателем либо наследником (наследниками) Застрахованного;
- 9.2.6. получить письменное согласие Застрахованного в случае назначения или изменения Выгодоприобретателя по Договору страхования, а также обладать правом предоставлять персональные данные Выгодоприобретателей Страховщику;
- 9.2.7. известить в письменной форме Страховщика в течение 30 (тридцати) дней с момента изменений любого факта, оказывающего непосредственное влияние на исполнение Страховщиком Федерального закона от 07.08.2001 № 115-ФЗ, главы 20.1 Налогового кодекса Российской Федерации, Федерального закона от 28.06.2014 № 173-ФЗ, FATCA.
- 9.3. Страховщик имеет право:

- 9.3.1. проверять достоверность данных и информации, сообщаемой Страхователем, Застрахованным и Выгодоприобретателем любыми доступными ему способами, не противоречащими законодательству Российской Федерации;
- 9.3.2. проверять выполнение Страхователем, Застрахованным требований и положений Договора страхования;
- 9.3.3. в случаях, не противоречащих законодательству Российской Федерации, оспаривать действительность Договора страхования при нарушении или ненадлежащем исполнении Страхователем, Застрахованным, Выгодоприобретателем положений настоящих Правил;
- 9.3.4. для принятия решения о страховой выплате направлять, при необходимости, запросы в компетентные органы об обстоятельствах наступления страхового случая, а также потребовать от Застрахованного (Выгодоприобретателя) предоставления дополнительных сведений и документов, подтверждающих факт наступления и причину произошедшего события;
- 9.3.5. для принятия решения о страховой выплате/организации лечения получить второе медицинское мнение, которое может быть положено в основу решения о страховой выплате/организации лечения;
- 9.3.6. увеличить период времени, необходимый для принятия решения о признании/непризнании события страховым случаем при наличии сомнений в отношении причины наступления события, имеющего признаки страхового случая, до получения полной информации и подтверждающих документов о нем в пределах перечня документов, предусмотренных Правилами;
- 9.3.7. увеличить период времени, необходимый для принятия решения о признании/непризнании события страховым случаем в случае возбуждения по факту наступления страхового события уголовного дела до момента вступления в силу окончательного решения компетентными органами;
- 9.3.8. отказать в страховой выплате, если Страхователь, Застрахованный или Выгодоприобретатель в порядке, установленном Договором страхования, предоставили ложные сведения либо событие признано не являющимся страховым случаем;
- 9.3.9. не производить страховую выплату, если произошедшее с Застрахованным событие не может быть квалифицировано в качестве страхового случая на основании исключений из страхового покрытия, указанных в п. 5 Правил;
- 9.3.10. проводить расследования, в том числе и медицинскую экспертизу, с целью удостовериться в правомерности и обоснованности требований о страховой выплате и установить размер страховой выплаты;
- 9.3.11. менять сервисную компанию и/или медицинскую организацию, осуществляющую организацию или оказание медицинских и иных услуг Застрахованному в соответствии с Программой ДМС, в течение действия Договора без согласия Страхователя. При этом Страховщик обязуется уведомить Страхователя о новом порядке предоставления медицинских и иных услуг, предусмотренных Программой ДМС, способом, предусмотренным п. 8.12 Правил;
- 9.3.12. осуществлять иные действия в порядке исполнения положений Правил и Договора страхования.
- 9.4. Страховщик обязан:
- 9.4.1. обеспечить соблюдение законодательства Российской Федерации о защите персональных данных Страхователя, Выгодоприобретателя, Застрахованного;
- 9.4.2. при наступлении страхового случая произвести страховую выплату после получения всех необходимых документов в соответствии с п. 11 настоящих Правил за исключением тех случаев, когда Страховщик имеет право отсрочить выплату или отказать в ней в соответствии с Правилами;
- 9.4.3. по выбору Страхователя осуществить возврат Страхователю страховой премии или ее части наличными деньгами или в безналичном порядке (на банковский счет Страхователя в соответствии с реквизитами, предоставленными Страхователем в письменном виде) в срок, не превышающий 10 (десяти) рабочих дней со дня получения письменного заявления Страхователя об отказе от Договора страхования, в случае отказа Страхователя от Договора страхования в срок, предусмотренный в п. 9.1.4 Правил;
- 9.4.4. по выбору Страхователя осуществить возврат Страхователю страховой премии или ее

части наличными деньгами или в безналичном порядке (на банковский счет Страхователя в соответствии с реквизитами, предоставленными Страхователем в письменном виде) в срок, не превышающий 7 (семи) рабочих дней со дня получения письменного заявления Страхователя об отказе от Договора страхования, в случае отказа Страхователя от Договора страхования в срок, предусмотренный в п. 9.1.5 Правил;

9.4.5. обеспечить оказание информационно-консультационной поддержки по вопросам, связанным с исполнением Договора страхования. В целях оказания такой поддержки Страховщик вправе привлекать Ассистанскую компанию, а также менять Ассистантскую компанию по своему усмотрению в любой момент в течение действия Договора страхования без предварительного уведомления Страхователя и/или Застрахованного;

9.4.6. по запросу получателя страховых услуг предоставить информацию о размере вознаграждения, выплачиваемого посреднику, оказывающему услугу по оформлению и/или сопровождению Договора страхования;

9.4.7. предоставить по требованию Страхователя (Застрахованного, Выгодоприобретателя) иную информацию в соответствии с законодательством Российской Федерации.

## **10. ОПРЕДЕЛЕНИЕ РАЗМЕРА И ПОРЯДОК ОСУЩЕСТВЛЕНИЯ СТРАХОВЫХ ВЫПЛАТ**

10.1 При наступлении страхового случая по риску, указанному в п. 4.1.1 Правил, страховая выплата осуществляется единовременно в размере 100% (ста процентов) от страховой суммы, установленной по соответствующему риску Договором.

10.2. При наступлении страхового случая по риску, указанному в п. 4.1.2 Правил, страховая выплата осуществляется в виде аннуитетов в установленном в Договоре страхования размере и в соответствии с установленной Договором страхования периодичностью – пренумерандо, то есть в начале каждого периода в соответствии с указанной в Договоре страхования периодичностью выплаты аннуитета.

10.3. Если Договором не предусмотрено иное, при наступлении страхового случая по рискам, указанным в п.п. 4.1.3, 4.1.6 – 4.1.8, 4.1.11 – 4.1.17 Правил, страховая выплата осуществляется единовременно в размере 100% (ста процентов) от страховой суммы, установленной по соответствующему риску Договором.

10.4. При наступлении страхового случая по риску, указанному в п. 4.1.4 Правил, страховая выплата осуществляется единовременно по окончании срока страхования по данному риску в размере 100% (ста процентов) от страховой суммы, установленной по данному риску Договором.

10.5. В случае если событие можно классифицировать одновременно как страховой случай по нескольким рискам, указанным в п.п. 4.1.3, 4.1.4, 4.1.6 – 4.1.8 Правил, выплата осуществляется по каждому из этих рисков.

10.6. При наступлении страхового случая по рискам, указанным в п.п. 4.1.5, 4.1.9, 4.1.10, 4.1.22 Правил, страховая выплата осуществляется в виде освобождения Страхователя от обязанности уплачивать страховые взносы по определенным Договором страхования отдельным страховым рискам. Если иное не указано в Договоре, страхование прекращается по страховым рискам, по которым не производится освобождение от уплаты страховых взносов. Освобождение от уплаты взносов и прекращение страхования по рискам, по которым не производится освобождение от уплаты страховых взносов, наступает с даты оплаты очередного страхового взноса, непосредственно следующей за датой принятия Страховщиком решения о страховой выплате. Страховая выплата по рискам, указанным в п.п. 4.1.5, 4.1.9, 4.1.10, 4.1.22 Правил, не связанная с оплатой страховых взносов по Договору страхования, не производится.

10.7. При наступлении страхового случая по риску, указанному в п. 4.1.18 Правил, страховая выплата осуществляется единовременно в процентах от страховой суммы по данному страховому риску, определенной Договором страхования, в соответствии с Таблицей страховых выплат при травмах Застрахованного в результате несчастного случая (Приложение №1 к Правилам). Страховая выплата по всем страховым случаям, произошедшим по данному риску, не может превышать 100% (ста процентов) от страховой суммы, установленной для данного риска Договором страхования. После осуществления страховой выплаты по риску п. 4.1.18

Правил в размере 100% (ста процентов) от страховой суммы обязательства Страховщика по этому риску прекращаются и считаются выполненными в полном объеме.

10.8. При наступлении страхового случая по риску, указанному в п. 4.1.19 Правил, страховая выплата осуществляется единовременно в процентах от страховой суммы по данному страховому риску, определенной Договором страхования, в соответствии с Таблицей страховых выплат при тяжких телесных повреждениях Застрахованного в результате несчастного случая (Приложение №2 к Правилам). Страховая выплата по всем страховым случаям, произошедшим по данному риску, не может превышать 100% (ста процентов) от страховой суммы, установленной для данного риска Договором страхования. После осуществления страховой выплаты по риску п. 4.1.19 Правил в размере 100% (ста процентов) от страховой суммы обязательства Страховщика по этому риску прекращаются и считаются выполненными в полном объеме.

10.9. При наступлении страхового случая по риску, указанному в п. 4.1.20 Правил, страховая выплата осуществляется в размере 0,5% (пять десятых процента) от страховой суммы по данному страховому риску, определенной Договором страхования, за каждый день непрерывной нетрудоспособности, начиная с 14 (четырнадцатого) календарного дня непрерывной нетрудоспособности, но не более чем за 90 (девяносто) календарных дней за весь срок страхования по данному риску.

10.10. При наступлении страхового случая по риску, указанному в п. 4.1.21 Правил, страховая выплата осуществляется единовременно в размере 100% (ста процентов) от страховой суммы по данному страховому риску, определенной Договором страхования. Страховая выплата по данному риску осуществляется по первому диагнозу, установленному Застрахованному в течение срока страхования в соответствии со Списком критических заболеваний, определенном в Договоре страхования по данному риску в отношении конкретного Застрахованного. Выплата производится только по истечении 30 (тридцати) календарных дней с даты первичной постановки диагноза критического заболевания (периода ожидания). После осуществления страховой выплаты по риску, указанному в п. 4.1.21 Правил, обязательства Страховщика по данному риску прекращаются и считаются выполненными в полном объеме.

10.11. При наступлении страхового случая по риску, указанному в п. 4.1.23 Правил, страховая выплата осуществляется в виде освобождения Страхователя от обязанности по уплате страхового взноса, следующего за датой наступления страхового случая по этому риску, в пределах страховой суммы по этому риску, определенной в Договоре страхования. Если страховой взнос по Договору превышает размер страховой суммы по этому риску, то Страхователь обязан уплатить разницу между размером страхового взноса по Договору и страховой суммы по данному риску. После осуществления освобождения от уплаты страхового взноса в связи с данным риском обязательства Страховщика по этому риску прекращаются и считаются выполненными в полном объеме.

10.12. В случае если в Договоре страхования установлена единая страховая сумма по двум и более рискам, то страховая выплата по всем страховым случаям, произошедшим по данным рискам, не может превышать 100% (ста процентов) от единой страховой суммы, установленной по данным рискам Договором страхования. После осуществления страховой выплаты в размере 100% (ста процентов) от единой страховой суммы обязательства Страховщика по страховым рискам, по которым установлена единая страховая сумма, прекращаются и считаются выполненными в полном объеме.

10.13. При наступлении страхового случая по рискам, указанным в п.п. 4.1.24 – 4.1.28 Правил, Страховщик в счет страховой выплаты организует оказание и оплату медицинских и иных услуг Застрахованному в соответствии с условиями Программ ДМС, применяемым по этим рискам.

10.13.1. Страховщик производит оплату медицинских и иных услуг, оказываемых Застрахованному в соответствии с Программой ДМС, непосредственно Ассистанским компаниям и/или медицинским организациям в соответствии с заключенными с ними договорами при предоставлении такими организациями документов, подтверждающих объем и виды организованных и оказанных медицинских и иных услуг, а также об их стоимости.



10.13.2. Размер страховой выплаты определяется стоимостью организации медицинских и иных услуг, оказываемых в соответствии с Программой ДМС, и не может превышать размера страховой суммы, установленной для соответствующего риска Договором.

10.13.3. Страховая выплата по страховым рискам, указанным в п.п. 4.1.24 – 4.1.28 Правил, непосредственно Застрахованному не производится.

10.14. При осуществлении страховой выплаты по Договору страхования Страховщик вправе вычесть из страховой выплаты сумму задолженности Страхователя перед Страховщиком по оплате страховой премии (страховых взносов) по Договору страхования в полном объеме.

10.15. Из страховой выплаты по рискам, указанным в п.п. 4.1.1, 4.1.2 Правил, удерживается налог на доходы физических лиц в соответствии со ст. 213 Налогового кодекса Российской Федерации.

10.16. После предоставления Страховщику полного пакета документов на выплату, Страховщиком принимается решение об осуществлении страховой выплаты или об отказе в страховой выплате. Решение об осуществлении страховой выплаты принимается Страховщиком путем утверждения им страхового акта.

10.17. При непредоставлении Страхователем (Выгодоприобретателем) документов из числа указанных в перечне Страховщик вправе в течение 10 (десяти) рабочих дней с момента получения неполных материалов запросить недостающие документы и сведения. При этом Страховщик вправе отсрочить принятие решения о признании или непризнании заявленного события страховым случаем до получения последнего из всех необходимых документов.

10.18. Принятие решения о страховой выплате может быть отсрочено Страховщиком, если по фактам, связанным с наступлением страхового случая, Страховщиком назначена дополнительная проверка, возбуждено уголовное дело или начат судебный процесс, до окончания проверки расследования или судебного разбирательства либо до устранения других обстоятельств, препятствовавших выплате. Также Страховщик может продлить (приостановить) срок осуществления страховой выплаты при непредоставлении лицом, обратившимся за страховой выплатой, банковских реквизитов, а также других сведений, необходимых для осуществления страховой выплаты в безналичном порядке. При этом Страховщик направляет лицу, предъявившему требование по страховой выплате, уведомительное письмо с указанием причины задержки страховой выплаты.

10.19. При принятии решения о страховой выплате Страховщик проводит проверку наличия имущественного интереса у получателя страховых услуг путем проверки документов, предоставляемых при наступлении страхового случая, общедоступной информации, в том числе на сайтах госорганов и иной информации в соответствии с законодательством Российской Федерации.

10.20. Решения об осуществлении страховой выплаты и страховая выплата производится в течение 30 (тридцати) календарных дней со дня получения Страховщиком полного пакета документов на выплату, за исключением страховой выплаты по риску, указанному в п. 4.1.4 Правил. Страховая выплата по риску, указанному в п. 4.1.4 Правил, осуществляется на основании дополнительного заявления на страховую выплату по данному риску в течение 30 (тридцати) календарных дней со дня получения Страховщиком данного заявления, но не ранее даты окончания срока страхования по данному риску. Страховая выплата перечисляется на банковский счет, указанный Выгодоприобретателем в заявлении на страховую выплату.

10.21. Если иное не предусмотрено Договором страхования или Программой ДМС, организация Застрахованному медицинских и иных услуг по рискам, указанным в п.п. 4.1.24 – 4.1.28 Правил, осуществляется в срок, не превышающий 30 (тридцати) рабочих дней со дня получения Страховщиком / Ассистанской компанией полного пакета документов на выплату. Оплата медицинских и иных услуг, оказанных Застрахованному, по данным рискам осуществляется в адрес Ассистанской компании в порядке и в сроки, установленные договором между Страховщиком и Ассистанской компанией.

10.22. Решение об отказе в страховой выплате принимается Страховщиком в течение 30 (тридцати) календарных дней со дня получения Страховщиком полного пакета документов на выплату, в течение 3 (трех) рабочих дней с момента принятия такого решения Страховщик

направляет Выгодоприобретателю (представителю Выгодоприобретателя) мотивированное решение об отказе.

10.23. В случае перечисления Страховщиком страховых выплат на счет Застрахованного после его смерти и до получения Страховщиком документов, подтверждающих факт смерти Застрахованного, Страховщик имеет право при осуществлении выплаты Выгодоприобретателю в связи со смертью Застрахованного зачесть указанные излишне уплаченные суммы.

## **11. ПЕРЕЧЕНЬ ДОКУМЕНТОВ, ПРЕДОСТАВЛЯЕМЫХ ПРИ НАСТУПЛЕНИИ СТРАХОВОГО СЛУЧАЯ**

11.1. При наступлении события, имеющего признаки страхового случая Страховщику должны быть представлены следующие документы:

11.1.1. заявление на страховую выплату по установленной Страховщиком форме с указанием банковских реквизитов для перечисления выплаты:

11.1.4.1. по рискам смерти Застрахованного заявление на страховую выплату должно быть подписано Выгодоприобретателем, а если он не назначен – наследником, имеющим право на получение страховой выплаты;

11.1.4.2. по остальным рискам заявление на страховую выплату должно быть подписано Застрахованным или Выгодоприобретателем, если по риску назначен Выгодоприобретатель, отличный от Застрахованного;

11.1.4.3. если в Договоре страхования назначено несколько Выгодоприобретателей, для получения страховой выплаты каждый из Выгодоприобретателей обязан подать заявление на страховую выплату, им подписанное;

11.1.4.4. в случае если в Договоре страхования не назначен Выгодоприобретатель и у Застрахованного несколько наследников, то для получения страховой выплаты каждый из наследников Застрахованного обязан подать заявление на страховую выплату, им подписанное;

11.1.4.5. при необходимости выступать заявителем, а также подписывать заявление на страховую выплату при наступлении страхового случая может законный или уполномоченный представитель Выгодоприобретателя при предъявлении соответствующих документов;

11.1.2. документ, удостоверяющий личность заявителя, если заявитель не является Выгодоприобретателем, дополнительно документ, удостоверяющий личность Выгодоприобретателя;

11.1.3. Договор страхования со всеми приложениями к нему, включая все имеющиеся заключенные дополнительные соглашения к данному Договору страхования;

11.1.4. документы, требование о предоставлении которых обусловлено выполнением Страховщиком при осуществлении страховой выплаты законодательства Российской Федерации (в т. ч. налогового законодательства, нормативными правовыми актами в сфере противодействия легализации (отмыванию) доходов, полученных преступным путем, и финансированию терроризма, главой 20.1. Налогового кодекса Российской Федерации, Федерального закона от 28.06.2014 № 173-ФЗ «Об особенностях финансовых операций с иностранными гражданами и юридическими лицами»), а также соблюдения норм и правил FATCA;

11.1.5. дополнительные документы в зависимости от страхового случая.

11.2. Для осуществления страховой выплаты по рискам, указанным в п.п. 4.1.1, 4.1.2 Правил, дополнительно должны быть предоставлены следующие документы:

11.2.1. документ, удостоверяющий личность Застрахованного либо его нотариально удостоверенная копия;

11.2.2. документы, подтверждающие, что Выгодоприобретатель является членом семьи или близким родственником Страхователя или лица, производившего оплату страховой премии по Договору (супругом, родителем, ребенком, усыновителем, усыновленным, дедушкой, бабушкой, внуком, полнородным, неполнородным (имеющим общих отца или мать) братом или сестрой), если Выгодоприобретатель по данному риску не совпадает со Страхователем или лицом, производившим оплату страховой премии по Договору страхования. В противном случае из страховой выплаты по рискам, указанным в п.п. 4.1.1, 4.1.2 Правил, будет удержан налог на доходы физических лиц;

11.2.3. свидетельство об удостоверении факта нахождения гражданина в живых, выданное

нотариусом (иным уполномоченным законодательством Российской Федерации на совершения таких действий органом / должностным лицом), или по согласованию со Страховщиком надлежащим образом заверенная копия паспорта Застрахованного или выписка из него с датой удостоверения не ранее даты окончания срока страхования по риску, указанному в п. 4.1.1 Правил (в случае если невозможно подтвердить факт нахождения гражданина в живых личным присутствием Застрахованного);

11.2.4. по согласованию со Страховщиком заявление на страховую выплату по риску, указанному в п. 4.1.2 Правил, и документы, указанные в п.п. 11.1.2 – 11.1.4, 11.2.1 – 11.2.3 Правил, могут не предоставляться для осуществления выплаты второго и каждого последующего аннуитета, если они ранее направлялись Страховщику и сведения, содержащиеся в данных документах (в т. ч. персональные данные и банковские реквизиты получателя выплаты), не изменились.

11.3. Для осуществления страховой выплаты по рискам, указанным в п.п. 4.1.3 – 4.1.8 Правил, дополнительно должны быть предоставлены следующие документы:

11.3.1. оригинал свидетельства органа ЗАГС о смерти Застрахованного либо его нотариально удостоверенная копия;

11.3.2. медицинская карта амбулаторного (стационарного) больного;

11.3.3. протокол патологоанатомического вскрытия, а если вскрытие не производилось, – заявление родственников об отказе от вскрытия и медицинская справка о смерти, на основании которой выдано свидетельство о смерти либо акт судебно-медицинского исследования трупа с результатами судебно-гистологического, судебно-токсикологического исследований;

11.3.4. выписка из медицинской карты амбулаторного (стационарного) больного с посмертным диагнозом;

11.3.5. выписка из медицинской карты амбулаторного больного с перечнем перенесенных заболеваний;

11.3.6. справка из онкодиспансера / от врача-специалиста с указанием окончательного диагноза и датой постановки на учет (если причиной смерти является онкологическое заболевание);

11.3.7. протокол данных об алкогольном, наркотическом опьянении, копия водительского удостоверения (если страховой случай произошел в результате дорожно-транспортного происшествия, во время которого Застрахованный находился за рулем);

11.3.8. протокол об административном правонарушении или определение об отказе в возбуждении дела об административном правонарушении, или постановление о прекращении дела об административном правонарушении (если страховой случай произошел в результате дорожно-транспортного происшествия);

11.3.9. подтверждение перевозчика, что Застрахованный являлся пассажиром и совершал поездку на авиа, железнодорожном, водном транспорте или наземном транспортном средстве;

11.3.10. акт о случае получения травмы, составленный по месту ее получения;

11.3.11. официальное заключение специализированной комиссии по расследованию аварии, содержащее информацию о ее причинах (акт о несчастном случае на воздушном, железнодорожном, речном, морском, наземном транспорте, оформляемый перевозчиком в порядке, установленном законодательством Российской Федерации);

11.3.12. постановление о возбуждении (отказе в возбуждении) уголовного дела (если таковые выносились по факту наступления страхового случая);

11.3.13. решение суда (в случае возбуждения уголовного дела);

11.3.14. акт о несчастном случае на производстве по форме Н-1 (если страховой случай наступил в результате несчастного случая на производстве);

11.3.15. акт о несчастном случае с обучающимся, воспитанником системы образования Российской Федерации по форме Н-2;

11.3.16. нотариально удостоверенная копия свидетельства о праве на наследство с указанием прав на получение страховой выплаты или ее части (если в Договоре страхования не назначен Выгодоприобретатель по рискам смерти).

11.4. Для осуществления страховой выплаты по рискам, указанным в п.п. 4.1.9 – 4.1.17 Правил, дополнительно должны быть предоставлены следующие документы:

11.4.1. документ, удостоверяющий личность Застрахованного;

- 11.4.2. справка из травматологического пункта с указанием диагноза, явившегося основанием для получения инвалидности;
- 11.4.3. выписка из медицинской карты стационарного больного и/или выписка из медицинской карты амбулаторного больного;
- 11.4.4. медицинская карта стационарного больного и/или медицинская карта амбулаторного больного;
- 11.4.5. выписка из медицинской карты амбулаторного больного с перечнем перенесенных заболеваний;
- 11.4.6. справка из онкодиспансера / от врача-специалиста с указанием окончательного диагноза и датой постановки на учет;
- 11.4.7. справка об установлении инвалидности государственного образца;
- 11.4.8. направление на медико-социальную экспертизу организацией, оказывающей лечебно-профилактическую помощь (форма №088/у-06);
- 11.4.9. акт медико-социальной экспертизы гражданина с установлением группы инвалидности / с присвоением категории «ребенок-инвалид»;
- 11.4.10. индивидуальная программа реабилитации инвалида, выдаваемая федеральными государственными учреждениями медико-социальной экспертизы;
- 11.4.11. протокол освидетельствования на состояние алкогольного, наркотического опьянения, копия водительского удостоверения (если страховой случай произошел в результате дорожно-транспортного происшествия, во время которого Застрахованный находился за рулем);
- 11.4.12. протокол об административном правонарушении или определение об отказе в возбуждении дела об административном правонарушении, или постановление о прекращении дела об административном правонарушении (если страховой случай произошел в результате дорожно-транспортного происшествия);
- 11.4.13. постановление о возбуждении (отказе в возбуждении) уголовного дела (если таковые выносились по факту наступления страхового случая);
- 11.4.14. решение суда (в случае возбуждения уголовного дела);
- 11.4.15. акт о несчастном случае на производстве по форме Н-1 (если страховой случай наступил в результате несчастного случая на производстве);
- 11.4.16. акт о несчастном случае с обучающимся, воспитанником системы образования Российской Федерации по форме Н-2.
- 11.5. Для осуществления страховой выплаты по рискам, указанным в п.п. 4.1.18, 4.1.19 Правил, дополнительно должны быть предоставлены следующие документы:
- 11.5.1. документ, удостоверяющий личность Застрахованного;
- 11.5.2. врачебное заключение из лечебно-профилактического или иного медицинского учреждения по месту первичного обращения за медицинской помощью;
- 11.5.3. выписка из медицинской карты стационарного больного и/или выписка из медицинской карты амбулаторного больного из медицинских учреждений, оказавших медицинскую помощь в связи с травматическим повреждением Застрахованного;
- 11.5.4. медицинская карта стационарного больного и/или медицинская карта амбулаторного больного;
- 11.5.5. результаты проведенных исследований с интерпретацией;
- 11.5.6. результаты рентгенологических методов исследования (снимки, описания снимков);
- 11.5.7. результаты томографии (снимки, описание снимков);
- 11.5.8. результаты ультразвукового исследования (снимки, заключения);
- 11.5.9. результаты электронейромиографии с врачебным заключением;
- 11.5.10. заключение офтальмолога об остроте зрения;
- 11.5.11. результаты аудиограммы;
- 11.5.12. заключение сурдолога;
- 11.5.13. врачебное заключение с указанием локализации ожоговой поверхности, степени ожога, площади в процентном соотношении к площади поверхности тела человека;
- 11.5.14. протокол освидетельствования на состояние алкогольного, наркотического опьянения, копия водительского удостоверения (если страховой случай произошел в результате дорожно-транспортного происшествия, во время которого Застрахованный находился за рулем);

11.5.15. протокол об административном правонарушении или определение об отказе в возбуждении дела об административном правонарушении, или постановление о прекращении дела об административном правонарушении (если страховой случай произошел в результате дорожно-транспортного происшествия);

11.5.16. постановление о возбуждении (отказе в возбуждении) уголовного дела (если таковые выносились по факту наступления страхового случая);

11.5.17. решение суда (в случае возбуждения уголовного дела);

11.5.18. акт о несчастном случае на производстве по форме Н-1 (если страховой случай наступил в результате несчастного случая на производстве);

11.5.19. акт о несчастном случае с обучающимся, воспитанником системы образования Российской Федерации по форме Н-2.

11.6. Для получения страховой выплаты по риску, указанному в п. 4.1.20 Правил, дополнительно должны быть предоставлены следующие документы:

11.6.1. документ, удостоверяющий личность Застрахованного;

11.6.2. листок нетрудоспособности или справка о временной нетрудоспособности учащихся по форме 095/у;

11.6.3. врачебное заключение из лечебно-профилактического или иного медицинского учреждения по месту первичного обращения за медицинской помощью;

11.6.4. заключение врачебной комиссии;

11.6.5. выписка из медицинской карты стационарного больного и/или выписка из медицинской карты амбулаторного больного из медицинских учреждений, оказавших медицинскую помощь в связи с травматическим повреждением Застрахованного;

11.6.6. результаты проведенных рентгенологических методов исследования с интерпретацией (снимки, описания снимков);

11.6.7. протокол об административном правонарушении или определение об отказе в возбуждении дела об административном правонарушении, или постановление о прекращении дела об административном правонарушении (если страховой случай произошел в результате дорожно-транспортного происшествия);

11.6.8. протокол освидетельствования на состояние алкогольного, наркотического опьянения, копия водительского удостоверения (если страховой случай произошел в результате дорожно-транспортного происшествия, во время которого Застрахованный находился за рулем);

11.6.9. постановление о возбуждении (отказе в возбуждении) уголовного дела (если таковые выносились по факту наступления страхового случая);

11.6.10. решение суда (в случае возбуждения уголовного дела);

11.6.11. акт о несчастном случае на производстве по форме Н-1 (если страховой случай наступил в результате несчастного случая на производстве);

11.6.12. акт о несчастном случае с обучающимся, воспитанником системы образования Российской Федерации по форме Н-2.

11.7. Для получения страховой выплаты по рискам, указанным в п.п. 4.1.21, 4.1.22 Правил, дополнительно должны быть предоставлены следующие документы:

11.7.1. документ, удостоверяющий личность Застрахованного;

11.7.2. выписка из медицинской карты стационарного больного и/или выписка из медицинской карты амбулаторного больного;

11.7.3. медицинская карта стационарного больного и/или медицинская карта амбулаторного больного;

11.7.4. документы лечебно-профилактического или иного медицинского учреждения, подтверждающие перенесение Застрахованным заболевания, соответствующего определению страхового случая, подтвержденные соответствующими лабораторными, клиническими, гистологическими, радиологическими исследованиями;

11.7.5. заключение врача-специалиста с указанием окончательного диагноза и даты постановки на учет.

11.8. При наступлении страхового случая по риску, указанному в п. 4.1.23 Правил, дополнительно должны быть предоставлены следующие документы:

- 11.8.1. оригинал трудовой книжки или нотариально удостоверенная копия трудовой книжки (все страницы) с записью, подтверждающей увольнение Застрахованного по основаниям, предусмотренным в п. 4.3.14 Правил, а также без записи о приеме Застрахованного на новую работу. При этом дата нотариального удостоверения копии трудовой книжки должна быть не ранее чем за 2 (два) месяца и не позднее 1 (одного) месяца с даты оплаты следующего страхового взноса, на освобождение от уплаты которого Застрахованный претендует;
- 11.8.2. расторгнутый трудовой договор / служебный контракт с последнего места работы (со всеми дополнительными соглашениями);
- 11.8.3. заверенные копии всех приказов / правовых актов государственного органа, относящихся к заключению и расторжению/прекращению трудового договора / служебного контракта, заверенные сотрудником отдела кадров и печатью с последнего места работы;
- 11.8.4. письменное уведомление Застрахованного об увольнении с указанием его причин – при расторжении трудового договора по причине ликвидации работодателя или сокращения численности либо при расторжении служебного контракта по причине сокращения должностей гражданской службы или упразднения государственного органа;
- 11.8.5. копия решения Правительства Российской Федерации или органа государственной власти соответствующего субъекта Российской Федерации о признании наступления чрезвычайных обстоятельств – при досрочном прекращении трудового договора / служебного контракта в связи с наступлением чрезвычайных обстоятельств;
- 11.8.6. извещение из территориального отделения Пенсионного фонда Российской Федерации об отсутствии перечислений на счет Застрахованного за период с момента увольнения.
- 11.9. При наступлении страхового случая по рискам, указанным в п.п. 4.1.24 – 4.1.28 Правил, для рассмотрения произошедшего события и принятия по нему решения и/или организации предоставления Застрахованному медицинских и/или иных услуг дополнительно должны быть предоставлены следующие документы:
- 11.9.1. документ, удостоверяющий личность Застрахованного;
- 11.9.2. согласие на обработку персональных данных Застрахованного, в том числе медицинских, а также добровольное информированное согласие на медицинские вмешательства и передачу информации медицинской или иной организации, оказывающей Застрахованному услуги, предусмотренные Программой ДМС;
- 11.9.3. медицинская карта амбулаторного (стационарного) больного;
- 11.9.4. выписка из медицинской карты стационарного больного и/или выписка из медицинской карты амбулаторного больного;
- 11.9.5. выписка из медицинской карты амбулаторного больного с перечнем перенесенных заболеваний;
- 11.9.6. справка из онкодиспансера / заключение врача-специалиста с указанием окончательного диагноза и датой постановки на учет (в случае организации лечения, реабилитации и/или получения второго экспертного медицинского мнения, если данные медицинские или иные услуги предусмотрены Программой ДМС);
- 11.9.7. справка из онкодиспансера об отсутствии обращений за последние 5 (пять) лет (в случае организации лечения, реабилитации при диагностировании онкологического заболевания, если предусмотрено Программой ДМС);
- 11.9.8. документы лечебно-профилактического или иного медицинского учреждения, подтверждающие перенесение Застрахованным заболевания, соответствующего определению страхового случая, подтвержденные соответствующими лабораторными, клиническими, гистологическими, радиологическими исследованиями;
- 11.9.9. документы, подтверждающие перенесенное заболевание: направление на консультацию и/или госпитализацию, выписку из медицинской карты амбулаторного/стационарного больного с указанием основного и сопутствующих заболеваний, код диагноза по МКБ-10, анамнеза заболевания, результатов клинико-диагностических, бактериологических и других исследований, проведенного лечения, перспективы восстановления функций (реабилитационного потенциала) и целей проведения реабилитационных мероприятий (в случае организации реабилитации, если предусмотрена Программой ДМС);

11.9.10. документы, подтверждающие перенесенную коронавирусную инфекцию Covid-19, вызванную коронавирусом SARS-CoV-2 (результаты ПЦР-теста/экспресс-теста, выписку из медицинской карты стационарного больного, больничный лист) (в случае организации реабилитации при перенесенной коронавирусной инфекции Covid-19, если предусмотрено Программой ДМС);

11.9.11. заключение невролога/нейрохирурга, подтвержденное данными компьютерной томографии головного мозга и/или данными МРТ головного мозга, выписка из медицинской карты амбулаторного/стационарного больного (в случае организации реабилитации при перенесенном инсульте, если предусмотрено Программой ДМС);

11.9.12. заключение невролога/нейрохирурга, подтвержденное данными компьютерной томографии головного / спинного мозга и при необходимости данными МРТ головного/спинного мозга, исследованием цереброспинальной жидкости (в случае организации реабилитации при перенесенной травме головы / спинного мозга или при перенесенных заболеваниях спинного мозга, если предусмотрено Программой ДМС);

11.9.13. справка из травматологического пункта с указанием диагноза, явившегося основанием для получения инвалидности;

11.9.14. справка об установлении инвалидности государственного образца;

11.9.15. направление на медико-социальную экспертизу организацией, оказывающей лечебно-профилактическую помощь (форма №088/у-06);

11.9.16. акт медико-социальной экспертизы гражданина с установлением группы инвалидности / с присвоением категории «ребенок-инвалид»;

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

11.9.18. протокол освидетельствования на состояние алкогольного, наркотического опьянения, копия водительского удостоверения (если страховой случай произошел в результате дорожно-транспортного происшествия, во время которого Застрахованный находился за рулем);

11.9.19. протокол об административном правонарушении или определение об отказе в возбуждении дела об административном правонарушении, или постановление о прекращении дела об административном правонарушении (если страховой случай произошел в результате дорожно-транспортного происшествия);

11.9.20. постановление о возбуждении (отказе в возбуждении) уголовного дела (если таковые выносились по факту наступления страхового случая);

11.9.21. решение суда (в случае возбуждения уголовного дела);

11.9.22. акт о несчастном случае на производстве по форме Н-1 (если страховой случай наступил в результате несчастного случая на производстве);

11.9.23. акт о несчастном случае с обучающимся, воспитанником системы образования Российской Федерации по форме Н-2;

11.9.24. результаты проведенных исследований с интерпретацией;

11.9.25. результаты рентгенологических методов исследования (снимки, описания снимков);

11.9.26. результаты томографии (снимки, описание снимков);

11.9.27. результаты ультразвукового исследования (снимки, заключения);

11.9.28. результаты электронейромиографии с врачебным заключением;

11.9.29. заключение офтальмолога об остроте зрения;

11.9.30. результаты аудиограммы;

11.9.31. заключение сурдолога;

11.9.32. врачебное заключение с указанием локализации ожоговой поверхности, степени ожога, площади в процентном соотношении к площади поверхности тела человека;

11.9.33. листок нетрудоспособности или справка о временной нетрудоспособности учащихся по форме 095/у.

11.10. Все документы, указанные в п. 11 Правил, предоставляются Страховщику в виде оригиналов или в виде копий, заверенных нотариально или органом / учреждением / организацией, который выдал документ и/или располагает его подлинником. Для документов, составленных на иностранном языке, требуется предоставить построчный перевод, оформленный на отдельном листе, и удостоверить данные документы, составленные за

пределами территории Российской Федерации (легализация документа или проставление апостиля). В случаях, когда согласно законодательству Российской Федерации и/или международным договорам Российской Федерации, легализация или проставление апостиля не требуется, Страховщик вправе потребовать предоставления нотариально удостоверенного перевода документа.

11.10.1. Если предоставляется оригинал медицинского документа, то он обязательно должен содержать:

- штамп лечебного учреждения (прямоугольный штамп синего цвета ставится в верхнем углу документа), за исключением случаев предоставления документов на фирменном бланке лечебного учреждения;
- печать лечебного учреждения (синего цвета круглой (треугольной) формы ставится в нижнем углу документа, либо на подписи врачей);
- подпись лечащего врача с расшифровкой Ф. И. О. и должности;
- подпись заведующего отделением с расшифровкой Ф. И. О. и должности или главного врача / заместителя / и. о. главного врача с расшифровкой Ф. И. О. и должности.

11.10.2. Если предоставляется удостоверенная копия медицинского документа, то она должна соответствовать следующим требованиям:

- удостоверить документы может только организация, выдавшая данный документ, либо нотариус;
- удостоверить документы имеет право только главный врач либо его заместитель.

Варианты удостоверения:

- откопированные листы нумеруются, прошиваются, скрепляются, на последней странице заверяются печатью лечебного учреждения и подписью главного врача либо его заместителя;
- главный врач (его заместитель, и. о.) удостоверяет каждый лист откопированного документа.

11.10.3. Если предоставляется оригинал документа из любого другого учреждения, то он обязательно должен содержать:

- печать организации;
- подпись ответственного лица (руководитель, заместитель руководителя, и. о.) с расшифровкой Ф. И. О. и должности.

11.10.4. Если предоставляется удостоверенная копия документа, то она должна соответствовать следующим требованиям:

- удостоверить документы может только организация, выдавшая данный документ, либо нотариус;
- удостоверить документы имеет право только руководитель учреждения либо его заместитель.

Варианты удостоверения:

- откопированные листы нумеруются, прошиваются, скрепляются, на последней странице заверяются печатью и подписью руководителя учреждения либо его заместителя;
- руководитель учреждения (его заместитель, и. о.) удостоверяет каждый лист откопированного документа.

11.11. Страховщик вправе по своему усмотрению принять решение о достаточности фактически предоставленных документов и сократить указанный в п. 11 Правил страхования перечень документов, а также принять иные документы (в т. ч. в иной форме, по отношению к той, которая установлена Правилами страхования) взамен указанных. Страховщик при получении документов на страховую выплату фиксирует комплектность получаемых документов, в том числе посредством использования автоматизированных систем. При личном обращении заявителя Страховщик принимает документы на страховую выплату по описи, реестру или акту приема-передачи. Опись, реестр или акт приема-передачи подписываются Страховщиком и заявителем с указанием даты приема документов.

11.12. Перечень документов и сведений, указанный в п. 11 Правил, является исчерпывающим. Страховщик вправе повторно запросить документы по убытку при обращении за страховой выплатой по Договору страхования, переданному в составе страхового портфеля.



11.13. О способах предоставления и адресах мест приема документов при наступлении событий, имеющих признаки страхового случая, Страховщик информирует получателя страховых услуг путем размещения данной информации на своем сайте, а также при непосредственном обращении получателя страховых услуг посредством телефонной связи, по электронной почте, а также иным способом, предусмотренным настоящими Правилами или Договором страхования.

## **12. ПРЕКРАЩЕНИЕ ДЕЙСТВИЯ ДОГОВОРА СТРАХОВАНИЯ**

12.1. Действие Договора страхования может быть досрочно прекращено в случае:

12.1.1. выполнения Страховщиком своих обязательств по Договору страхования в полном объеме;

12.1.2. соглашения Сторон о намерении досрочно прекратить действие Договора страхования – с даты, указанной в таком соглашении о расторжении Договора страхования;

12.1.3. отказа Страхователя от Договора страхования в срок, предусмотренный в п. 9.1.4 Правил, Договор страхования считается прекратившим свое действие с даты получения Страховщиком письменного заявления Страхователя об отказе от Договора добровольного страхования или иной даты, установленной по соглашению Сторон, но не позднее срока, предусмотренного в п. 9.1.4 Правил;

12.1.4. отказа Страхователя от Договора страхования по причине, предусмотренной в п. 9.1.5 Правил, Договор страхования считается прекратившим свое действие с даты получения Страховщиком письменного заявления Страхователя об отказе от Договора добровольного страхования;

12.1.5. отказа Страхователя от Договора по окончании срока, предусмотренного в п. 9.1.4 Правил и по причине иной чем указана в п. 9.1.5 Правил. Если иное не предусмотрено Договором страхования или соглашением Сторон, дата прекращения (последний день действия) Договора страхования определяется Страховщиком, но не может быть позднее чем 30-й (тридцатый) календарный день с даты получения Страховщиком документов, предусмотренных п. 12.7 Правил;

12.1.6. если возможность наступления страхового случая отпала, и существование страхового риска прекратилось по обстоятельствам иным, чем страховой случай, в том числе по причинам, указанным в п. 5 Правил;

12.1.7. отказа Страховщика от Договора в случае неуплаты Страхователем (лицом, принявшим на себя обязательства по уплате страховой премии) очередного страхового взноса в установленные Договором страхования сроки;

В связи с неуплатой Страхователем очередного страхового взноса в предусмотренный вступившим в силу Договором страхования срок или уплаты его в меньшей, чем предусмотрено Договором страхования сумме, Страховщик уведомляет Страхователя о досрочном прекращении Договора страхования путем направления Страхователю письменного уведомления о прекращении действия Договора страхования. В этом случае Договор страхования будет считаться прекратившим свое действие с 00 часов 00 минут дня, следующего за днем окончания льготного периода.

При этом все уведомления и извещения направляются по адресам, которые указаны в Договоре страхования. В случае изменения адресов и/или реквизитов Сторон, Стороны обязаны в течение 3 (трех) рабочих дней с момента изменений адресов или реквизитов известить друг друга об этом. Если Сторона не была извещена об изменении адреса и/или реквизитов другой Стороны, в результате чего сроки уведомления вынужденно переносятся, то все уведомления и извещения, направленные по прежнему адресу, будут считаться полученными с даты их поступления по прежнему адресу.

12.1.8. принятия судом Российской Федерации решения о признании Договора страхования недействительным;

12.1.9. в иных случаях, предусмотренных законодательством Российской Федерации.

12.2. В случае досрочного прекращения Договора страхования в соответствии с причинами, указанными в п.п. 12.1.2, 12.1.5 – 12.1.7 Правил, Страхователю (его законным наследникам) подлежит выплата выкупной суммы, установленной Договором страхования, в пределах

сформированного страхового резерва на день прекращения Договора страхования. При этом возврат уплаченной страховой премии не производится.

12.3. Выкупные суммы на конец каждого полисного года указываются в Договоре страхования (приложениях к нему).

12.4. Выкупная сумма на дату досрочного прекращения Договора страхования рассчитывается как указанная в Договоре выкупная сумма на конец полисного года, соответствующего дате досрочного прекращения Договора, за вычетом суммы страховых взносов, которые Страхователь должен был бы уплатить Страховщику в течение оставшейся части полисного года, в котором имеет место досрочное прекращение Договора страхования.

12.5. В случае наличия у Страхователя задолженности по уплате страховых взносов перед Страховщиком, сумма задолженности вычитается из выкупной суммы, определенной в соответствии с указанным порядком расчета выкупной суммы.

12.6. Из выкупной суммы в случае расторжения Договора страхования (за исключением случаев расторжения Договора страхования по причинам, не зависящим от воли Сторон) может удерживаться налог на доходы физических лиц в соответствии со ст. 213, 219 Налогового кодекса Российской Федерации.

12.7. При взаимодействии Сторон в связи с досрочным прекращением Договора страхования Страховщику должны быть представлены следующие документы:

12.7.1. письменное заявление на досрочное прекращение Договора страхования с указанием банковских реквизитов;

12.7.2. документ, удостоверяющий личность заявителя (в т. ч. применительно к паспорту гражданина Российской Федерации, страницы с указанием места жительства), а также документы, удостоверяющие право заявителя на получение денежных средств, если выплату, когда она полагается, получает не Страхователь (например, свидетельство о праве на наследство);

12.7.3. надлежащим образом оформленный документ, подтверждающий полномочия представителя (при обращении представителей);

12.7.4. в случае досрочного прекращения Договора страхования по основанию, предусмотренному в п. 12.1.6 Правил, Страховщику подлежат представлению оригиналы или надлежащим образом заверенные копии документов, подтверждающих наступление предусмотренных законодательством Российской Федерации обстоятельств.

12.8. Выкупная сумма выплачивается в течение 10 (десяти) рабочих дней с момента досрочного прекращения Договора страхования или со дня получения Страховщиком всех необходимых документов согласно п. 12.7 Правил, в зависимости от того, какое событие наступит позднее.

### **13. ВАЛЮТА ДОГОВОРА СТРАХОВАНИЯ**

13.1. Страховые суммы, страховая премия, выкупные суммы указываются в Договоре страхования в российских рублях, а в случаях, не противоречащих законодательству Российской Федерации, в иностранной валюте.

13.2. Страховая премия уплачивается Страхователем в валюте Российской Федерации. При определении страховой премии в Договоре в иностранной валюте сумма, подлежащая уплате в рублях, определяется по курсу Банка России соответствующей валюты на дату оплаты или дату, предусмотренную Договором.

13.3. Страховая выплата, выплата выкупной суммы, а также иные выплаты, если предусмотрены Договором страхования производятся в валюте Российской Федерации. При определении страховых сумм, выкупных сумм, страховой премии в Договоре в иностранной валюте размер выплат в рублях, кроме возврата страховой премии или её части в случае отказа Страхователя от Договора страхования в соответствии с условиями, указанными в п. 9.1.4 или п. 9.1.5 Правил, определяется Страховщиком по курсу Банка России соответствующей валюты на дату выплаты или иную дату, предусмотренную Договором. В случае отказа Страхователя от Договора страхования в соответствии с условиями, указанными в п. 9.1.4 или п. 9.1.5 Правил, размер страховой премии или её части, подлежащей возврату в рублях, определяется Страховщиком по курсу Банка России соответствующей валюты на дату оплаты страховой премии или иную дату по соглашению Сторон.

13.4. Страховщик оставляет за собой право изменить метод расчетов, тем самым отменить определение страховых сумм, страховой премии (страховых взносов), выкупных сумм в Договоре страхования в иностранной валюте или изменить значение «обменного курса» в случае, если действующие российские государственные облигации с валютным номиналом, аналогичные облигациям государственного внутреннего валютного займа Министерства Финансов Российской Федерации, становятся недоступны в количестве, достаточном для обеспечения Страховщиком своих обязательств по Договорам, заключенным в валютном эквиваленте. «Действующие» означает, что Правительство Российской Федерации продолжает регулярные выплаты процентов и основной суммы по облигациям в валютном номинале, каковые своевременные выплаты являются существенными для способности Страховщика обеспечивать свои обязательства.

13.5. Изменение метода расчетов вступает в силу после направления Страховщиком письменного уведомления Страхователю по его последнему зарегистрированному у Страховщика почтовому адресу о том, что им использована возможность изменения метода расчетов.

13.6. В случае изменения метода расчетов Страховщик производит перерасчет страховых сумм, страховой премии (страховых взносов) и выкупных сумм в российские рубли, используя курс Банка России на дату вступления в силу такого перерасчета или коэффициент, рассчитанный как среднеарифметическое значение официальных курсов Банка России, действовавших на даты уплаты Страхователем страховой премии (страховых взносов). Изменение метода взаиморасчетов не является изменением Договора страхования.

#### **14. ОБСТОЯТЕЛЬСТВА НЕПРЕОДОЛИМОЙ СИЛЫ (ФОРС-МАЖОР)**

14.1. При наступлении обстоятельств непреодолимой силы (форс-мажор) Страховщик вправе задержать выполнение обязательств по Договорам страхования или освобождается от их выполнения.

14.2. Сторона, которая не в состоянии исполнить свои обязанности вследствие обстоятельств непреодолимой силы, обязуется в течение 15 (пятнадцати) рабочих дней после наступления таких обстоятельств письменно уведомить об этом другую Сторону, а также о характере и масштабах этих обстоятельств.

14.3. При отсутствии такого письменного уведомления заинтересованная Сторона лишается возможности в дальнейшем ссылаться на обстоятельства непреодолимой силы.

14.4. Если рассматриваемые обстоятельства непреодолимой силы продолжаются в течение срока, превышающего 4 (четыре) недели, то Стороны должны провести переговоры с целью оценки ситуации и выработки взаимоприемлемых решений, а в случае если это невозможно, каждая из Сторон имеет право в одностороннем порядке расторгнуть настоящий Договор, письменно уведомив об этом другую Сторону.

#### **15. ПОРЯДОК РАЗРЕШЕНИЯ СПОРОВ**

15.1. Споры, возникающие по Договору страхования, разрешаются путем переговоров.

15.2. До предъявления к Страховщику требований в судебном порядке получатель финансовой услуги обязан обратиться к Страховщику с письменной досудебной претензией с обоснованием своих требований.

15.3. Обращение получателя страховых услуг о взыскании денежных средств, размер требований по которым не превышает 500 (пятьсот) тысяч рублей и, если со дня, когда получатель финансовых услуг узнал или должен был узнать о нарушении своего права, прошло не более 3 (трех) лет, подлежат рассмотрению финансовым уполномоченным в порядке, предусмотренном Федеральным законом от 04.06.2018 № 123-ФЗ «Об уполномоченном по правам потребителей финансовых услуг».

15.4. Потребитель финансовых услуг вправе заявить в судебном порядке требования к Страховщику в случае полного или частичного отказа Страховщика удовлетворить досудебную претензию либо в случае, если Страховщик не направил получателю финансовых услуг письменный ответ в установленный законодательством Российской Федерации срок.

15.5. Требования о взыскании денежных сумм в размере, не превышающем 500 (пятьсот) тысяч рублей, могут быть заявлены получателем финансовых услуг в судебном порядке в случаях, предусмотренных Федеральным законом от 04.06.2018 № 123-ФЗ «Об уполномоченном по правам потребителей финансовых услуг».

## **16. ОБРАБОТКА ПЕРСОНАЛЬНЫХ ДАННЫХ**

16.1. Страховщик обеспечивает выполнение требований Федерального закона от 27.07.2006 № 152-ФЗ «О персональных данных», иных нормативно-правовых актов Российской Федерации в области персональных данных.

16.2. Страхователь, заключая Договор страхования, в соответствии с Федеральным законом от 27.07.2006 № 152-ФЗ «О персональных данных» свободно, своей волей и в своем интересе дает свое согласие Страховщику на обработку его персональных данных (включая сбор, запись, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), извлечение, использование, передачу (распространение, предоставление, доступ), трансграничную передачу, обезличивание, блокирование, удаление, уничтожение) совершаемых с использованием средств автоматизации или без использования таких средств.

16.3. Цель обработки персональных данных: заключение, сопровождение, исполнение, прекращение договора страхования и перестрахования, продвижение страховых услуг, проведение рекламных и маркетинговых акций, а также выполнения требований законодательства Российской Федерации в области персональных данных.

16.4. Перечень персональных данных, на обработку которых дается согласие: фамилия, имя, отчество; номера документов, удостоверяющие личность субъекта персональных данных, дата выдачи документа, информация об органе, выдавшем документ; дата рождения; место рождения; адрес места жительства, адрес места пребывания и дата регистрации; гражданство; данные документа, подтверждающего право иностранного гражданина или лица без гражданства на пребывание (проживание) в Российской Федерации; сведения об идентификационном номере налогоплательщика; сведения о номере и серии страхового свидетельства государственного пенсионного страхования; сведения из страховых полисов обязательного (добровольного) медицинского страхования; контактные номера телефонов (мобильного и/или домашнего); адреса электронной почты; информации о состоянии здоровья и диагнозах Застрахованного (в т. ч. составляющих врачебную тайну в соответствии со ст. 13, 19, 22 Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»).

16.5. Страховщик вправе поручить обработку персональных данных другому лицу на основании заключаемого с этим лицом договора.

16.6. Срок действия согласия на обработку персональных данных распространяется до момента фактического прекращения деятельности Страховщика. Согласие может быть отозвано в любое время путем направления Страховщику письменного уведомления (путем направления заказного письма с уведомлением о вручении либо путем вручения лично под расписку уполномоченному представителю Страховщика), не менее чем за 30 (тридцать) календарных дней до предполагаемой даты отзыва настоящего согласия. В течение указанного срока уведомления Страховщик не обязан прекращать обработку персональных данных или уничтожать их.

**Приложение №1**  
**к Правилам страхования жизни физических лиц №2**  
**(в редакции от 01 апреля 2023 года)**

**Таблица страховых выплат при травмах Застрахованного**  
**в результате несчастного случая**  
**(в процентах от страховой суммы)**

Данная таблица применяется в отношении риска «Травма Застрахованного в результате несчастного случая» (п. 4.1.18 Правил).

Получение нижеприведенных травматических повреждений должно быть подтверждено справкой травмпункта, травматологического отделения поликлиники или другого медицинского учреждения, где Застрахованный получал медицинскую помощь. Справка должна содержать четкое указание на дату, обстоятельства и характер травмы. Все переломы, разрывы сочленений и вывихи должны быть подтверждены документально рентгеновскими снимками с описанием этих снимков рентгенологом. Страховое покрытие не распространяется на хрящевые, маршевые, стрессовые, патологические переломы при заболеваниях, а также на рефрактуры. При повреждении парных органов, выплата осуществляется по каждой анатомической структуре. При установлении диагноза эпифизеолиз, страховая выплата определяется путем умножения размера, предусмотренного для случая перелома соответствующей локализации, на поправочный коэффициент 0,8 (восемь десятых). При переломе любой сесамовидной кости выплата составит 1% (один процент) от страховой суммы. При наличии нескольких повреждений, обозначенных в одном пункте, выплата производится не суммируясь, по пункту, предусматривающему наибольший процент выплаты.

№	Характер повреждения или его последствия	%
<b>ЦЕНТРАЛЬНАЯ И ПЕРИФЕРИЧЕСКАЯ НЕРВНАЯ СИСТЕМА</b>		
<b>1</b>	<b>Перелом костей черепа</b>	
1.1	Перелом наружной пластинки костей свода, расхождение шва	5
1.2	Перелом свода	10
1.3	Перелом основания	15
1.4	Перелом свода и основания В случае открытого перелома дополнительно выплачивается 5%	20
<b>2</b>	<b>Внутричерепное травматическое кровоизлияние</b>	
2.1	Субарахноидальное	5
2.2	Эпидуральная гематома	15
2.3	Субдуральная гематома	20
<b>Примечания к п. 2:</b> Выплата по п. 2 производится <b>только при условии стационарного лечения</b> в профильном отделении в течение 10 дней и более и подтверждения диагноза данными инструментальных исследований (томография).		
<b>3</b>	<b>Повреждение головного мозга</b>	
3.1	Сотрясение головного мозга Выплата производится <b>только при условии стационарного лечения</b> в профильном отделении в течение 7 дней и более и подтверждения диагноза заключением невропатолога.	3
3.2	Ушиб головного мозга Выплата производится <b>только при условии стационарного лечения</b> в профильном отделении в течение 10 дней и более и подтверждения диагноза данными инструментальных исследований (томография, люмбальная пункция), заключения невропатолога.	5
3.3	Не удаленные инородные тела в полости черепа (за исключением шовного и пластического материала)	15
3.4	Размножение вещества головного мозга, подтвержденное инструментальными исследованиями (томография)	50
<b>Примечания к п. 3:</b> 1. Если в связи с черепно-мозговой травмой проводились оперативные вмешательства на костях черепа, головном мозге и его оболочках, дополнительно выплачивается 10% от страховой суммы однократно. 2. В том случае, когда в результате одной травмы наступят повреждения, перечисленные в одном пункте, страховая сумма выплачивается по одному из подпунктов, учитывающих наиболее тяжелое повреждение. 3. При повреждениях, указанных в разных пунктах, страховая выплата осуществляется с учетом каждого из них путем суммирования.		
<b>4</b>	<b>Травматическое повреждение нервной системы, повлекшее за собой:</b>	
4.1	Парез одной конечности (верхний или нижний монопарез)	30
4.2	Гемипарез или парапарез (парез любой пары конечностей)	40
4.3	Моноплегию (паралич одной конечности)	60
4.4	Тетрапарез (парез верхних и нижних конечностей), слабоумие (деменция)	70
4.5	Гемипарез, парапарез, тетраплегию, потерю речи, нарушение функций тазовых органов	100
<b>Примечание к п. 4:</b> Решение о страховой выплате в связи с последствиями травмы нервной системы, указанными в п. 4, принимается по одному из подпунктов, учитывающему наиболее тяжелые последствия травмы, в том случае, если они установлены лечебно-профилактическим учреждением не ранее		

6 месяцев со дня травмы и подтверждены справкой этого учреждения. При этом страховая выплата осуществляется дополнительно к страховой сумме, выплаченной в связи со страховыми событиями, приведшему к повреждению нервной системы. Общая сумма выплат не может превышать 100% страховой суммы.		
<b>5</b>	<b>Повреждение спинного мозга на любом уровне, а также конского хвоста</b>	
5.1	Ушиб	5
5.2	Частичный разрыв	50
5.3	Полный разрыв	100
5.4	Сдавление, гематомия, гематомия,	30
<b>Примечания к п. 5:</b>		
1. Если в связи с травмой позвоночника и спинного мозга проводились оперативные вмешательства, дополнительно выплачивается 15% страховой суммы однократно.		
2. В том случае, если страховая выплата была осуществлена по п.п. 5.1, 5.2, 5.3, а в дальнейшем возникли осложнения, перечисленные в п. 4, страховая выплата осуществляется по п. 4 дополнительно к выплаченной ранее сумме. Общая сумма выплат не может превышать 100% страховой суммы.		
3. Страховая выплата в соответствии с п.п. 5.1, 5.2, 5.3 производится при условии подтверждения установленного диагноза методами КТ и/или МРТ, при лечении в условиях стационара не менее 10 дней.		
6	Повреждение периферических черепно-мозговых нервов (не применяется, если выплата произведена по п. 1)	10
<b>7</b>	<b>Повреждение шейного, плечевого, поясничного, крестцового нервных сплетений и их нервов.</b>	
7.1	Разрыв сплетения	50
7.2	Травматический плексит	10
<b>Примечание к п. 7.2:</b>		
Решение о выплате по п. 7.2 принимается в том случае, если диагноз установлен лечебно-профилактическим учреждением не ранее 1 месяца со дня травмы и подтвержден справкой невропатолога этого учреждения.		
<b>7.3</b>	<b>Разрыв нервов:</b>	
7.3.1	ветви лучевого, локтевого, пальцевого, срединного (пальцевых нервов)	5
7.3.2	на уровне лучезапястного сустава, голеностопного сустава	10
7.3.3	на уровне предплечья, голени	20
7.3.4	на уровне плеча, локтевого сустава, бедра, коленного сустава	40
<b>Примечание к п. 7:</b>		
Выплата по п. 7 осуществляется при наличии заключения невропатолога, а также результатами электронейромиографии.		

#### ОРГАНЫ ЗРЕНИЯ

8.	Паралич аккомодации одного глаза	15
9.	Гемианопсия (выпадение половины поля зрения) одного глаза, повреждение мышц глазного яблока (травматическое косоглазие, птоз)	15
<b>10.</b>	<b>Сужение поля зрения одного глаза:</b>	
10.1	Концентрическое	10
10.2	Неконцентрическое	15
11.	Пульсирующий экзофтальм одного глаза	10
12.	Проникающее ранение глазного яблока, иридоциклит, хориоретинит, дефект радужной оболочки	10
13.	Необратимое нарушение функции слезных путей одного глаза	10
14.	Ожог II – III степени, смещение хрусталика, немагнитные инородные тела в глазном яблоке или глазнице, рубцы оболочек глазного яблока, не приводящие к снижению зрения (поверхностные инородные тела на оболочках глаза не дают оснований для выплаты).	5
15.	Повреждение глаза, повлекшее за собой полную потерю зрения одного глаза.	50
<b>Примечание к п.п. 8 – 14:</b>		
1. Если установлены патологические изменения по п.п. 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, то решение о выплате принимается в том случае, если диагноз установлен лечебно-профилактическим учреждением не ранее 3 месяцев со дня травмы и подтвержден справкой этого учреждения.		
2. Сумма выплат не должна превышать 50% на один глаз.		
16.	Повреждение глаза, повлекшее за собой полную потерю зрения единственного глаза, обладавшего любым зрением, или обоих глаз, обладавших любым зрением	100
17.	Перелом орбиты	5

#### ОРГАНЫ СЛУХА

<b>18</b>	<b>Повреждение ушной раковины, повлекшее за собой:</b>	
18.1	Рубцовую деформацию или отсутствие ушной раковины до 1/3	5
18.2	Отсутствие ушной раковины на 1/2	10
18.3	Полное отсутствие ушной раковины	15
<b>19</b>	<b>Повреждение уха, приведшее к потере слуха</b>	
19.1	Травматическое снижение слуха	5
19.2	Полная глухота (разговорная речь – 0)	25
<b>Примечание к п.п. 18 – 20:</b>		
1. Решение о выплате по п.п. 18 и 19 принимается в том случае, если диагноз установлен лечебно-профилактическим учреждением не ранее 3 месяцев со дня травмы и подтвержден справкой этого учреждения.		
2. Если предусмотрены выплаты по п. 18, п. 19 не применяется. Если предусмотрены выплаты по п. 19, п. 20 не применяется.		
3. Решение о выплате по п. 19, принимается на основании заключения отоларинголога и результатами аудиометрии.		
20.	Разрыв барабанной перепонки, наступивший в результате травмы, без снижения слуха (При разрыве барабанной перепонки в результате перелома основания черепа выплата не производится). Выплата осуществляется при наличии заключения отоларинголога.	1

#### ДЫХАТЕЛЬНАЯ СИСТЕМА

21	Перелом костей носа, передней стенки гайморовой пазухи, решетчатой кости	2
<b>22</b>	<b>Повреждение легкого, гемоторакс, пневмоторакс, инородное тело (тела) грудной полости</b>	
22.1	с одной стороны	5
22.2	с двух сторон	10
<b>23</b>	<b>Повреждение легкого, повлекшее за собой:</b>	
23.1	Легочную недостаточность	10
<b>Примечание к п. 23.1:</b>		
Решение о выплате по п. 23.1 принимается в том случае, если диагноз установлен лечебно-профилактическим учреждением не ранее 3 месяцев со дня травмы и подтвержден справкой этого учреждения и спирометрией.		

23.2	Удаление части, доли легкого	40
23.3	Удаление легкого	60
<b>Примечание к п. 23:</b> Если предусмотрены выплаты по п.п. 23.2, 23.3, подпункт 23.1 не применяется.		
24.	Перелом грудины	10
<b>25</b>	<b>Переломы ребер</b>	
25.1	Одного ребра	2
25.2	Каждого следующего ребра (Перелом хрящевой части ребра является основанием для выплаты по п. 25)	1
<b>26</b>	<b>Проникающее ранение грудной клетки, вызванное травмой</b>	
26.1	При отсутствии повреждения органов грудной полости	10
26.2	При повреждении трахеи, бронхиального дерева	20
27.	Повреждение гортани, трахеи, перелом подъязычной кости, ожог верхних дыхательных путей. Выплата по п. 27 производится только при условии подтверждения диагноза данными инструментальных исследований.	5
<b>Примечания к п.п. 23 – 27:</b> 1. Если переломы ребер, грудины повлекли за собой осложнения, предусмотренные п. 23, страховая выплата по этому пункту осуществляется дополнительно к п.п. 24, 25. 2. Пневмония, развившаяся в период лечения травмы или после оперативного вмешательства, произведенного по поводу травмы (за исключением повреждений грудной клетки и органов грудной полости), не дает оснований для выплаты. 3. Если в связи с травмой проводилась бронхоскопия, трахеостомия (трахеотомия), дополнительно выплачивается 5% от страховой суммы.		

#### СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТАЯ СИСТЕМА

28.	Повреждение сердца, эндо-, мио- и эпикарда, и крупных магистральных сосудов, не повлекшее за собой сердечно-сосудистую недостаточность:	25
29.	Повреждение сердца, эндо-, мио- и эпикарда, и крупных магистральных сосудов, повлекшее за собой сердечно-сосудистую недостаточность	35
<b>30</b>	<b>Повреждение крупных периферических сосудов, которое не повлекло за собой нарушение кровообращения на уровне:</b>	
30.1	Плеча, бедра	10
30.2	Предплечья, голени	5
31	Повреждение крупных периферических сосудов, повлекшее за собой сердечно-сосудистую недостаточность. Если предусмотрены выплаты по п.-п. 29, 31, пункты 28, 30 не применяются.	20
<b>Примечания к п.п. 28 – 31:</b> 1. К крупным магистральным сосудам следует относить: аорту, легочную, безымянную, сонные артерии, внутренние яремные вены, воротную вену, а также магистральные сосуды, обеспечивающие кровообращение внутренних органов. К крупным периферическим сосудам следует относить: подключичные, подмышечные, плечевые, локтевые и лучевые артерии, подвздошные, бедренные, подколенные, передние и задние большеберцовые артерии, плечеголовые, 2. Выплата по п.п. 28, 29, 30, 31 производится только при условии подтверждения диагноза данными инструментальных исследований 3. Если в связи с повреждением крупных сосудов проводились операции с целью восстановления сосудистого русла, дополнительно выплачиваются 5% от страховой суммы.		

#### ОРГАНЫ ПИЩЕВАРЕНИЯ

<b>32</b>	<b>Переломы, вывихи челюстей:</b>	
32.1	Верхней челюсти, скуловых костей, нижней челюсти	5
32.2	Первичный вывих нижней челюсти Выплата по п. 32.2 осуществляется за исключением рецидивов привычного вывиха нижней челюсти.	5
32.3	Перелом двух или более костей, или двойной перелом одной кости	10
<b>33</b>	<b>Повреждение челюсти, повлекшее за собой:</b>	
33.1	Частичная потеря челюсти (за исключением альвеолярного отростка)	40
<b>Примечания к п.п. 32 – 33:</b> 1. При переломе челюсти, случайно наступившем во время стоматологических манипуляций, страховая выплата осуществляется на общих основаниях. 2. Если в связи с травмой челюстей, скуловых костей проводились оперативные вмешательства, дополнительно выплачивается 5% страховой суммы однократно.		
34	Повреждение языка, полости рта, глотки (ожог, ранение, отморожение), повлекшее за собой образование грубых рубцов К грубым рубцам относятся рубцы, отличающиеся по окраске от окружающей слизистой оболочки, втянутые или выступающие над ее поверхностью, приводящие к деформации ткани.	3
<b>Примечание к п. 34:</b> Решение о выплате по п. 34 принимается в том случае, если диагноз установлен лечебно-профилактическим учреждением не ранее 3 месяцев со дня травмы, подтвержден справкой этого учреждения.		
<b>35</b>	<b>Повреждение языка, повлекшее за собой:</b>	
35.1	Отсутствие языка на уровне дистальной трети	15
35.2	на уровне средней трети	30
35.3	на уровне корня, полное отсутствие	60
<b>36</b>	<b>Повреждение (разрыв, ожог, ранение) пищевода, приведшее к:</b>	
36.1	Сужению пищевода	40
36.2	Непроходимости пищевода (только при наличии гастростомы).	100
<b>Примечание к п. 36:</b> Решение о выплате по п. 36 принимается в том случае, если диагноз установлен лечебно-профилактическим учреждением не ранее 3 месяцев со дня травмы, подтвержден справкой этого учреждения, данными инструментальных исследований (эзофагогастроскопии, рентгеновского исследования).		
<b>37</b>	<b>Повреждение (разрыв, ожог, ранение) органов пищеварения, повлекшее за собой:</b>	
37.1	Рубцовое сужение желудка, кишечника, заднепроходного отверстия, спаечную болезнь, как прямое следствие травмы, или операции, проведенной непосредственно в связи с травмой.	20
37.2	Кишечный свищ, кишечно-влагалищный свищ, свищ поджелудочной железы	40
<b>Примечание к п.п. 37.1, 37.2:</b>		

При осложнениях травмы, предусмотренных в п.п. 37.1, 37.2, решение о выплате принимается в том случае, если диагноз установлен лечебно-профилактическим учреждением не ранее 3 месяцев со дня травмы, подтвержден справкой этого учреждения и данными инструментальных исследований (рентгеновского исследования, компьютерной томографии, лапароскопии, лапаротомии).		
38.	Грыжа, образовавшаяся на месте повреждения передней брюшной стенки, диафрагмы.	5
<b>Примечание к п. 38:</b>		
1. Выплаты по п. 38 производятся дополнительно к выплатам, связанным с травмой органов живота, если грыжа явилась прямым следствием этой травмы.		
2. Послеоперационные, врожденные грыжи, а также приобретенные грыжи, возникновение которых не связано непосредственно с полученной травмой, не дают оснований для выплаты		
<b>39</b>	<b>Повреждение печени в результате травмы, повлекшее за собой:</b>	
39.1	Подкапсульный разрыв печени, не потребовавший оперативного вмешательства	3
<b>Примечание к п. 39.1:</b>		
Выплата по п. 39.1 производится только при условии подтверждения диагноза данными инструментальных исследований (ультразвукового, рентгеновского исследования, компьютерной томографии печени).		
39.2	Микроразрывы ткани печени, потребовавшие лечения в объеме коагуляции	5
39.3	Печеночную недостаточность	10
<b>40</b>	<b>Повреждение печени, желчного пузыря в результате травмы, повлекшее за собой:</b>	
40.1	Ушивание разрывов печени или удаление желчного пузыря	15
40.2	Ушивание разрывов печени и удаление желчного пузыря	20
40.3	Удаление части печени	20
40.4	Удаление части печени и желчного пузыря	30
<b>41</b>	<b>Повреждение селезенки, повлекшее за собой:</b>	
41.1	Подкапсульный разрыв селезенки, не потребовавший оперативного вмешательства	3
<b>Примечание к п. 41.1:</b>		
Выплата по п. 41.1 производится только при условии подтверждения диагноза данными инструментальных исследований (ультразвукового, рентгеновского исследования, компьютерной томографии селезенки).		
41.2	Микроразрывы селезенки, потребовавшие лечения в объеме коагуляции	5
41.3	Удаление селезенки	20
<b>42</b>	<b>Повреждение желудка, кишечника, поджелудочной железы, брыжейки, повлекшее за собой:</b>	
42.1	Резекцию желудка, резекция до 1 метра тонкой кишки, резекция одного отдела толстой кишки, резекцию хвоста поджелудочной железы	25
42.2	Гастрэктомия, удаление более 1 метра тонкой кишки, двух и более отделов толстой кишки, резекция 2/3 поджелудочной железы	35
<b>Примечание к п. 42:</b>		
1. При повреждениях, указанных в п. 42, сумма выплаты рассчитывается как общая сумма повреждений, указанных в данных пунктах, но составляет не более 50 % при повреждениях, указанных в п. 42.1, не более 60%, при повреждениях, указанных в п.п. 42.1, 42.2, и не более 90% при повреждениях, перечисленных в п. 42.2		
2. Если в связи с полученным повреждением была наложена стома, дополнительно выплачивается 20% от страховой суммы. Решение о выплате принимается в том случае, если диагноз установлен лечебно-профилактическим учреждением не ранее 6 месяцев со дня травмы, подтвержден справкой этого учреждения.		
<b>43</b>	<b>Повреждение органов брюшной полости, в связи с которым была произведена:</b>	
43.1	Лапароскопия при подозрении и (или) повреждении органов брюшной полости (в том числе с лапароцентезом)	5
43.2	Лапаротомия при подозрении и (или) повреждении органов брюшной полости (в том числе с лапароскопией, лапароцентезом)	10
<b>Примечание к п.п. 40 – 43:</b>		
1. Выплаты, предусмотренные в п.п. 40 – 43, производятся, если упомянутые в данных пунктах операции явились прямым следствием несчастного случая и осуществлялись непосредственно после страхового события		
2. Если предусматривается выплата по п.п. 40 – 42, п. 43 не применяется		

#### МОЧЕПОЛОВАЯ СИСТЕМА

<b>44</b>	<b>Повреждение почки, повлекшее за собой:</b>	
44.1	Ушиб почки,	2
<b>Примечание к п. 44.1:</b>		
Выплата по п. 44.1 производится только при условии подтверждения диагноза данными лабораторных методов исследования.		
44.2	Подкапсульный разрыв почки, не потребовавший оперативного вмешательства.	3
<b>Примечание к п. 44.2:</b>		
Выплата по п. 44.2 производится только при условии подтверждения диагноза данными инструментальных исследований (ультразвукового, рентгеновского исследования, компьютерной томографии почек) и заключения уролога.		
44.3	Резекция почки	15
44.4	Нефрэктомия	30
<b>45</b>	<b>Повреждение органов мочевыделительной системы (почек, мочеточников, мочевого пузыря, мочеиспускательного канала), повлекшее за собой:</b>	
45.1	Острую почечную недостаточность	15
45.2	Повреждение мочевого пузыря, потребовавшее оперативного лечения	10
45.3	Повреждение мочеточника (мочеточников), мочеиспускательного канала, потребовавшее оперативного лечения	20
45.4	Полный стеноз мочеточника, мочеиспускательного канала, мочеполовые свищи	30
<b>Примечание к п.п. 45.2 – 45.4:</b>		
1. Решение о выплате по п. 45.4 принимается в том случае, если диагноз установлен лечебно-профилактическим учреждением не ранее 6 месяцев со дня травмы, подтвержден справкой этого учреждения.		
2. Выплата по п.п. 45.2 – 45.4 осуществляется только при условии подтверждения диагноза данными инструментальных исследований.		
3. Если в результате травмы наступит нарушение функции нескольких органов мочевыделительной системы, страховая сумма выплачивается по одному из подпунктов п. 45, учитывающему наиболее тяжелое повреждение.		
<b>46</b>	<b>Повреждение женской половой системы, приведшее к:</b>	
46.1	Потере одной маточной трубы с яичником	15
46.2	Потере двух яичников, двух маточных труб, потеря матки	20
46.3	Экстирпация матки с придатками	25
<b>47</b>	<b>Повреждение мужской половой системы, приведшее к:</b>	
47.1	Потере яичка	15
47.2	Потере 2 яичек, части полового члена	20



47.3	Потере полового члена	25
<b>МЯГКИЕ ТКАНИ</b>		
<b>48</b>	<b>Повреждение мягких тканей лица, переднебоковой поверхности шеи, подчелюстной области, ушных раковин, приведшее к:</b>	
48.1	Образованию рубцов с площадью от 10 до 19 кв. см	10
48.2	Образованию рубцов с площадью от 20 до 30 кв. см	30
48.3	Сильному изменению естественного вида лица (обезображиванию) или образованию рубцов с площадью более 30 кв. см	55
<b>Примечание к п. 48:</b>		
1. К косметически заметным рубцам относятся рубцы, отличающиеся по окраске от окружающей кожи, втянутые или выступающие над ее поверхностью, стягивающие ткани.		
2. Решение о выплате по п. 48 принимается в том случае, если диагноз установлен лечебно-профилактическим учреждением не ранее 1 месяца со дня травмы и подтвержден справкой этого учреждения.		
<b>49</b>	<b>Повреждение мягких тканей волосистой части головы, туловища, конечностей, приведшее к образованию рубцов, а также ожогов и обморожений III – IV степени и ранений площадью:</b>	
49.1	от 1% до 4% поверхности тела	10
49.2	от 5% до 6% поверхности тела	15
49.3	от 7% до 8% поверхности тела	20
49.4	от 9% до 10% поверхности тела	25
49.5	от 11% и более поверхности тела.	30
<b>Примечание к п. 49:</b>		
1. 1% поверхности тела, исследуемого равен площади его ладони и пальцев.		
2. Если производятся выплаты за оперативное вмешательство (при открытых повреждениях, переломах костей, пластике сухожилий, сшивании сосудов, нервов и др.), п. 49 не применяется.		
3. Решение о выплате при рубцовых изменениях по п. 49 принимается в том случае, если диагноз установлен лечебно-профилактическим учреждением не ранее 1 месяца со дня травмы и подтвержден справкой этого учреждения		
<b>50</b>	<b>Ожоги, обморожения мягких тканей туловища и конечностей II степени площадью:</b>	
50.1	от 4% до 10% поверхности тела	5
50.2	от 11% и более поверхности тела	10
<b>Примечание к п.п. 48, 49, 50:</b>		
Общая сумма выплат по п.п. 48, 49, 50 не может превышать 40%		
51.	Ожоговая болезнь, ожоговый шок	10
<b>ПОЗВОНОЧНИК</b>		
<b>52</b>	<b>Перелом или вывих тел, дужек, суставных отростков позвонков (за исключением крестца и копчика)</b>	
52.1	Одного-двух	7
52.2	Трех и более	15
<b>Примечание к п. 52:</b>		
Решение о выплате по п. 52 принимается в том случае, если диагноз установлен лечебно-профилактическим учреждением не ранее 1 месяца со дня травмы и подтвержден справкой этого учреждения. Состояние, определяемое как подвывих позвонка, не подлежит оплате.		
53	Частичный или полный разрыв межпозвоночных связок, при условии стационарного лечения 14 и более дней (за исключением копчика) В случае рецидива подвывиха позвонка, приведшего к разрыву межпозвоночных связок, страховое покрытие не выплачивается	5
<b>54</b>	<b>Перелом поперечных или остистых отростков</b>	
54.1	Одного-двух	2
54.2	Трех или более	5
<b>Примечание к п. п. 52 – 54:</b>		
Если предусмотрены выплаты по п. 52, п. 54 не применяется.		
55	Перелом крестца	10
<b>56</b>	<b>Повреждение копчика</b>	
56.1	Вывих, перелом копчиковых позвонков Состояние, определяемое как подвывих позвонка, не подлежит оплате.	5
56.2	Удаление копчиковых позвонков вследствие травмы	10
<b>ВЕРХНЯЯ КОНЕЧНОСТЬ / ЛОПАТКА И КЛЮЧИЦА</b>		
<b>57</b>	<b>Перелом тела лопатки, ключицы, разрыв акромиально-ключичного или грудино-ключичного сочленений</b>	
57.1	Перелом одной кости или разрыв одного сочленения	5
57.2	Перелом двух костей, двойной перелом одной кости, разрыв двух сочленений или перелом одной кости и разрыв одного сочленения, переломовывих ключицы	10
<b>ПЛЕЧЕВОЙ СУСТАВ</b>		
<b>58</b>	<b>Повреждение плечевого сустава (суставной впадины, головки плечевой кости, анатомической, хирургической шейки, бугорков, связок, суставной сумки)</b>	
58.1	Перелом суставной впадины лопатки, первичный подвывих плечевой кости, отрывы костных фрагментов, включая бугорок	5
58.2	Первичный вывих плечевой кости	7
<b>Примечание к п. 58.2:</b>		
Выплата по п. 58.2 осуществляется за исключением рецидивов привычного вывиха плеча.		
58.3	Перелом плечевой кости (головки, анатомической, хирургической шейки), переломовывих плечевой кости, несросшийся перелом (при лечении не менее 9 месяцев)	15
<b>59</b>	<b>Повреждение плечевого сустава, приведшее к:</b>	
59.1	Отсутствию подвижности сустава (анкилозу). Под анкилозом понимается необратимое полное сращение и неподвижность сустава.	30
59.2	«Болтающемуся» плечевому суставу в результате резекции суставных поверхностей составляющих его костей.	40
<b>Примечание к п.п. 58 – 59:</b>		
1. Решение о выплате по п. 59 принимается в том случае, если диагноз установлен лечебно-профилактическим учреждением не ранее 6 месяцев со дня травмы и подтвержден справкой этого учреждения.		
2. Если выплата была произведена по поводу травмы плечевого сустава по п. 58, а затем осложнения вызвали необходимость произвести выплату по п. 59, выплата должна быть сделана по одному из подпунктов п. 59, с удержанием суммы предыдущей выплаты по п. 58.		
<b>ПЛЕЧО</b>		
<b>60</b>	<b>Перелом плечевой кости на любом уровне (за исключением области суставов)</b>	
60.1	Без смещения	7

60.2	Со смещением	12
61	Травматическая ампутация плечевой кости на любом уровне или тяжелое повреждение, приведшее к ее ампутации	70
62	Травматическая ампутация верхней конечности с лопаткой, ключицей или их частями	65

#### ЛОКТЕВОЙ СУСТАВ

<b>63</b>	<b>Повреждение области локтевого сустава</b>	
63.1	Перелом одной кости без смещения отломков	5
63.2	Перелом одной кости со смещением отломков. Перелом двух костей без смещения отломков	7
63.3	Перелом двух костей со смещением отломков	12
<b>64</b>	<b>Повреждение области локтевого сустава, приведшее к:</b>	
64.1	Отсутствию подвижности в суставе (анкилозу). Под анкилозом понимается необратимое полное сращение и неподвижность сустава.	30
64.2	«Болтающемуся» локтевому суставу (в результате резекции суставных поверхностей составляющих его костей)	40
<b>Примечание к п.п. 63 – 64:</b>		
1. Решение о выплате по п. 64 принимается в том случае, если диагноз установлен лечебно-профилактическим учреждением не ранее 6 месяцев со дня травмы и подтвержден справкой этого учреждения. В этом случае дополнительных выплат в связи с трансплантацией не производится.		
2. Если выплата была произведена по поводу травмы локтевого сустава по п. 63, а затем осложнения вызвали необходимость произвести выплату по п. 64, выплата должна быть сделана по одному из подпунктов п. 64, с удержанием суммы предыдущей выплаты по п. 63.		

#### ПРЕДПЛЕЧЬЕ

<b>65</b>	<b>Перелом костей предплечья (за исключением области суставов)</b>	
65.1	Одной кости	5
65.2	Двух костей	10
66	Травматическая ампутация или серьезное повреждение, приведшее к ампутации предплечья на любом уровне	60
<b>Примечание к п.п. 57 – 66:</b>		
Если были установлены патологические изменения, оговоренные в п.п. 57, 58, 59, 60, 61, 62, 63, 64, 65, 66, величина выплаты не должна превосходить на одну руку на уровне ключицы – 70%, проксимальнее локтевого сустава – 65%, дистальнее локтевого сустава – 60%		

#### ЛУЧЕЗАПЯСТНЫЙ СУСТАВ

<b>67</b>	<b>Повреждение области лучезапястного сустава</b>	
67.1	Перелом одной кости предплечья, отрыв шиловидного отростка (отростков), перелом лучевой кости в типичном месте	3
	Перелом двух костей предплечья	7
<b>68</b>	<b>Внутрисуставные переломы костей лучезапястного сустава, приведшие к отсутствию подвижности сустава (анкилозу). Под анкилозом понимается необратимое полное сращение и неподвижность сустава.</b>	20
<b>Примечание к п.п. 67– 68:</b>		
1. Решение о выплате по п. 68 принимается в том случае, если диагноз установлен лечебно-профилактическим учреждением не ранее 6 месяцев со дня травмы и подтвержден справкой этого учреждения. В этом случае дополнительных выплат в связи с трансплантацией не производится.		
2. Если выплата была произведена по поводу травмы лучезапястного сустава по п. 67, а затем осложнения вызвали необходимость произвести выплату по п. 68, выплата должна быть сделана, с удержанием суммы предыдущей выплаты по п. 67.		

#### КОСТИ КИСТИ

<b>69</b>	<b>Перелом костей запястья, пястных костей одной кисти</b>	
69.1	Перелом одной кости (за исключением ладьевидной)	2
69.2	Двух и более костей (за исключением ладьевидной кости), ладьевидной кости	5
69.3	Несросшиеся переломы одной или двух костей	10
<b>Примечание к п. 69.3:</b>		
Решение о выплате по п. 69.3 принимается в том случае, если диагноз установлен лечебно-профилактическим учреждением не ранее 6 месяцев со дня травмы и подтвержден справкой этого учреждения.		
70	Травматическая ампутация или тяжелое повреждение кисти, приведшее к ее ампутации на уровне пястных костей, запястья или лучезапястного сустава	55
<b>Примечание к п.п. 68 – 70:</b>		
Если были установлены патологические изменения, оговоренные в п.п. 68, 69,70, общая сумма выплат не должна превосходить 55% на одну кисть.		

#### ПАЛЬЦЫ РУКИ / БОЛЬШОЙ ПАЛЕЦ

71	Перелом фаланги (фаланг)	3
72	Повреждение пальца, повлекшее за собой отсутствие подвижности в суставе (анкилозу). Под анкилозом понимается необратимое полное сращение и неподвижность сустава. Решение о выплате по п. 72 принимается в том случае, если диагноз установлен лечебно-профилактическим учреждением не ранее 6 месяцев со дня травмы и подтвержден справкой этого учреждения.	5
<b>73</b>	<b>Травматическая ампутация пальца или повреждение, приведшее к его ампутации на уровне:</b>	
73.1	Ногтевой фаланги и межфалангового сустава	5
73.2	Основной фаланги, пястно-фалангового сустава (потеря пальца)	10
73.3	Пястной кости	15

#### ВТОРОЙ, ТРЕТИЙ, ЧЕТВЕРТЫЙ, ПЯТЫЙ ПАЛЬЦЫ

<b>74</b>	<b>Перелом фаланги (фаланг)</b>	
74.1	Перелом одной-двух фаланг	1
74.2	Перелом трех и более фаланг	3
75	Повреждение пальца, повлекшее за собой отсутствие подвижности в суставе (анкилоз). Под анкилозом понимается необратимое полное сращение и неподвижность сустава.	2
<b>Примечание к п. 75:</b>		
Решение о выплате по п. 75 принимается в том случае, если диагноз установлен лечебно-профилактическим учреждением не ранее 6 месяцев со дня травмы и подтвержден справкой этого учреждения.		
<b>76</b>	<b>Травматическая ампутация или повреждение пальца, приведшее к ампутации:</b>	
76.1	Пальца на уровне ногтевой фаланги (потеря фаланги)	2
76.2	Пальца на уровне средней фаланги (потеря двух фаланг)	3
76.3	Пальца на уровне основной фаланги (потеря пальца)	5
76.4	Пястной кости	10

76.5	Всех пальцев одной кисти Гнойные воспаления пальцев рук не дают оснований для дополнительной выплаты	50
<b>ТАЗ</b>		
<b>77</b>	<b>Перелом костей таза:</b>	
77.1	Перелом крыла	5
77.2	Перелом лонной, седалищной кости, тела подвздошной кости, вертлужной впадины	10
77.3	Перелом двух и более костей	15
<b>78</b>	<b>Разрыв лонного, крестцово-подвздошного сочленения:</b>	
78.1	Одного-двух	10
78.2	Более двух	15
<b>НИЖНЯЯ КОНЕЧНОСТЬ / ТАЗОБЕДРЕННЫЙ СУСТАВ</b>		
<b>79</b>	<b>Повреждение тазобедренного сустава:</b>	
79.1	Вывих тазобедренного сустава с отрывом костного фрагмента (фрагментов)	3
79.2	Изолированный отрыв вертела (вертелов)	5
79.3	Перелом головки, шейки, проксимального метафиза бедра	15
<b>80</b>	<b>Повреждение тазобедренного сустава, повлекшее за собой:</b>	
80.1	Отсутствие подвижности (анкилоз). Под анкилозом понимается необратимое полное сращение и неподвижность сустава.	20
80.2	«Болтающийся» сустав (в результате резекции головки бедра, вертлужной впадины).	50
<b>Примечание к п.п. 79 – 80:</b>		
1. Решение о выплате по п. 80 принимается в том случае, если диагноз установлен лечебно-профилактическим учреждением не ранее 6 месяцев со дня травмы и подтвержден справкой этого учреждения. В этом случае дополнительных выплат в связи с трансплантацией не производится.		
2. Если выплата была произведена по поводу травмы тазобедренного сустава по п. 79, а затем осложнения вызвали необходимость произвести выплату по п. 80, выплата должна быть сделана по одному из подпунктов п. 80, с удержанием суммы предыдущей выплаты по п. 79.		
<b>БЕДРО</b>		
<b>81</b>	<b>Перелом бедра на любом уровне (за исключением области суставов):</b>	
81.1	Без смещения отломков	15
81.2	Со смещением отломков	20
82	Перелом бедра, осложнившийся образованием ложного сустава (несросшийся перелом)	45
<b>83</b>	<b>Травматическая ампутация или тяжелое повреждение, приведшее к ампутации конечности на любом уровне бедра:</b>	
83.1	Одной конечности	60
83.2	Единственной конечности	100
<b>Примечание к п.п. 77 – 83:</b> если установлены патологические изменения, оговоренные в п.п. 77, 78, 79, 80, 81, 82, 83, общая сумма выплат на одну нижнюю конечность не должна превышать 70% верхняя 1/2 бедра 60% нижняя 1/2 бедра		
<b>КОЛЕННЫЙ СУСТАВ</b>		
<b>84</b>	<b>Повреждение коленного сустава, повлекшее за собой:</b>	
84.1	Перелом надколенника, перелом надмыщелка (надмыщелков), перелом головки малой берцовой кости	5
<b>Примечание к п. 84.1:</b> Выплата по п. 84.1 производится по любому из перечисленных повреждений, а также при наличии нескольких повреждений, не суммируясь, однократно в период действия договора. При повторных повреждениях, перечисленных в п. 84.1 и произошедших в период страхования, выплата не осуществляется.		
84.2	Перелом мыщелка (мышцелков), межмышцелковых возвышений, проксимального метафиза большеберцовой кости	10
84.3	Перелом мыщелка (мышцелков) бедренной кости	10
84.4	Перелом проксимального метафиза большеберцовой кости с головкой малоберцовой кости, дистального эпифиза бедренной кости	15
84.5	Перелом дистального эпифиза бедра и проксимального эпифиза большеберцовой кости	20
<b>Примечание к п.п. 84.1, 84.2:</b> При сочетании п.п. 84.1, 84.2, выплата суммируется		
<b>85</b>	<b>Повреждение коленного сустава, повлекшее за собой:</b>	
85.1	Отсутствие подвижности в колене (анкилоз). Под анкилозом понимается необратимое полное сращение и неподвижность сустава.	30
85.2	«Болтающийся» коленный сустав (в результате резекции суставных поверхностей составляющих его костей).	40
<b>Примечание к п.п. 84 – 85:</b>		
1. Решение о выплате по п. 84 принимается в том случае, если диагноз установлен лечебно-профилактическим учреждением не ранее 6 месяцев со дня травмы и подтвержден справкой этого учреждения. В этом случае дополнительных выплат в связи с трансплантацией не производится.		
2. Если выплата была произведена по поводу травмы коленного сустава по п. 84, а затем осложнения вызвали необходимость произвести выплату по п. 85, выплата должна быть сделана по одному из подпунктов п. 85, с удержанием суммы предыдущей выплаты по п. 84.		
<b>ГОЛЕНЬ</b>		
<b>86</b>	<b>Перелом костей голени (за исключением области суставов)</b>	
86.1	Малоберцовой кости	10
86.2	Большеберцовой кости	15
86.3	Обеих костей голени	20
<b>87</b>	<b>Травматическая ампутация или тяжелое повреждение, повлекшее за собой:</b>	
87.1	Экзартикуляцию в коленном суставе.	40
<b>Примечание к п.п. 86 – 87:</b>		
1. В этом случае дополнительных выплат в связи с трансплантацией не производится.		
2. Если выплата была произведена по поводу травмы голени по п. 86, а затем осложнения вызвали необходимость произвести выплату по п. 87.1, выплата должна быть сделана по п. 87.1, с удержанием суммы предыдущей выплаты по п. 86.		
87.2	Ампутацию голени на любом уровне	45
<b>Примечание к п.п. 84 – 87:</b> Если установлены патологические изменения по п.п. 84, 85, 86, 87, общая сумма выплат не должна превышать на одну ногу дистальнее коленного сустава – 50%, дистальнее середины голени – 45%		
<b>ГОЛЕНОСТОПНЫЙ СУСТАВ</b>		
<b>88</b>	<b>Повреждение области голеностопного сустава</b>	
88.1	Перелом лодыжки или края большеберцовой кости	3
88.2	Перелом обеих лодыжек, перелом лодыжки с краем большеберцовой кости, разрыв дистального межберцового синдесмоза	7

88.3	Перелом обеих лодыжек с краем большеберцовой кости, разрыв дистального межберцового синдесмоза с вывихом (подвывихом) ступни	15
<b>89</b>	<b>Повреждение голеностопного сустава, повлекшее за собой</b>	
89.1	Отсутствие подвижности сустава (анкилоз). Под анкилозом понимается необратимое полное сращение и неподвижность сустава.	25
89.2	Экзартикуляцию в голеностопном суставе.	30
89.3	«Болтающийся» голеностопный сустав (в результате резекции суставных поверхностей составляющих его костей)	35
<b>Примечание к п.п. 88 – 89:</b>		
1. Решение о выплате по п. 89 принимается в том случае, если диагноз установлен лечебно-профилактическим учреждением не ранее 6 месяцев со дня травмы и подтвержден заключением томограммы и справкой медицинского учреждения.		
2. Если выплата была произведена по поводу травмы голеностопного сустава по п. 88, а затем осложнения вызвали необходимость произвести выплату по п. 89, выплата должна быть сделана по одному из подпунктов п. 89, с удержанием суммы предыдущей выплаты по п. 88.		
90	Разрыв ахиллова сухожилия	2
<b>СТОПА</b>		
<b>91</b>	<b>Повреждение стопы</b>	
91.1	Перелом одной, двух костей	2
91.2	Перелом трех и более костей, пяточной кости	7
<b>92</b>	<b>Травматическая ампутация или тяжелое повреждение стопы, повлекшее за собой ее ампутацию на уровне:</b>	
92.1	Плюснефаланговых суставов (отсутствие всех пальцев стопы)	20
92.2	Всех плюсневых костей	20
92.3	Предплюсны	25
92.4	Таранной, пяточной костей, голеностопного сустава (потеря стопы)	35
<b>Примечание к п.п. 88 – 92:</b>		
Если установлены патологические изменения, предусмотренные п.п. 88, 89, 90, 91, 92, то общая сумма выплат не должна превышать 40% на одну стопу		
<b>ПАЛЬЦЫ СТОПЫ</b>		
<b>93</b>	<b>Переломы фаланг (фаланги), пальца (пальцев) одной стопы:</b>	
93.1	Перелом одной фаланги, нескольких фаланг одного-двух пальцев	1
93.2	Перелом одной фаланги или нескольких фаланг, трех-пяти пальцев	5
<b>94</b>	<b>Травматическая ампутация или повреждение, повлекшее за собой ампутацию первого пальца:</b>	
94.1	На уровне ногтевой фаланги (потеря ногтевой фаланги)	2
94.2	На уровне основной фаланги (потеря пальца)	5
<b>Второго, третьего, четвертого, пятого пальцев</b>		
94.3	Одного-двух пальцев на уровне ногтевых или средних фаланг	1
94.4	Одного пальца на уровне основной фаланги (потеря пальца)	2
95	Повреждение, повлекшее за собой развитие посттравматического тромбоза, лимфостаза, остеомиелита, нарушение трофики	5
<b>Примечание к п. 95:</b>		
1. Решение о выплате по п. 95 применяется при тромбозах, лимфостазе и нарушениях трофики, наступивших вследствие травмы опорно-двигательного аппарата (за исключением повреждения крупных периферических сосудов и нервов), если диагноз установлен лечебно-профилактическим учреждением не ранее 6 месяцев со дня травмы и подтвержден справкой этого учреждения.		
2. Гнойные воспаления пальцев стоп не дают оснований для выплаты по п. 95		
96	Травматический шок или шок, развившийся вследствие острой кровопотери, связанной с травмой (геморрагический шок)	10

**Приложение №2**  
**к Правилам страхования жизни физических лиц №2**  
**(в редакции от 01 апреля 2023 года)**

**Таблица страховых выплат при тяжелых телесных повреждениях Застрахованного в результате несчастного случая**  
**(в процентах от страховой суммы)**

Данная таблица применяется в отношении риска «Тяжкие телесные повреждения Застрахованного в результате несчастного случая» (п. 4.1.19 Правил).

Получение нижеприведенных травматических повреждений должно быть подтверждено справкой травмпункта, травматологического отделения поликлиники или другого медицинского учреждения, где Застрахованный получал медицинскую помощь. Справка должна содержать четкое указание на дату, обстоятельства и характер травмы. Все переломы, разрывы сочленений и вывихи должны быть подтверждены документально рентгеновскими снимками с описанием этих снимков рентгенологом. Страховое покрытие не распространяется на хрящевые, маршевые, стрессовые, патологические переломы при заболеваниях, а также на рефрактуры. При повреждении парных органов, выплата осуществляется по каждой анатомической структуре. При наличии нескольких повреждений, обозначенных в одном пункте, выплата производится не суммируясь, по пункту, предусматривающему наибольший процент выплаты.

Статья	Характер повреждения	Размер выплат (% от страховой суммы по риску)
<b>НЕРВНАЯ СИСТЕМА</b>		
01	Сдавление субдуральной и эпидуральной (внутричерепной) травматической гематомой	20
	<b>Примечание:</b> Страховая выплата в соответствии со п. 01 производится при условии подтверждения установленного диагноза методами КТ и/или МРТ, при лечении в условиях стационара не менее 10 дней.	
02	Размозжение вещества головного мозга (без указания симптоматики)	50
03	Повреждение нервной системы (травматическое, токсическое, гипоксическое), повлекшее за собой:	
	а) моноплегию (паралич одной конечности)	60
	б) тетрапарез (парез верхних и нижних конечностей), нарушение координации движений, слабоумие (деменцию)	70
	в) геми-, пара- или тетраплегию, афазию, потерю речи, декортикацию, нарушение функции тазовых органов	100
	<b>Примечание:</b> Страховая выплата в соответствии с п. 03 производится при условии установления диагноза лечебно-профилактическим учреждением не ранее чем через 3 месяца со дня травмы и подтверждения диагноза справкой этого учреждения.	
04	Повреждение спинного мозга на любом уровне, конского хвоста, полиомиелит, без указания симптомов:	
	а) частичный разрыв	50
	б) полный перерыв спинного мозга	100
	<b>Примечание:</b> Страховая выплата в соответствии со п. 04 производится при условии подтверждения установленного диагноза методами КТ и/или МРТ, при лечении в условиях стационара не менее 10 дней.	
05	Повреждение (перерыв, ранение) шейного, плечевого, поясничного, крестцового сплетений:	
	а) частичный разрыв сплетения	40
	б) перерыв сплетения	70
	<b>Примечание:</b> Невралгии, невропатии, возникшие в связи с травмой, не дают основания для осуществления страховой выплаты.	
06	Перерыв двух и более нервов: подмышечного, лучевого, локтевого, срединного – на уровне локтевого сустава и плеча, седалищного и бедренного	40
	<b>Примечание:</b> Страховая выплата в соответствии со п.п. 05-06 производится при условии подтверждения установленного диагноза методом электронейромиографии.	
<b>ОРГАНЫ ЗРЕНИЯ</b>		
07	Повреждение глаза (глаз), повлекшее за собой полную потерю зрения единственного глаза или обоих глаз, обладавших зрением не ниже 0,01	100

<b>ОРГАНЫ СЛУХА</b>		
08	Повреждение центральной и/или периферической части слухового анализатора, повлекшее за собой полную глухоту (разговорная речь – 0)	
	а) на одно	50
	б) оба уха:	100
<b>Примечание:</b> Решение о выплате страховой суммы в связи со снижением в результате травмы слуха принимается после окончания лечения, но не ранее 3 месяцев со дня травмы на основании заключения ЛОР-специалиста и результатами аудиометрии.		
<b>ДЫХАТЕЛЬНАЯ СИСТЕМА</b>		
09	Повреждение грудной клетки и ее органов, повлекшее за собой удаление одного легкого.	60
10	Проникающее ранение грудной клетки, торакотомия, произведенная в связи с травмой при повреждении органов грудной полости.	15
<b>СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТАЯ СИСТЕМА</b>		
11	Повреждение сердца, его оболочек и крупных магистральных сосудов, повлекшее за собой сердечно-сосудистую недостаточность II – III степени.	25
<b>Примечание:</b> Если в справке не указана степень сердечно-сосудистой недостаточности, страховая выплата не производится.		
<b>ОРГАНЫ ПИЩЕВАРЕНИЯ</b>		
12	Повреждение челюсти, повлекшее за собой полное отсутствие челюсти.	80
13	Повреждение языка, повлекшее за собой отсутствие языка на уровне корня или полное отсутствие языка.	60
14	Повреждение (разрыв, ожог, ранение) органов пищеварения, случайное острое отравление, повлекшее за собой:	
	а) кишечный свищ, кишечно-влагалищный свищ, свищ поджелудочной железы	50
	б) противостоительный задний проход (колостомы)	100
<b>Примечание:</b> При осложнениях травмы, предусмотренных в п.п. 14 а), 14 б) по истечении 6 месяцев после травмы. Указанные осложнения травмы признаются только в том случае, если они подтверждены справкой лечебно-профилактического учреждения.		
15	Повреждение печени, желчного пузыря, повлекшие за собой:	
	а) удаление части печени	25
	б) удаление части печени и желчного пузыря	35
16	Повреждение желудка, повлекшее за собой удаление желудка.	60
<b>МОЧЕВЫДЕЛИТЕЛЬНАЯ И ПОЛОВАЯ СИСТЕМЫ</b>		
17	Повреждение почки, повлекшее за собой удаление почки.	60
18	Повреждение органов мочевыделительной системы (почек, мочеточников, мочевого пузыря, мочеиспускательного канала), повлекшее за собой синдром длительного раздавливания (травматический токсикоз, краш-синдром, синдром размождения), хроническую почечную недостаточность.	30
<b>Примечания:</b> Страховая выплата по п. 18 в связи с последствиями травмы производится только в том случае, если указанные осложнения имеются по истечении 3 месяцев после травмы. Ранее этого срока страховая выплата производится по п. 17 и размер выплаты, произведенной по данной статье, не учитывается при выплате по п. 18.		
19	Повреждение половой системы, повлекшее за собой:	
	а) потерю матки у женщин в возрасте:	
	до 39 лет включительно	50
	с 40 до 49 лет включительно	30
	50 лет и старше	15
	б) потерю полового члена и обоих яичек	50
<b>ПОЗВОНОЧНИК</b>		
20	Перелом или переломо-вывих 6 и более тел, дужек и суставных отростков позвонков (за исключением крестца и копчика)	40
<b>ВЕРХНЯЯ КОНЕЧНОСТЬ</b>		
<b>ПЛЕЧЕВОЙ СУСТАВ</b>		
21	Повреждения плечевого пояса, повлекшие за собой:	
	а) отсутствие движений в суставе (анкилоз)	20
	б) «болтающийся» плечевой сустав в результате резекции суставных поверхностей составляющих его костей	40
<b>Примечание:</b> Страховая выплата по п. 21 производится в том случае, если перечисленные в этой статье осложнения будут установлены лечебно-профилактическим учреждением по истечении 6 месяцев после травмы и подтверждены справкой этого учреждения.		
<b>ПЛЕЧО</b>		
22	Травматическая ампутация верхней конечности или тяжелое повреждение, приведшее к ампутации:	
	а) с лопаткой, ключицей или их частью	80
	б) плеча на любом уровне	75
	в) единственной конечности на уровне плеча	100

<b>ЛОКТЕВОЙ СУСТАВ</b>		
23	Повреждение области локтевого сустава, повлекшее за собой:	
	а) отсутствие движений в суставе (анкилоз)	20
	б) «болтающийся» локтевой сустав (в результате резекции суставных поверхностей составляющих его костей)	30
<b>Примечание:</b> Страховая выплата по п. 23 производится в том случае, если нарушение движений в этом суставе будет установлено лечебно-профилактическим учреждением по истечении 6 месяцев после травмы и подтверждено справкой этого учреждения.		
<b>ПРЕДПЛЕЧЬЕ</b>		
24	Тяжелое повреждение, приведшее:	
	а) к ампутации предплечья на любом уровне	65
	б) к экзартикуляции в локтевом суставе	70
	в) к ампутации единственной конечности на уровне предплечья	100
<b>КИСТЬ</b>		
25	Повреждение кисти, повлекшее за собой:	
	а) потерю всех пальцев, ампутацию на уровне пястных костей запястья или лучезапястного сустава	65
	б) ампутацию единственной кисти	100
<b>ТАЗ</b>		
26	Повреждения таза в двух суставах, повлекшие за собой отсутствие движений в тазобедренных суставах.	40
<b>Примечание:</b> Страховая выплата в связи с нарушением функции тазобедренных суставов выплачивается по п. 26 в том случае, если отсутствие движений в суставе будет установлено лечебно-профилактическим учреждением через 6 месяцев после травмы и подтверждено справкой этого учреждения.		
<b>НИЖНЯЯ КОНЕЧНОСТЬ</b>		
<b>ТАЗОБЕДРЕННЫЙ СУСТАВ</b>		
27	Повреждения тазобедренного сустава, повлекшие за собой:	
	а) отсутствие движений (анкилоз)	20
	б) несросшийся перелом (ложный сустав) шейки бедра	30
	в) эндопротезирование	40
	г) «болтающийся» сустав в результате резекции головки бедра	45
	д) Травматическую ампутацию бедра	65
	е) Травматическую ампутацию бедра единственного	75
<b>Примечание:</b> Страховая сумма по п.п. 27 а), 27 б), 27 г) выплачивается в том случае, если это осложнение травмы будет установлено в лечебно-профилактическом учреждении по истечении 6 месяцев после травмы и подтверждено справкой этого учреждения.		
<b>КОЛЕННЫЙ СУСТАВ</b>		
28	Повреждения области коленного сустава, повлекшие за собой:	
	а) отсутствие движений в суставе	20
	б) «болтающийся» коленный сустав в результате резекции суставных поверхностей составляющих его костей	30
	в) эндопротезирование в течении 3 месяцев с момента получения травмы	40
<b>ГОЛЕНЬ</b>		
29	Тяжелое повреждение, повлекшее за собой:	
	а) ампутацию голени на любом уровне	60
	б) экзартикуляцию в коленном суставе	70
	в) ампутацию единственной конечности на любом уровне голени	100
<b>ГОЛЕНОСТОПНЫЙ СУСТАВ</b>		
30	Повреждение области голеностопного сустава, повлекшее за собой:	
	а) отсутствие движений в голеностопном суставе	20
	б) болтающийся голеностопный сустав (в результате резекции суставных поверхностей составляющих его костей)	40
	в) экзартикуляцию в голеностопном суставе	50
<b>СТОПА</b>		
31	Повреждения стопы, повлекшие за собой:	
	а) артродез подтаранного сустава, поперечного сустава предплюсны (Шопара) или предплюсне-плюсневой (Лисфранка) ампутацию на уровне:	20
	б) плюснефаланговых суставов (отсутствие всех пальцев стопы)	30
	в) плюсневых костей или предплюсны	40
	г) таранной, пяточной костей (потеря стопы)	50
<b>Примечание:</b> Страховая выплата в связи с осложнениями, предусмотренными п.п. 29 – 31 а) в том случае, если они будут установлены лечебно-профилактическим учреждением по истечении 6 месяцев после травмы и подтверждены справкой этого учреждения, а по п.п. 31 б), 31 в), 31 г) – независимо от срока, прошедшего со дня травмы.		

<b>ОГНЕСТРЕЛЬНЫЕ РАНЕНИЯ</b>			
32	Сквозные множественные ранения без повреждения костей, сосудов, внутренних органов:		30
	<b>Примечание:</b> При инфицированном ранении размер страховой выплаты по п. 32 увеличивается на 10%.		
33	Слепое ранение без повреждения костей, сосудов, внутренних органов		25
	<b>Примечание:</b> При множественных ранениях, каждая рана, начиная со второй, увеличивает размер страховой выплаты по п. 33 на 10%, максимальный размер выплаты в связи с множественными ранениями составляет 40% от страховой суммы по данному риску.		
	<b>Примечание:</b> При инфицированном ранении размер страховой выплаты по п. 33 увеличивается на 10%.		
<b>ОЖОГИ, ОБМОРОЖЕНИЯ</b>			
34	Таблица размеров страховых выплат при ожогах или обморожениях (в процентах от страховой суммы):		
	Площадь ожога/обморожения (в % от поверхности тела)	Степень ожога/обморожения	
		IIIА	IIIБ
		IV	
	от 5 до 10 включительно	0	17
	от 11 до 20 включительно	20	25
	от 21 до 30 включительно	25	45
	от 31 до 40 включительно	30	70
	от 41 до 50 включительно	40	85
	от 51 до 60 включительно	50	95
	от 61 до 75 включительно	60	100
	от 76 до 90 включительно	70	100
	более 91	80	100
	<b>Примечание:</b> 1% поверхности тела принимается равным площади ладонной поверхности его кисти и пальцев		
35	Ожоги дыхательных путей		30



**Приложение №3**  
**к Правилам страхования жизни физических лиц №2**  
**(в редакции от 01 апреля 2023 года)**

**Список критических заболеваний №1**

Данный список критических заболеваний применяется в отношении рисков «Первичное диагностирование Застрахованному критического заболевания» (п. 4.1.21 Правил), «Первичное диагностирование Застрахованному критического заболевания с освобождением от уплаты страховых взносов» (п. 4.1.22 Правил).

№	Критическое заболевание	Определение критического заболевания
1.	Злокачественные онкологические заболевания	<p>Злокачественное онкологическое заболевание предполагает наличие в организме новообразования из злокачественных клеток, характеризующегося бесконтрольным инвазивным и инфильтрирующим ростом, пролиферацией в организме, клеточным и тканевым атипизмом, способностью к метастазированию в лимфатические узлы и отдаленные органы.</p> <p>Диагноз рака должен быть подтвержден на основании данных гистологического исследования.</p> <p>Данное определение рака также включает: лейкемию, злокачественные лимфомы, включая лимфому кожи, болезнь Ходжкина, злокачественные заболевания костного мозга, и саркому.</p> <p>Рак должен быть впервые диагностирован в течение срока действия договора страхования. Диагноз рака должен быть подтвержден врачом-онкологом на основании данных гистологического исследования.</p> <p>Исключения:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Любой неинвазивный рак, рак in situ, дисплазия, и все предраковые состояния;</li> <li>- Рак предстательной железы, если только не прогрессировал как минимум в TNM* классификации до T2N0M0*;</li> <li>- Любой первичный рак кожи, за исключением злокачественной меланомы стадии выше IA, которая вторглась за пределы эпидермиса (наружный слой кожи);</li> <li>- Папиллярный рак щитовидной железы, не выходящий за пределы органа;</li> <li>- Все опухоли и виды рака при наличии ВИЧ-инфекции.</li> </ul> <p>* В соответствии с Международной классификацией TNM</p>
2.	Аорто-коронарное шунтирование	<p>Операция на открытом сердце (операция, требующая срединной стернотомии, то есть рассечения кости в центре грудной клетки), для того чтобы путем наложения шунта устранить сужение или закупорку одной, или нескольких коронарных артерий.</p> <p>Чрескожные вмешательства на сердце, такие как ангиопластика и все остальные внутриаартериальные техники, связанные с использованием катетеров или лазера, являются исключением.</p> <p>Необходимость в проведении операции должна возникнуть в период действия договора страхования, должна быть подтверждена результатами коронарной ангиографии, проведение операции - подтверждаться протоколом операции.</p>
3.	Инфаркт	<p>Окончательный диагноз острого инфаркта миокарда подразумевает гибель сердечной мышцы, вызванная прекращением кровоснабжения. Инфаркт должен быть подтвержден типичным повышением и/или снижением биологических кардиальных маркеров (Тропонин I, Тропонин T и КФК-МБ), значение которых должно быть по крайней мере на одну единицу выше 99% процентов от верхней границы нормального реферативного значения, а также должны присутствовать следующие признаки:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Острые сердечные симптомы и признаки, соответствующие сердечному приступу;</li> <li>- вновь появившиеся изменения на серии ЭКГ с развитием одного или следующих признаков: подъем или депрессия сегмента ST, инверсия зубца T, патологический зубец Q или блокада левой ножки пучка Гиса.</li> </ul> <p>Диагноз и данные обследования должны подтверждаться квалифицированным врачом (кардиологом).</p> <p><u>Исключения:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- другие острые коронарные синдромы (такие как стабильная / нестабильная стенокардия), безболевого инфаркт миокарда).</li> </ul>

4.	Инсульт	<p>Нарушение кровоснабжения головного мозга, повлекшее за собой возникновение постоянных неврологических расстройств, вызванное кровоизлиянием, инфарктом головного мозга или эмболией внечерепного происхождения.</p> <p>Наличие перманентных неврологических расстройств должно устанавливаться врачом-неврологом после минимального периода в три месяца от произошедшего события.</p> <p>Диагноз должен быть подтвержден наличием типичных клинических симптомов и данными компьютерной или магниторезонансной томографии головного мозга.</p> <p><u>Исключения:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- неврологическая симптоматика, вызванная мигренью;</li> <li>- церебральные расстройства вследствие травмы;</li> <li>- сосудистые заболевания, поражающие глаз или глазной нерв;</li> <li>- преходящее нарушение мозгового кровообращения, которое определяется как заболевание с обратимыми неврологическими расстройствами, длительностью не более 24 ч;</li> <li>- лакунарные инсульты без неврологической симптоматики.</li> </ul>
5.	Трансплантация	<p>Перенесение Застрахованным в качестве реципиента трансплантации любого из нижеуказанных органов или включение застрахованного в официальный список ожидающих трансплантацию получателей любого из нижеуказанных органов:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- одного из перечисленных органов человека полностью: сердца, легких, печени, почек, поджелудочной железы;</li> </ul> <p>или</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- костного мозга человека с использованием гемопоэтических стволовых клеток при условии предшествующего полного разрушения костного мозга.</li> </ul> <p>Необходимость пересадки должна быть подтверждена медицинскими показаниями и объективными признаками органной недостаточности. Трансплантации иные, чем вышеупомянутые исключаются из покрытия. Случаи одновременной пересадки нескольких из вышеуказанных в определении органов считаются одной трансплантацией.</p> <p><u>Исключения:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- селективная трансплантация клеток Лангерганса поджелудочной железы;</li> <li>- трансплантация других органов, частей органов или какой-либо ткани;</li> <li>- донорство органов.</li> </ul>

**Приложение №4**  
**к Правилам страхования жизни физических лиц №2**  
**(в редакции от 01 апреля 2023 года)**

**Список критических заболеваний №2**

Данный список критических заболеваний применяется в отношении рисков «Первичное диагностирование Застрахованному критического заболевания» (п. 4.1.21 Правил), «Первичное диагностирование Застрахованному критического заболевания с освобождением от уплаты страховых взносов» (п. 4.1.22 Правил).

№	Критическое заболевание	Определение критического заболевания
1.	Злокачественные онкологические заболевания	<p>Злокачественное онкологическое заболевание предполагает наличие в организме новообразования из злокачественных клеток, характеризующегося бесконтрольным инвазивным и инфильтрирующим ростом, пролиферацией в организме, клеточным и тканевым атипизмом, способностью к метастазированию в лимфатические узлы и отдаленные органы.</p> <p>Диагноз рака должен быть подтвержден на основании данных гистологического исследования.</p> <p>Данное определение рака также включает: лейкемию, злокачественные лимфомы, включая лимфому кожи, болезнь Ходжкина, злокачественные заболевания костного мозга, и саркому.</p> <p>Рак должен быть впервые диагностирован в течение срока действия договора страхования. Диагноз рака должен быть подтвержден врачом-онкологом на основании данных гистологического исследования.</p> <p><u>Исключения:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Любой неинвазивный рак, рак in situ, дисплазия, и все предраковые состояния;</li> <li>- Рак предстательной железы, если только не прогрессировал как минимум в TNM* классификации до T2N0M0*;</li> <li>- Любой первичный рак кожи, за исключением злокачественной меланомы стадии выше IA, которая вторглась за пределы эпидермиса (наружный слой кожи);</li> <li>- Папиллярный рак щитовидной железы, не выходящий за пределы органа;</li> <li>- Все опухоли и виды рака при наличии ВИЧ-инфекции.</li> </ul> <p>* В соответствии с Международной классификацией TNM</p>
2.	Аорто-коронарное шунтирование	<p>Операция на открытом сердце (операция, требующая срединной стернотомии, то есть рассечения кости в центре грудной клетки), для того чтобы путем наложения шунта устранить сужение или закупорку одной, или нескольких коронарных артерий.</p> <p>Чрескожные вмешательства на сердце, такие как ангиопластика и все остальные внутриаартериальные техники, связанные с использованием катетеров или лазера, являются исключением.</p> <p>Необходимость в проведении операции должна возникнуть в период действия договора страхования, должна быть подтверждена результатами коронарной ангиографии, проведение операции - подтверждаться протоколом операции.</p>
3.	Инфаркт	<p>Окончательный диагноз острого инфаркта миокарда подразумевает гибель сердечной мышцы, вызванная прекращением кровоснабжения. Инфаркт должен быть подтвержден типичным повышением и/или снижением биологических кардиальных маркеров (Тропонин I, Тропонин T и КФК-МБ), значение которых должно быть по крайней мере на одну единицу выше 99% процентов от верхней границы нормального реферативного значения, а также должны присутствовать следующие признаки:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Острые сердечные симптомы и признаки, соответствующие сердечному приступу;</li> <li>- Вновь появившиеся изменения на серии ЭКГ с развитием одного или следующих признаков: подъем или депрессия сегмента ST, инверсия зубца T, патологический зубец Q или блокада левой ножки пучка Гиса.</li> </ul> <p>Диагноз и данные обследования должны подтверждаться квалифицированным врачом (кардиологом).</p> <p><u>Исключения:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- другие острые коронарные синдромы (такие как стабильная / нестабильная стенокардия), безболевого инфаркт миокарда).</li> </ul>

4.	Инсульт	<p>Нарушение кровоснабжения головного мозга, повлекшее за собой возникновение постоянных неврологических расстройств, вызванное кровоизлиянием, инфарктом головного мозга или эмболией внечерепного происхождения.</p> <p>Наличие перманентных неврологических расстройств должно устанавливаться врачом-неврологом после минимального периода в три месяца от произошедшего события.</p> <p>Диагноз должен быть подтвержден наличием типичных клинических симптомов и данными компьютерной или магниторезонансной томографии головного мозга.</p> <p><u>Исключения:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- неврологическая симптоматика, вызванная мигренью;</li> <li>- церебральные расстройства вследствие травмы;</li> <li>- сосудистые заболевания, поражающие глаз или глазной нерв;</li> <li>- преходящее нарушение мозгового кровообращения, которое определяется как заболевание с обратимыми неврологическими расстройствами, длительностью не более 24 ч;</li> <li>- лакунарные инсульты без неврологической симптоматики.</li> </ul>
5.	Трансплантация	<p>Перенесение Застрахованным в качестве реципиента трансплантации любого из нижеуказанных органов или включение застрахованного в официальный список ожидающих трансплантацию получателей любого из нижеуказанных органов:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- одного из перечисленных органов человека полностью: сердца, легких, печени, почек, поджелудочной железы;</li> <li>или</li> <li>- костного мозга человека с использованием гемопоэтических стволовых клеток при условии предшествующего полного разрушения костного мозга.</li> </ul> <p>Необходимость пересадки должна быть подтверждена медицинскими показаниями и объективными признаками органной недостаточности. Трансплантации иные, чем вышеупомянутые исключаются из покрытия. Случаи одновременной пересадки нескольких из вышеуказанных в определении органов считаются одной трансплантацией.</p> <p><u>Исключения:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- селективная трансплантация клеток Лангерганса поджелудочной железы;</li> <li>- трансплантация других органов, частей органов или какой-либо ткани;</li> <li>- донорство органов.</li> </ul>
6.	Почечная недостаточность	<p>Терминальная стадия почечной недостаточности, характеризующаяся хроническим необратимым нарушением функции обеих почек, при условии проведения в качестве лечения регулярного диализа (гемодиализ или перитонеальный диализ) или трансплантации донорской почки. Необходимость проведения регулярного диализа или трансплантации донорской почки, а также сам диагноз, должны быть установлены врачом-специалистом впервые в течение срока действия договора страхования на основании результатов проведенного обследования, характерного для данного заболевания.</p> <p>Терминальная стадия необратимого хронического либо острого нарушения функции обеих почек, приводящего к появлению трех из четырех симптомов:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- олигоанурии;</li> <li>- снижению СКФ (скорости клубочковой фильтрации) ниже 15 мл/мин;</li> <li>- нарушению выведения продуктов азотистого обмена, в частности к повышению уровня креатинина в крови до 7-10 мг%;</li> <li>- артериальной гипертензии.</li> </ul>
7.	Хирургическое лечение заболеваний аорты	<p>Оперативное лечение, проводимое открытым доступом – торакотомией или лапаротомией с целью лечения хронического заболевания аорты (восстановления участка сужения, расслоения, обструкции или/и аневризмы грудного и/или брюшного отделов аорты, за исключением ветвей) посредством иссечения и замены дефектной части аорты трансплантатом.</p> <p>Операция должна быть проведена по назначению специалиста-кардиолога и должна являться наиболее соответствующим данному случаю лечением. Проведение операции должно быть подтверждено врачом-специалистом.</p> <p><u>Исключения:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- лечение, выполненное из «мини-доступов»;</li> <li>- все малоинвазивные процедуры, такие как катетеризация, лазер, ангиопластика и другие эндоваскулярные технологии исследования и лечения.</li> </ul>
8.	Слепота	<p>Впервые возникшее, необратимое состояние, наступившее в результате заболевания или несчастного случая, характеризующееся неспособностью воспринимать зрительные стимулы из-за патологических изменений в обоих глазах, обоих зрительных нервах или в головном мозге вследствие заболевания или травмы. Данное состояние должно быть необратимым и не может быть скорректировано какими-либо медицинскими манипуляциями, даже при использовании вспомогательных оптических средств показатели зрения составляют 0,05 или ниже на глазе, обладающем лучшим зрением при использовании оптометрической таблицы Сивцева.</p>

		<p>Диагноз должен быть установлен впервые в течение срока действия договора страхования врачом-специалистом при наличии результатов проведенного обследования, характерного для данного заболевания.</p> <p>Страховое обеспечение не выплачивается в случае, если в соответствии с медицинским заключением, какое-либо устройство или имплантат могут привести к частичному или полному восстановлению зрения.</p>
9.	Пересадка клапанов сердца	<p>Хирургическая операция на открытом сердце посредством открытого доступа – торакотомии с целью протезирования (полной замены искусственным или биологическим аналогом) одного или более пораженных клапанов сердца вследствие развития стеноза или недостаточности или комбинации этих состояний. Покрытие включает операции на аортальном, митральном, пульмональном (клапан легочной артерии) или трехстворчатом клапанах вследствие недостаточности или стеноза клапанов, или в результате комбинации этих факторов. Диагноз должен быть установлен впервые в течение срока действия Договора страхования врачом-специалистом (кардиологом), при наличии результатов проведенного обследования, характерного для данного заболевания. Проведение операции должно быть подтверждено врачом-специалистом. Операция должна быть проведена впервые в течение срока действия договора страхования.</p> <p><u>Исключения:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Вальвулотомия;</li> <li>- Вальвулопластика;</li> <li>- Другие виды лечения, проводимые без пересадки (замены) клапанов;</li> <li>- Операции на сердечных клапанах в связи с врожденными пороками.</li> </ul>
10.	Рассеянный склероз	<p>Диагноз «Рассеянный склероз» устанавливается неврологом в сертифицированном медицинском учреждении на основании критериев:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Наличие подтвержденного анамнеза заболевания;</li> <li>- Клинические результаты неврологического обследования: выраженная клиническая симптоматика неврологических симптомов, связанная с любым сочетанием нарушения функций зрительных нервов, ствола головного мозга, спинного мозга, координации, сенсорной функции, которые являются постоянными или прогрессирующими;</li> <li>- Характерные изменения на КТ или МРТ, подтверждающие демиелинизирующие поражения более чем в одной анатомической области центральной нервной системы;</li> <li>- Специфические изменения состава спинномозговой жидкости, характерные для рассеянного склероза.</li> </ul> <p>Заявитель должен иметь показатели по шкале EDSS &gt; 5, неврологические отклонения, которые впервые возникли в период действия договора страхования, отмечались непрерывно на протяжении не менее шести месяцев, имели непрерывно прогрессирующий характер и подтверждались наличием очагов демиелинизации.</p>
11.	Паралич	<p>Включает в себя периферические (или вялые) и центральные (спастические) параличи, характеризующиеся полной и необратимой потерей двигательных функций двух и более конечностей: параплегия, гемиплегия, тетраплегия.</p> <p>Диагноз должен быть подтвержден специалистом по результатам шестимесячного наблюдения Застрахованного Лица с момента начала заболевания/травмы, диагностированного/полученной впервые в период действия Договора страхования. Диагноз должен быть подтвержден результатами проведенных исследований, таких как рентгеновская компьютерная и магнитно-резонансная томография, и/или радионуклидные методы исследования субарахноидального пространства и желудочковой системы головного мозга, и/или радиоизотопные методы исследования центральной нервной системы, и/или исследование вызванных потенциалов головного и спинного мозга, и/или нейроэлектромиография, и/или гистологическое и гистохимическое исследование биоптата парализованных мышц.</p> <p><u>Исключение:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- синдром Гийена-Барре.</li> </ul>

**Приложение №5**  
**к Правилам страхования жизни физических лиц №2**  
**(в редакции от 01 апреля 2023 года)**

**Список критических заболеваний №3**

Данный список критических заболеваний применяется в отношении риска «Первичное диагностирование Застрахованному критического заболевания» (п. 4.1.21 Правил), «Первичное диагностирование Застрахованному критического заболевания с освобождением от уплаты страховых взносов» (п. 4.1.22 Правил).

№	Критическое заболевание	Определение критического заболевания
1.	Злокачественные онкологические заболевания	<p>Злокачественное онкологическое заболевание предполагает наличие в организме новообразования из злокачественных клеток, характеризующегося бесконтрольным инвазивным и инфильтрирующим ростом, пролиферацией в организме, клеточным и тканевым атипизмом, способностью к метастазированию в лимфатические узлы и отдаленные органы.</p> <p>К злокачественным новообразованиям следует относить:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- карциномы (опухоли из экто- и эндодермы);</li> <li>- саркомы (опухоли из клеток мезодермы);</li> <li>- гемобласты (лейкозы и лимфомы) – опухоли из камбиальной клетки кроветворной и лимфатической ткани.</li> </ul> <p>Это определение также включает лейкемию, ракоподобные лимфомы и болезнь Ходжкина. Злокачественные меланомы входят в покрытие, если новообразование больше или равно 1 мм и соответствует уровню развития T3N(0)M(0) или более по классификации TNM.</p> <p>Примечание: дата постановки диагноза – это дата подтверждения диагноза результатами гистопатологического исследования.</p> <p>Если гистопатологическое исследование не возможно по медицинским причинам, диагноз злокачественной опухоли должен быть подтвержден врачом-онкологом и результатами КТ или МРТ исследования.</p> <p><u>Исключения:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- доброкачественные или предраковые новообразования;</li> <li>- прединвазивные новообразования и новообразования на месте (Tis*);</li> <li>- цервикальная дисплазия CIN I-III;</li> <li>- карцинома мочевого пузыря стадии Ta*;</li> <li>- папиллярная или фолликулярная карцинома щитовидной железы, гистологически диагностированная как T1a* (опухоль в наибольшем измерении 1см или менее), если нет наличия метастазов в лимфатические узлы и/или отдаленных метастазов;</li> <li>- хроническая лимфатическая лейкемия (CLL) менее чем стадия 3 по Rai;</li> <li>- злокачественные опухоли кожных покровов и меланомы, максимальная толщина которых, в соответствии с гистологическим заключением, меньше 1 мм или которая не превышает уровень развития T3N(0)M(0) по классификации TNM, любая другая опухоль кожных покровов, не проникшая в сосочково-ретикулярный слой, все гиперкератозы или базально-клеточные карциномы кожи, плоскоклеточные карциномы, все эпителиально-клеточные раки кожи при отсутствии прорастания в другие ткани;</li> <li>- все новообразования при наличии ВИЧ-инфекции или СПИДа, а также ассоциированные с ВИЧ-инфекцией или СПИДом.</li> </ul> <p>* В соответствии с Международной классификацией TNM.</p>
2.	Почечная недостаточность	<p>Терминальная стадия необратимого хронического либо острого нарушения функции обеих почек, приводящего к появлению трех из четырех симптомов:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- олигоанурии;</li> <li>- снижению СКФ (скорости клубочковой фильтрации) ниже 30 мл/мин;</li> <li>- нарушению выведения продуктов азотистого обмена, в частности к повышению уровня креатинина в крови свыше 0,44 ммоль/л;</li> <li>- артериальной гипертензии,</li> </ul> <p>что требует:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- постоянного проведения гемодиализа, либо</li> <li>- перитонеального диализа, либо</li> <li>- трансплантации донорской почки.</li> </ul>

		Диагноз должен быть подтвержден квалифицированным врачом (нефрологом).
3.	Трансплантация жизненно-важных органов	<p>Перенесение застрахованным в качестве реципиента трансплантации любого из нижеуказанных органов или включение Застрахованного Лица I в официальный список ожидающих трансплантацию получателей любого из нижеуказанных органов:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- одного из перечисленных органов человека полностью: сердца, легких, печени, почек, поджелудочной железы,</li> <li>- или</li> <li>- костного мозга человека с использованием гемопоэтических стволовых клеток при условии предшествующего полного разрушения костного мозга.</li> </ul> <p>Необходимость пересадки должна быть подтверждена медицинскими показаниями и объективными признаками органной недостаточности. Трансплантации иные, чем вышеупомянутые исключаются из покрытия. Случаи одновременной пересадки нескольких из вышеуказанных в определении органов считаются одной трансплантацией.</p> <p><u>Исключения:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- селективная трансплантация клеток Лангерганса поджелудочной железы;</li> <li>- трансплантация других органов, частей органов или какой-либо ткани;</li> <li>- донорство органов.</li> </ul>
4.	Паралич	<p>Включает в себя периферические (или вялые) и центральные (спастические) параличи, характеризующиеся полной и необратимой потерей двигательных функций двух и более конечностей: параплегия, гемиплегия, тетраплегия.</p> <p>Диагноз должен быть подтвержден специалистом по результатам трехмесячного наблюдения Застрахованного Лица I с момента начала заболевания/травмы, диагностированного/полученной впервые в период действия договора страхования. Диагноз должен быть подтвержден результатами проведенных исследований, таких как рентгеновская компьютерная и магнитно-резонансная томография, и/или радионуклидные методы исследования субарахноидального пространства и желудочковой системы головного мозга, и/или радиоизотопные методы исследования центральной нервной системы, и/или исследование вызванных потенциалов головного и спинного мозга, и/или нейроэлектрмиография, и/или гистологическое и гистохимическое исследование биоптата парализованных мышц.</p> <p><u>Исключение:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- синдром Гийена-Барре.</li> </ul>
5.	Слепота	<p>Впервые возникшее, необратимое состояние, наступившее в результате заболевания или несчастного случая, характеризующееся неспособностью воспринимать зрительные стимулы из-за патологических изменений в обоих глазах, обоих зрительных нервах или в головном мозге вследствие заболевания или травмы. Данное состояние должно быть необратимым и не может быть скорректировано какими-либо медицинскими манипуляциями, даже при использовании вспомогательных оптических средств показатели зрения составляют 0,05 или ниже на глазе, обладающем лучшим зрением при использовании оптометрической таблицы Сивцева.</p> <p>Диагноз постоянной потери зрения должен быть установлен не менее чем через три месяца после начала заболевания или несчастного случая, диагностированного/произшедшего в течение действия договора страхования, врачом-специалистом при наличии результатов проведенного обследования, характерного для данного заболевания.</p> <p>Страховое обеспечение не выплачивается в случае, если в соответствии с медицинским заключением, какое-либо устройство или имплантат могут привести к частичному или полному восстановлению зрения.</p>
6.	Кома	<p>Представляет собой состояние выраженного угнетения функций центральной нервной системы, характеризующееся полным и устойчивым отсутствием сознания (из которого больной не может быть выведен даже интенсивной стимуляцией), отсутствием или патологическим изменением реакций на внешние раздражители и расстройством регуляции жизненно важных функций организма.</p> <p>Диагноз должен быть установлен врачом-неврологом (нейрохирургом). Страховыми случаями признаются комы с длительностью от 96 часов и тяжестью 6 и менее баллов по Шкале Глазго или кома II- III-IV.</p> <p><u>Исключения:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- медикаментозная кома;</li> <li>- кома вследствие алкогольного/наркотического отравления.</li> </ul>
7.	Глухота (потеря слуха)	<p>Полная и постоянная двусторонняя потеря слуха вследствие перенесенного заболевания или несчастного случая. Диагноз должен быть подтвержден специалистом (отоларингологом, сурдологом), а также результатами аудиометрии.</p> <p><u>Исключения:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- врожденная глухота;</li> <li>- синдром Ваарденбурга;</li> <li>- синдром Ашера;</li> <li>- синдром Альпорта;</li> <li>- нейрофиброматоз типа 2.</li> </ul>

8.	Энцефалит	<p>Воспаление мозга (полушарий головного мозга, ствола головного мозга или мозжечка) бактериальной и вирусной этиологии.</p> <p>Основанием для выплаты по данному разделу являются осложнения энцефалита в виде одного из нижеперечисленных нарушений:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- парезов и параличей;</li> <li>- нарушения функции тазовых органов (недержание мочи и кала).</li> </ul> <p>Диагноз должен быть подтвержден врачом-специалистом на основании клинической картины и специфических изменений спинномозговой жидкости, бактериологических и серологических исследований спинномозговой жидкости для идентификации возбудителя болезни.</p> <p>Описанные выше нарушения жизнедеятельности должны подтверждаться медицинскими документами, по меньшей мере, на протяжении 3 (Трех) месяцев.</p> <p><u>Исключение:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- энцефалит на фоне ВИЧ-инфекции.</li> </ul>
9.	Серьезная травма головы	<p>Серьезное открытое или закрытое травматическое повреждение тканей головного и/или спинного мозга.</p> <p>Основанием для выплаты по данному разделу являются осложнения в виде одного из нижеперечисленных нарушений:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- парезов и параличей;</li> <li>- нарушения функции тазовых органов (недержание мочи и кала).</li> </ul> <p>Диагноз должен быть подтвержден специалистом по результатам трехмесячного наблюдения Застрахованного Лица 1 с момента травмы, полученной впервые в период действия договора страхования. Диагноз должен быть подтвержден результатами проведенных исследований, таких как рентгеновская компьютерная и магнитно-резонансная томография, и/или радионуклидные методы исследования субарахноидального пространства и желудочковой системы головного мозга, и/или радиоизотопные методы исследования центральной нервной системы, и/или исследование вызванных потенциалов головного и спинного мозга.</p>
10.	Бактериальный менингит	<p>Воспаление оболочек головного или спинного мозга, развивающееся в результате бактериальной инфекции.</p> <p>Основанием для выплаты по данному разделу являются осложнения бактериального менингита в виде одного из нижеперечисленных нарушений:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- парезов и параличей;</li> <li>- нарушения функции тазовых органов (недержание мочи и кала).</li> </ul> <p>Диагноз должен быть подтвержден врачом-специалистом на основании клинической картины и специфических изменений спинномозговой жидкости, бактериологических и серологических исследований спинномозговой жидкости для идентификации возбудителя болезни.</p> <p>Описанные выше нарушения жизнедеятельности должны подтверждаться медицинскими документами, по меньшей мере, на протяжении 3 месяцев.</p> <p><u>Исключения:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- менингит на фоне ВИЧ-инфекции;</li> <li>- менингит на фоне туберкулезной инфекции.</li> </ul>