

**ПРАВИЛА ДОБРОВОЛЬНОГО КОЛЛЕКТИВНОГО СТРАХОВАНИЯ ФИЗИЧЕСКИХ
ЛИЦ ОТ НЕСЧАСТНЫХ СЛУЧАЕВ И БОЛЕЗНЕЙ №8
(в редакции от 23 октября 2020 года)**

1. Общие положения
2. Субъекты страхования, объект страхования
3. Страховые риски
4. Исключения из объема страхового покрытия
5. Страховая сумма, страховая премия и порядок ее уплаты
6. Срок действия Договора страхования
7. Порядок заключения, изменения и исполнения Договора страхования
8. Права и обязанности Сторон
9. Прекращение действия Договора страхования
10. Определение размера и порядок осуществления страховых выплат
11. Валюта Договора страхования
12. Обстоятельства непреодолимой силы (форс-мажор)
13. Порядок разрешения споров
14. Обработка персональных данных

Приложения:

Приложение №1.1. Дополнительные условия страхования на случай критических заболеваний.

Приложение №1.2. Дополнительные условия страхования на случай критических заболеваний – вариант Ассистанс.

Приложение №1.3. Дополнительные условия страхования на случай хирургических вмешательств в связи с критическим заболеванием – вариант Ассистанс.

Приложение №1.4. Дополнительные условия страхования на случай установления показаний к хирургическому вмешательству в связи с критическим заболеванием – вариант Ассистанс.

Приложение №2.1. Таблица страховых выплат при травматических повреждениях.

Приложение №2.2. Таблица страховых выплат при получении тяжких телесных повреждений.

Приложение №2.3. Таблица страховых выплат при переломах.

Приложение №2.4. Таблица страховых выплат при ожогах.

Приложение №2.5. Таблица страховых выплат при постоянной полной утрате трудоспособности.

Приложение №2.6. Таблица страховых выплат при постоянной частичной утрате трудоспособности.

Приложение №2.7. Таблица страховых выплат при хирургическом вмешательстве.

1. ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ

1.1. В соответствии с законодательством Российской Федерации и на основании Правил добровольного коллективного страхования физических лиц от несчастных случаев и болезней №8 (далее по тексту – Правила или Правила страхования) Общество с ограниченной ответственностью Страховая компания «Росгосстрах Жизнь» (далее по тексту – Страховщик) заключает договоры добровольного коллективного страхования физических лиц от несчастных случаев и болезней (далее по тексту – Договор или Договор страхования) с физическими и юридическими лицами (далее по тексту – Страхователи) в соответствии с которыми производит страховые выплаты при наступлении страховых случаев, оговоренных в Договоре страхования, в отношении названного в Договоре страхования лица (Застрахованного или Застрахованного Лица).

1.2. Предусмотренные Договором страхования выплаты Страховщик производит независимо от всех видов пособий, пенсий и выплат, получаемых по обязательному социальному страхованию и социальному обеспечению, трудовых и иных соглашений, договорам страхования, заключенным с другими страховщиками и сумм, причитающихся им в порядке возмещения вреда по действующему законодательству Российской Федерации.

1.3. В Правилах страхования 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 – фактически произошедшее в период срока действия Договора страхования, независимо от воли Застрахованного Лица и/или Страхователя, и/или Выгодоприобретателя, внезапное, кратковременное, непредвиденное внешнее по отношению к Застрахованному Лицу событие, характер, время и место которого могут быть однозначно определены, повлекшее за собой нарушение здоровья, трудоспособности или смерть Застрахованного Лица, не являющееся следствием заболевания, врачебных манипуляций или косметических операций, если таковые осуществлялись по показаниям иным, нежели жизненно необходимым.

Травматическое повреждение – нарушение структуры живых тканей и анатомической целостности органов, явившееся следствием несчастного случая, произошедшее в период срока действия Договора страхования и предусмотренное Таблицей страховых выплат при травматических повреждениях (Приложения №2.1 к Правилам).

Болезнь – диагностированное квалифицированным врачом нарушение нормальной жизнедеятельности организма, обусловленное функциональными и/или морфологическими изменениями.

Временная утрата трудоспособности – нетрудоспособность, наступившая в течение срока страхования в результате произошедшего в течение срока страхования несчастного случая и/или болезни, диагностированной в течение срока страхования, сопровождающаяся невозможностью исполнять Застрахованным Лицом свои трудовые обязанности на протяжении периода, необходимого для проведения лечения последствий несчастного случая или болезни.

Смерть – прекращение физиологических функций организма Застрахованного Лица, обеспечивающих его жизнедеятельность.

Хирургическое вмешательство – оперативное лечение, ставшее необходимым в связи с произошедшим с Застрахованным Лицом в течение срока страхования несчастным случаем и/или болезнью, диагностированной впервые в период срока действия Договора. Хирургическая операция подразумевает способ лечения, заключающийся в частичном нарушении целостности тканей тела посредством физического воздействия (с помощью скальпеля, радионож, лазера или иных специально предназначенных для таких целей медицинских инструментов) с целью устранения заболевания (состояния или патологии) или

максимального приближения (возвращения) к норме функции, нарушенной в результате несчастного случая и/или болезни.

Хирургическое вмешательство, указанное в Таблице страховых выплат при хирургическом вмешательстве (Приложение №2.7 к Правилам), должно быть проведено квалифицированным хирургом в соответствии с общепринятыми медицинскими нормами, в условиях стационара (медицинского учреждения с круглосуточным медицинским наблюдением), имеющего все необходимые разрешения и лицензии, в период срока действия Договора страхования.

Госпитализация – помещение Застрахованного Лица 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 действия Договора страхования несчастным случаем и/или болезнью. При этом госпитализацией не признается: помещение Застрахованного Лица в стационар для проведения медицинского обследования; пребывание Застрахованного Лица в клинике и/или санатории для прохождения им восстановительного (реабилитационного) курса лечения; задержание Застрахованного Лица в связи с карантином или иными превентивными мерами официальных властей.

Инвалидность – социальная недостаточность вследствие нарушения здоровья со стойким расстройством функций организма, приводящая к ограничению жизнедеятельности и необходимости социальной защиты.

Группа Инвалидности устанавливается на основании акта медико-социальной экспертизы на территории Российской Федерации, характеризует степень инвалидности Застрахованного Лица и определяет требования ухода, показания и противопоказания медицинского характера.

Постоянная полная утрата трудоспособности – официально установленная и признанная постоянной полная неспособность к трудовой деятельности, предусмотренная Таблицей страховых выплат при постоянной полной утрате трудоспособности (Приложение №2.5 к Правилам) и/или продолжающаяся на протяжении, как минимум, 12 (двенадцати) месяцев, которая вызвана несчастным случаем, произошедшим в период срока действия Договора страхования, либо болезнью, диагностированной впервые в период срока действия Договора страхования, либо внезапным непредвиденным обострением хронического заболевания Застрахованного Лица, либо возникновением осложнений имеющегося заболевания в период срока действия Договора страхования.

Постоянная частичная утрата трудоспособности – официально установленное и признанное постоянным ограничением способности к трудовой деятельности, обусловленное последствием несчастного случая, произошедшего в период срока действия Договора, либо болезнью, диагностированной впервые в период срока действия Договора страхования, либо внезапным непредвиденным обострением хронического заболевания Застрахованного Лица, либо возникновением осложнений имеющегося заболевания в период срока действия Договора страхования, которое предусмотрено Таблицей страховых выплат при постоянной частичной утрате трудоспособности (Приложение №2.6 к Правилам).

Перелом – травматическое нарушение целостности кости (костей) Застрахованного, полученное в результате несчастного случая в течение срока страхования, предусмотренное Таблицей страховых выплат при переломах (Приложение 2.3 к Правилам).

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

Медицинское учреждение – применительно к настоящим Правилам страхования учреждения здравоохранения всех форм собственности, зарегистрированные и

осуществляющие свою деятельность как в Российской Федерации, так и за рубежом, имеющие в той мере, в какой это применимо, соответствующие лицензии на осуществление основной, обязательной, вспомогательной, научно-исследовательской и иных видов медицинской деятельности.

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 или разряда, и/или с целью получения дохода.

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.

Страховой тариф – ставка страховой премии с единицы страховой суммы. Страховой тариф зависит от состояния здоровья, пола, возраста Застрахованного, особенностей его трудовой деятельности, иных факторов, влияющих на степень риска наступления страхового случая, срока страхования.

Страховая премия – плата за страхование, которую Страхователь обязан уплатить Страховщику в порядке и в сроки, установленные Договором страхования. Размер страховой премии рассчитывается на основе разработанных Страховщиком тарифов, с учетом статистических данных по застрахованным событиям и индивидуальных особенностей Застрахованного Лица.

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

Страховой взнос – периодический платеж, осуществляемый в счет оплаты страховой премии по Договору страхования.

Страховая выплата – денежная сумма, выплачиваемая Страховщиком Застрахованному Лицу, Выгодоприобретателю или наследникам Застрахованного Лица по закону при наступлении страхового случая и/или случаев, предусмотренных Договором страхования.

Срок страхования – период времени, определяемый Договором страхования, на который распространяется действие страховой защиты в отношении Застрахованных Лиц и в течение которого может произойти страховой случай, в результате чего у Страховщика возникает обязанность по осуществлению страховой выплаты в соответствии с Правилами и Договором страхования. Договором могут быть установлены различные сроки страхования по рискам, включенным в Договор.

Период ожидания – период времени, в течение которого Страховщик не несет ответственности по событиям, происходящим с Застрахованным Лицом. Период ожидания может быть установлен как по Договору страхования в целом, так и по отдельным рискам.

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.

Страховой риск – предполагаемое событие в жизни Застрахованного, на случай наступления которого проводится страхование. При реализации страхового риска и соблюдении условий, установленных Правилами и Договором, страховой риск признается страховым случаем.

Страховой случай – совершившееся событие в жизни Застрахованного, предусмотренное Договором, с наступлением которого возникает обязанность Страховщика произвести

страховую выплату Застрахованному Лицу, Выгодоприобретателю наследникам Застрахованного в размере и порядке, предусмотренном Договором.

Авария авиатранспорта – событие, произошедшее с воздушным судном во время полета, повлекшее причинение вреда жизни или здоровью членов летного экипажа, пассажиров, лиц, находящихся на земле, либо признание их безвестно отсутствующими при разрушении, повреждении, утрате судна.

Ассистанс – организация оказания и оплаты медицинских услуг Застрахованного Лица, необходимость которых вызвана травматическим повреждением или критическим заболеванием Застрахованного Лица (в зависимости от условий Договора страхования).

Ассистанская компания – организация, оказывающая услуги Страховщику по подбору/организации для застрахованных им по Договорам страхования лиц (Застрахованных) оптимальных методов и вариантов диагностики/лечения травм/заболеваний, предусмотренных Договором страхования.

2. СУБЪЕКТЫ СТРАХОВАНИЯ, ОБЪЕКТ 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** – физическое лицо, зарегистрированное в качестве индивидуального предпринимателя, или юридическое лицо любой организационно-правовой формы, заключившее Договор страхования в отношении названных в Договоре физических лиц (далее по тексту – Застрахованные или Застрахованные Лица). Страхователями могут выступать как российские, так и иностранные юридические лица, при условии, что они обладают имущественным интересом на территории Российской Федерации, который может быть застрахован Страховщиком по Правилам.

2.3. **Застрахованный (Застрахованное Лицо)** – физическое лицо, в отношении которого Страхователем и Страховщиком заключен и действует Договор страхования, по которому объектом страхования являются имущественные интересы, связанные с причинением вреда здоровью данного лица, а также его смертью в результате несчастного случая или болезни.

2.3.1. Если иное не предусмотрено Договором страхования, Застрахованными Лицами могут являться только лица, чей возраст на дату включения в Договор страхования или продления Договора страхования на очередной год действия Договора не превышает 65 (шестьдесят пять) лет включительно.

2.4. **Выгодоприобретатель** – физическое или юридическое лицо, назначенное Страхователем с письменного согласия Застрахованного для получения страховых выплат при наступлении страховых случаев в отношении данного Застрахованного Лица. Если Выгодоприобретатель не будет назначен (в отдельном документе, заполняемом Застрахованным Лицом при заключении Договора страхования – распоряжении о назначении Выгодоприобретателя), то Выгодоприобретателем признается Застрахованное Лицо, а в случае смерти Застрахованного Лица – его наследник (наследники).

2.4.1. Страхователь может указать в Договоре страхования одного или нескольких Выгодоприобретателей, в пользу которых Страховщик обязан будет произвести страховую выплату при наступлении страхового случая в соответствии с условиями Договора страхования и Правил. В том случае, когда Выгодоприобретателями являются несколько лиц, Страхователь с письменного согласия Застрахованного Лица должен указать абсолютную или относительную величину страховой выплаты, приходящуюся на каждого Выгодоприобретателя, или иной критерий распределения между Выгодоприобретателями страховой выплаты по Договору страхования.

2.4.2. Страхователь вправе назначать, заменять Выгодоприобретателей с письменного согласия Застрахованного до наступления страхового случая в соответствии с действующим законодательством Российской Федерации. Выгодоприобретатель не может быть заменен

другим лицом после того, как он выполнил какую-либо из обязанностей по Договору страхования или предъявил Страховщику требование о страховой выплате.

2.4.3. Заключение Договора страхования в пользу Выгодоприобретателя, в том числе и тогда, когда им является Застрахованное Лицо, не освобождает Страхователя от выполнения обязанностей по этому Договору страхования, если только Договором страхования не предусмотрено иное, либо обязанности Страхователя выполнены лицом, в пользу которого заключен Договор.

2.5. **Объектом страхования** являются не противоречащие законодательству Российской Федерации имущественные интересы, связанные с причинением вреда жизни и здоровью Застрахованных, а также с их смертью в результате несчастного случая или болезни.

2.6. Страховщик имеет право проводить индивидуальную оценку степени страхового риска и на особых условиях принимать на страхование следующих лиц при заключении Договора страхования либо продлении Договора страхования на очередной год действия Договора:

2.6.1. лица с социальной недостаточностью вследствие нарушения здоровья со стойким расстройством функций организма, приводящей к ограничению жизнедеятельности и необходимости социальной защиты;

2.6.2. лица, нуждающиеся в постоянном уходе в соответствии с медицинским заключением;

2.6.3. лица, имеющие диагностированное заболевание из списка критических заболеваний (Приложения №№ 1.1, 1.2, 1.3, 1.4 к Правилам).

2.7. Не подлежат страхованию и не могут являться Застрахованными следующие лица:

2.7.1. лица, страдающие нервно-психическими заболеваниями и/или состоящие на учете в психоневрологическом диспансере;

2.7.2. лица, употребляющие наркотики, токсичные вещества, с целью токсичного опьянения; страдающие алкоголизмом и/или состоящие на учете в наркологическом диспансере;

2.7.3. лица, находящиеся в местах лишения свободы.

2.8. Если будет установлено, что Договор страхования был заключен на стандартных условиях без проведения индивидуального андеррайтинга в отношении лиц, указанных в п. 2.6 Правил, или Договор страхования заключен в отношении лиц, не подлежащих страхованию, указанных в п. 2.7 Правил, Страховщик вправе потребовать признания такого Договора страхования недействительным в отношении таких лиц с момента заключения или отказать в страховой выплате. Если Договор страхования будет признан не действительным с момента заключения, уплаченные по Договору страхования взносы за страхование лиц, в отношении которых Договор признан недействительным, подлежат возврату за вычетом понесенных Страховщиком расходов.

2.9. Если иное не предусмотрено Договором страхования, страхование действует 24 (двадцать четыре) часа в сутки по всему миру, за исключением зон военных конфликтов и приравненных к ним территорий.

3. СТРАХОВЫЕ РИСКИ

3.1. Страховыми рисками по Правилам страхования, с учетом ограничений, установленных в Договоре страхования по соглашению Страхователя и Страховщика в соответствии с п. 4 Правил страхования, могут являться:

3.1.1. *Смерть Застрахованного Лица в результате несчастного случая*, произошедшего в период действия Договора страхования, за исключением случаев, предусмотренных в п. 4 Правил (далее – «смерть Застрахованного Лица»);

3.1.2. *Смерть Застрахованного Лица в результате болезни* в период действия Договора страхования, за исключением случаев, предусмотренных в п. 4 Правил, (далее – «смерть Застрахованного Лица»);

3.1.3. *Травматические повреждения Застрахованного Лица:*

а) предусмотренные Таблицей страховых выплат при травматических повреждениях (Приложение №2.1 к Правилам) за исключением случаев, предусмотренных в п. 4 Правил, (далее – «травматические повреждения Застрахованного Лица»);

б) предусмотренные Таблицей страховых выплат при травматических повреждениях (Приложение №2.1 к Правилам) за исключением случаев, предусмотренных в п. 4 Правил, произошедшие в результате несчастного случая на производстве (далее – «травматические повреждения Застрахованного Лица»).

3.1.4. *Временная утрата трудоспособности Застрахованным Лицом:*

а) в результате несчастного случая, за исключением случаев, предусмотренных в п. 4 Правил (далее – «временная нетрудоспособность Застрахованного Лица»);

б) в результате болезни, за исключением случаев, предусмотренных в п. 4 Правил (далее – «временная нетрудоспособность Застрахованного Лица»);

3.1.5. *Установление инвалидности Застрахованному Лицу в результате несчастного случая,* за исключением случаев, предусмотренных в п. 4 Правил (далее – «инвалидность Застрахованного Лица»):

а) установление инвалидности I группы;

б) установление инвалидности I, II группы;

в) установление инвалидности I, II, III группы;

г) установление инвалидности в категории «ребенок-инвалид» сроком на 1 (один) год, на 2 (два) года, до 18 (восемнадцати) лет (для лиц, не достигших 18 лет).

3.1.6. *Установление инвалидности Застрахованному Лицу в результате болезни,* за исключением случаев, предусмотренных в п. 4 Правил (далее – «инвалидность Застрахованного Лица»):

а) установление инвалидности I группы;

б) установление инвалидности I, II группы;

в) установление инвалидности I, II, III группы;

г) установление инвалидности в категории «ребенок-инвалид» сроком на 1 (один) год, на 2 (два) года, до 18 (восемнадцати) лет (для лиц, не достигших 18 лет).

3.1.7. *Госпитализация Застрахованного Лица:*

а) в результате несчастного случая за исключением случаев, предусмотренных в п. 4 Правил (далее – «госпитализация Застрахованного Лица»);

б) в результате болезни за исключением случаев, предусмотренных в п. 4 Правил (далее – «госпитализация Застрахованного Лица»).

3.1.8. *Хирургические вмешательства в организм Застрахованного лица* в связи:

а) с произошедшим с ним несчастным случаем, предусмотренные Таблицей страховых выплат при хирургическом вмешательстве (Приложение №2.7 к Правилам) за исключением случаев, предусмотренных в п. 4 Правил (далее – «хирургические вмешательства»). При этом несчастный случай, потребовавший хирургического вмешательства, а также само хирургическое вмешательство должны произойти в период действия Договора страхования. Страховщик вправе установить в Договоре страхования период ожидания, в течение которого страховое покрытие в отношении указанного события не действует, продолжительностью не более 180 (ста восьмидесяти) дней;

б) с болезнью, предусмотренные Таблицей страховых выплат при хирургическом вмешательстве (Приложение №2.7 к Правилам) за исключением случаев, предусмотренных в п. 4 Правил (далее – «хирургические вмешательства»). При этом болезнь, потребовавшая хирургического вмешательства, должна быть диагностирована впервые в период действия Договора страхования. Хирургическое вмешательство должно быть осуществлено в период действия Договора страхования. Страховщик вправе установить в Договоре страхования период ожидания, в течение которого страховое покрытие в отношении указанного события не действует, продолжительностью не более 180 (ста восьмидесяти) дней;

3.1.9. *Наступление критического заболевания Застрахованного Лица,* предусмотренного Договором страхования и определенного в соответствии с перечнем критических заболеваний, указанным в Дополнительных условиях страхования на случай критических

заболеваний (Приложение №1.1 к Правилам), впервые диагностированного врачом в период действия Договора и не являющегося следствием причин, указанных и предусмотренных в п. 4 Правил (далее – «критические заболевания»). Специальные условия страхования по данному страховому риску приведены в Дополнительных условиях страхования на случай критических заболеваний (Приложение №1.1 к Правилам);

3.1.10. *Тяжкие телесные повреждения Застрахованного Лица в результате несчастного случая*, предусмотренные Таблицей страховых выплат при получении тяжких телесных повреждений (Приложение №2.2 к Правилам) за исключением случаев, предусмотренных в п. 4 Правил (далее – «телесные повреждения»);

3.1.11. *Постоянная полная утрата трудоспособности Застрахованным Лицом:*

а) произошедшая в результате несчастного случая, за исключением случаев, предусмотренных в п. 4 Правил, и подпадающая под перечень нарушений здоровья, указанный в Таблице страховых выплат при постоянной полной утрате трудоспособности (Приложение №2.5 к Правилам);

б) произошедшая в результате болезни, за исключением случаев, предусмотренных в п. 4 Правил, и подпадающая под перечень нарушений здоровья, указанный в Таблице страховых выплат при постоянной полной утрате трудоспособности (Приложение №2.5 к Правилам);

в) произошедшая в результате несчастного случая, за исключением случаев, предусмотренных в п. 4 Правил, подпадающая под перечень нарушений здоровья, указанный в Таблице страховых выплат при постоянной полной утрате трудоспособности (Приложение №2.5 к Правилам), либо повлекшая за собой нарушения здоровья, не указанные в Таблице страховых выплат при постоянной полной утрате трудоспособности (Приложении №2.5 к Правилам) и соответствующие определению понятия «Постоянная полная утрата трудоспособности», указанному в п. 1.3 Правил;

г) произошедшая в результате болезни, за исключением случаев, предусмотренных в п. 4 Правил, подпадающая под перечень нарушений здоровья, указанный в Таблице страховых выплат при постоянной полной утрате трудоспособности (Приложение №2.5 к Правилам), либо повлекшая за собой нарушения здоровья, не указанные в Таблице страховых выплат при постоянной полной утрате трудоспособности (Приложение № 2.5 к Правилам) и соответствующие определению понятия «Постоянная полная утрата трудоспособности», указанному в п. 1.3 Правил.

3.1.12. *Постоянная частичная утрата трудоспособности Застрахованным Лицом:*

а) в результате несчастного случая, за исключением случаев, предусмотренных в п. 4 Правил;

б) в результате несчастного случая или болезни, за исключением случаев, предусмотренных в п. 4 Правил;

3.1.13. *Переломы*, предусмотренные Таблицей страховых выплат при переломах (Приложение №2.3 к Правилам) за исключением случаев, предусмотренных в п. 4 Правил (далее – «переломы»);

3.1.14. *Ожоги*, предусмотренные Таблицей страховых выплат при ожогах (Приложение №2.4 к Правилам) за исключением случаев, предусмотренных в п. 4 Правил (далее – «ожоги»);

3.1.15. *Смерть Застрахованного Лица в результате несчастного случая – аварии авиатранспортного средства*, произошедшей в период действия договора страхования, за исключением случаев, предусмотренных в п. 4 Правил (далее – «смерть Застрахованного Лица»);

3.1.16. *Смерть Застрахованного Лица в результате несчастного случая – дорожно-транспортного происшествия*, произошедшего в период действия Договора страхования, за исключением случаев, предусмотренных в п. 4 Правил (далее – «смерть Застрахованного Лица»);

3.1.17. *Установление инвалидности Застрахованному Лицу в результате несчастного случая – дорожно-транспортного происшествия*, произошедшего в период действия договора страхования, за исключением случаев, предусмотренных в п. 4 Правил (далее – «Инвалидность Застрахованного Лица»);

3.1.18. *Травматические повреждения Застрахованного Лица*, предусмотренные Таблицей страховых выплат при травматических повреждениях (Приложение №2.1. к Правилам) с возможностью направления страховой выплаты или ее части на оплату услуг по Ассистансу (далее – «Травматические повреждения Застрахованного Лица – вариант Ассистанс»).

Право использования услуг Ассистанса возникает при условии получения Застрахованным Лицом в период действия Договора страхования в результате одновременно произошедшего страхового случая травматических повреждений, предусмотренных Таблицей страховых выплат при травматических повреждениях (Приложение №2.1. к Правилам), общий размер страховой выплаты по которым составляет не менее 30% (тридцати процентов) от страховой суммы по риску травматических повреждений Застрахованного Лица – вариант Ассистанс.

Полный перечень услуг по Ассистансу, на оплату которых может направляться страховая выплата по данному страховому случаю или ее часть, определяются договором, заключенным между Страховщиком и Ассистанской компанией. Ассистанская компания информирует Застрахованное Лицо о конкретном наборе услуг по Ассистансу, на которые Застрахованное Лицо может претендовать в пределах суммы страховой выплаты, до принятия Застрахованным Лицом решения о порядке получения страховой выплаты и подписания заявления на страховую выплату.

3.1.19. *Наступление критического заболевания Застрахованного Лица, предусмотренного Договором страхования и определенного в соответствии с Перечнем критических заболеваний Дополнительных условий страхования на случай критических заболеваний – вариант Ассистанс*, (Приложение №1.2 к Правилам), впервые диагностированного врачом в течение срока страхования, с возможностью направления страховой выплаты или ее части на оплату услуг по Ассистансу (далее – «критические заболевания – вариант Ассистанс»).

Специальные условия страхования по данному страховому риску приведены в Дополнительных условиях страхования на случай критических заболеваний – вариант Ассистанс (Приложение №1.2 к Правилам).

Полный перечень услуг по Ассистансу, на оплату которых может направляться страховая выплата по данному страховому случаю или ее часть, определяются договором, заключенным между Страховщиком и Ассистанской компанией. Ассистанская компания информирует Застрахованное Лицо о конкретном наборе услуг по Ассистансу, на которые Застрахованное Лицо может претендовать в пределах суммы страховой выплаты, до принятия Застрахованным Лицом решения о порядке получения страховой выплаты и подписания заявления на страховую выплату;

3.1.20. *Хирургическое вмешательство в организм Застрахованного Лица в связи с наступлением впервые диагностированного врачом в течение срока страхования критического заболевания Застрахованного Лица, предусмотренное Договором страхования и определенное в соответствии с Перечнем хирургических вмешательств в связи с критическим заболеванием Дополнительных условий страхования на случай хирургических вмешательств в связи с критическим заболеванием – вариант Ассистанс* (Приложение №1.3 к Правилам), с возможностью направления страховой выплаты или ее части на оплату услуг по Ассистансу (далее – «Хирургическое вмешательство в связи с критическим заболеванием – вариант Ассистанс»). Специальные условия по данному страховому риску приведены в Приложении №1.3 к Правилам).

Полный перечень услуг по Ассистансу, на оплату которых может направляться страховая выплата по данному страховому случаю или ее часть, определяются договором, заключенным между Страховщиком и Ассистанской компанией. Ассистанская компания информирует Застрахованное Лицо о конкретном наборе услуг по Ассистансу, на которые Застрахованное Лицо может претендовать в пределах суммы страховой выплаты, до принятия Застрахованным Лицом решения о порядке получения страховой выплаты и подписания заявления на страховую выплату.

3.1.21. *Установление показаний и рекомендаций к проведению хирургического вмешательства в организм Застрахованного Лица в связи с наступлением впервые*

диагностированного врачом в течение срока страхования критического заболевания Застрахованного Лица, предусмотренного Договором страхования и определенного в соответствии с Перечнем хирургических вмешательств в связи с критическим заболеванием Дополнительных условий страхования на случай установления показаний к хирургическому вмешательству в связи с критическим заболеванием – вариант Ассистанс (специальные условия по данному страховому риску приведены в Приложении № к Правилам), с направлением страховой выплаты на оплату услуг по Ассистансу (далее – «Установление показаний к проведению хирургического вмешательства – вариант Ассистанс»), осуществляемым в два этапа:

3.1.21.1. *Первичное установление показаний к проведению хирургического вмешательства в организм Застрахованного Лица, предусмотренного Договором страхования и определенного в соответствии с Перечнем хирургических вмешательств в связи с критическим заболеванием Дополнительных условий страхования на случай установления показаний к хирургическому вмешательству в связи с критическим заболеванием – вариант Ассистанс (Приложение №1.4 к Правилам), в связи с наступлением впервые диагностированного врачом в течение срока страхования критического заболевания Застрахованного Лица, с направлением страховой выплаты на оплату услуг по Ассистансу (далее – «Первичное установление показаний к проведению хирургического вмешательства – вариант Ассистанс»).*

Полный перечень услуг по Ассистансу, на оплату которых может направляться страховая выплата по данному страховому случаю или ее часть, определяются договором, заключенным между Страховщиком и Ассистанской компанией. Ассистанская компания информирует Застрахованное Лицо о конкретном наборе услуг по Ассистансу, на которые Застрахованное Лицо может претендовать в пределах суммы страховой выплаты, до принятия Застрахованным Лицом решения о порядке получения страховой выплаты и подписания заявления на страховую выплату.

3.1.21.2. *Окончательное установление показаний к проведению хирургического вмешательства в организм Застрахованного Лица, предусмотренного Договором страхования и определенного в соответствии с Перечнем хирургических вмешательств в связи с критическим заболеванием Дополнительных условий страхования на случай установления показаний к хирургическому вмешательству в связи с критическим заболеванием – вариант Ассистанс (Приложение № 1.4 к Правилам), в связи с наступлением впервые диагностированного врачом в течение срока страхования критического заболевания Застрахованного Лица, с направлением страховой выплаты на оплату услуг по Ассистансу (далее – «Окончательное установление показаний к проведению хирургического вмешательства – вариант Ассистанс»).*

Полный перечень услуг по Ассистансу, на оплату которых может направляться страховая выплата по данному страховому случаю или ее часть, определяются договором, заключенным между Страховщиком и Ассистанской компанией. Ассистанская компания информирует Застрахованное Лицо о конкретном наборе услуг по Ассистансу, на которые Застрахованное Лицо может претендовать в пределах суммы страховой выплаты, до принятия Застрахованным Лицом решения о порядке получения страховой выплаты и подписания заявления на страховую выплату.

3.2. Заключение Договора страхования на случай наступления страхового риска, указанного в п. 3.1.9 Правил, исключает возможность включения в Договор страхования страховых рисков, указанных в п.п. 3.1.19, 3.1.20, 3.1.21 Правил, равно как и заключение Договора страхования на случай наступления страховых рисков, указанных в п.п. 3.1.19, 3.1.20, 3.1.21 Правил, исключает возможность включения в Договор страхования страхового риска, указанного в п. 3.1.9 Правил.

3.3. При заключении Договора страхования с рисками, указанными в п.п. 3.1.19, 3.1.20, 3.1.21 Правил, обязательному включению в Договор страхования подлежит совокупность указанных страховых рисков (п.п. 3.1.19, 3.1.20, 3.1.21 Правил).

3.4. События, предусмотренные п. 3.1 Правил, признаются страховыми случаями, если они произошли в период срока действия Договора страхования, кроме событий, предусмотренных в п.п. 3.1.1, 3.1.5, 3.1.11, 3.1.12, 3.1.15, 3.1.16, 3.1.17 Правил и явившихся следствием несчастного случая которые признаются страховыми случаями, если они наступили в течение 1 (одного) года с даты наступления несчастного случая, произошедшего в период срока действия Договора страхования.

3.5. Случаи, предусмотренные в п.п. 3.1.4, 3.1.7 Правил, явившиеся следствием несчастного случая или болезни, начавшиеся в период срока действия Договора и окончившиеся за его пределами, оплачиваются в полном объеме.

3.6. По желанию Страхователя, согласованному со Страховщиком, Договор страхования может быть заключен с условием, предусматривающим возникновение обязанности Страховщика по страховой выплате при наступлении одного из указанных в п. 3.1 Правил последствий несчастного случая, произошедшего:

- только в период выполнения Застрахованным Лицом служебных обязанностей по месту основной работы (или выполнения работ по направлению организации), исключая путь на работу и обратно;
- только в период выполнения Застрахованным Лицом служебных обязанностей по месту основной работы (или выполнения работ по направлению организации), а также в пути следования к месту работы и обратно на транспорте предприятия, а также на транспорте сторонней организации;
- в период нерабочего времени Застрахованного Лица;
- в любой временной период суток (24 (двадцать четыре) часа в сутки);
- во время участия Застрахованного Лица в мероприятиях, определенных Договором страхования;
- в период пребывания Застрахованного Лица в определенном Договором страхования месте и/или выполнения Застрахованным Лицом определенных Договором страхования действий;
- во время путешествий вне зависимости от территории и цели поездки;
- только во время нахождения в общественном транспорте;
- только во время нахождения в автомобиле;
- только во время перелета;
- в иные временные периоды, определенные Договором страхования в той мере, в какой это не противоречит настоящим Правилам и законодательству Российской Федерации.

3.7. Страхование, осуществляемое в рамках данных Правил по рискам, указанным в п.п. 3.1.1 – 3.1.21 Правил, относится к следующему виду: **страхование от несчастных случаев и болезней.**

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

3.9. При заключении Договора страхования Страховщик проводит оценку страхового риска любым способом по усмотрению Страховщика, в т. ч. может быть применена упрощенная процедура андеррайтинга в отношении лиц, которые не относятся к лицам, указанным в п.п. 2.6 и 2.7 Правил.

3.9.1. Для оценки степени страхового риска Страховщик может потребовать прохождения медицинского осмотра/обследования потенциального Застрахованного для оценки фактического состояния его здоровья. Медицинское обследование проводится, как правило, за счет Страхователя, однако Договором страхования может быть также предусмотрена возможность несения Страховщиком расходов по проведению медицинского обследования Застрахованных Лиц в какой-то части или в полном объеме. В случае отказа потенциального Застрахованного Лица от прохождения медицинского обследования Договор страхования может быть заключен только на условиях, предусматривающих применение к страховому тарифу повышающих коэффициентов. Кроме того, Страховщик оставляет за собой право сократить объем страхового покрытия в отношении такого Застрахованного Лица.

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

- должностные инструкции Застрахованного Лица; 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 Лица;
- финансовая анкета;
- 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); информация 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;
- результаты 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;
- 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 разрешение родителей / законных представителей Застрахованного на заключение Договора страхования, с предоставлением документов об установлении опеки;
- пофамильный список лиц с социальной недостаточностью вследствие нарушения здоровья со стойким расстройством функций организма, приводящей к ограничению жизнедеятельности и необходимости социальной защиты (инвалиды I, II группы);
- согласие на обработку персональных данных.

3.9.3. При заключении, изменении и продлении, в том числе на очередной год действия, Договора Страховщик вправе по соглашению со Страхователем применять индивидуальные условия страхования (например: ограничить размер страховой суммы, срок страхования, перечень страховых случаев и пр.), применять скидки, надбавки к страховому тарифу в зависимости от наличия факторов, влияющих на степень страхового риска, таких как: возраст, состояние здоровья, условия или территория проживания, профессиональная деятельность лиц, принимаемых на страхование или являющихся Застрахованными по Договору.

3.10. Форма предоставления, указанных в п.п. 3.9, 7.5 Правил документов (надлежащим образом заверенные или простые копии, оригиналы) устанавливается Страховщиком и доводится до сведения потенциального Страхователя при его обращении. Указанные в п.п. 3.9, 7.5 Правил перечни сведений и документов, необходимых для заключения/изменения Договора страхования и оценки страховых рисков, являются исчерпывающими. При этом Страховщик вправе сократить перечень документов и/или сведений или принять взамен иные документы и/или сведения из числа предоставленных потенциальным Страхователем / Застрахованным / Выгодоприобретателем.

3.11. 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.

4. ИСКЛЮЧЕНИЯ ИЗ ОБЪЕМА СТРАХОВОГО ПОКРЫТИЯ

4.1. События, указанные в п. 3.1 Правил, не признаются страховыми случаями, если они произошли в результате:

4.1.1. воздействия ядерного взрыва, радиации, радиоактивного заражения или ионизирующего излучения;

4.1.2. военных действий, а также маневров или иных военных мероприятий, гражданской войны, народных волнений всякого рода или забастовок, если Застрахованное Лицо выступало активным участником данных событий, а также если событие произошло во время нахождения Застрахованного Лица в составе вооруженных сил любого государства. Активность участия определяется на основании документов компетентных органов по указанным событиям.

4.2. События, указанные в п. 3.1 Правил, также не признаются страховыми случаями, если наступление данных событий:

4.2.1. намеренно спровоцировано Застрахованным Лицом, Страхователем или Выгодоприобретателем,

4.2.2. произошло в результате совершения Застрахованным Лицом самоубийства, если к этому времени Договор страхования в отношении конкретного Застрахованного действовал менее 2 (двух) лет или продлевался таким образом, что страхование не действовало

непрерывно в течение 2 (двух) лет, а так же при покушении на самоубийство или умышленного причинения Застрахованным вреда жизни и здоровья самому себе, за исключением случаев, когда Застрахованный был доведен до этого противоправными действиями третьих лиц;

4.2.3. вызвано участием Застрахованного Лица в совершении уголовного преступления, если такие преступления, противоправные действия и иная незаконная деятельность будет иметь прямую связь с возникновением события, которое могло быть признано страховым случаем;

4.2.4. произошло в результате управления Застрахованным Лицом транспортным средством любой категории (включая воздушное, морское судно), когда Застрахованное Лицо не имеет права управления таким транспортным средством (право управления подтверждается водительским удостоверением установленного образца и/или соответствующим сертификатом/лицензией) или передачи Застрахованным Лицом управления транспортным средством лицу, не имевшему права на управление транспортным средством данной категории, либо случаев, когда Застрахованное Лицо управляло транспортным средством в состоянии алкогольного или наркотического опьянения, либо передало управление лицу, находившемуся в состоянии алкогольного или наркотического опьянения;

4.2.5. произошло в результате занятий Застрахованным спортом на профессиональном уровне.

4.3. Если Договором не предусмотрено иное, не признаются страховыми случаями:

4.3.1. временная нетрудоспособность, или госпитализация, или перенесение хирургической операции в связи с прерыванием беременности, лечением зубов (их имплантацией, удалением, восстановлением, операции по устранению (лечению) ожирения, по замене существующего имплантата молочной железы и т. п.), в связи с пластическим или косметическим хирургическим вмешательством, за исключением случаев, когда это необходимо для лечения (устранения последствий) телесных повреждений, полученных в связи с несчастным случаем, произошедшим в течение срока страхования;

4.3.2. временная нетрудоспособность, или госпитализация, или перенесение хирургической операции в связи с беременностью или родами, с прерыванием беременности, со стерилизацией, рестерилизацией, оплодотворением, или лечением бесплодия, с лечением родовой травмы;

4.3.3. госпитализация, заключающаяся в нахождении Застрахованного в клинике или санатории для прохождения им восстановительного (реабилитационного) курса лечения; задержание Застрахованного в связи с карантином или иными превентивными мерами официальных властей.

4.4. В отношении страховых рисков, указанных в п.п. 3.1.19, 3.1.20, 3.1.21 Правил, исключениями также являются:

4.4.1. повторные заболевания Застрахованного Лица, вне зависимости от этиологии, срока возникновения и локализации ранее диагностированного паталогического процесса;

4.4.2. смерть Застрахованного Лица в период ожидания, установленный Договором страхования;

4.4.3. иные дополнительные исключения из страхового покрытия, предусмотренные в Приложениях №1.2, №1.3, №1.4 к Правилам.

4.5. В отношении страховых рисков, указанных в п. 3.1.9 Правил, исключениями также являются:

4.5.1. повторные заболевания Застрахованного Лица, вне зависимости от этиологии, срока возникновения и локализации ранее диагностированного паталогического процесса;

4.5.2. смерть Застрахованного Лица в период ожидания, установленный Договором страхования;

4.5.3. смерть Застрахованного Лица в период выживания, установленный Договором страхования;

4.5.4. иные дополнительные исключения из страхового покрытия, предусмотренные в Дополнительных условиях страхования на случай критических заболеваний (Приложение №1.1 к Правилам).

5. СТРАХОВАЯ СУММА, СТРАХОВАЯ ПРЕМИЯ И ПОРЯДОК ЕЕ УПЛАТЫ

5.1. Страховая сумма устанавливается в Договоре страхования Страховщиком по соглашению со Страхователем для каждого Застрахованного Лица.

5.1.1. Страховая сумма может устанавливаться как в целом по Договору, так и отдельно по каждому риску. По соглашению Сторон может также устанавливаться максимальная страховая сумма по Договору страхования, в том числе:

- по одному страховому риску,
- по всем видам покрытий (рискам), включенным в один Договор страхования, при этом при заключении Договора страхования на случай наступления страховых рисков, указанных в п.п. 3.1.19, 3.1.20, 3.1.21 Правил, для данных страховых рисков всегда устанавливается единая (общая) страховая сумма.

5.2. Страховая сумма устанавливается в российских рублях. По соглашению Сторон в Договоре страхования страховая сумма может быть указана в иностранной валюте в соответствии с п. 11 Правил.

5.3. Страховая премия уплачивается в сроки и в размере, указанным в Договоре страхования. В случае нарушения размера, порядка, сроков уплаты страховой премии, Страховщик вправе досрочно прекратить Договор страхования или применить иные последствия нарушения условий уплаты страховой премии.

5.4. Страховая премия по Договору страхования уплачивается Страхователем единовременно или в рассрочку в виде страховых взносов, наличными денежными средствами или безналичным путем, почтовым переводом или иным способом, согласованным в Договоре страхования, в рублях Российской Федерации по банковским реквизитам, указанным в Договоре страхования либо в выставленном Страховщиком счете (дебет-ноте).

5.5. При определении размера страховой премии, подлежащей уплате по Договору страхования, Страховщик применяет разработанные им страховые тарифы. При заключении Договора страхования с одним и тем же Страхователем на второй и последующий годы Страховщик имеет право при расчете страховой премии применить поправочные коэффициенты в зависимости от убыточности Договора страхования за предыдущий год (годы).

6. СРОК ДЕЙСТВИЯ ДОГОВОРА СТРАХОВАНИЯ

6.1. Договор страхования заключается на любой согласованный Сторонами срок.

6.2. Срок действия Договора страхования в отношении каждого Застрахованного Лица определяется по соглашению между Страхователем и Страховщиком в Договоре страхования и соответствующих приложениях и/или дополнительных соглашениях к нему. При этом Договор страхования считается вступившим в силу в отношении каждого из Застрахованных Лиц с момента его включения в список Застрахованных Лиц, оформляемый соответствующими приложениями и дополнительными соглашениями к Договору страхования, при условии, что это Застрахованное Лицо соответствует всем требованиям, установленным в Правилах страхования.

6.3. Страхование распространяется на страховые случаи, происшедшие с Застрахованным Лицом с даты начала срока страхования до даты окончания срока страхования в отношении указанного Застрахованного Лица.

6.4. Договор вступает в силу с 00 часов 00 минут даты, указанной в Договоре страхования, и при условии уплаты страховой премии в размере и сроки, установленные Договором страхования.

6.5. Действие договора страхования заканчивается в 23 часа 59 минут дня, указанного в Договоре как дата его окончания, если в договоре страхования не указано иное, или при наступлении иных условий, предусматривающих прекращение действия Договора ранее указанной даты.

7. ПОРЯДОК ЗАКЛЮЧЕНИЯ, ИЗМЕНЕНИЯ И ИСПОЛНЕНИЯ ДОГОВОРА СТРАХОВАНИЯ

7.1. Договор страхования заключается в письменной форме. Несоблюдение письменной формы влечет недействительность Договора страхования.

7.2. Договор страхования заключается на основании письменного или устного заявления Страхователя.

7.3. Договор страхования заключается путем составления и двустороннего подписания Договора страхования с приложением списка Застрахованных Лиц. По желанию Страхователя Страховщик выдает страховые полисы или сертификаты на каждое Застрахованное Лицо для вручения их Застрахованным Лицам.

7.4. В случае утери Договора страхования (полиса, сертификата) Страхователем/Застрахованным Лицом, Страховщик на основании личного письменного заявления Страхователя выдает дубликат документа, после чего утраченный экземпляр Договора (полиса, сертификата) считается не имеющим юридической силы с момента подачи заявления Страхователя, и выплаты по нему не производятся. При повторной утрате Договора (полиса, сертификата) в течение периода действия Договора страхования Страховщик имеет право взыскать со Страхователя стоимость оформления Договора (полиса). Подлежащая оплате сумма в указанном случае вносится Страхователем единовременно с оплатой следующего страхового взноса или независимо от него, если Страхователь вносил такой взнос единовременно.

7.5. Для заключения и исполнения Договора страхования Страховщик вправе запросить у Страхователя следующие документы и сведения:

7.5.1. 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 (при необходимости).

7.5.2. Копии документов, идентифицирующих Страхователя, Застрахованное Лицо 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); контактные номера телефона, факса, адреса электронной почты (если имеются); 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, юридический, почтовый и/или 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, адреса 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).

7.5.3. Копии квитанций / платежных поручений об оплате страховой премии (первого страхового взноса при уплате премии в рассрочку) в полном размере;

7.5.4. Сведения и/или документы, необходимые для андеррайтинга (оценки страховых рисков), установленные п. 3.8 Правил (если применимо).

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

7.5.6. Сведения о наличии статуса налогового резидента иностранного государства (TIN) и иные связанные с этим данные.

7.5.7. 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). Все данные о Страхователе/Застрахованном Лице, Выгодоприобретателе, которые стали известны Страховщику от кого бы то ни было в связи с заключением, исполнением и прекращением (расторжением) Договора страхования, являются конфиденциальными. Такие данные могут быть использованы исключительно в целях исполнения Договора страхования и не подлежат разглашению Страховщиком или его представителем, если иное не предусмотрено законодательством Российской Федерации. Страховщик имеет право передавать перестраховщику или состраховщику, а также Ассистанской компании данные о Застрахованном Лице в том объеме, в каком это необходимо для оценки риска в целях заключения договора перестрахования, сострахования и т. п. / для оказания услуг Ассистанс. Обработка сведений, содержащих персональные данные, осуществляется Страховщиком с соблюдением законодательства Российской Федерации о персональных данных. Сообщение Страховщику заведомо ложных или недостоверных сведений, указанных в заявлении-анкете, а также предоставление фиктивных документов является основанием для требования Страховщиком признания Договора страхования недействительным.

7.6. По соглашению Сторон Договор страхования может быть пересмотрен в части изменения страховой суммы, срока страхования, периодичности уплаты взносов, размера процентов от страховой суммы в таблицах выплат, срока осуществления страховой выплаты и т. д. Все изменения в существенных условиях Договора страхования и дополнениях к нему оформляются в виде дополнительных соглашений к Договору страхования.

7.7. 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.

7.8. При заключении Договора страхования на условиях, содержащихся в настоящих Правилах, эти условия становятся неотъемлемой частью Договора страхования и обязательными для Страхователя / Застрахованного Лица / Выгодоприобретателя и

Страховщика. Страхователь и Страховщик вправе согласовать любые дополнения, исключения, уточнения к Договору, не запрещенные действующим законодательством, исключить отдельные положения настоящих Правил из содержания Договора, закрепив это в тексте Договора страхования.

7.9. Договор страхования считается заключенным на условиях, содержащихся в настоящих Правилах в том случае, если в Договоре прямо указывается на их применение и сами Правила приложены к Договору. Вручение Страхователю Правил страхования при заключении Договора удостоверяется записью в Договоре.

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

7.11. 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).

7.12. Договор страхования считается заключенным в момент его подписания Страхователем и Страховщиком или его уполномоченным представителем и, если он подписан и скреплен печатями Сторон. Договор вступает в силу в 00 часов 00 минут дня, следующего за днем уплаты страховой премии или первого страхового взноса, если Договором страхования не предусмотрено иное. День уплаты определяется в Договоре страхования. В случае, если к сроку, установленному в Договоре страхования, страховая премия или первый страховой взнос не были уплачены или были уплачены не полностью, Договор страхования не вступает в силу и поступившие страховые взносы возвращаются Страхователю, если Договором не предусмотрено иное.

7.13. 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.

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.

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.

Если иное не установлено законом или Договором страхования, Страховщик вправе направлять Страхователю (Выгодоприобретателю, Застрахованному) сообщения посредством электронной почты по адресу, указанному Страхователем (Выгодоприобретателем, Застрахованным) в имеющихся у Страховщика документах, или посредством размещения информации на своем сайте в информационно-телекоммуникационной сети Интернет. В таком случае сообщение считается направленным надлежащим образом, если можно достоверно установить от кого исходило сообщение и кому оно адресовано.

Стороны имеют право применять электронную почту для обмена документами при условии последующей обязательной передачи оригиналов документов.

8. ПРАВА И ОБЯЗАННОСТИ СТОРОН

8.1. Страхователь обязан:

8.1.1. Оплачивать страховую премию (страховые взносы) в размерах и в сроки, определенные настоящими Правилами страхования и Договором страхования;

- 8.1.2. 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);
- 8.1.3. Сообщать Страховщику об изменениях в сведениях, предоставленных Страховщику при заключении Договора страхования.
- 8.1.4. При заключении Договора страхования предоставлять Страховщику персональные данные лиц, принимаемых на страхование, с соблюдением законодательства Российской Федерации о персональных данных.
- 8.1.5. Сообщать в письменном виде Страховщику об изменениях или дополнениях, которые он намерен внести в условия Договора страхования.
- 8.1.6. Известить Страховщика 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.
- 8.1.7. Получить письменное согласие Застрахованного в случае назначения или изменения Выгодоприобретателя по Договору страхования.
- 8.1.8. 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.
- 8.2. Страховщик обязан:
- 8.2.1. Ознакомить Страхователя с настоящими Правилами страхования и условиями Договора страхования.
- 8.2.2. Обеспечить соблюдение законодательства Российской Федерации о защите персональных данных Страхователя, Выгодоприобретателя, Застрахованного.
- 8.2.3. При наступлении страхового случая произвести страховую выплату после получения всех необходимых документов в соответствии с п. 10 Правил; либо отсрочить выплату или отказать в ней в случаях, предусмотренных Правилами;
- 8.2.4. Обеспечить оказание информационно-консультационной поддержки по вопросам, связанным с исполнением Договора страхования. В целях оказания такой поддержки Страховщик вправе привлекать Ассистанскую компанию.
- 8.2.5. По запросу получателя страховых услуг предоставить информацию о размере вознаграждения, выплачиваемого посреднику, оказывающему услугу по оформлению и/или сопровождению Договора страхования.
- 8.2.6. Предоставить по требованию Страхователя (Застрахованного, Выгодоприобретателя) информацию в соответствии с законодательством Российской Федерации.
- 8.3. Страхователь имеет право:
- 8.3.1. Досрочно прекратить Договор (отказаться от Договора) с обязательным письменным уведомлением об этом Страховщика в соответствии с законодательством Российской Федерации и положениями Договора.
- 8.3.2. Получать от Страховщика информацию, касающуюся его финансовой устойчивости и не являющуюся коммерческой тайной.
- 8.3.3. Проверять соблюдение Страховщиком условий Договора.
- 8.3.4. 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.

8.3.5. Запросить информацию о размере вознаграждения, выплачиваемого страховому агенту или страховому брокеру.

8.4. Страховщик имеет право:

8.4.1. Проверять достоверность данных и информации, сообщаемой Страхователем, Застрахованным и Выгодоприобретателем любыми доступными ему способами, не противоречащими законодательству Российской Федерации, в том числе проводить медицинское обследование Застрахованного Лица, назначать соответствующие экспертизы, самостоятельно запрашивать дополнительные сведения.

8.4.2. Проверять выполнение Страхователем, Застрахованным требований и положений Договора страхования.

8.4.3. Увеличить период времени, необходимый для принятия решения о признании/не признании 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.

8.4.4. Увеличить период времени, необходимый для принятия решения о признании/не признании события страховым случаем в случае возбуждения по факту наступления страхового события уголовного дела до момента вступления в силу окончательного решения компетентными органами.

8.4.5. Принимать участие в качестве третьего лица в суде при рассмотрении любого дела, связанного со Страховым случаем.

8.4.6. Потребовать признания Договора страхования недействительным в части данного Застрахованного Лица, если Страхователь, Застрахованное Лицо и/или Выгодоприобретатель сообщили Страховщику заведомо ложные или недостоверные сведения о фактах, влияющих на установление степени риска наступления страхового случая, предусмотренного Договором страхования.

8.4.7. Отказать в страховой выплате, если Страхователь, Застрахованное Лицо и/или Выгодоприобретатель не уведомили в срок и в порядке, установленном настоящими Правилами страхования и законодательством Российской Федерации, Страховщика о наступлении страхового случая.

8.4.8. Потребовать изменения условий Договора страхования или уплаты дополнительной страховой премии соразмерно увеличению степени страхового риска, в случае уведомления / получения информации об обстоятельствах, влекущих увеличение степени данного страхового риска. Если Страхователь возражает против изменения условий Договора страхования или доплаты страховой премии, Страховщик вправе потребовать расторжения Договора страхования в порядке, предусмотренном законодательством Российской Федерации.

8.4.9. 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. 4 Правил.

8.4.10. Проводить расследования, в том числе и медицинскую экспертизу, с целью удостовериться в правомерности и обоснованности требований о страховой выплате и установить размер страховой выплаты.

8.4.11. Потребовать расторжения Договора страхования и возмещения убытков, причиненных расторжением данного Договора страхования, в случае неисполнения Страхователем обязанности, предусмотренной п. 8.1.1 Правил.

8.4.12. В случаях, предусмотренных действующим законодательством Российской Федерации, оспаривать действительность Договора страхования в случае нарушения или ненадлежащего исполнения Страхователем (Застрахованным Лицом) положений Правил.

8.4.13. Для принятия решения об осуществлении страховой выплаты направлять при необходимости запросы в компетентные органы об обстоятельствах наступления события, имеющего признаки страхового случая, а также потребовать от Страхователя/Застрахованного Лица либо Выгодоприобретателя предоставления

дополнительных сведений и документов, подтверждающих факт, обстоятельства наступления и причину такого события.

8.4.14. Отказать в страховой выплате, если Страхователь (Застрахованное Лицо, Выгодоприобретатель) сообщил Страховщику заведомо ложные или недостоверные сведения о фактах, влияющих на установление степени риска или наступления страхового случая, предусмотренного в Договоре либо произошедшее событие признано не являющимся страховым случаем.

9. ПРЕКРАЩЕНИЕ ДЕЙСТВИЯ ДОГОВОРА СТРАХОВАНИЯ

9.1. Действие Договора страхования прекращается в случае:

9.1.1. Истечения срока действия Договора.

9.1.2. Выполнения Страховщиком своих обязательств по Договору страхования в полном объеме в отношении каждого Застрахованного Лица.

9.1.3. По требованию (инициативе) Страховщика – в случае неуплаты Страхователем очередного страхового взноса в установленные Договором сроки и размере.

9.1.4. По инициативе Страхователя путем направления письменного уведомления Страховщику не позднее чем за 30 (тридцать) дней до даты предполагаемого прекращения действия Договора страхования.

9.1.5. По соглашению Сторон;

9.1.6. Если возможность наступления страхового случая отпала и существование страхового риска прекратилось по обстоятельствам иным, чем страховой случай. В этом случае Страхователю возвращается часть уплаченной страховой премии, пропорциональная не истекшему оплаченному периоду Договора страхования;

9.1.7. Ликвидации, реорганизации Страхователя в порядке, установленном законодательством Российской Федерации, если Застрахованное Лицо в отношении себя или иное лицо не примут на себя обязанности Страхователя по Договору страхования, указанные в п. 8 Правил;

9.1.8. Принятия судом решения о признании Договора страхования недействительным;

9.1.9. В иных случаях, установленных законодательством Российской Федерации.

9.1.10. При досрочном прекращении действия Договора страхования, за исключением п. 9.1.6 Правил, уплаченные страховые взносы возврату не подлежат, если Договором не предусмотрено иное.

9.2. Договор страхования прекращается по основанию, указанному в п. 9.1.3 Правил, 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 последнего оплаченного 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.

10. ОПРЕДЕЛЕНИЕ РАЗМЕРА И ПОРЯДОК ОСУЩЕСТВЛЕНИЯ СТРАХОВЫХ ВЫПЛАТ

10.1. При наступлении страхового случая Страховщик производит страховую выплату в соответствии с условиями Договора страхования.

10.2. При наступлении страхового случая «смерть Застрахованного Лица» страховая выплата производится единовременно в размере 100% (ста процентов) от страховой суммы с учетом ранее произведенных выплат в соответствии с п. 5.1 Правил.

10.3. Если иное не предусмотрено Договором страхования, при наступлении страхового случая «инвалидность Застрахованного Лица» страховая выплата производится Застрахованному Лицу единовременно, с учетом ранее произведенных выплат, в соответствии с вариантом, предусмотренным Договором страхования, в следующих размерах:

10.3.1. Для Застрахованных старше 18 лет:

- при установлении I группы инвалидности в результате несчастного случая – 100% (сто процентов) от страховой суммы;
- при установлении II группы инвалидности в результате несчастного случая – 80% (восемьдесят процентов) от страховой суммы;
- при установлении III группы инвалидности в результате несчастного случая – 60% (шестьдесят процентов) от страховой суммы.
- при установлении I группы инвалидности в результате болезни – 100% (сто процентов) от страховой суммы;
- при установлении II группы инвалидности в результате болезни – 80% (восемьдесят процентов) от страховой суммы;
- при установлении III группы инвалидности в результате болезни – 60% (шестьдесят процентов) от страховой суммы.

При этом, если в течение срока действия Договора страхования происходит смена группы инвалидности Застрахованного в сторону увеличения ее степени, Страховщик производит выплату в размере разницы между суммой страховой выплаты, подлежащей выплате при более высокой группе инвалидности, и суммой страховой выплаты, подлежащей выплате при более низкой группе инвалидности;

10.3.2. Для Застрахованных, не достигших 18 лет:

- при установлении инвалидности Застрахованному Лицу в результате несчастного случая: на срок 1 (один) год – 50% (пятьдесят процентов) страховой суммы, указанной в Договоре по данному виду страховых случаев; на срок 2 (два) года – 75% (семьдесят пять процентов) страховой суммы; до достижения Застрахованным Лицом 18-летнего возраста – 100% (сто процентов) страховой суммы.
- при установлении инвалидности Застрахованному Лицу в результате болезни: на срок 1 (один) год – 50% (пятьдесят процентов) страховой суммы, указанной в Договоре по данному виду страховых случаев; на срок 2 (два) года – 75% (семьдесят пять процентов) страховой суммы; до достижения Застрахованным Лицом 18-летнего возраста – 100% (сто процентов) страховой суммы.

При этом, если в течение срока действия Договора страхования происходит смена группы инвалидности Застрахованного в сторону увеличения ее степени, Страховщик производит выплату в размере разницы между суммой страховой выплаты, подлежащей выплате при более высокой группе инвалидности, и суммой страховой выплаты, подлежащей выплате при более низкой группе инвалидности.

10.3.3. Подтверждение (повторное установление) группы инвалидности по результатам медико-социальной экспертизы не является страховым случаем.

10.4. При наступлении страхового случая «постоянная полная утрата трудоспособности» страховые выплаты осуществляются в размере 100% (ста процентов) от страховой суммы, указанной в Договоре.

10.4.1. Договором страхования, предусматривающим наступление событий «инвалидность Застрахованного Лица» и/или «полная постоянная нетрудоспособность Застрахованного Лица» может быть предусмотрен период ожидания (продолжительностью до 365 (трехсот шестидесяти пяти) дней), начинающийся с даты определения группы инвалидности или установления факта полной нетрудоспособности. Страховая выплата в этих случаях осуществляется после истечения периода ожидания при условии подтверждения группы инвалидности или полной нетрудоспособности Застрахованного Лица на дату окончания этого периода.

10.4.2. Страховщик оставляет за собой право обратиться к независимому врачу-эксперту за подтверждением необратимости полной постоянной утраты трудоспособности Застрахованным.

10.4.3. При наступлении страхового случая «постоянная частичная утрата трудоспособности» страховые выплаты осуществляются согласно Таблице страховых выплат при постоянной частичной утрате трудоспособности (Приложение №2.6 к Правилам).

10.5. При наступлении страхового случая «временная утрата трудоспособности Застрахованного Лица в результате несчастного случая и/или болезни» страховая выплата осуществляется в размере 0,1% (одной десятой процента) от страховой суммы за каждый день нетрудоспособности, начиная с 4-го (четвертого) дня нетрудоспособности и не более 90 (девяноста) дней по одному страховому случаю, если Договором страхования не предусмотрено иное.

10.6. При наступлении страхового случая «госпитализация Застрахованного Лица» страховая выплата осуществляется в размере 0,1% (одной десятой процента) от страховой суммы за каждый день стационарного лечения, начиная с 4-го (четвертого) дня госпитализации, если Договором страхования не предусмотрено иное. Если Договором страхования не предусмотрено иное, то максимальное количество дней нахождения на стационарном лечении, за которое производится страховая выплата, в связи с одним страховым случаем составляет 90 (девяноста) дней.

10.7. При наступлении страхового случая «травматические повреждения» (п. 3.1.3 а) Правил) страховые выплаты осуществляются в проценте от страховой суммы согласно Таблице страховых выплат при травматических повреждениях (Приложение №2.1. к Правилам), при наступлении страхового случая «травматические повреждения в результате несчастного случая на производстве» (п. 3.1.3 б) Правил) страховые выплаты осуществляются в проценте от двукратного размера страховой суммы согласно Таблице страховых выплат при травматических повреждениях (Приложения №2.1 к Правилам).

10.7.1. При наступлении страхового случая «тяжкие телесные повреждения» страховые выплаты осуществляются согласно Таблице страховых выплат при получении тяжких телесных повреждений (Приложение №2.2 к Правилам).

10.8. При наступлении страхового случая «хирургические вмешательства» страховые выплаты осуществляются согласно Таблице страховых выплат при хирургическом вмешательстве (Приложение №2.7 к Правилам).

10.9. При наступлении страхового случая «критические заболевания» страховая выплата производится одновременно в размере 100% (ста процентов) страховой суммы – по заболеваниям из списка основных заболеваний; в размере, установленном Договором страхования, – по заболеваниям из списка дополнительных заболеваний. Общая сумма выплат по всем страховым случаям, произошедшим в отношении одного Застрахованного Лица по риску «критические заболевания», не может превышать 100% (ста процентов) индивидуальной страховой суммы, установленной по данному риску в отношении такого лица. Правилами предусмотрено установление периода ожидания и периода выживания, определение которых и сроки установлены в Дополнительных условиях страхования на случай критических заболеваний (Приложение № 1.1 к Правилам). В Договоре страхования Стороны могут исключить применение этих периодов либо изменить их сроки.

10.9.1. При наступлении критического заболевания Страховщик вправе отложить страховую выплату на указанный в Договоре страхования период отсрочки выплаты и/или до получения заключения назначенного Страховщиком врача-специалиста, подтверждающего правильность поставленного Застрахованному Лицу диагноза.

10.10. При наступлении страхового случая «переломы» страховые выплаты осуществляются согласно Таблице страховых выплат при переломах (Приложение №2.3 к Правилам).

10.11. При наступлении страхового случая «ожоги» страховые выплаты осуществляются согласно Таблице страховых выплат при ожогах (Приложение №2.4 к Правилам).

10.12. При наступлении страхового случая «Травматические повреждения Застрахованного Лица – вариант Ассистанс» (п. 3.1.18 Правил) страховые выплаты осуществляются в

проценте от страховой суммы согласно Таблице страховых выплат при травматических повреждениях (Приложение №2.1 к Правилам), при условии, что общий размер страховой выплаты по данному риску составляет не менее 30% (тридцати процентов) от страховой суммы по данному риску. В случае если общий размер страховой выплаты по данному риску составляет менее 30% (тридцати процентов) от страховой суммы по данному риску, выплата по риску, указанному в п. 3.1.18 Правил, не производится. Страховая выплата по рискам, указанным в п.п. 3.1.3, 3.1.18 Правил, производится в пределах, не превышающих размер страховой суммы по каждому страховому случаю.

10.12.1. В случае получения травматических повреждений согласно п. 3.1.18 Правил, постановки Застрахованному Лицу диагноза критического заболевания согласно п. 3.1.19 Правил, проведения хирургического вмешательства в организм Застрахованного Лица в соответствии с п. 3.1.20 Правил или установления Застрахованному Лицу показаний к проведению хирургического вмешательства в связи с наступлением критического заболевания согласно п. 3.1.21 Правил Застрахованное Лицо / представитель Застрахованного Лица вправе обратиться в кол-центр Страховщика, указанный в Договоре страхования (страховом сертификате, страховом полисе) как номер для страховых случаев «вариант Ассистанс» и получить бесплатную консультацию специалиста, который, уточнив у Застрахованного Лица / представителя Застрахованного Лица сведения о состоянии здоровья Застрахованного Лица на момент обращения и наличии соответствующих документов, произведет предварительный расчет объема, сроков и стоимости предполагаемых для оказания услуг по Ассистанс, который будет уточнен в течение 3 (трех) рабочих дней после получения от Застрахованного Лица / представителя Застрахованного Лица скан-копий документов, предусмотренных п. 10.27 Правил.

Предоставление скан-копий документов (в том числе медицинских) обусловлено необходимостью скорейшего признания у произошедшего с Застрахованным события страховым случаем и необходимостью в кратчайшие сроки с момента получения травматических повреждений / постановки диагноза критического заболевания / проведения хирургического вмешательства начать работу по подбору оптимальных условий прохождения Застрахованным диагностики, лечения и реабилитации (предварительное решение о признании события, произошедшего с Застрахованным страховым случаем, принимается в течение 3 (трех) рабочих дней после получения от Застрахованного Лица скан-копий всех документов, предусмотренных п. 10.27 Правил).

10.12.2. После уточнения в порядке, предусмотренном в п. 10.12.1 Правил, объемов, сроков и стоимости предполагаемых для услуг по Ассистанс, при условии получения оригиналов документов, предусмотренных п. 10.27 Правил, Ассистанская компания уведомляет Застрахованное Лицо о перечне услуг, которые будут оказаны Застрахованному Лицу, месте их оказания, стоимости с отдельным упоминанием о том, какие из перечисленных услуг будут оплачены за счет страховой выплаты в пределах ее лимитов, а какие услуги могут подлежать оплате самим Застрахованным Лицом за свой счет (в случае желания Застрахованного Лица получить услуги по Ассистанс более высокой ценовой категории или недостаточности суммы страховой выплаты или других обстоятельств).

10.12.3. Страховая выплата в связи с наступлением страховых случаев, указанных в п.п. 3.1.18, 3.1.19, 3.1.20, 3.1.21 Правил, производится в адрес Ассистанской компании на основании заявления на выплату, подписанного Застрахованным Лицом / представителем Застрахованного Лица. С момента перечисления страховой выплаты по заявлению Застрахованного Лица в адрес Ассистанской компании обязанность Страховщика по урегулированию страхового случая считается исполненной. В случае, если в процессе оказания услуг по Ассистанс выявится недостаток суммы страховой выплаты по обстоятельствам, не известным Сторонам на момент принятия решения о страховой выплате (ошибка медицинского учреждения, поставившего диагноз, либо неполная первоначальная диагностика, развитие осложнения, появление сопутствующего или нового заболевания и т. д.), Застрахованное Лицо оплачивает медицинскому учреждению, оказывающему медицинские услуги в рамках услуг Ассистанс, превышение фактической стоимости

самостоятельно. В случае если после оказания услуг по Ассистанс выявится остаток суммы, указанный остаток Застрахованный получает напрямую от Ассистанской компании по реквизитам, указанным в заявлении на страховую выплату.

10.12.4. Страховая выплата в связи с наступлением страхового случая, указанного в п. 3.1.21 Правил, производится в адрес Ассистанской компании на основании заявления на выплату, подписанного Застрахованным Лицом. Выплата при наступлении страхового случая по риску, указанному в п. 3.1.21.1 Правил, осуществляется в адрес Ассистанской компании для организации подтверждения первичного установления необходимости хирургического вмешательства в организм Застрахованного Лица в связи с критическим заболеванием Застрахованного Лица в медицинской организации, подобранной для Застрахованного Лица Ассистанской компанией. Выплата при наступлении страхового случая по риску, указанному в п. 3.1.21.2 Правил осуществляется в адрес Ассистанской компании для организации хирургического вмешательства в организм Застрахованного Лица в связи с критическим заболеванием Застрахованного Лица в медицинской организации, подобранной для Застрахованного Лица Ассистанской компанией, при условии подтверждения необходимости хирургического вмешательства, выданного медицинской организацией, в которую Застрахованное Лицо было направлено Ассистанской компанией в связи с наступлением страхового случая по риску, указанному в п. 3.1.21.1 Правил. В случае отказа Застрахованного Лица от прохождения медицинского обследования для подтверждения первично установленной необходимости хирургического вмешательства в связи с критическим заболеванием, предусмотренным риском, указанным в п. 3.1.21 Правил, страховая выплата в адрес Застрахованного Лица при наступлении страхового случая по риску, указанному в п. 3.1.21 Правил, не производится. Общая сумма страховых выплат по рискам, указанным в п.п. 3.1.21.1, 3.1.21.2 Правил, не может превышать страховую сумму, установленную по риску, указанному в п. 3.1.21 Правил.

10.12.5. Страховая выплата по рискам, указанным в п.п. 3.1.19, 3.1.20, 3.1.21 Правил, производится по одному из страховых рисков, указанных в данных пунктах, при этом если страховая выплата по одному из указанных страховых рисков произведена в размере менее 100% (ста процентов), то страховые выплаты по другим из указанных рисков рассчитываются исходя из остатка размера страховой суммы.

10.12.6. В случае отказа Застрахованного Лица от услуг Ассистанс по рискам, указанным в п.п. 3.1.19, 3.1.20, 3.1.21 Правил, страховые случаи урегулируются в соответствии с условиями, установленными для риска, указанного в п. 3.1.9 Правил.

10.12.7. Услуги Ассистанса по страховым рискам, указанным в п.п. 3.1.18, 3.1.19, 3.1.20, 3.1.21 Правил, могут быть предоставлены не позднее чем в течение 6 (шести) месяцев после окончания действия Договора страхования.

10.12.8. При наступлении страхового события по риску, указанному в п. 3.1.19 Правил, Страховщик вправе отложить страховую выплату на указанный в Договоре страхования период отсрочки выплаты и/или до получения заключения назначенного Страховщиком врача-эксперта, подтверждающего правильность поставленного Застрахованному Лицу диагноза.

10.13. Общая сумма выплат по договору страхования по всем страховым случаям, произошедшим с Застрахованным Лицом и предусмотренным Договором страхования, не может превышать размера страховой суммы, установленной Договором в отношении этого Застрахованного Лица по страховому риску «Смерть Застрахованного Лица в результате несчастного случая» либо «Инвалидность Застрахованного Лица в результате несчастного случая», в зависимости от того, какая из страховых сумм по Договору страхования является большей, за исключением выплаты по страховому риску, указанному в п. 3.1.18 Правил, если Договором страхования не предусмотрено иное.

10.14. Если Договором страхования предусмотрены страховые риски, указанные в п. 3.1.9 Правил либо в п.п. 3.1.19, 3.1.20, 3.1.21 Правил, то страховая выплата по ним производится независимо от других страховых выплат по Договору страхования (дополнительная выплата), за исключением смерти Застрахованного Лица в течение установленного

Договором периода выживания с даты постановки диагноза «критическое заболевание» / даты хирургического вмешательства / даты установления показаний и рекомендаций к проведению хирургического вмешательства – если Застрахованное Лицо умирает в течение этого периода, то произведенная выплата по п. 3.1.9 Правил либо по п.п. 3.1.19, 3.1.20, 3.1.21 Правил вычитается Страховщиком из страховой суммы по риску «смерть Застрахованного лица».

10.15. В отдельных случаях Договоры страхования могут быть заключены с условием авансовой выплаты по п.п. 3.1.9, 3.1.19, 3.1.20, 3.1.21 Правил; при этом в случае наступления страхового случая «смерть Застрахованного Лица» после осуществления авансовой выплаты по указанным пунктам сумма выплаты по риску «смерть Застрахованного лица» уменьшается на сумму ранее произведенной авансовой выплаты.

10.16. Если страховой случай наступил до уплаты очередного страхового взноса, внесение которого просрочено, Страховщик имеет право вычесть сумму просроченного взноса из размера страховой выплаты, если иное не установлено Договором страхования.

10.17. Если Выгодоприобретатель умер, не успев получить страховую выплату по договору страхования, то выплата осуществляется наследникам Выгодоприобретателя.

10.18. Выплата может быть произведена представителю Застрахованного Лица (Выгодоприобретателя) по нотариальной доверенности.

10.19. После предоставления Страховщику полного пакета документов на выплату Страховщик в течение 10 (десяти) рабочих дней:

- принимает решение об осуществлении страховой выплаты (в т. ч. о размере страховой выплаты) / об отказе в страховой выплате;

- перечисляет страховую выплату на банковский счет, указанный Выгодоприобретателем в заявлении на страховую выплату (в случае принятия положительного решения о страховой выплате).

Решение о страховой выплате принимается Страховщиком путем утверждения им страхового акта.

10.20. При непредставлении 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.

10.21. 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 непредставлении 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.

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

10.23. В случае принятия решения об отказе в страховой выплате Страховщик направляет Выгодоприобретателю (представителю Выгодоприобретателя) мотивированное решение в течение 3 (трех) рабочих дней с момента принятия такого решения.

10.24. Требования по страховой выплате могут быть предъявлены Страховщику в течение 3 (трех) лет со дня наступления страхового случая.

10.25. Страховая выплата не производится в случаях, предусмотренных в п. 4 Правил, а также в других случаях, предусмотренных Договором страхования и законодательством Российской Федерации.

10.26. Страховая выплата осуществляется Страховщиком на основании заявления о страховом случае, составленного Застрахованным Лицом (Выгодоприобретателем) в письменной форме с приложением подтверждающих документов и страхового акта, составленного и подписанного Страховщиком.

10.27. К заявлению на осуществление страховой выплаты прилагаются следующие документы:

- Договор страхования (страховой полис, страховой сертификат) со всеми приложениями к нему, включая все имеющиеся заключенные дополнительные соглашения к данному Договору страхования;

- документ, удостоверяющий заявителя;

- доверенность (если заявителем является лицо, действующее на основании доверенности);

- документы, требование о представлении 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, 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;

- дополнительные документы в зависимости от вида страхового случая.

10.27.1. При наступлении смерти Застрахованного Лица в результате несчастного случая или болезни (п.п. 3.1.1, 3.1.2 Правил):

10.27.1.1. Обязательные документы, предоставляемые вне зависимости от характера и обстоятельств произошедшего события (далее по тексту – Обязательные документы):

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

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

- 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.

10.27.1.2. Дополнительные документы, предоставляемые в зависимости от характера и обстоятельств произошедшего события (далее по тексту – Дополнительные документы):

- медицинская справка о смерти;

- медицинская карта стационарного больного и/или медицинская карта амбулаторного больного;

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

- решение суда (в случае возбуждения уголовного дела);

- 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);

- 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);

- акт о несчастном случае на производстве по форме Н-1 (если страховой случай наступил в результате несчастного случая на производстве);
- акт о несчастном случае с обучающимся, воспитанником системы образования Российской Федерации по форме Н-2;
- справка из онкодиспансера / от врача-специалиста с указанием окончательного диагноза и датой постановки на учет (если причиной смерти является онкологическое заболевание);
- копия приказа о принятии на работу и иные документы подтверждающие условия труда;
- нотариально удостоверенная копия свидетельства о праве на наследство с указанием прав на получение страховой выплаты или ее части (если не назначен Выгодоприобретатель по рискам смерти).

10.27.2. При наступлении смерти Застрахованного Лица в результате несчастного случая – дорожно-транспортного происшествия (п. 3.1.16 Правил):

10.27.2.1. Обязательные документы:

- оригинал свидетельства органа ЗАГС о смерти Застрахованного либо его нотариально удостоверенная копия;
- выписка из медицинской карты амбулаторного (стационарного) больного с посмертным диагнозом;
- 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;
- протокол об административной правонарушении или определение об отказе в возбуждении дела об административном правонарушении, или постановление о прекращении дела об административном правонарушении;
- 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).

10.27.2.2. Дополнительные документы:

- медицинская справка о смерти;
- медицинская карта стационарного больного и/или медицинская карта амбулаторного больного;
- постановление о возбуждении (отказе в возбуждении) уголовного дела (если таковые выносились по факту наступления страхового случая);
- решение суда (в случае возбуждения уголовного дела);
- акт о несчастном случае на производстве по форме Н-1 (если страховой случай наступил в результате несчастного случая на производстве);
- акт о несчастном случае с обучающимся, воспитанником системы образования Российской Федерации по форме Н-2;
- копия приказа о принятии на работу и иные документы подтверждающие условия труда.

10.27.3. При наступлении смерти Застрахованного Лица в результате несчастного случая – аварии авиатранспорта (п. 3.1.15 Правил):

10.27.3.1. Обязательные документы:

- оригинал свидетельства органа ЗАГС о смерти Застрахованного либо его нотариально удостоверенная копия;
- выписка из медицинской карты амбулаторного (стационарного) больного с посмертным диагнозом;
- 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;

- подтверждение авиаперевозчика о нахождении Застрахованного Лица на борту потерпевшего аварию воздушного судна либо документы компетентных органов, производивших расследование;

- официальное заключение специализированной комиссии по расследованию аварии, содержащее информацию о ее причинах.

10.27.3.2. Дополнительные документы:

- медицинская справка о смерти;

- медицинская карта стационарного больного и/или медицинская карта амбулаторного больного;

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

- решение суда (в случае возбуждения уголовного дела);

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

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

- копия приказа о принятии на работу и иные документы подтверждающие условия труда.

10.27.4. При установлении инвалидности Застрахованному Лицу в результате несчастного случая или болезни (п.п. 3.1.5, 3.1.6 Правил):

10.27.4.1. Обязательные документы:

- документ, удостоверяющий личность Застрахованного;

- справка об установлении инвалидности государственного образца либо её нотариально удостоверенная копия;

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

- акт медико-социальной экспертизы гражданина с установлением группы инвалидности.

10.27.4.2. Дополнительные документы:

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

- выписка из медицинской карты стационарного больного и/или выписка из медицинской карты амбулаторного больного из медицинской организации/организаций, в которой Застрахованное Лицо когда-либо наблюдалось / получало лечение;

- выписка из медицинской карты стационарного больного и/или выписка из медицинской карты амбулаторного больного лечебного учреждения, направившего Застрахованное Лицо на медико-социальную экспертизу;

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

- медицинская карта стационарного больного и/или медицинская карта амбулаторного больного;

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

- решение суда (в случае возбуждения уголовного дела);

- 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)

- 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);

- акт о несчастном случае на производстве по форме Н-1 (если страховой случай наступил в результате несчастного случая на производстве);
- акт о несчастном случае с обучающимся, воспитанником системы образования Российской Федерации по форме Н-2;
- акт о несчастном случае с обучающимся, воспитанником системы образования Российской Федерации по форме Н-2;
- справка из онкодиспансера / от врача-онколога с указанием окончательного диагноза и датой постановки на учет;
- копия приказа о принятии на работу и иные документы подтверждающие условия труда.

10.27.5. При установлении инвалидности Застрахованного Лица в результате несчастного случая – дорожно-транспортного происшествия (п. 3.1.17 Правил):

10.27.5.1. Обязательные документы:

- документ, удостоверяющий личность Застрахованного;
- справка об установлении инвалидности государственного образца либо её нотариально удостоверенная копия;
- направление на медико-социальную экспертизу организацией, оказывающей лечебно-профилактическую помощь (форма № 088/у-06);
- акт медико-социальной экспертизы гражданина;
- 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);
- 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).

10.27.5.2. Дополнительные документы:

- индивидуальная программа реабилитации инвалида, выдаваемая федеральными государственными учреждениями медико-социальной экспертизы;
- выписка из медицинской карты стационарного больного и/или выписка из медицинской карты амбулаторного больного из медицинской организации/организаций, в которой Застрахованное Лицо когда-либо наблюдалось / получало лечение;
- выписка из медицинской карты стационарного больного и/или выписка из медицинской карты амбулаторного больного лечебного учреждения, направившего Застрахованное Лицо на медико-социальную экспертизу;
- справка из травматологического пункта с указанием диагноза, явившегося основанием для получения инвалидности;
- медицинская карта стационарного больного и/или медицинская карта амбулаторного больного;
- постановление о возбуждении (отказе в возбуждении) уголовного дела (если таковые выносились по факту наступления страхового случая);
- решение суда (в случае возбуждения уголовного дела);
- акт о несчастном случае на производстве по форме Н-1 (если страховой случай наступил в результате несчастного случая на производстве);
- акт о несчастном случае с обучающимся, воспитанником системы образования Российской Федерации по форме Н-2;
- копия приказа о принятии на работу и иные документы подтверждающие условия труда.

10.27.6. При травматическом повреждении Застрахованного Лица (п.п. 3.1.3, 3.1.18 Правил):

10.27.6.1. Обязательные документы:

- документ, удостоверяющий личность Застрахованного;
- врачебное заключение из лечебно-профилактического или иного медицинского учреждения по месту первичного обращения за медицинской помощью;
- 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 Лица;
- результаты проведенных исследований с интерпретацией.
- **Дополнительные документы:**
- медицинская карта стационарного больного и/или медицинская карта амбулаторного;
- результаты рентгенологических методов исследования (снимки, описания снимков);
- результаты томографии (снимки, описание снимков);
- результаты ультразвукового исследования (снимки, заключения);
- результаты электронейромиографии с врачебным заключением;
- заключение офтальмолога об остроте зрения;
- результаты аудиограммы;
- заключение сурдолога;
- врачебное заключение с указанием локализации ожоговой поверхности, степени ожога, площади в процентном соотношении к площади поверхности тела человека;
- закрытые листки нетрудоспособности, заверенные отделом кадров Застрахованного, или справка о временной нетрудоспособности учащихся по форме 095/у, или справка врачебной комиссии с указанием периода нетрудоспособности;
- постановление о возбуждении (отказе в возбуждении) уголовного дела (если таковые выносились по факту наступления страхового случая);
- решение суда (в случае возбуждения уголовного дела);
- протокол освидетельствования на состояние алкогольного, наркотического опьянения, копия водительского удостоверения (если страховой случай произошел в результате дорожно-транспортного происшествия, во время которого Застрахованное Лицо находилось за рулем);
- 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);
- акт о несчастном случае на производстве по форме Н-1 (если страховой случай наступил в результате несчастного случая на производстве);
- акт о несчастном случае с обучающимся, воспитанником системы образования Российской Федерации по форме Н-2;
- копия приказа о принятии на работу и иные документы подтверждающие условия труда.

10.27.7. При постоянной полной или частичной утрате трудоспособности Застрахованного Лица в результате несчастного случая или болезни (п.п. 3.1.11, 3.1.12 Правил):

10.27.7.1. Обязательные документы:

- документ, удостоверяющий личность Застрахованного;
- врачебное заключение из лечебно-профилактического или иного медицинского учреждения по месту первичного обращения за медицинской помощью;
- выписка из медицинской карты стационарного больного и/или выписка из медицинской карты амбулаторного больного из медицинских учреждений;
- результаты проведенных исследований с интерпретацией;
- закрытые листки нетрудоспособности, заверенные отделом кадров Застрахованного, или справка о временной нетрудоспособности учащихся по форме 095/у;
- направление на врачебную комиссию;
- заключение врачебной комиссии.

10.27.7.2. Дополнительные документы:

- направление на медико-социальную экспертизу организацией, оказывающей лечебно-профилактическую помощь (форма № 088/у-06);
- акт медико-социальной экспертизы гражданина; заключение МСЭ о степени утраты профессиональной трудоспособности в процентном соотношении;
- медицинская карта стационарного больного и/или медицинская карта амбулаторного больного;
- результаты рентгенологических методов исследования (снимки, описания снимков);
- результаты томографии (снимки, описание снимков);
- результаты ультразвукового исследования (снимки, заключения);
- результаты электронейромиографии с врачебным заключением;
- заключение офтальмолога об остроте зрения;
- результаты аудиограммы;
- заключение сурдолога;
- врачебное заключение с указанием локализации ожоговой поверхности, степени ожога, площади в процентном соотношении к площади поверхности тела человека;
- постановление о возбуждении (отказе в возбуждении) уголовного дела (если таковые выносились по факту наступления страхового случая);
- решение суда (в случае возбуждения уголовного дела);
- протокол освидетельствования на состояние алкогольного, наркотического опьянения, копия водительского удостоверения (если страховой случай произошел в результате дорожно-транспортного происшествия, во время которого Застрахованное Лицо находилось за рулем);
- 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);
- акт о несчастном случае на производстве по форме Н-1 (если страховой случай наступил в результате несчастного случая на производстве);
- акт о несчастном случае с обучающимся, воспитанником системы образования Российской Федерации по форме Н-2;
- копия приказа о принятии на работу и иные документы подтверждающие условия труда.

10.27.8. При тяжелых телесных повреждениях Застрахованного Лица в результате несчастного случая (п. 3.1.10 Правил):

10.27.8.1. Обязательные документы:

- документ, удостоверяющий личность Застрахованного;
- врачебное заключение из лечебно-профилактического или иного медицинского учреждения по месту первичного обращения за медицинской помощью;
- выписные эпикризы из медицинских учреждений, оказавших медицинскую помощь в связи с травматическим повреждением Застрахованного Лица;
- результаты проведенных исследований с интерпретацией.

10.27.8.2. Дополнительные документы:

- медицинская карта стационарного больного и/или медицинская карта амбулаторного больного;
- результаты рентгенологических методов исследования (снимки, описания снимков);
- результаты томографии (снимки, описание снимков);
- результаты ультразвукового исследования (снимки, заключения);
- результаты электронейромиографии с врачебным заключением;
- заключение офтальмолога;
- закрытые листки нетрудоспособности, заверенные отделом кадров Застрахованного, или справка о временной нетрудоспособности учащихся по форме 095/у, или справка врачебной комиссии с указанием периода нетрудоспособности;

- постановление о возбуждении (отказе в возбуждении) уголовного дела (если таковые выносились по факту наступления страхового случая);
- решение суда (в случае возбуждения уголовного дела);
- протокол освидетельствования на состояние алкогольного, наркотического опьянения, копия водительского удостоверения (если страховой случай произошел в результате дорожно-транспортного происшествия, во время которого Застрахованное Лицо находилось за рулем);
- 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);
- акт о несчастном случае на производстве по форме Н-1 (если страховой случай наступил в результате несчастного случая на производстве);
- акт о несчастном случае с обучающимся, воспитанником системы образования Российской Федерации по форме Н-2;
- копия приказа о принятии на работу и иные документы подтверждающие условия труда.

10.27.9. При временной утрате трудоспособности Застрахованным Лицом в результате несчастного случая или болезни (п. 3.1.4 Правил):

10.27.9.1. Обязательные документы:

- документ, удостоверяющий личность Застрахованного;
- выписка из медицинской карты стационарного больного и/или выписка из медицинской карты амбулаторного больного из медицинских учреждений;
- результаты проведенных исследований с интерпретацией;
- закрытые листки нетрудоспособности, заверенные отделом кадров Застрахованного или справка о временной нетрудоспособности учащихся по форме 095/у.

10.27.9.2. Дополнительные документы:

- медицинская карта стационарного больного и/или медицинская карта амбулаторного больного;
- результаты рентгенологических методов исследования (снимки, описания снимков);
- заключение врачебной комиссии;
- постановление о возбуждении (отказе в возбуждении) уголовного дела (если таковые выносились по факту наступления страхового случая);
- решение суда (в случае возбуждения уголовного дела);
- протокол освидетельствования на состояние алкогольного, наркотического опьянения, копия водительского удостоверения (если страховой случай произошел в результате дорожно-транспортного происшествия, во время которого Застрахованное Лицо находилось за рулем);
- 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);
- акт о несчастном случае на производстве по форме Н-1 (если страховой случай наступил в результате несчастного случая на производстве);
- акт о несчастном случае с обучающимся, воспитанником системы образования Российской Федерации по форме Н-2;
- копия приказа о принятии на работу и иные документы подтверждающие условия труда.

10.27.10. При наступлении у Застрахованного критического заболевания (п.п. 3.1.9, 3.1.19 Правил):

10.27.10.1. Обязательные документы:

- документ, удостоверяющий личность Застрахованного;

- выписка из медицинской карты стационарного больного и/или выписка из медицинской карты амбулаторного больного из медицинских учреждений, оказавших медицинскую помощь в связи с заболеванием Застрахованного Лица;
- документы лечебно-профилактического или иного медицинского учреждения, подтверждающие перенесение Застрахованным Лицом заболевания, соответствующего определению страхового случая, подтвержденные соответствующими лабораторными, клиническими, гистологическими, радиологическими исследованиями;
- заключение врача специалиста с указанием даты первичного установления диагноза (даты постановки на учет).

10.27.10.2. Дополнительные документы:

- медицинская карта стационарного больного и/или медицинская карта амбулаторного больного;
- врачебное заключение о необходимости проведения хирургического вмешательства;
- копия протокола операции;
- постановление о возбуждении (отказе в возбуждении) уголовного дела (если таковые выносились по факту наступления страхового случая);
- решение суда (в случае возбуждения уголовного дела);
- протокол освидетельствования на состояние алкогольного, наркотического опьянения, копия водительского удостоверения (если страховой случай произошел в результате дорожно-транспортного происшествия, во время которого Застрахованное Лицо находилось за рулем);
- 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);
- акт о несчастном случае на производстве по форме Н-1 (если страховой случай наступил в результате несчастного случая на производстве);
- акт о несчастном случае с обучающимся, воспитанником системы образования Российской Федерации по форме Н-2;
- копия приказа о принятии на работу и иные документы подтверждающие условия труда.

10.27.11. При госпитализации Застрахованного Лица в результате несчастного случая или болезни (п. 3.1.7 Правил):

10.27.11.1. Обязательные документы:

- документ, удостоверяющий личность Застрахованного;
- 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 или заболеванием Застрахованного Лица;
- результаты проведенных исследований с интерпретацией;
- закрытые листки нетрудоспособности, заверенные отделом кадров Застрахованного, или справка о временной нетрудоспособности учащихся по форме 095/у.

10.27.11.2. Дополнительные документы:

- медицинская карта стационарного больного и/или медицинская карта амбулаторного больного;
- постановление о возбуждении (отказе в возбуждении) уголовного дела (если таковые выносились по факту наступления страхового случая);
- решение суда (в случае возбуждения уголовного дела);
- протокол освидетельствования на состояние алкогольного, наркотического опьянения, копия водительского удостоверения (если страховой случай произошел в результате дорожно-транспортного происшествия, во время которого Застрахованное Лицо находилось за рулем);

- 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);
- акт о несчастном случае на производстве по форме Н-1 (если страховой случай наступил в результате несчастного случая на производстве);
- акт о несчастном случае с обучающимся, воспитанником системы образования Российской Федерации по форме Н-2;
- копия приказа о принятии на работу и иные документы подтверждающие условия труда.

10.27.12. При хирургических вмешательствах в организм Застрахованного Лица в результате несчастного случая или болезни (в том числе при хирургических вмешательствах в связи с наступлением критического заболевания Застрахованного Лица – вариант Ассистанс, п.п. 3.1.8, 3.1.20 Правил):

10.27.12.1. Обязательные документы:

- документ, удостоверяющий личность Застрахованного;
- 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 или заболеванием Застрахованного Лица;
- врачебное заключение о необходимости проведения хирургического вмешательства (направление на хирургическое вмешательство);
- удостоверенная копия протокола хирургического вмешательства.

10.27.12.2. Дополнительные документы:

- медицинская карта стационарного больного и/или медицинская карта амбулаторного больного;
- результаты проведенных исследований с интерпретацией;
- оригинал или копии закрытых листков нетрудоспособности, заверенные отделом кадров Застрахованного, или справка о временной нетрудоспособности учащихся по форме 095/у, или справка врачебной комиссии с указанием периода нетрудоспособности;
- постановление о возбуждении (отказе в возбуждении) уголовного дела (если таковые выносились по факту наступления страхового случая);
- решение суда (в случае возбуждения уголовного дела);
- протокол освидетельствования на состояние алкогольного, наркотического опьянения, копия водительского удостоверения (если страховой случай произошел в результате дорожно-транспортного происшествия, во время которого Застрахованное Лицо находилось за рулем);
- 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);
- акт о несчастном случае на производстве по форме Н-1 (если страховой случай наступил в результате несчастного случая на производстве);
- акт о несчастном случае с обучающимся, воспитанником системы образования Российской Федерации по форме Н-2;
- копия приказа о принятии на работу и иные документы подтверждающие условия труда.

10.27.13. При установлении первичной необходимости хирургического вмешательства в организм Застрахованного Лица в связи с критическим заболеванием (п. 3.1.21.1. Правил):

10.27.13.1. Обязательные документы:

- документ, удостоверяющий личность Застрахованного;

- выписка из медицинской карты стационарного больного и/или выписка из медицинской карты амбулаторного больного из медицинских учреждений, оказавших медицинскую помощь в связи с заболеванием Застрахованного лица;
- врачебное заключение о необходимости проведения хирургического вмешательства (направление на хирургическое вмешательство).

10.27.13.2. Дополнительные документы:

- медицинская карта стационарного больного и/или медицинская карта амбулаторного больного;
- результаты проведенных исследований с интерпретацией;
- оригинал или копии закрытых листков нетрудоспособности, заверенные отделом кадров Застрахованного, или справка о временной нетрудоспособности учащихся по форме 095/у, или справка врачебной комиссии с указанием периода нетрудоспособности;
- постановление о возбуждении (отказе в возбуждении) уголовного дела (если таковые выносились по факту наступления страхового случая);
- решение суда (в случае возбуждения уголовного дела);
- протокол освидетельствования на состояние алкогольного, наркотического опьянения, копия водительского удостоверения (если страховой случай произошел в результате дорожно-транспортного происшествия, во время которого Застрахованное Лицо находилось за рулем);
- 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);
- акт о несчастном случае на производстве по форме Н-1 (если страховой случай наступил в результате несчастного случая на производстве);
- акт о несчастном случае с обучающимся, воспитанником системы образования Российской Федерации по форме Н-2;
- копия Приказа о принятии на работу и иные документы подтверждающие условия труда.

10.27.14. При установлении окончательной необходимости хирургического вмешательства в организм Застрахованного Лица в связи с критическим заболеванием (п. 3.1.21.2. Правил):

- врачебное заключение о необходимости хирургического вмешательства из медицинского учреждения, в которое Застрахованное Лицо было направлено Ассистанской компанией.

10.27.15. При переломах (п. 3.1.13 Правил):

10.27.15.1. Обязательные документы:

- документ, удостоверяющий личность Застрахованного;
- врачебное заключение из лечебно-профилактического или иного медицинского учреждения по месту первичного обращения за медицинской помощью;
- 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 Лица;
- результаты проведенных исследований с интерпретацией (рентгенограммы, томограммы, УЗИ).

10.27.15.2. Дополнительные документы:

- медицинская карта стационарного больного и/или медицинская карта амбулаторного больного;
- постановление о возбуждении (отказе в возбуждении) уголовного дела (если таковые выносились по факту наступления страхового случая);
- решение суда (в случае возбуждения уголовного дела);
- протокол освидетельствования на состояние алкогольного, наркотического опьянения, копия водительского удостоверения (если страховой случай произошел в результате

дорожно-транспортного происшествия, во время которого Застрахованное Лицо находилось за рулем);

- 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);
- акт о несчастном случае на производстве по форме Н-1 (если страховой случай наступил в результате несчастного случая на производстве);
- акт о несчастном случае с обучающимся, воспитанником системы образования Российской Федерации по форме Н-2;
- копия приказа о принятии на работу и иные документы подтверждающие условия труда.

10.27.16. При ожогах (п. 3.1.14 Правил):

10.27.16.1. Обязательные документы:

- документ, удостоверяющий личность Застрахованного;
- врачебное заключение из лечебно-профилактического или иного медицинского учреждения по месту первичного обращения за медицинской помощью;
- 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 Лица;
- врачебное заключение с указанием локализации ожоговой поверхности, степени ожога, площади в процентном соотношении к площади поверхности тела человека;

10.27.16.2. Дополнительные документы:

- медицинская карта стационарного больного и/или медицинская карта амбулаторного больного;
- постановление о возбуждении (отказе в возбуждении) уголовного дела (если таковые выносились по факту наступления страхового случая);
- решение суда (в случае возбуждения уголовного дела);
- протокол освидетельствования на состояние алкогольного, наркотического опьянения, копия водительского удостоверения (если страховой случай произошел в результате дорожно-транспортного происшествия, во время которого Застрахованное Лицо находилось за рулем);
- 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);
- акт о несчастном случае на производстве по форме Н-1 (если страховой случай наступил в результате несчастного случая на производстве);
- акт о несчастном случае с обучающимся, воспитанником системы образования Российской Федерации по форме Н-2;
- копия приказа о принятии на работу и иные документы подтверждающие условия труда.

10.28. Все документы предоставляются Страховщику в виде оригиналов, в виде копий, удостоверенных печатью учреждения, их выдавшего или нотариально удостоверенных копий. Все медицинские документы, полученные за пределами Российской Федерации, предоставляются Страховщику в оригинале с приложением нотариально удостоверенного перевода.

10.28.1. 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.

10.28.2. Если предоставляется заверенная 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 печатью лечебного учреждения и подписью главного врача либо его заместителя.
- главный врач (его заместитель, и. о.) удостоверяет каждый лист откопированного документа.

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

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

10.28.4. Если предоставляется заверенная копия документа из любого другого учреждения, кроме медицинского, 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.

10.29. Страховщик вправе по своему усмотрению принять решение о достаточности фактически предоставленных документов и сократить указанный в п. 10.27 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.

10.30. Перечень документов и сведений, указанный в п. 10.27 Правил, является исчерпывающим. Страховщик вправе повторно запросить документы по убытку при обращении за страховой выплатой по Договору страхования, переданному в составе страхового портфеля.

10.31. О способах представления 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.

10.32. Если одно событие повлекло за собой наступление двух или более страховых случаев в отношении одного Застрахованного Лица, то общая сумма страховой выплаты по таким страховым случаям не может превышать суммы наибольшей страховой выплаты,

установленной в Правилах для одного из страховых рисков, по которым наступили указанные страховые случаи за исключением случаев, предусмотренных п.п. 3.1.9, 3.1.18., 3.1.19, 3.1.20, 3.1.21 Правил, размер страховой суммы по которым определяется независимо от страховых сумм по другим указанным в Правилах рискам.

10.33. Если одно событие повлекло за собой наступление страховых случаев в отношении трех или более Застрахованных Лиц по одному Договору страхования, то общая сумма страховой выплаты по таким страховым случаям не может превышать 3-кратного размера максимальной страховой суммы, установленной по Договору страхования, установленной для кого-либо из таких Застрахованных Лиц, и такая страховая выплата будет осуществлена таким Застрахованным Лицам (Выгодоприобретателям) пропорционально размеру установленных для них в Договоре страхования страховых сумм.

10.34. При включении в ответственность по Договору страхования страхового риска «смерть Застрахованного Лица» предусмотрено, что при объявлении судом Российской Федерации (далее по тексту суд) Застрахованного Лица умершим, объявление Застрахованного Лица умершим признается страховым случаем, если в решении суда указано, что Застрахованное Лицо пропало без вести при обстоятельствах, угрожавших смертью или дающих основание предполагать его гибель от определенного несчастного случая (т. е. при обстоятельствах, имеющих признаки страхового случая в соответствии с условиями заключенного Договора страхования), и день его исчезновения или предполагаемой гибели приходится на период срока действия срока страхования в отношении него по соответствующему Договору страхования. При признании Застрахованного Лица судом безвестно отсутствующим страховая выплата не производится.

10.35. Застрахованное Лицо имеет право на однократное оказание услуг Ассистанской компанией в течение одного полисного года.

11. ВАЛЮТА ДОГОВОРА СТРАХОВАНИЯ

11.1. Договор страхования заключается в рублях. Если Договором специально предусмотрено, то страховые суммы и страховые взносы могут устанавливаться в иностранной валюте. В этом случае страховые суммы и страховые взносы определяются (номинаруются) в валюте, оговоренной условиями Договора страхования.

11.2. 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.

11.3. Страховая выплата производится в валюте Российской Федерации. При определении страховых сумм в Договоре в иностранной валюте размер страховой выплаты в рублях определяется Страховщиком по курсу Банка России соответствующей валюты на дату выплаты или иную дату, предусмотренную Договором.

11.4. Страховщик оставляет за собой право изменить метод расчетов, тем самым отменить определение страховых сумм и страховых взносов в Договоре страхования в иностранной валюте.

11.5. 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.

11.6. В случае изменения метода расчетов Страховщик производит перерасчет страховых сумм и страховых взносов 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 страховых взносов. Изменение метода взаиморасчетов не является изменением Договора страхования.

12. ОБСТОЯТЕЛЬСТВА НЕПРЕОДОЛИМОЙ СИЛЫ (ФОРС-МАЖОР)

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

12.2. 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.

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

12.4. 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.

13. ПОРЯДОК РАЗРЕШЕНИЯ СПОРОВ

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

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

13.3. 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».

13.4. 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 действующим законодательством Российской Федерации срок.

13.5. 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».

14. ОБРАБОТКА ПЕРСОНАЛЬНЫХ ДАННЫХ

14.1. 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.

14.2. 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. А также перед заключением Договора страхования со Страховщиком Страхователь обязуется получить согласие на обработку 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 каждого

Застрахованного, в отношении которого заключается Договор страхования. При этом Страхователь обязуется незамедлительно предоставить данные согласия Страховщику по его запросу.

14.3. 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.

14.4. 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»).

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

14.6. 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.

ДОПОЛНИТЕЛЬНЫЕ УСЛОВИЯ СТРАХОВАНИЯ НА СЛУЧАЙ КРИТИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ

СПЕЦИАЛЬНЫЕ ОПРЕДЕЛЕНИЯ

Критические заболевания

Заболевания, значительно ухудшающие качество жизни Застрахованного Лица, приводящие к инвалидизации и характеризующиеся чрезвычайно высоким уровнем смертности.

Период ожидания

Период, устанавливаемый Договором страхования в отношении каждого Застрахованного Лица с момента принятия его на страхование. Диагностирование критического заболевания у Застрахованного в течение этого периода не является страховым случаем. Период ожидания на основании Правил устанавливается равным 90 (девяноста) дням, если Договором страхования не предусмотрено иное. Если иное не оговорено в Договоре, при пролонгации Договора страхования период ожидания в отношении Застрахованного Лица, являвшегося Застрахованным Лицом ранее по Договору, не будет действовать.

Период выживания

Период, устанавливаемый Договором страхования, по которому предусмотрена дополнительная выплата по событию «критическое заболевание», с даты первого диагноза критического заболевания. Если Застрахованное Лицо умирает в течение этого периода, то выплата по событию «критическое заболевание» Страховщиком не производится. Период выживания на основании настоящих Правил устанавливается равным 30 (тридцати) дням, если Договором страхования не предусмотрено иное.

В список критических заболеваний для целей Дополнительных условий страхования на случай критических заболеваний включаются:

I Основные критические заболевания (предусматривают выплату в размере 100% от страховой суммы)

1. Злокачественные онкологические заболевания

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.

К злокачественным новообразованиям следует относить:

- карциномы (опухоли из экто- и эндодермы);
- саркомы (опухоли из клеток мезодермы);
- гемобластозы (лейкозы и лимфомы) – опухоли из камбиальной клетки кроветворной и лимфатической ткани.

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.

Примечание: дата постановки диагноза – это дата подтверждения диагноза результатами гистопатологического исследования.

Если гистопатологическое исследование не возможно по медицинским причинам, диагноз злокачественной опухоли должен быть подтвержден врачом-онкологом и результатами КТ или МРТ исследования.

Исключения:

- *доброкачественные или предраковые новообразования;*
- *прединвазивные новообразования и новообразования на месте (Tis*);*
- *цервикальная дисплазия CIN I-III;*
- *карцинома мочевого пузыря стадии Ta*;*
- *папиллярная или фолликулярная карцинома щитовидной железы, гистологически диагностированная как T1a* (опухоль в наибольшем измерении 1 см или менее), если нет наличия метастазов в лимфатические узлы и/или отдаленных метастазов;*
- *рак предстательной железы, гистологически диагностированный как T1N0M0*;*
- *хроническая лимфатическая лейкемия (CLL) менее чем стадия 3 по Rai;*
- *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;*
- *все новообразования при наличии ВИЧ-инфекции или СПИДа, а также ассоциированные с ВИЧ-инфекцией или СПИДом.*

* В соответствии с Международной классификацией TNM.

Договором страхования может быть предусмотрено осуществление страховой выплаты до 25% (двадцати пяти процентов) от страховой суммы по страховому риску «критические заболевания» в следующих случаях, указанных в разделе «Исключения» настоящей статьи:

- *прединвазивные новообразования и новообразования на месте (Tis*);*
- *цервикальная дисплазия CIN I-III;*
- *рак предстательной железы, гистологически диагностированный как T1N0M0*;*
- *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.*

2. Хирургическое лечение коронарных артерий (коронарное шунтирование)

Проведение по рекомендации кардиохирурга операции коронарного шунтирования на открытом сердце (операция прямой реваскуляризации миокарда открытым доступом – путем срединной стернотомии, заключающаяся в наложении анастомозов между аортой/легочной артерией и участком пораженной коронарной артерии либо на одной главной и ветви другой главной, либо на двух ветвях двух главных коронарных артерий методом обходного сосудистого шунтирования в целях коррекции стеноза или окклюзии одной или нескольких коронарных артерий.

Необходимость операции должна возникнуть в период срока действия Договора страхования, быть подтверждена результатами коронарной ангиографии, проведение операции должно быть подтверждено протоколом операции.

Исключения:

- *баллонная ангиопластика (дилатация) коронарных артерий;*

- эндоскопические хирургические манипуляции;
- лазерная ангиопластика;
- стентирование
- любые другие внутриаартериальные манипуляции;
- другие нехирургические процедуры
- любые другие вмешательства, не предусматривающие проведение стернотомии.

3. Инфаркт миокарда

Остро возникший некроз части сердечной мышцы вследствие абсолютной или относительной недостаточности коронарного кровотока.

Диагноз должен быть обоснован наличием всех трех симптомов:

- длительный приступ характерных болей в грудной клетке;
- новые типичные изменения ЭКГ: изменения сегмента ST или зубца T с характерной динамикой, формирование патологического, стойко сохраняющегося зубца Q;
- типичное повышение активности кардиоспецифических ферментов крови, таких как миоглобин, тропонин-T, изофермент МВ-КФК, суммарная КФК.

Диагноз и данные обследования должны подтверждаться квалифицированным врачом (кардиологом).

Исключения:

- инфаркты миокарда без изменения сегмента ST и с увеличением показателей Тропонина или T в крови;
- другие острые коронарные синдромы (такие как стабильная/нестабильная стенокардия), безболевой инфаркт миокарда.

4. Почечная недостаточность

Терминальная стадия необратимого хронического либо острого нарушения функции обеих почек, приводящего к появлению трех из четырех симптомов:

- олигоанурии;
- снижению СКФ (скорости клубочковой фильтрации) ниже 15 мл/мин;
- нарушению выведения продуктов азотистого обмена, в частности к повышению уровня креатинина в крови до 7-10 мг%;
- артериальной гипертензии,

что требует:

- постоянного проведения гемодиализа, либо
- перитонеального диализа, либо
- трансплантации донорской почки.

Диагноз должен быть подтвержден квалифицированным врачом (нефрологом).

5. Инсульт

Нарушение кровоснабжения головного мозга, повлекшее за собой возникновение постоянных неврологических расстройств, вызванное кровоизлиянием, инфарктом головного мозга или эмболией венозного происхождения.

Наличие перманентных неврологических расстройств должно устанавливаться врачом-неврологом после минимального периода в три месяца от произошедшего события.

Диагноз должен быть подтвержден наличием типичных клинических симптомов и данными компьютерной или магнито-резонансной томографии головного мозга.

Исключения:

- неврологическая симптоматика, вызванная мигренью;
- церебральные расстройства вследствие травмы;

- *преходящее нарушение мозгового кровообращения, которое определяется как заболевание с обратимыми неврологическими расстройствами, длительностью не более 24 (двадцати четырех) часов;*
- *лакунарные инсульты без неврологической симптоматики.*

6. Трансплантация жизненно важных органов

Замещение необратимо поврежденных патологическим процессом тканей или органов собственными тканями либо органами (тканями), взятыми от другого организма.

Предусматривается фактическая операция по трансплантации целого жизненно-важного органа Застрахованному Лицу в качестве реципиента:

- сердца,
- легкого,
- печени,
- почки,
- поджелудочной железы,
- тонкого кишечника,
- костного мозга.

Исключения:

- *селективная трансплантация клеток Лангерганса поджелудочной железы;*
- *трансплантация других органов, частей органов или какой-либо ткани;*
- *донорство органов.*

Необходимость в проведении операции должна возникнуть в период срока действия Договора страхования, проведение операции должно подтверждаться протоколом операции.

7. Хирургическое лечение заболеваний аорты

Хирургическая операция открытым доступом в связи с заболеванием аорты, предполагающая иссечение и хирургическую замену части пораженной аорты трансплантатом. Включает в себя операции на восходящей и/или нисходящей частях и/или дуге аорты.

Исключения:

- *все другие хирургические операции на аорте: стентирование, малоинвазивное или эндоваскулярное лечение;*
- *операции на ветвях аорты.*

Необходимость в проведении операции должна возникнуть в период срока действия Договора страхования, проведение операции должно быть подтверждено протоколом операции.

8. Слепота (потеря зрения)

Постоянная и необратимая потеря зрения, за исключением потери цветоощущения, в той степени, при которой даже при использовании вспомогательных оптических средств показатели зрения составляют 0,05 или ниже на глазе, обладающем лучшим зрением при использовании оптометрической таблицы Сивцева.

Диагноз постоянной потери зрения должен быть установлен не менее чем через шесть месяцев после начала заболевания или несчастного случая, диагностированного/произошедшего в течение действия Договора страхования.

Диагноз должен быть подтвержден врачом-офтальмологом и результатами обследования.

9. Пересадка клапанов сердца

Оперативное вмешательство на сердце путем открытой стернотомии, торакотомии, проводимое для замены одного или нескольких клапанов сердца искусственным либо биологическим клапаном.

Определение включает замену аортальных, митральных, трикуспидальных или пульмональных (клапанов легочной артерии) клапанов сердца их аналогами. Необходимость

операции должны быть обусловлена развитием стеноза/недостаточности или комбинацией этих состояний.

Необходимость в проведении операции должна возникнуть в период срока действия Договора страхования, проведение операции должно быть подтверждено протоколом операции.

Исключения:

- операции на сердечных клапанах в связи с врожденными пороками;
- вальвулотомия, вальвулопластика и другие виды лечения, проводимые без пересадки (замены) клапанов.

10. Рассеянный склероз

Заболевание характеризуется классической триадой симптомов: нистагм (неритмичные колебания глаз, возникающие при движениях), интенционное дрожание, скандированная речь; развитием очагов демиелинизации в центральной и периферической нервной системе (характерные изменения на компьютерной и магнитно-резонансной томограммах), а также специфическими изменениями состава спинномозговой жидкости.

Обязательное условие:

Заявитель должен иметь показатели по шкале EDSS >5, неврологические отклонения, которые впервые возникли в период срока действия Договора страхования, отмечались непрерывно на протяжении не менее шести месяцев, имели непрерывно прогрессирующий характер и подтверждались наличием очагов демиелинизации.

Окончательный диагноз «Рассеянный склероз» устанавливается специалистом-неврологом в сертифицированном медицинском учреждении.

Исключаются из покрытия:

Любые изолированные неврологические нарушения без установления диагноза «Рассеянный склероз».

11. Паралич

Включает в себя периферические (или вялые) и центральные (спастические) параличи, характеризующиеся полной и необратимой потерей двигательных функций двух и более конечностей: параплегия, гемиплегия, тетраплегия.

Диагноз должен быть подтвержден специалистом по результатам шестимесячного наблюдения Застрахованного с момента начала заболевания/травмы, диагностированного/полученной впервые в период срока 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.

Исключение:

- синдром Гийена-Барре.

12. Доброкачественная опухоль головного мозга

Первично возникшая опухоль (не являющаяся метастазом) в головном мозге, а также опухоль, растущая в полость черепа, не характеризующиеся признаками злокачественности.

Диагноз должен быть подтвержден врачом-специалистом по результатам компьютерной томографии мозга либо магнитно-резонансного исследования.

Опухоль должна быть расценена как требующая нейрохирургического вмешательства или, в случае неоперабельности, вызывать стойкий неврологический дефицит, сохраняющийся на протяжении не менее 3 (трех) месяцев от даты постановки диагноза.

Исключения:

- опухоль из сосудов головного мозга;
- опухоль из черепно-мозговых нервов;
- опухоль гипофиза и спинного мозга;
- дизэмбриогенетическая опухоль;
- кисты, гранулемы и опухолеподобные процессы;
- неклассифицируемая опухоль.

13. ВИЧ/СПИД вследствие переливания крови

Первично диагностированное в период срока действия Договора страхования ВИЧ-инфицирование и/или заболевание СПИДом, возникшее вследствие заражения трансфузионным путем (при переливании цельной крови или ее препаратов, осуществленном в период срока действия Договора страхования).

Диагноз должен быть подтвержден врачом-специалистом по результатам лабораторных анализов крови на наличие антител к ВИЧ и при официальном подтверждении медицинским учреждением факта заражения Застрахованного Лица.

Исключения:

- переливание крови в медицинских учреждениях, не имеющих соответствующего разрешения (сертификата) на деятельность, связанную с трансфузией крови и препаратов;
- пациенты, страдающие гемофилией.

14. Молниеносный вирусный гепатит

Молниеносная (фульминантная) форма острых вирусных гепатитов, острый вирусный некроз печени, острая гепатодистрофия, приводящая к печеночной недостаточности, не связанная с предшествующими хроническими заболеваниями печени.

Диагноз должен быть установлен впервые в период срока действия Договора страхования, подтвержден специалистом, лабораторными показателями крови (обязательное наличие антител к вирусу Гепатита), а также соответствовать, по крайней мере, трем из четырех основных критериев:

- стремительное уменьшение размеров печени, обширный некроз печеночной ткани;
- стремительно падающие показатели функции печени: снижение протромбинового индекса ниже 60%, и/или уровня проконвертина ниже 40%, и/или повышение уровня аминотрансферазы свыше 40 Ед/л, и/или ЩФ свыше 90 Ед/л, и/или положительная тимоловая проба (норма от 0 до 4 единиц), и/или прогрессивное снижение холинестеразы ниже 5300 Ед/л;
- нарастающая желтуха;
- печеночная энцефалопатия;
- а также одним из дополнительных критериев:
- появление сладковатого запаха изо рта;
- нарастание геморрагического синдрома;
- тахикардия.

15. Терминальная стадия заболевания легких

Терминальная стадия заболевания легких, подтвержденная врачом-пульмонологом, а также соответствующая одновременно всем нижеперечисленным критериям:

- стойкое снижение объема форсированного выдоха за одну секунду (ОФВ1) до значений менее 1 литра (проба Тиффно);
- стойкое снижение парциального напряжения кислорода в артериальной крови (РаО2) до значений менее 55 мм рт.ст.;
- необходимость в постоянной кислородной терапии.

16. Апаллический синдром (вегетативное состояние)

Определяется как отсутствие возможности к самопроизвольной ментальной активности (декортикация) из-за обширных повреждений или дисфункции полушарий головного мозга с сохранением деятельности диэнцефальной области и ствола мозга, вегетативных и двигательных рефлексов, а также цикла смены сна и бодрствования.

Окончательный диагноз должен быть подтвержден специалистом, а также результатами специальных исследований (ЭЭГ, компьютерная, магнитно-резонансная или позитронная эмиссионная томография головного мозга), типичных для данного заболевания. Данное состояние должно быть подтверждено медицинскими документами, по меньшей мере, за период 1 (один) месяц.

17. Бактериальный менингит

Воспаление оболочек головного или спинного мозга, развивающееся в результате бактериальной инфекции.

Основанием для выплаты по данному разделу являются осложнения бактериального менингита в виде одного из нижеперечисленных нарушений:

- парезов и параличей;
- нарушения функции тазовых органов (недержание мочи и кала).

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.

Описанные выше нарушения жизнедеятельности должны подтверждаться медицинскими документами, по меньшей мере, на протяжении 3 (трех) месяцев.

Исключения:

- менингит на фоне ВИЧ-инфекции;
- менингит на фоне туберкулезной инфекции.

18. Глухота (Потеря слуха)

Полная и постоянная двусторонняя потеря слуха вследствие перенесенного заболевания или несчастного случая. Диагноз должен быть подтвержден специалистом (отоларингологом, сурдологом), а также результатами аудиометрии.

Исключения:

- врожденная глухота;
- синдром Ваарденбурга;
- синдром Ашера;
- синдром Альпорта;
- нейрофиброматоз типа 2.

19. Энцефалит (в том числе клещевой)

Воспаление мозга (полушарий головного мозга, ствола головного мозга или мозжечка) бактериальной и вирусной этиологии.

Основанием для выплаты по данному разделу являются осложнения энцефалита в виде одного из нижеперечисленных нарушений:

- парезов и параличей;
- нарушения функции тазовых органов (недержание мочи и кала).

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.

Описанные выше нарушения жизнедеятельности должны подтверждаться медицинскими документами, по меньшей мере, на протяжении 3 (трех) месяцев.

Исключение:

- энцефалит на фоне ВИЧ-инфекции.

20. Утрата способности к произношению речи

Полная и необратимая потеря способности говорить вследствие повреждения или заболевания голосовых связок или гортани. Данное состояние должно быть подтверждено медицинскими данными за период наблюдения специалистом (отоларингологом) на протяжении, по меньшей мере, 6 (шести) месяцев.

Исключение:

- Потеря речи психогенного и неврологического характера вследствие повреждений головного мозга при травмах и заболеваниях.

21. Обширные ожоги

Обширные ожоги III-IV степени, площадью 20% (двадцать процентов) и выше от площади поверхности тела Застрахованного.

Процент обожженной поверхности тела определяют по правилу девяток либо по правилу ладони, которая составляет 1% (один процент) площади поверхности его тела.

22. Полиомиелит

Острое инфицирование вирусом полиомиелита.

Покрытие распространяется только на паралитические формы полиомиелита, сопровождающиеся нарушением двигательных функций в виде необратимого паралича и дыхательной недостаточностью на протяжении как минимум 3 (трех) месяцев.

Окончательный диагноз должен быть подтвержден специалистом на основании клинической картины, а также результатов дополнительных исследований, подтверждающих наличие вируса полиомиелита (исследование экскрементов, носоглоточной слизи или цереброспинальной жидкости, анализ крови на антитела (определение нарастания титра вируснейтрализующих антител в 4 раза и более в РСК или РН в парных сыворотках, взятых с интервалом 14-21 день)), и специфических изменений на ЭНМГ (полное отсутствие биоэлектрической активности).

Выделение вируса при отсутствии клинических проявлений заболевания не является основанием для постановки диагноза полиомиелита.

23. ВИЧ-инфицирование вследствие профессиональной медицинской деятельности

Инфицирование ВИЧ вследствие случайного непреднамеренного происшествия, имевшего место в процессе выполнения Застрахованным Лицом профессиональных медицинских обязанностей.

Информация о любом несчастном случае, способном повлечь за собой страховой случай, должна быть зафиксирована в отчете о происшествии, составленном работодателем Застрахованного Лица, и впоследствии передана Страховщику при заявлении убытка. Данная информация должна быть подтверждена отрицательным тестом на антитела к ВИЧ, выполненным в течение 5 (пяти) дней после происшествия. Результат анализа крови, подтверждающий факт инфицирования, предоставляется через 6 (шесть) месяцев после события.

24. Кома

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.

Диагноз должен быть установлен врачом-неврологом (нейрохирургом). Страховыми случаями признаются комы с длительностью от 168 (ста шестидесяти восьми) часов и тяжестью 5 и менее баллов по Шкале Глазго, глубокая кома или кома III-IV.

Исключения:

- *медикаментозная кома;*
- *кома вследствие алкогольного/наркотического отравления.*

25. Заболевания мотонейронов

Заболевание, вызванное гибелью нейронов спинного и головного мозга, контролирующей двигательную активность. Окончательный диагноз должен быть подтвержден специалистом на основании клинической картины (стойкого неврологического дефицита на протяжении не менее 3 (трех) месяцев), а также результатами электромиографии (электронейрографии), характерными для данного заболевания и МРТ головного и спинного мозга для исключения других патологий центральной нервной системы.

Обязательное условие – как минимум, 3 из 4 показателей по ЭМГ:

- фибрилляции и фасцикуляции в мышцах верхних и нижних конечностей или в конечностях и области головы;
- уменьшение количества двигательных единиц и увеличение амплитуды и длительности потенциала действия двигательных единиц;
- нормальная скорость проведения в нервах, иннервирующих мало пораженные мышцы, и снижение скорости проведения в нервах, иннервирующих тяжело пораженные мышцы (скорость должна быть не менее 70% от нормальной величины);
- нормальная электрическая возбудимость и скорость проведения импульса по волокнам чувствительных нервов при снижении скорости проведения импульсов в двигательных волокнах.

26. Болезнь Паркинсона (до 65 лет)

Хроническое прогрессирующее дегенеративное заболевание центральной нервной системы, клинически проявляющееся нарушением произвольных движений. Окончательный диагноз идиопатической или первичной болезни Паркинсона должен быть установлен впервые в период срока действия Договора страхования врачом неврологом, подтверждаться медицинскими документами, по меньшей мере, на протяжении 3 (трех) месяцев с даты установления диагноза.

Обязательное условие в клинической картине – тетрада двигательных симптомов болезни Паркинсона:

- тремор;
- ригидность;
- гипокинезия;
- нарушения постуральной регуляции, а также положительный эффект от препаратов, увеличивающих синтез дофамина.

Исключения:

- *формы болезни Паркинсона, развивающиеся на фоне экзогенной интоксикации (наркотические вещества, алкоголь, лекарственные препараты);*
- *синдромы паркинсонизма.*

27. Болезнь Альцгеймера (до 65 лет)

Дегенеративное заболевание центральной нервной системы, характеризующееся прогрессирующим снижением интеллекта, расстройством памяти и изменением поведения.

Описанные выше условия должны подтверждаться медицинскими документами, по меньшей мере, на протяжении 3 (трех) месяцев. Диагноз должен быть установлен врачом неврологом, а также подтвержден результатами исследований когнитивных функций и

инструментальных методов (КТ или МРТ головного мозга (признаки суммарной и региональной атрофии вещества головного мозга), характерные для данного заболевания.

Исключения:

- деменция или болезнь Альцгеймера, вызванная злоупотреблением алкоголя, наркотических веществ или лекарственных препаратов;
- деменция, вызванная неорганическими поражениями ЦНС (неврозы или психические заболевания);
- деменция при болезни Пика;
- деменция при системных заболеваниях (гипотиреозидизм, недостаточность витамина В12 или фолиевой кислоты, гиперкальциемия, нейросифилис, ВИЧ-инфекция, тяжелая органическая недостаточность);
- вторичная деменция, то есть обусловленная иными причинами – общесоматическими заболеваниями (инфекционными, интоксикационными, метаболическими, эндокринными) или иными церебральными сосудистыми процессами (энцефалиты, травма головного мозга, субдуральная гематома и др.)

28. Кардиомиопатия

Первичное поражение сердечной мышцы, типичными проявлениями которого служат кардиомегалия, прогрессирующая сердечная недостаточность и аритмия.

Договором страхования покрываются следующие формы заболевания:

- дилатационная (или застойная);
- гипертрофическая;
- рестриктивная;
- аритмогенная.

Обязательное условие в клинической картине: симптомы не ниже Класса 4 по NYHA при условии полной или частичной потери работоспособности, наличие симптомов сердечной недостаточности и боли в груди во время отдыха, несмотря на использование лекарств и изменение диеты.

Симптомы заболевания должны наблюдаться на протяжении не менее 3 (трех) месяцев, подтверждаться врачом-кардиологом на основании клинической картины и результатов, как минимум, 2 дополнительных методов исследования:

- ЭКГ – фиксируются признаки гипертрофии миокарда, различные формы нарушений ритма и проводимости, изменения ST-сегмента желудочкового комплекса;
- Рентгенография (МРТ, МСКТ) – дилатация, гипертрофия миокарда, застойные явления в легких;
- ЭхоКГ – дисфункция и гипертрофия миокарда;
- Биопсия – специфические морфологические изменения кардиомиоцитов.

Исключения:

- кардиомиопатия в результате употребления алкоголя;
- «сердце спортсмена».

29. Терминальная стадия заболевания печени

Конечная стадия печеночной недостаточности вследствие цирроза печени. Диагноз должен быть подтвержден гастроэнтерологом в соответствии со всеми следующими критериями:

- постоянная желтуха (показатель билирубина > 2 мг/дл или >35 мкмоль/л);
- асцит;
- фиброзное или цирротическое изменение ткани печени, подтвержденное биопсией или, если биопсия недоступна, неинвазивным тестом на фиброз или визуальными методами исследования, согласующимися с диагнозом;
- печеночная энцефалопатия;

- значение альбумина < 3,5 г/дл.

Исключение:

- терминальная печеночная недостаточность вследствие злоупотребления алкоголем и/или наркотическими препаратами.

30. Мышечная дистрофия

Прогрессирующая мышечная дистрофия, проявляющаяся симметричной мышечной слабостью и атрофией мышц.

Диагноз мышечной дистрофии должен быть установлен врачом неврологом на основании всех ниже перечисленных критериев:

- результат биопсии мышц, подтверждающий диагноз;
- показатели электромиограммы с характерными для данного заболевания изменениями (изменение потенциалов двигательных единиц по первично-мышечному типу и спонтанная активность в виде потенциалов фибрилляций и положительных острых волн);
- показатели КФК, подтверждающие диагноз;
- характерная клиническая картина (включая отсутствие нарушений чувствительности, умеренное снижение сухожильных рефлексов).

Заболевание должно подтверждаться медицинскими документами, по меньшей мере, на протяжении 3 (трех) месяцев от даты установления диагноза.

31. Апластическая анемия

Заболевание характеризуется стойкой полной аплазией костного мозга с глубоким нарушением его функции, которая сопровождается нарушением эритро-, лейко- и тромбоцитопоза в форме анемии, нейтро- и тромбоцитопении.

Обязательное условие для выплаты – применение, как минимум, одного из методов лечения в период срока действия Договора страхования:

- переливания крови;
- применения стимуляторов костного мозга;
- применения иммуносупрессивных препаратов;
- пересадки костного мозга.

Диагноз должен быть установлен впервые в период срока действия Договора страхования и подтвержден врачом-гематологом на основании клинической картины и результатов лабораторных исследований, включая биопсию костного мозга.

32. Острая лучевая болезнь

Заболевание, развившееся в результате воздействия ионизирующего излучения, повлекшего за собой повреждение систем клеточного обновления лимфоидной ткани, костного мозга, эпителия тонкой кишки и кожи.

Диагноз устанавливается врачом-специалистом на основании анамнеза (самого факта облучения, подтвержденного документально), совокупности клинических симптомов и лабораторных данных (опустошение костного мозга, цитопения, перераспределительные сдвиги в картине крови за счет гибели молодых клеточных элементов костного мозга), результатов определения дозы облучения дозиметром либо путем подсчета числа пораженных радиацией клеток костного мозга.

Основанием для выплаты является развитие заболевания в результате получения дозы более 100 Рад.

Исключение:

- острая лучевая болезнь, развившаяся в результате ядерного взрыва.

33. Острая печеночно-клеточная недостаточность

«Массивный» или «субмассивный» некроз печени, возникший по причинам иным, чем вирусный гепатит.

Диагноз должен быть подтвержден специалистом, а также соответствовать, по крайней мере, трем из четырех основных критериев:

- стремительное уменьшение размеров печени, обширный некроз печеночной ткани;
- стремительно падающие показатели функции печени: снижение протромбинового индекса ниже 60%, и/или уровня проконвертина ниже 40%, и/или повышение уровня аминотрансферазы свыше 40 Ед/л, и/или ЩФ свыше 90 Ед/л, и/или положительная тимоловая проба (норма от 0 до 4 единиц), и/или прогрессивное снижение холинестеразы ниже 5300 Ед/л;
- нарастающая желтуха;
- печеночная энцефалопатия;
- а также одним из дополнительных критериев:
- появление сладковатого запаха изо рта;
- нарастание геморрагического синдрома;
- тахикардия.

34. Туберкулёз

Заболевание, вызываемое микобактериями туберкулеза.

Страховым случаем могут быть признаны только внелегочные формы туберкулеза.

Диагноз туберкулеза устанавливается врачом фтизиатром на основании:

- анамнеза;
- клинической картины,
- а также результатов, как минимум, двух из нижеперечисленных методов исследования:
- рентгенологического исследования (фиброзные и очаговые образования в органах с перифокальной реакцией либо инфильтративные изменения с деструкцией);
- биопсии (характерные морфологические изменения в пораженных органах);
- бактериологического исследования (обнаружение микобактерий туберкулеза в моче, отделяемом свища и другом патологическом материале);
- туберкулинодиагностики, основанной на применении туберкулиновых проб.

Исключение:

- *легочные формы туберкулеза.*

35. Сахарный диабет 1-го типа (инсулинозависимый)

Заболевание, вызванное абсолютной недостаточностью инсулина в организме.

Диагноз должен быть установлен впервые в период срока действия Договора страхования специалистом-эндокринологом.

Обязательные условия выплаты:

- потребность пациента в постоянной инсулинотерапии;
- постановка на Д-учет;
- наличие 2 и более осложнений: ретинопатия, нефропатия, гипертензия, нейропатия, ангиопатия.

Исключения:

- *сахарный диабет 2-го типа;*
- *«несахарный диабет».*

36. Оперативное лечение панкреонекроза

Хирургическое лечение заболевания поджелудочной железы, сопровождающегося некрозом (отмиранием) ее тканей, как частично, так и полностью.

Диагноз панкреонекроза выставляется на основании клинической картины, данных дополнительных инструментальных методов исследования, с обязательным лабораторным исследованием, подтверждающим диагноз (обнаружение амилазы в моче более 128 ед) (показатель амилазы крови более 100 ед).

Необходимость в проведении операции должна быть подтверждена заключением врача-специалиста, впервые возникнуть в период срока действия Договора страхования; проведение операции должно быть подтверждено протоколом операции. Оперативное лечение должно быть произведено на тканях поджелудочной железы.

Исключения:

- *панкреонекроз, не потребовавший оперативного лечения;*
- *другие заболевания поджелудочной железы, повлекшие проведение операции.*

37. Ревматоидный артрит

Системное воспалительное заболевание соединительной ткани с преимущественным поражением суставов по типу хронического прогрессирующего эрозивно-деструктивного полиартрита.

Обязательное условие для выплаты: анкилоз одного или нескольких пораженных суставов.

Диагноз должен быть установлен впервые в течение срока действия Договора страхования, подтвержден врачом-ревматологом на основании клинической картины и результатов лабораторных методов исследования (обнаружение ревматоидного фактора, С-реактивного белка в сыворотке крови).

Исключения:

- *анкилоз вследствие других заболеваний и травм;*
- *ревматоидный артрит, не осложненный анкилозом суставов.*

38. Системная красная волчанка

Системное аутоиммунное заболевание соединительной ткани.

Определением покрывается почечная форма заболевания в виде волчаночного (Люпус) нефрита с морфологическими изменениями ткани почек начиная с III класса по классификации ВОЗ.

Диагноз устанавливается врачом-ревматологом на основании клинической картины с обязательным подтверждением результатом гистологического исследования почечной ткани.

Исключения:

- *любые другие формы системной красной волчанки без поражения почек;*
- *поражение почек с морфологическими изменениями класса I-II по классификации ВОЗ.*

39. Доброкачественная опухоль спинного мозга

Выявленное впервые в период срока действия Договора страхования доброкачественное онкологическое заболевание спинного мозга, подтвержденное врачом неврологом или нейрохирургом и данными магнитно-резонансной томографии.

Данное определение включает в себя опухоли, развивающиеся из ткани самого спинного мозга (интрамедуллярные опухоли).

Опухоль должна быть расценена как требующая нейрохирургического вмешательства или, в случае неоперабельности, вызывать стойкий неврологический дефицит, сохраняющийся на протяжении не менее 3 (трех) месяцев от даты постановки диагноза.

Исключения:

- *интрадуральные экстрамедуллярные опухоли – опухоли, находящиеся под твердой мозговой оболочкой, но вне ткани спинного мозга;*
- *экстрадуральные опухоли (находящиеся над твердой мозговой оболочкой).*

40. Болезнь Крейтцфельдта – Якоба

Дегенеративное заболевание головного мозга, связанное с накоплением в нейронах патологического белка приона и характеризующееся прогрессирующим расстройством

высших функций коры головного мозга, параличом конечностей, нарушением координаторных функций.

Диагноз должен быть окончательным и установлен врачом неврологом на основании клинических данных и инструментальных методов исследования, таких как:

- ЭЭГ (на фоне сниженной биоэлектрической активности наблюдаются периодические или псевдопериодические острые волны, а также билатеральная, фокальная или генерализованная миоклоническая активность);
- МРТ головного мозга (в T2-режиме определяется «симптом медовых сот» – участки повышенного сигнала, исходящие от подкорковых ганглиев и таламуса, и признаки атрофии мозга).

Обязательное условие выплаты: сочетание психического и/или неврологического дефицита, обнаружения Белка «14-3-3» в спинномозговой жидкости и подтверждения диагноза одним из указанных выше методов исследования.

41. Оптикомиелит (болезнь Девика)

Воспалительное демиелинизирующее заболевание, характеризующееся селективным поражением зрительного нерва и спинного мозга.

Диагноз должен быть окончательным, установлен врачом неврологом при наличии более чем одного документально подтвержденного эпизода заболевания, с развитием выраженной клинической симптоматики демиелинизации, включая различные нарушения функций зрительных нервов и спинного мозга, а также должен быть подтвержден не менее чем двумя инструментальными методами исследования: МРТ головного мозга (поражение зрительного нерва), МРТ спинного мозга (распространение не менее чем на 3 сегмента), люмбальной пункцией (увеличение лимфоцитов с повышенным содержанием белка без олигоклональных антител).

42. Спинальный инсульт

Острое нарушение кровообращения в спинном мозге, являющееся следствием нарушения или полного прекращения кровоснабжения в спинном мозге, или кровоизлияние в вещество спинного мозга или под его оболочки.

Заболевание должно осложняться развитием новой постоянной неврологической симптоматики на протяжении не менее чем 3 (трех) месяцев после инсульта.

Спинальный инсульт должен быть впервые диагностирован в течение срока действия Договора страхования. Диагноз должен быть подтвержден врачом-специалистом, инструментальными методами исследования (КТ или МРТ).

Исключения:

- *травматические повреждения спинного мозга;*
- *кратковременные нарушения спинального кровообращения.*

43. Хирургическое лечение легочной артерии

Хирургическая операция открытым доступом (путем срединной стернотомии) в связи с заболеванием легочной артерии, предполагающая иссечение и хирургическую замену части пораженной легочной артерии трансплантатом.

Необходимость операции должна возникнуть в период срока действия Договора страхования, проведение операции должно быть подтверждено протоколом операции.

Исключения:

- *другие хирургические операции на легочной артерии, стентирование, малоинвазивное или эндоваскулярное лечение;*
- *операции на ветвях легочной артерии.*

44. Анкилозирующий спондилоартрит (Болезнь Бехтерева)

Системное хроническое воспалительное заболевание суставов и позвоночника, относящееся к группе серонегативных полиартритов.

Обязательное условие для выплаты: 4-я рентгенологическая стадия сакроилеита по Келгрону, или полный анкилоз сустава.

Диагноз должен быть установлен впервые в течение действия Договора страхования, подтвержден врачом-ревматологом на основании клинической картины и результатов рентгенографии.

Исключения:

- *анкилоз вследствие других заболеваний и травм;*
- *спондилоартрит, не осложненный анкилозом.*

II Дополнительные критические заболевания (размер выплаты определяется условиями Договора страхования, но не может превышать 25% (двадцати пяти процентов) от страховой суммы)

1. Хирургическое лечение аневризмы головного мозга

Оперативное лечение впервые диагностированной в период срока действия Договора страхования аневризмы головного мозга, подтвержденной врачом нейрохирургом и инструментальными методами исследования (ангиография, магнитно-резонансная томография в ангиографическом режиме).

Выплата производится однократно вне зависимости от количества выявленных и прооперированных аневризм.

Обязательное условие выплаты – размер аневризмы не менее 4 мм.

Необходимость в проведении операции должна быть подтверждена заключением врача-специалиста. Проведение операции должно быть осуществлено в период срока действия Договора страхования и подтверждено протоколом операции.

Исключение:

- *оперативное лечение, направленное на устранение последствий разрыва аневризмы головного мозга.*

2. Удаление мочевого пузыря-цистэктомия

Полное удаление мочевого пузыря вследствие травмы/заболевания, полученной/установленного впервые в период срока действия Договора страхования.

Необходимость в проведении операции должна быть подтверждена заключением врача-специалиста. Проведение операции должно быть осуществлено в период срока действия Договора страхования и подтверждено протоколом операции.

Исключения:

- *биопсия мочевого пузыря;*
- *резекция мочевого пузыря.*

3. Хирургическое лечение болезни Крона

Хирургическая операция открытым доступом (путем лапаротомии) в связи с болезнью Крона, предполагающая удаление пораженного участка кишки.

Диагноз болезни Крона должен быть установлен впервые в период срока действия Договора страхования врачом-специалистом на основании клинической картины с обязательным подтверждением результатами инструментальных методов исследования (эндоскопическое, рентгенологическое исследование).

Проведение операции должно быть осуществлено в период срока действия Договора страхования, подтверждаться протоколом операции.

Исключения:

- *повторные операции по поводу болезни Крона;*
- *операции по поводу осложнений болезни Крона;*
- *операции без резекции кишки;*
- *лапароскопические, эндоскопические операции по поводу болезни Крона.*

4. Ангиопластика коронарных артерий

Хирургическое вмешательство на коронарных артериях, назначенное кардиологом, с использованием транслюминальных коронарных катетеров с целью коррекции значительного сужения – по меньшей мере, 70% просвета двух и более коронарных артерий.

Необходимость в проведении операции должна возникнуть в период срока действия договора страхования, быть подтверждена результатами коронарной ангиографии, проведение операции должно быть подтверждено протоколом операции.

1. ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ.

1.1. В соответствии с Дополнительными условиями страхования на случай критических заболеваний (далее – Дополнительные условия) Страховщик заключает Договоры страхования с дополнительным страхованием на случай критических заболеваний с физическими или юридическими лицами (Страхователями).

1.2. Дополнительные условия являются дополнением к Правилам добровольного коллективного страхования физических лиц от несчастных случаев и болезней № 8 (в редакции от 23 октября 2020 года) (далее – Правила). Положения Правил применяются к страхованию на основе Дополнительных условий, если в Дополнительных условиях или Договоре страхования не предусмотрено иное.

2. СТРАХОВЫЕ СЛУЧАИ.

2.1. В соответствии с Дополнительными условиями, страховым случаем признается установление Застрахованному Лицу диагноза «критического заболевания», предусмотренного Договором страхования и включенного в список критических заболеваний Дополнительных условий, впервые диагностированного врачом в период срока действия Договора и не являющегося следствием причин, указанных и предусмотренных в п. 4 Правил.

2.2. Диагноз «критического заболевания» должен быть подтвержден документами, выданными соответствующими медицинскими учреждениями, и подтвержден врачом соответствующей специализации и квалификации.

2.3. Договором страхования предусматривается один из следующих вариантов страхового покрытия:

- 1-й вариант (6 заболеваний): Злокачественные онкологические заболевания, Хирургическое лечение коронарных артерий (коронарное шунтирование), Инфаркт миокарда, Почечная недостаточность, Инсульт, Трансплантация жизненно важных органов;
- 2-й вариант (11 заболеваний): Злокачественные онкологические заболевания, Хирургическое лечение коронарных артерий (коронарное шунтирование), Инфаркт миокарда, Почечная недостаточность, Инсульт, Трансплантация жизненно важных органов, Хирургическое лечение заболеваний аорты, Слепота (потеря зрения), Пересадка клапанов сердца, Рассеянный склероз, Паралич;
- 3-й вариант (15 заболеваний): Злокачественные онкологические заболевания, Хирургическое лечение коронарных артерий (коронарное шунтирование), Инфаркт миокарда, Почечная недостаточность, Инсульт, Трансплантация жизненно важных органов, Хирургическое лечение заболеваний аорты, Слепота (потеря зрения), Пересадка клапанов сердца, Рассеянный склероз, Паралич, Доброкачественная опухоль головного мозга, ВИЧ/СПИД вследствие переливания крови, Молниеносный вирусный гепатит, Терминальная стадия заболевания легких;
- 4-й вариант (22 заболевания): Злокачественные онкологические заболевания, Хирургическое лечение коронарных артерий (коронарное шунтирование), Инфаркт миокарда, Почечная недостаточность, Инсульт, Трансплантация жизненно важных органов, Хирургическое лечение заболеваний аорты, Слепота (потеря зрения), Пересадка клапанов сердца, Рассеянный склероз, Паралич, Доброкачественная опухоль головного мозга, ВИЧ/СПИД вследствие переливания крови, Молниеносный вирусный гепатит, Терминальная стадия заболевания легких, Апатический синдром (вегетативное состояние), Бактериальный менингит, Глухота (Потеря слуха),

- Энцефалит (в том числе клещевой), Утрата способности к произношению речи, Обширные ожоги, Полиомиелит;
- 5-й вариант (31 заболевание): Злокачественные онкологические заболевания, Хирургическое лечение коронарных артерий (коронарное шунтирование), Инфаркт миокарда, Почечная недостаточность, Инсульт, Трансплантация жизненно важных органов, Хирургическое лечение заболеваний аорты, Слепота (потеря зрения), Пересадка клапанов сердца, Рассеянный склероз, Паралич, Доброкачественная опухоль головного мозга, ВИЧ/СПИД вследствие переливания крови, Молниеносный вирусный гепатит, Терминальная стадия заболевания легких, Апатический синдром (вегетативное состояние), Бактериальный менингит, Глухота (Потеря слуха), Энцефалит (в том числе клещевой), Утрата способности к произношению речи, Обширные ожоги, Полиомиелит, ВИЧ-инфицирование вследствие профессиональной медицинской деятельности, Кома, Заболевания мотонейронов, Болезнь Паркинсона (до 65 лет), Болезнь Альцгеймера (до 65 лет), Кардиомиопатия, Терминальная стадия заболевания печени, Мышечная дистрофия, Апластическая анемия;
 - 6-й вариант (44 заболевания): Злокачественные онкологические заболевания, Хирургическое лечение коронарных артерий (коронарное шунтирование), Инфаркт миокарда, Почечная недостаточность, Инсульт, Трансплантация жизненно важных органов, Хирургическое лечение заболеваний аорты, Слепота (потеря зрения), Пересадка клапанов сердца, Рассеянный склероз, Паралич, Доброкачественная опухоль головного мозга, ВИЧ/СПИД вследствие переливания крови, Молниеносный вирусный гепатит, Терминальная стадия заболевания легких, Апатический синдром (вегетативное состояние), Бактериальный менингит, Глухота (Потеря слуха), Энцефалит (в том числе клещевой), Утрата способности к произношению речи, Обширные ожоги, Полиомиелит, ВИЧ-инфицирование вследствие профессиональной медицинской деятельности, Кома, Заболевания мотонейронов, Болезнь Паркинсона (до 65 лет), Болезнь Альцгеймера (до 65 лет), Кардиомиопатия, Терминальная стадия заболевания печени, Мышечная дистрофия, Апластическая анемия, Острая лучевая болезнь, Острая печеночно-клеточная недостаточность, Туберкулез, Сахарный диабет 1-го типа (инсулинозависимый), Оперативное лечение панкреонекроза, Ревматоидный артрит, Системная красная волчанка, Доброкачественная опухоль спинного мозга, Болезнь Крейтцфельда – Якоба, Оптикомиелит (болезнь Девика), Спинальный инсульт, Хирургическое лечение легочной артерии, Анкилозирующий спондилоартрит (болезнь Бехтерева).

2.4. По согласованию Сторон любой из указанных в п. 2.3 Дополнительных условий вариантов страхового покрытия может быть расширен за счет предложения перечня дополнительных заболеваний: Ангиопластика коронарных артерий, Хирургическое лечение аневризмы головного мозга; Удаление мочевого пузыря (цистэктомия); Хирургическое лечение болезни Крона, а также снятия следующих исключений для Злокачественных онкологических заболеваний:

- *прединвазивные новообразования и новообразования на месте (Tis*);*
- *цервикальная дисплазия CIN I-III;*
- *рак предстательной железы, гистологически диагностированный как T1N0M0*;*
- *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 проникающая в сосочково-ретикулярный слой, все гиперкератозы или базально-клеточные карциномы кожи, плоскоклеточные карциномы, все эпителиально-клеточные раки кожи при отсутствии прорастания в другие ткани.*

3. ДОГОВОР СТРАХОВАНИЯ.

3.1. По соглашению Сторон Договор страхования может быть заключен на следующих условиях:

3.1.1. с дополнительной выплатой в случае критического заболевания;

3.1.2. с авансовой выплатой в случае критического заболевания.

В случае, если Договором страхования предусмотрена дополнительная выплата по критическому заболеванию, величина страховой выплаты по событию «смерть Застрахованного Лица» не зависит от выплаты по событию «критические заболевания».

3.2. Договор страхования заключается на срок не более чем до достижения Застрахованным Лицом 70-летнего возраста. На страхование принимаются лица в возрасте от 16 до 65 лет. Страховщик, руководствуясь внутренними регламентами и андеррайтерской политикой, вправе расширить либо сузить возрастной предел для Застрахованных Лиц.

3.3. При заключении Договора страхования:

3.3.1. Страховщик имеет право до заключения Договора страхования назначить Застрахованному Лицу медицинское обследование в необходимом для определения степени риска объеме.

3.3.2. Страхователь обязан предоставить по требованию Страховщика любую информацию, необходимую для оценки степени риска, принимаемого на страхование.

3.4. При осуществлении выплаты по одному из критических заболеваний/исключений, обозначенных в п. 2.4 Дополнительных условий, Страховщик оставляет за собой право, руководствуясь имеющимися данными о состоянии здоровья Застрахованного Лица, сохранить или прекратить (полностью или частично) Дополнительные условия страхования на случай критических заболеваний в отношении данного Застрахованного Лица при продлении/возобновлении Договора страхования.

4. СТРАХОВЫЕ СУММЫ. СТРАХОВЫЕ ВЗНОСЫ.

4.1. По Договорам страхования с Дополнительными условиями по страхованию на случай критических заболеваний страховая сумма по страховому случаю «критическое заболевание» устанавливается отдельно от прочих страховых случаев, за исключением заключения Договора страхования с авансовой выплатой в случае критического заболевания.

4.2. Размер страховых взносов определяется в зависимости от условий Договора страхования, размера страховых сумм, срока действия Договора страхования, порядка и срока уплаты взносов, возраста и пола Застрахованного Лица, состояния его здоровья, и устанавливается согласно соответствующему приложению к Правилам.

4.3. Срок и порядок оплаты взносов по Дополнительным условиям соответствуют сроку и порядку оплаты взносов по Договору страхования.

4.4. Страховщик оставляет за собой право по результатам анализа статистической информации о «критическом заболевании» изменять в течение срока страхования величину страховых взносов, подлежащих уплате в дальнейшем, но не чаще, чем один раз в год.

4.5. Если в результате изменений, указанных в п. 4.4 Дополнительных условий, страховой тариф:

4.5.1. уменьшился, то Страховщик направляет Страхователю уведомление об изменениях за 30 (тридцать) дней до даты их внесения. Изменения вступают в силу с даты, указанной в уведомлении.

4.5.2. увеличился, то требуется согласование изменений со Страхователем в письменной форме в соответствии с положениями Правил. Изменения вступают в силу с даты, указанной в соглашении о внесении изменений, но не ранее подписания соглашения обеими Сторонами.

4.6. Если в течение 30 (тридцати) дней с момента передачи подписанного Страховщиком дополнительного соглашения о внесении изменений Страхователю, последний не подписал соглашение, Договор страхования прекращается в части действия Дополнительных условий страхования на случай критического заболевания. Договор прекращается с даты, следующей за датой истечения 30-дневного срока с момента передачи подписанного Страховщиком дополнительного соглашения о внесении изменений Страхователю, но не позже даты, следующей за датой окончания периода страхования, за который внесен последний уплаченный Страхователем взнос по Дополнительным условиям.

5. СРОК ДЕЙСТВИЯ ДОПОЛНИТЕЛЬНЫХ УСЛОВИЙ.

5.1. Срок действия Дополнительных условий не может превышать срок действия Договора страхования.

5.2. Если Дополнительные условия включаются в Договор страхования по истечении какого-либо периода с момента вступления Договора страхования в силу, их действие начинается с 00 часов 00 минут даты начала срока их действия, указанного в соответствующем дополнительном соглашении.

6. ПОРЯДОК ПРЕКРАЩЕНИЯ ДЕЙСТВИЯ ДОПОЛНИТЕЛЬНЫХ УСЛОВИЙ СТРАХОВАНИЯ НА СЛУЧАЙ КРИТИЧЕСКОГО ЗАБОЛЕВАНИЯ.

6.1. Действие Дополнительных условий в отношении каждого Застрахованного Лица прекращается в случаях:

6.1.1. Истечения срока действия Дополнительных условий.

6.1.2. Выплаты по страховому случаю «критические заболевания» в размере страховой суммы.

6.1.3. По инициативе Страхователя, посредством заблаговременного, не менее чем за 30 (тридцать) дней до предполагаемой даты прекращения, письменного заявления.

6.1.4. Неуплаты или несвоевременной (после истечения льготного периода) уплаты страховой премии или очередного страхового взноса по Договору страхования в полном объеме.

6.1.5. В соответствии с п. 4.6 Дополнительных условий.

6.1.6. При прекращении действия Договора страхования.

6.1.7. При достижении Застрахованным Лицом 70-летнего возраста – со следующей за днем рождения годовщины Договора страхования (полисной годовщины), даже если Договор страхования продолжает действовать.

6.2. В случае прекращения действия Дополнительных условий уплата страховых взносов по ним прекращается.

7. РАЗМЕР И ПОРЯДОК ОСУЩЕСТВЛЕНИЯ СТРАХОВЫХ ВЫПЛАТ

7.1. Страховая выплата по заболеваниям, входящих в список основных критических заболеваний Дополнительных условий, осуществляется одновременно в размере страховой суммы, установленной по данным Дополнительным условиям.

7.2. Страховая выплата по заболеваниям, входящим в перечень дополнительных заболеваний, а также по исключениям, обозначенным в п. 2.4 Дополнительных условий, осуществляется одновременно в размере, установленном Договором страхования, но не превышающем 25% (двадцати пяти процентов) от страховой суммы по страховому случаю «критические заболевания».

7.3. Общая сумма выплат по всем страховым случаям, произошедшим в отношении одного Застрахованного Лица в период срока действия Договора страхования по страховому случаю «критические заболевания», не может превышать 100% (ста процентов) индивидуальной страховой суммы, установленной по данному страховому случаю в отношении данного Застрахованного Лица.

7.4. Страховая выплата по страховому случаю «критические заболевания» осуществляется по первому диагнозу, установленному Застрахованному Лицу в течение срока страхования. Выплата производится только по диагнозу, установленному по истечении обусловленного Правилами и Дополнительными условиями периода ожидания.

7.5. При наступлении страхового случая – критического заболевания по Договору страхования с **дополнительной выплатой** страховая выплата по страховому случаю «критические заболевания» производится Страховщиком по истечении установленного Договором страхования периода выживания, начинающегося с даты диагностирования критического заболевания. Страховая выплата осуществляется в полном объеме, не зависимо от выплат, осуществленных по Договору страхования. При этом, если Застрахованное Лицо умирает в течение периода выживания, то страховая выплата по страховому случаю «критические заболевания» не производится.

7.6. При наступлении страхового случая – критического заболевания по Договору страхования с **авансовой выплатой** страховая выплата по страховому случаю «критические заболевания» производится Страховщиком сразу после признания произошедшего события страховым случаем, без учета периода выживания. Страховая выплата осуществляется в полном объеме. Однако в случае если после осуществления выплаты по страховому случаю «критические заболевания» наступит смерть Застрахованного Лица, выплата по страховому случаю «смерть Застрахованного Лица» будет осуществлена за вычетом суммы страхового возмещения по страховому случаю «критические заболевания».

7.7. Для получения страховой выплаты по Дополнительным условиям страхования на случай критических заболеваний при наступлении страхового случая Страховщику должны быть предоставлены следующие документы: заявление по установленной Страховщиком форме; документ, удостоверяющий личность Застрахованного Лица; Договор страхования (страховой полис, страховой сертификат) со всеми приложениями к нему, включая все имеющиеся заключенные дополнительные соглашения; выписка из медицинской карты стационарного больного и/или выписка из медицинской карты амбулаторного больного из медицинских учреждений, оказавших медицинскую помощь в связи с заболеванием Застрахованного Лица; документы лечебно-профилактического или иного медицинского учреждения, подтверждающие перенесение Застрахованным Лицом заболевания, соответствующего определению страхового случая, подтвержденные соответствующими лабораторными, клиническими, гистологическими, радиологическими исследованиями; заключение врача специалиста с указанием даты первичного установления диагноза (даты постановки на учет); медицинская карта стационарного больного и/или медицинская карта амбулаторного больного; врачебное заключение о необходимости проведения хирургического вмешательства; копия протокола операции; постановление о возбуждении (отказе в возбуждении) уголовного дела (если таковые выносились по факту наступления страхового случая); решение суда (в случае возбуждения уголовного дела); протокол освидетельствования на состояние алкогольного, наркотического опьянения, копия водительского удостоверения (если страховой случай произошел в результате дорожно-транспортного происшествия, во время которого Застрахованное Лицо находилось за рулем); 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); акт о несчастном случае на производстве по форме Н-1 (если страховой случай наступил в результате несчастного случая на производстве); акт о несчастном случае с обучающимся, воспитанником системы образования Российской Федерации по форме Н-2; копия приказа о принятии на работу.

7.8. В целях получения страховой выплаты по страховому случаю «критические заболевания» Страхователь (Застрахованное Лицо) обязан известить Страховщика любым доступным способом, позволяющим объективно зафиксировать факт обращения, о наступлении страхового случая не позднее, чем через 45 (сорок пять) календарных дней после постановки Застрахованному Лицу диагноза, соответствующего определению критического заболевания.

7.9. В случае недостаточности данных для постановки и подтверждения диагноза «критическое заболевание» Страховщик оставляет за собой право назначить проведение дополнительного медицинского обследования Застрахованного Лица в указанном Страховщиком медицинском учреждении.

8. ДОПОЛНИТЕЛЬНЫЕ УСЛОВИЯ.

8.1. При урегулировании отношений, не отраженных в настоящих Дополнительных условиях, стороны руководствуются Правилами, Договором страхования и законодательством Российской Федерации.

ДОПОЛНИТЕЛЬНЫЕ УСЛОВИЯ СТРАХОВАНИЯ НА СЛУЧАЙ КРИТИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ – ВАРИАНТ АССИСТАНС

СПЕЦИАЛЬНЫЕ ОПРЕДЕЛЕНИЯ

Критические заболевания

Заболевания, значительно ухудшающие качество жизни Застрахованного Лица, приводящие к инвалидизации и характеризующиеся чрезвычайно высоким уровнем смертности.

Период ожидания

Период, устанавливаемый Договором страхования в отношении каждого Застрахованного Лица с момента принятия его на страхование. Диагностирование критического заболевания у Застрахованного в течение этого периода не является страховым случаем. Период ожидания на основании Правил устанавливается равным 90 (девяносто) дням, если Договором страхования не предусмотрено иное. Если иное не оговорено в договоре, при пролонгации Договора страхования период ожидания в отношении Застрахованного Лица, являвшегося Застрахованным Лицом ранее по Договору, не будет действовать.

В список критических заболеваний для целей Дополнительных условий страхования на случай критических заболеваний – вариант Ассистанс включаются:

1. Злокачественные онкологические заболевания

Злокачественное онкологическое заболевание предполагает наличие в организме новообразования из злокачественных клеток, характеризующегося неконтролируемым инвазивным и инфильтрирующим ростом, пролиферацией в организме, клеточным и тканевым атипизмом, способностью к метастазированию в лимфатические узлы и отдаленные органы.

К злокачественным новообразованиям следует относить:

- карциномы (опухоли из экто- и эндодермы);
- саркомы (опухоли из клеток мезодермы);
- гемобластозы (лейкозы и лимфомы) – опухоли из камбиальной клетки кроветворной и лимфатической ткани.

Это определение также включает лейкомию, 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.

Примечание: дата постановки диагноза – это дата подтверждения диагноза результатами гистопатологического исследования.

Если гистопатологическое исследование не возможно по медицинским причинам, диагноз злокачественной опухоли должен быть подтвержден врачом-онкологом и результатами КТ или МРТ исследования.

Исключения:

- доброкачественные или предраковые новообразования;
- прединвазивные новообразования и новообразования на месте (Tis*);
- цервикальная дисплазия CIN I-III;
- карцинома мочевого пузыря стадии Ta*;
- 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;
- рак предстательной железы, гистологически диагностированный как T1N0M0*;

- хроническая лимфатическая лейкемия (CLL) менее чем стадия 3 по RAI;
 - 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;
 - все новообразования при наличии ВИЧ-инфекции или СПИДа, а также ассоциированные с ВИЧ-инфекцией или СПИДом.
- * В соответствии с Международной классификацией TNM.

Договором Страхования может быть предусмотрено осуществление страховой выплаты до 25% (двадцати пяти процентов) от страховой суммы по страховому случаю «критические заболевания – вариант Ассистанс» в следующих случаях, указанных в разделе «Исключения» настоящей статьи:

- прединвазивные новообразования и новообразования на месте (Tis*);
- цервикальная дисплазия CIN I-III;
- рак предстательной железы, гистологически диагностированный как T1N0M0*;
- 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.

2. Инфаркт миокарда

Остро возникший некроз части сердечной мышцы вследствие абсолютной или относительной недостаточности коронарного кровотока.

Диагноз должен быть обоснован наличием всех трех симптомов:

- длительный приступ характерных болей в грудной клетке;
- новые типичные изменения ЭКГ: изменения сегмента ST или зубца T с характерной динамикой, формирование патологического, стойко сохраняющегося зубца Q;
- типичное повышение активности кардиоспецифических ферментов крови, таких как миоглобин, тропонин-Т, изофермент МВ-КФК, суммарная КФК.

Диагноз и данные обследования должны подтверждаться квалифицированным врачом (кардиологом).

Исключения:

- инфаркты миокарда без изменения сегмента ST и с увеличением показателей Тропонина или T в крови;
- другие острые коронарные синдромы (такие как стабильная / нестабильная стенокардия), безболевого форма инфаркта миокарда.

3. Почечная недостаточность

Терминальная стадия необратимого хронического либо острого нарушения функции обеих почек, приводящего к появлению трех из четырех симптомов:

- олигоанурии;
- снижению СКФ (скорости клубочковой фильтрации) ниже 15 мл/мин;
- нарушению выведения продуктов азотистого обмена, в частности к повышению уровня креатинина в крови до 7-10 мг%;
- артериальной гипертензии,

что требует:

- постоянного проведения гемодиализа, либо
- перитонеального диализа, либо
- трансплантации донорской почки.

Диагноз должен быть подтвержден квалифицированным врачом (нефрологом).

4. Инсульт

Нарушение кровоснабжения головного мозга, повлекшее за собой возникновение постоянных неврологических расстройств, вызванное кровоизлиянием, инфарктом головного мозга или эмболией внечерепного происхождения.

Диагноз должен быть подтвержден наличием типичных клинических симптомов и данными компьютерной или магнито-резонансной томографии головного мозга.

Исключения:

- *неврологическая симптоматика, вызванная мигренью;*
- *церебральные расстройства вследствие травмы;*
- *преходящее нарушение мозгового кровообращения, которое определяется как заболевание с обратимыми неврологическими расстройствами, длительностью не более 24 (двадцати четырех) часов;*
- *лакунарные инсульты без неврологической симптоматики.*

5. Слепота (потеря зрения)

Постоянная и необратимая потеря зрения, за исключением потери цветоощущения, в той степени, при которой даже при использовании вспомогательных оптических средств показатели зрения составляют 0,05 или ниже на глазе, обладающем лучшим зрением при использовании оптометрической таблицы Сивцева.

Диагноз должен быть подтвержден врачом-офтальмологом и результатами обследования.

6. Рассеянный склероз

Заболевание характеризуется классической триадой симптомов: нистагм (неритмичные колебания глаз, возникающие при движениях), интенционное дрожание, скандированная речь; развитием очагов демиелинизации в центральной и периферической нервной системе (характерные изменения на компьютерной и магнитно-резонансной томограммах), а также специфическими изменениями состава спинномозговой жидкости.

Обязательное условие:

Заявитель должен иметь показатели по шкале EDSS >5, неврологические отклонения, которые впервые возникли в период срока действия Договора страхования и подтверждались наличием очагов демиелинизации на томограммах.

Окончательный диагноз «Рассеянный склероз» устанавливается специалистом-неврологом в сертифицированном медицинском учреждении.

Исключаются из покрытия:

Любые изолированные неврологические нарушения без установления диагноза «Рассеянный склероз».

7. Паралич

Включает в себя периферические (или вялые) и центральные (спастические) параличи, характеризующиеся полной и необратимой потерей двигательных функций двух и более конечностей: параплегия, гемиплегия, тетраплегия.

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.

Исключение:

- *синдром Гийена-Барре.*

8. Доброкачественная опухоль головного мозга

Первично возникшая опухоль (не являющаяся метастазом) в головном мозге, а также опухоль, растущая в полость черепа, не характеризующиеся признаками злокачественности.

Диагноз должен быть подтвержден врачом-специалистом по результатам компьютерной томографии мозга либо магнитно-резонансного исследования.

Опухоль должна вызывать стойкий неврологический дефицит и/или быть расценена нейрохирургом как неоперабельная.

Исключения:

- *опухоль из сосудов головного мозга;*
- *опухоль из черепно-мозговых нервов;*
- *опухоль гипофиза и спинного мозга;*
- *дизэмбриогенетическая опухоль;*
- *кисты, гранулемы и опухолеподобные процессы;*
- *неклассифицируемая опухоль.*

9. ВИЧ/СПИД вследствие переливания крови

Первично диагностированное в период срока действия Договора страхования ВИЧ-инфицирование и/или заболевание СПИДом, возникшее вследствие заражения трансфузионным путем (при переливании цельной крови или ее препаратов, осуществленном в период срока действия Договора страхования).

Диагноз должен быть подтвержден врачом-специалистом по результатам лабораторных анализов крови на наличие антител к ВИЧ и при официальном подтверждении медицинским учреждением факта заражения Застрахованного Лица.

Исключения:

- *переливание крови в медицинских учреждениях, не имеющих соответствующего разрешения (лицензии, сертификата) на деятельность, связанную с трансфузией крови и препаратов;*
- *пациенты, страдающие гемофилией.*

10. Молниеносный вирусный гепатит

Молниеносная (фульминантная) форма острых вирусных гепатитов, острый вирусный некроз печени, острая гепатодистрофия, приводящая к печеночной недостаточности, не связанная с предшествующими хроническими заболеваниями печени.

Диагноз должен быть установлен впервые в период срока действия Договора страхования, подтвержден специалистом, лабораторными показателями крови (обязательное наличие антител к вирусу Гепатита), а также соответствовать, по крайней мере, трем из четырех основных критериев:

- *стремительное уменьшение размеров печени, обширный некроз печеночной ткани;*
- *стремительно падающие показатели функции печени: снижение протромбинового индекса ниже 60%, и/или уровня проконвертина ниже 40%, и/или повышение уровня аминотрансферазы свыше 40 Ед/л, и/или ЩФ свыше 90 Ед/л, и/или положительная тимоловая проба (норма от 0 до 4 единиц), и/или прогрессивное снижение холинэстеразы ниже 5300 Ед/л;*
- *нарастающая желтуха;*
- *печеночная энцефалопатия;*

а также одним из дополнительных критериев:

- появление сладковатого запаха изо рта;
- нарастание геморрагического синдрома;
- тахикардия.

11. Терминальная стадия заболевания легких

Терминальная стадия заболевания легких, подтвержденная врачом-пульмонологом, а также соответствующая одновременно всем нижеперечисленным критериям:

- стойкое снижение объема форсированного выдоха за одну секунду (ОФВ1) до значений менее 1 литра (проба Тиффно);
- стойкое снижение парциального напряжения кислорода в артериальной крови (РаО2) до значений менее 55 мм рт.ст.;
- необходимость в постоянной кислородной терапии.

12. Апаллический синдром (вегетативное состояние)

Определяется как отсутствие возможности к самопроизвольной ментальной активности (декортикация) из-за обширных повреждений или дисфункции полушарий головного мозга с сохранением деятельности диэнцефальной области и ствола мозга, вегетативных и двигательных рефлексов, а также цикла смены сна и бодрствования.

Окончательный диагноз должен быть подтвержден специалистом, а также результатами специальных исследований (ЭЭГ, компьютерная, магнитно-резонансная или позитронная эмиссионная томография головного мозга), типичных для данного заболевания.

13. Бактериальный менингит

Воспаление оболочек головного или спинного мозга, развивающееся в результате бактериальной инфекции.

Основанием для выплаты по данному разделу являются осложнения бактериального менингита в виде одного из нижеперечисленных нарушений:

- парезов и параличей;
- нарушения функции тазовых органов (недержание мочи и кала).

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.

Исключения:

- менингит на фоне ВИЧ-инфекции;
- менингит на фоне туберкулезной инфекции.

14. Глухота (Потеря слуха)

Полная и постоянная двусторонняя потеря слуха вследствие перенесенного заболевания или несчастного случая, произошедшего в период срока действия Договора страхования. Диагноз должен быть подтвержден специалистом (отоларингологом, сурдологом), а также результатами аудиометрии.

Исключения:

- врожденная глухота;
- синдром Ваарденбурга;
- синдром Ашера;
- синдром Альпорта;
- нейрофиброматоз типа 2.

15. Энцефалит (в том числе клещевой)

Воспаление мозга (полушарий головного мозга, ствола головного мозга или мозжечка) бактериальной и вирусной этиологии.

Основанием для выплаты по данному разделу являются осложнения энцефалита в виде одного из нижеперечисленных нарушений:

- парезов и параличей;
- нарушения функции тазовых органов (недержание мочи и кала).

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.

Исключение:

- энцефалит на фоне ВИЧ-инфекции.

16. Утрата способности к произношению речи

Полная и необратимая потеря способности говорить вследствие повреждения или заболевания голосовых связок или гортани, произошедших в период срока действия Договора страхования. Данное состояние должно быть подтверждено медицинскими данными, а также отоларингологом.

Исключение:

- Потеря речи психогенного и неврологического характера вследствие повреждений головного мозга при травмах и заболеваниях.

17. Обширные ожоги

Обширные ожоги III-IV степени, площадью 20% (двадцать процентов) и выше от площади поверхности тела Застрахованного.

Процент обожженной поверхности тела определяют по правилу девяток либо по правилу ладони, которая составляет 1% (один процент) площади поверхности его тела.

18. Полиомиелит

Острое инфицирование вирусом полиомиелита.

Покрытие распространяется только на паралитические формы полиомиелита, сопровождающиеся нарушением двигательных функций в виде необратимого паралича и дыхательной недостаточности.

Окончательный диагноз должен быть подтвержден специалистом на основании клинической картины, а также результатами дополнительных исследований, подтверждающих наличие вируса полиомиелита (исследование экскрементов, носоглоточной слизи или цереброспинальной жидкости, анализ крови на антитела (определение нарастания титра вируснейтрализующих антител в 4 раза и более в РСК или РН в парных сыворотках, взятых с интервалом 14-21 день)), и специфических изменений на ЭНМГ (полное отсутствие биоэлектрической активности).

Выделение вируса при отсутствии клинических проявлений заболевания не является основанием для постановки диагноза полиомиелита.

19. ВИЧ-инфицирование вследствие профессиональной медицинской деятельности

Инфицирование ВИЧ вследствие случайного непреднамеренного происшествия, имевшего место в процессе выполнения Застрахованным Лицом профессиональных медицинских обязанностей, в период срока действия Договора страхования.

Информация о любом несчастном случае, способном повлечь за собой страховой случай, должна быть зафиксирована в отчете о происшествии, составленном работодателем Застрахованного Лица, и впоследствии передана Страховщику при заявлении убытка. Данная информация должна быть подтверждена отрицательным тестом на антитела к ВИЧ, выполненным в течение 5 (пяти) дней после происшествия. Результат анализа крови, подтверждающий факт инфицирования, предоставляется через 6 (шесть) месяцев после события.

20. Кома

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.

Диагноз должен быть установлен врачом-неврологом (нейрохирургом). Страховыми случаями признаются комы с длительностью от 168 (ста шестидесяти восьми) часов и тяжестью 5 и менее баллов по Шкале Глазго, глубокая кома или кома III-IV степени.

Исключения:

- *медикаментозная кома;*
- *кома вследствие алкогольного/наркотического отравления.*

21. Заболевания мотонейронов

Заболевание, вызванное гибелью нейронов спинного и головного мозга, контролирующей двигательную активность. Окончательный диагноз должен быть подтвержден специалистом на основании клинической картины, а также результатами электромиографии (электронейрографии) и МРТ головного и спинного мозга для исключения других патологий центральной нервной системы.

Обязательное условие – как минимум, 3 из 4 показателей по ЭМГ:

- фибрилляции и фасцикуляции в мышцах верхних и нижних конечностей или в конечностях и области головы;
- уменьшение количества двигательных единиц и увеличение амплитуды и длительности потенциала действия двигательных единиц;
- нормальная скорость проведения в нервах, иннервирующих мало пораженные мышцы, и снижение скорости проведения в нервах, иннервирующих тяжело пораженные мышцы (скорость должна быть не менее 70% от нормальной величины);
- нормальная электрическая возбудимость и скорость проведения импульса по волокнам чувствительных нервов при снижении скорости проведения импульсов в двигательных волокнах.

22. Болезнь Паркинсона (до 65 лет)

Хроническое прогрессирующее дегенеративное заболевание центральной нервной системы, клинически проявляющееся нарушением произвольных движений. Окончательный диагноз идиопатической или первичной болезни Паркинсона должен быть установлен впервые в период срока действия Договора страхования врачом неврологом, подтверждаться медицинскими документами.

Обязательное условие в клинической картине – тетрада двигательных симптомов болезни Паркинсона:

- тремор;
- ригидность;
- гипокинезия;
- нарушения постуральной регуляции, а также положительный эффект от препаратов, увеличивающих синтез дофамина.

Исключения:

- *формы болезни Паркинсона, развивающиеся на фоне экзогенной интоксикации (наркотические вещества, алкоголь, лекарственные препараты);*
- *синдромы паркинсонизма.*

23. Болезнь Альцгеймера (до 65 лет)

Дегенеративное заболевание центральной нервной системы, характеризующееся прогрессирующим снижением интеллекта, расстройством памяти и изменением поведения.

Диагноз должен быть установлен врачом неврологом, а также подтвержден результатами исследований когнитивных функций и инструментальных методов (КТ или МРТ головного мозга (признаки суммарной и региональной атрофии вещества головного мозга), характерные для данного заболевания.

Исключения:

- деменция или болезнь Альцгеймера, вызванная злоупотреблением алкоголя, наркотических веществ или лекарственных препаратов;
- деменция, вызванная неорганическими поражениями ЦНС (неврозы или психические заболевания);
- деменция при болезни Пика;
- деменция при системных заболеваниях (гипотиреозидизм, недостаточность витамина В12 или фолиевой кислоты, гиперкальциемия, нейросифилис, ВИЧ-инфекция, тяжелая органическая недостаточность);
- вторичная деменция, то есть обусловленная иными причинами – общесоматическими заболеваниями (инфекционными, интоксикационными, метаболическими, эндокринными) или иными церебральными сосудистыми процессами (энцефалиты, травма головного мозга, субдуральная гематома и др.)

24. Кардиомиопатия

Первичное поражение сердечной мышцы, типичными проявлениями которого служат кардиомегалия, прогрессирующая сердечная недостаточность и аритмия.

Договором страхования покрываются следующие формы заболевания:

- дилатационная (или застойная);
- гипертрофическая;
- рестриктивная;
- аритмогенная.

Обязательное условие в клинической картине: симптомы не ниже Класса 4 по NYHA при условии полной или частичной потери работоспособности, наличие симптомов сердечной недостаточности и боли в груди во время отдыха, несмотря на использование лекарств и изменение диеты.

Симптомы заболевания должны подтверждаться врачом-кардиологом на основании клинической картины и результатов, как минимум, 2 дополнительных методов исследования:

- ЭКГ – фиксируются признаки гипертрофии миокарда, различные формы нарушений ритма и проводимости, изменения ST-сегмента желудочкового комплекса;
- Рентгенография (МРТ, МСКТ) – дилатация, гипертрофия миокарда, застойные явления в легких;
- ЭхоКГ – дисфункция и гипертрофия миокарда;
- Биопсия – специфические морфологические изменения кардиомиоцитов.

Исключения:

- кардиомиопатия в результате употребления алкоголя;
- «сердце спортсмена».

25. Терминальная стадия заболевания печени

Конечная стадия печеночной недостаточности вследствие цирроза печени. Диагноз должен быть подтвержден гастроэнтерологом в соответствии со всеми следующими критериями:

- постоянная желтуха (показатель билирубина > 2 мг/дл или >35 мкмоль/л);
- асцит;
- фиброзное или цирротическое изменение ткани печени, подтвержденное биопсией или, если биопсия недоступна, неинвазивным тестом на фиброз или визуальными методами исследования, согласующимися с диагнозом;
- печеночная энцефалопатия;
- значение альбумина < 3,5 г/дл.

Исключение:

- терминальная печеночная недостаточность вследствие злоупотребления алкоголем и/или наркотическими препаратами.

26. Мышечная дистрофия

Прогрессирующая мышечная дистрофия, проявляющаяся симметричной мышечной слабостью и атрофией мышц.

Диагноз мышечной дистрофии должен быть установлен врачом неврологом на основании всех ниже перечисленных критериев:

- результат биопсии мышц, подтверждающий диагноз;
- показатели электромиограммы с характерными для данного заболевания изменениями (изменение потенциалов двигательных единиц по первично-мышечному типу и спонтанная активность в виде потенциалов фибрилляций и положительных острых волн);
- показатели КФК, подтверждающие диагноз;
- характерная клиническая картина (включая отсутствие нарушений чувствительности, умеренное снижение сухожильных рефлексов).

27. Апластическая анемия

Заболевание характеризуется стойкой полной аплазией костного мозга с глубоким нарушением его функции, которая сопровождается нарушением эритро-, лейко- и тромбоцитопоза в форме анемии, нейтро- и тромбоцитопении.

Обязательное условие для выплаты – применение, как минимум, одного из методов лечения в период срока действия Договора страхования:

- переливания крови;
- применения стимуляторов костного мозга;
- применения иммуносупрессивных препаратов;
- пересадки костного мозга.

Диагноз должен быть установлен впервые в период срока действия Договора страхования и подтвержден врачом-гематологом на основании клинической картины и результатов лабораторных исследований, включая биопсию костного мозга.

28. Острая лучевая болезнь

Заболевание, развившееся в результате воздействия ионизирующего излучения, повлекшего за собой повреждение систем клеточного обновления лимфоидной ткани, костного мозга, эпителия тонкой кишки и кожи.

Диагноз устанавливается врачом-специалистом на основании анамнеза (самого факта облучения, подтвержденного документально), совокупности клинических симптомов и лабораторных данных (опустошение костного мозга, цитопения, перераспределительные сдвиги в картине крови за счет гибели молодых клеточных элементов костного мозга), результатов определения дозы облучения дозиметром либо путем подсчета числа пораженных радиацией клеток костного мозга.

Основанием для выплаты является развитие заболевания в результате получения дозы более 100 Рад.

Исключение:

- *острая лучевая болезнь, развившаяся в результате ядерного взрыва.*

29. Острая печеночно-клеточная недостаточность

«Массивный» или «субмассивный» некроз печени, возникший по причинам иным, чем вирусный гепатит.

Диагноз должен быть подтвержден специалистом, а также соответствовать, по крайней мере, трем из четырех основных критериев:

- стремительное уменьшение размеров печени, обширный некроз печеночной ткани;
- стремительно падающие показатели функции печени: снижение протромбинового индекса ниже 60%, и/или уровня проконвертина ниже 40%, и/или повышение уровня аминотрансферазы свыше 40 Ед/л, и/или ЩФ свыше 90 Ед/л, и/или положительная

тимоловая проба (норма от 0 до 4 единиц), и/или прогрессивное снижение холинэстеразы ниже 5300 Ед/л;

- нарастающая желтуха;
- печеночная энцефалопатия;
- а также одним из дополнительных критериев:
- появление сладковатого запаха изо рта;
- нарастание геморрагического синдрома;
- тахикардия.

30. Туберкулёз

Заболевание, вызываемое микобактериями туберкулеза.

Страховым случаем могут быть признаны только внелегочные формы туберкулеза.

Диагноз туберкулеза устанавливается врачом фтизиатром на основании:

- анамнеза;
- клинической картины,

а также результатов, как минимум, двух из нижеперечисленных методов исследования:

- рентгенологического исследования (фиброзные и очаговые образования в органах с перифокальной реакцией либо инфильтративные изменения с деструкцией);
- биопсии (характерные морфологические изменения в пораженных органах);
- бактериологического исследования (обнаружение микобактерий туберкулеза в моче, отделяемом свища и другом патологическом материале);
- туберкулинодиагностики, основанной на применении туберкулиновых проб.

Исключение:

- *легочные формы туберкулеза.*

31. Сахарный диабет 1-го типа (инсулинозависимый)

Заболевание, вызванное абсолютной недостаточностью инсулина в организме.

Диагноз должен быть установлен впервые в период срока действия Договора страхования специалистом-эндокринологом.

Обязательные условия выплаты:

- потребность пациента в постоянной инсулинотерапии;
- постановка на Д-учет;
- наличие 2 и более осложнений: ретинопатия, нефропатия, гипертензия, нейропатия, ангиопатия.

Исключения:

- *сахарный диабет 2го типа;*
- *«несахарный диабет».*

32. Ревматоидный артрит

Системное воспалительное заболевание соединительной ткани с преимущественным поражением суставов по типу хронического прогрессирующего эрозивно-деструктивного полиартрита.

Обязательное условие для выплаты: анкилоз одного или нескольких пораженных суставов.

Диагноз должен быть установлен впервые в течение действия Договора страхования, подтвержден врачом-ревматологом на основании клинической картины и результатов лабораторных методов исследования (обнаружение ревматоидного фактора, С-реактивного белка в сыворотке крови).

Исключения:

- *анкилоз вследствие других заболеваний и травм;*
- *ревматоидный артрит, не осложненный анкилозом суставов.*

33. Системная красная волчанка

Системное аутоиммунное заболевание соединительной ткани.

Определением покрывается почечная форма заболевания в виде волчаночного (Люпус) нефрита с морфологическими изменениями ткани почек начиная с III класса по классификации ВОЗ.

Диагноз устанавливается врачом-ревматологом на основании клинической картины с обязательным подтверждением результатом гистологического исследования почечной ткани.

Исключения:

- *любые другие формы системной красной волчанки без поражения почек;*
- *поражение почек с морфологическими изменениями класса I-II по классификации ВОЗ.*

34. Доброкачественная опухоль спинного мозга

Выявленное впервые в период срока действия Договора страхования доброкачественное онкологическое заболевание спинного мозга, подтвержденное врачом неврологом или нейрохирургом и данными магнитно-резонансной томографии.

Данное определение включает в себя опухоли, развивающиеся из ткани самого спинного мозга (интрамедуллярные опухоли).

Опухоль должна вызывать стойкий неврологический дефицит или быть расценена нейрохирургом как неоперабельная.

Исключения:

- *интрадуральные экстрамедуллярные опухоли – опухоли, находящиеся под твердой мозговой оболочкой, но вне ткани спинного мозга;*
- *экстрадуральные опухоли (находящиеся над твердой мозговой оболочкой).*

35. Болезнь Крейтцфельда – Якоба

Дегенеративное заболевание головного мозга, связанное с накоплением в нейронах патологического белка приона и характеризующееся прогрессирующим расстройством высших функций коры головного мозга, параличом конечностей, нарушением координаторных функций.

Диагноз должен быть окончательным и установлен врачом неврологом на основании клинических данных и инструментальных методов исследования, таких как:

- ЭЭГ (на фоне сниженной биоэлектрической активности наблюдаются периодические или псевдопериодические острые волны, а также билатеральная, фокальная или генерализованная миоклоническая активность);
- МРТ головного мозга (в T2-режиме определяется «симптом медовых сот» - участки повышенного сигнала, исходящие от подкорковых ганглиев и таламуса, и признаки атрофии мозга).

Обязательное условие выплаты: сочетание психического и/или неврологического дефицита, обнаружения Белка «14-3-3» в спинномозговой жидкости и подтверждения диагноза одним из указанных выше методов исследования.

36. Оптикомиелит (болезнь Девика)

Воспалительное демиелинизирующее заболевание, характеризующееся селективным поражением зрительного нерва и спинного мозга.

Диагноз должен быть окончательным, установлен врачом неврологом при наличии более чем одного документально подтвержденного эпизода заболевания, с развитием выраженной клинической симптоматики демиелинизации, включая различные нарушения функций зрительных нервов и спинного мозга, а также должен быть подтвержден не менее чем двумя инструментальными методами исследования: МРТ головного мозга (поражение зрительного нерва), МРТ спинного мозга (распространение не менее чем на 3 сегмента), люмбальной пункцией (увеличение лимфоцитов с повышенным содержанием белка без олигоклональных антител).

37. Спинальный инсульт

Острое нарушение кровообращения в спинном мозге, являющееся следствием нарушения или полного прекращения кровоснабжения в спинном мозге, или кровоизлияние в вещество спинного мозга или под его оболочки.

Спинальный инсульт должен быть впервые диагностирован в течение срока действия Договора страхования. Диагноз должен быть подтвержден врачом-специалистом, инструментальными методами исследования (КТ или МРТ).

Исключения:

- *травматические повреждения спинного мозга;*
- *кратковременные нарушения спинального кровообращения.*

38. Анкилозирующий спондилоартрит (Болезнь Бехтерева)

Системное хроническое воспалительное заболевание суставов и позвоночника, относящееся к группе серонегативных полиартритов.

Обязательное условие для выплаты: 4-я рентгенологическая стадия сакроилеита по Келгрону, или полный анкилоз сустава.

Диагноз должен быть установлен впервые в течение действия договора страхования, подтвержден врачом-ревматологом на основании клинической картины и результатов рентгенографии.

Исключения:

- *анкилоз вследствие других заболеваний и травм;*
- *спондилоартрит, не осложненный анкилозом.*

1. ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ.

1.1. В соответствии с Дополнительными условиями страхования на случай критических заболеваний – вариант Ассистанс (далее – Дополнительные условия – вариант Ассистанс) Страховщик заключает Договоры страхования с дополнительным страхованием на случай критических заболеваний – вариант Ассистанс с физическими или юридическими лицами (Страхователями).

1.2. Дополнительные условия – вариант Ассистанс являются дополнением к Правилам добровольного коллективного страхования физических лиц от несчастных случаев и болезней №8 (в редакции от 23 октября 2020 года) (далее – Правила). Положения Правил применяются к страхованию на основе Дополнительных условий – вариант Ассистанс, если в Дополнительных условиях – вариант Ассистанс или Договоре страхования не предусмотрено иное.

1.3. Договоры страхования с дополнительным страхованием на случай критического заболевания – вариант Ассистанс на основании Дополнительных условий – вариант Ассистанс заключаются только при условии одновременного страхования с Дополнительными условиями страхования на случай хирургического вмешательства в связи с критическим заболеванием – вариант Ассистанс (Приложение №1.3 к Правилам), а также с Дополнительными условиями страхования на случай установления показаний к хирургическому вмешательству в связи с критическим заболеванием – вариант Ассистанс (Приложение № 1.4 к Правилам).

2. СТРАХОВЫЕ СЛУЧАИ.

2.1. В соответствии с Дополнительными условиями – вариант Ассистанс, страховым случаем признается установление Застрахованному Лицу диагноза «критического заболевания», предусмотренного Договором страхования и включенного в список критических заболеваний Дополнительных условий – вариант Ассистанс, впервые диагностированного врачом в течение срока страхования, с возможностью направления страховой выплаты или ее части на оплату услуг по Ассистансу, за исключением случаев, предусмотренных в п 4 Правил.

2.2. Диагноз «критического заболевания» должен быть подтвержден документами, выданными соответствующими медицинскими учреждениями, и подтвержден врачом соответствующей специализации и квалификации.

2.3. Договором страхования предусматривается один из следующих вариантов страхового покрытия (выбранные варианты страхового покрытия должны соответствовать выбранным вариантам по Дополнительным условиям страхования на случай хирургического вмешательства в связи с критическим заболеванием – вариант Ассистанс, Дополнительным условиям страхования на случай установления показаний к хирургическому вмешательству в связи с критическим заболеванием – вариант Асисстанс):

- 1-й вариант (4 заболевания): Злокачественные онкологические заболевания, Инфаркт миокарда, Почечная недостаточность, Инсульт;
- 2-й вариант (7 заболеваний): Злокачественные онкологические заболевания, Инфаркт миокарда, Почечная недостаточность, Инсульт, Слепота (потеря зрения), Рассеянный склероз, Паралич;
- 3-й вариант (11 заболеваний): Злокачественные онкологические заболевания, Инфаркт миокарда, Почечная недостаточность, Инсульт, Слепота (потеря зрения), Рассеянный склероз, Паралич, Доброкачественная опухоль головного мозга, ВИЧ/СПИД вследствие переливания крови, Молниеносный вирусный гепатит, Терминальная стадия заболевания легких;
- 4-й вариант (18 заболеваний): Злокачественные онкологические заболевания, Инфаркт миокарда, Почечная недостаточность, Инсульт, Слепота (потеря зрения), Рассеянный склероз, Паралич, Доброкачественная опухоль головного мозга, ВИЧ/СПИД вследствие переливания крови, Молниеносный вирусный гепатит, Терминальная стадия заболевания легких, Апатический синдром (вегетативное состояние), Бактериальный менингит, Глухота (Потеря слуха), Энцефалит (в том числе клещевой), Утрата способности к произношению речи, Обширные ожоги, Полиомиелит;
- 5-й вариант (27 заболеваний): Злокачественные онкологические заболевания, Инфаркт миокарда, Почечная недостаточность, Инсульт, Слепота (потеря зрения), Рассеянный склероз, Паралич, Доброкачественная опухоль головного мозга, ВИЧ/СПИД вследствие переливания крови, Молниеносный вирусный гепатит, Терминальная стадия заболевания легких, Апатический синдром (вегетативное состояние), Бактериальный менингит, Глухота (Потеря слуха), Энцефалит (в том числе клещевой), Утрата способности к произношению речи, Обширные ожоги, Полиомиелит, ВИЧ-инфицирование вследствие профессиональной медицинской деятельности, Кома, Заболевания мотонейронов, Болезнь Паркинсона (до 65 лет), Болезнь Альцгеймера (до 65 лет), Кардиомиопатия, Терминальная стадия заболевания печени, Мышечная дистрофия, Апластическая анемия;
- 6-й вариант (38 заболеваний): Злокачественные онкологические заболевания, Инфаркт миокарда, Почечная недостаточность, Инсульт, Слепота (потеря зрения), Пересадка клапанов сердца, Рассеянный склероз, Паралич, Доброкачественная опухоль головного мозга, ВИЧ/СПИД вследствие переливания крови, Молниеносный вирусный гепатит, Терминальная стадия заболевания легких, Апатический синдром (вегетативное состояние), Бактериальный менингит, Глухота (Потеря слуха), Энцефалит (в том числе клещевой), Утрата способности к произношению речи, Обширные ожоги, Полиомиелит, ВИЧ-инфицирование вследствие профессиональной медицинской деятельности, Кома, Заболевания мотонейронов, Болезнь Паркинсона (до 65 лет), Болезнь Альцгеймера (до 65 лет), Кардиомиопатия, Терминальная стадия заболевания печени, Мышечная дистрофия, Апластическая анемия, Острая лучевая болезнь, Острая печеночно-клеточная недостаточность, Туберкулез, Сахарный диабет 1-го типа (инсулинозависимый), Ревматоидный артрит, Системная красная волчанка, Доброкачественная опухоль спинного мозга, Болезнь Крейтцфельда – Якоба,

Оптикомиелит (болезнь Девика), Спинальный инсульт, Анкилозирующий спондилоартрит (болезнь Бехтерева).

2.4. По согласованию Сторон любой из указанных в п. 2.3 Дополнительных условий – вариант Ассистанс вариантов страхового покрытия может быть расширен за счет снятия следующих исключений для Злокачественных онкологических заболеваний:

- *прединвазивные новообразования и новообразования на месте (Tis*);*
- *цервикальная дисплазия CIN I-III;*
- *рак предстательной железы, гистологически диагностированный как T1N0M0*;*
- *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 проникающая в сосочково-ретикулярный слой, все гиперкератозы или базально-клеточные карциномы кожи, плоскоклеточные карциномы, все эпителиально-клеточные раки кожи при отсутствии прорастания в другие ткани.*

Услуги Ассистанс по заболеваниям, указанным в настоящем пункте, не предоставляются. Страховая выплата по ним осуществляется в размере, установленном Договором страхования, но не более 25% (двадцати пяти процентов) от страховой суммы, установленной для данного вида страхового случая.

3. ДОГОВОР СТРАХОВАНИЯ.

3.1. По соглашению Сторон Договор страхования может быть заключен на следующих условиях:

3.1.1. с дополнительной выплатой в случае критического заболевания (с возможностью направления страховой выплаты или ее части на оплату услуг по Ассистансу);

3.1.2. с авансовой выплатой в случае критического заболевания (с возможностью направления страховой выплаты или ее части на оплату услуг по Ассистансу).

В случае, если Договором страхования предусмотрена дополнительная выплата, величина страховой выплаты по событию «смерть Застрахованного Лица» не зависит от выплаты по настоящим Дополнительным условиям – вариант Ассистанс, за исключением случая, установленного п.10.14 Правил.

3.2. Договор страхования заключается на срок не более чем до достижения Застрахованным Лицом 70-летнего возраста. На страхование принимаются лица в возрасте от 16 до 65 лет. Страховщик, руководствуясь внутренними регламентами и андеррайтерской политикой, вправе расширить либо сузить возрастной предел для Застрахованных Лиц.

3.3. При заключении Договора страхования:

3.3.1. Страховщик имеет право до заключения Договора страхования назначить Застрахованному Лицу медицинское обследование в необходимом для определения степени риска объеме.

3.3.2. Страхователь обязан предоставить по требованию Страховщика любую информацию, необходимую для оценки степени риска, принимаемого на страхование.

4. СТРАХОВЫЕ СУММЫ. СТРАХОВЫЕ ВЗНОСЫ.

4.1. По Договорам страхования с Дополнительными условиями по страхованию на случай критических заболеваний – вариант Ассистанс страховая сумма по страховому случаю «критические» заболевания – вариант Ассистанс» устанавливается отдельно от прочих страховых случаев, за исключением заключения Договора страхования с авансовой выплатой в случае критического заболевания, а также за исключением Дополнительных условий страхования на случай хирургического вмешательства в связи с критическим заболеванием – вариант Ассистанс, Дополнительных условий страхования на случай установления показаний к хирургическому вмешательству в связи с критическим заболеванием – вариант Ассистанс.

4.2. Размер страховых взносов определяется в зависимости от условий Договора страхования, размера страховых сумм, срока действия Договора страхования, порядка и срока уплаты взносов, возраста и пола Застрахованного Лица, состояния его здоровья, и устанавливается согласно соответствующему приложению к Правилам.

4.3. Срок и порядок оплаты взносов по Дополнительным условиям – вариант Ассистанс соответствуют сроку и порядку оплаты взносов по Договору страхования.

4.4. Страховщик оставляет за собой право по результатам анализа статистической информации о «критическом заболевании» изменять в течение срока страхования величину страховых взносов, подлежащих уплате в дальнейшем, но не чаще, чем один раз в год.

4.5. Если в результате изменений, указанных в п. 4.4. Дополнительных условий – вариант Ассистанс, страховой тариф:

4.5.1. уменьшился, то Страховщик направляет Страхователю уведомление об изменениях за 30 (тридцать) дней до даты их внесения. Изменения вступают в силу с даты, указанной в уведомлении.

4.5.2. увеличился, то требуется согласование изменений со Страхователем в письменной форме в соответствии с положениями Правил. Изменения вступают в силу с даты, указанной в соглашении о внесении изменений, но не ранее подписания соглашения обеими Сторонами.

4.6. Если в течение 30 (тридцати) дней с момента передачи подписанного Страховщиком дополнительного соглашения о внесении изменений Страхователю, последний не подписал соглашение, Договор страхования прекращается в части действия Дополнительных условий по страхованию на случай критического заболевания – вариант Ассистанс. Договор прекращается с даты, следующей за датой истечения 30-дневного срока с момента передачи подписанного Страховщиком дополнительного соглашения о внесении изменений Страхователю, но не позже даты, следующей за датой окончания периода страхования, за который внесен последний уплаченный Страхователем взнос по Дополнительным условиям – вариант Ассистанс.

5. СРОК ДЕЙСТВИЯ ДОПОЛНИТЕЛЬНЫХ УСЛОВИЙ.

5.1. Срок действия Дополнительных условий – вариант Ассистанс не может превышать срок действия Договора страхования.

5.2. Если настоящие Дополнительные условия будут включены в Договор по истечении какого-либо периода с момента вступления Договора в силу, их действие начинается с 00 часов даты начала срока их действия, указанного в соответствующем Дополнительном соглашении.

6. ПОРЯДОК ПРЕКРАЩЕНИЯ ДЕЙСТВИЯ ДОПОЛНИТЕЛЬНЫХ УСЛОВИЙ СТРАХОВАНИЯ НА СЛУЧАЙ КРИТИЧЕСКОГО ЗАБОЛЕВАНИЯ – ВАРИАНТ АССИСТАНС.

6.1. Действие Дополнительных условий – вариант Ассистанс в отношении каждого Застрахованного Лица прекращается в случаях:

6.1.1. Истечения срока действия Дополнительных условий – вариант Ассистанс.

6.1.2. Выплаты по страховому случаю «Критические заболевания – вариант Ассистанс» в размере страховой суммы.

6.1.3. Выплаты по Дополнительным условиям на случай хирургических вмешательств в связи с критическим заболеванием – вариант Ассистанс (Приложение №1.3 к Правилам) в размере страховой суммы.

6.1.4. Выплаты по Дополнительным условиям страхования на случай установления показаний к хирургическому вмешательству в связи с критическим заболеванием – вариант Ассистанс (Приложение №1.4 к Правилам) в размере страховой суммы.

6.1.5. По инициативе Страхователя, посредством заблаговременного, не менее чем за 30 (тридцать) дней до предполагаемой даты прекращения, письменного заявления.

6.1.6. Неуплаты или несвоевременной (после истечения льготного периода) уплаты страховой премии или очередного страхового взноса по Договору страхования в полном объеме.

6.1.7. В соответствии с п. 4.6 Дополнительных условий – вариант Ассистанс.

6.1.8. При прекращении действия Договора страхования.

6.1.9. При достижении Застрахованным Лицом 70-летнего возраста – со следующей за днем рождения годовщины Договора страхования (полисной годовщины), даже если Договор страхования продолжает действовать.

6.2. В случае прекращения действия Дополнительных условий – вариант Ассистанс уплата страховых взносов по ним прекращается.

7. РАЗМЕР И ПОРЯДОК ОСУЩЕСТВЛЕНИЯ СТРАХОВЫХ ВЫПЛАТ

7.1. Страховая выплата по заболеваниям, входящим в список критических заболеваний Дополнительных условий – вариант Ассистанс, осуществляется одновременно в размере страховой суммы, установленной по данному страховому случаю (за исключением выплаты по п. 2.4 Дополнительных условий – вариант Ассистанс).

7.2. Общая сумма выплат по всем страховым случаям, произошедшим в отношении одного Застрахованного Лица в период срока действия Договора страхования по страховому случаю «критические заболевания – вариант Ассистанс», не может превышать 100% (ста процентов) индивидуальной страховой суммы, установленной по данному страховому случаю в отношении данного Застрахованного Лица.

7.3. Страховая выплата по страховому случаю «критические заболевания – вариант Ассистанс» осуществляется по диагнозу критического заболевания, впервые установленному в течение срока страхования и впервые в жизни Застрахованного Лица. Выплата производится только по диагнозу, установленному по истечении обусловленного Правилами и Дополнительными условиями – вариант Ассистанс периода ожидания.

7.4. При наступлении страхового случая – «критические заболевания – вариант Ассистанс» по Договору страхования с авансовой выплатой страховая выплата по страховому случаю производится Страховщиком сразу после признания произошедшего события страховым случаем. Страховая выплата осуществляется в полном объеме (за исключением выплаты по п. 2.4 Дополнительных условий – вариант Ассистанс). Однако, в случае если после осуществления выплаты по страховому случаю «критические заболевания – вариант Ассистанс» наступит смерть Застрахованного Лица, выплата по страховому случаю «смерть Застрахованного Лица» будет осуществлена за вычетом суммы страхового возмещения по страховому случаю «критические заболевания – вариант Ассистанс».

7.5. Для получения страховой выплаты по Дополнительным условиям страхования на случай критических заболеваний – вариант Ассистанс при наступлении страхового случая Страховщику должны быть предоставлены документы, установленные Правилами для данного страхового случая.

7.6. В целях получения страховой выплаты по страховому случаю «критические заболевания – вариант Ассистанс» Страхователь (Застрахованное Лицо) обязан известить Страховщика любым доступным способом, позволяющим объективно зафиксировать факт обращения, о наступлении страхового случая не позднее, чем через 45 (сорок пять) календарных дней после постановки диагноза, соответствующего определению критического заболевания.

7.7. В случае недостаточности данных для постановки и подтверждения диагноза «критическое заболевание» Страховщик оставляет за собой право назначить проведение дополнительного медицинского обследования Застрахованного Лица в указанном Страховщиком медицинском учреждении.

7.8. Для получения страховой выплаты по страховому случаю «критические заболевания – вариант Ассистанс» Застрахованное Лицо / представитель Застрахованного Лица вправе обратиться в кол-центр Страховщика, указанный в Договоре страхования (страховом сертификате, страховом полисе) как номер для страховых случаев «вариант Ассистанс» и

получить бесплатную консультацию специалиста, который, уточнив у Застрахованного Лица / представителя Застрахованного Лица сведения о состоянии его здоровья на момент обращения и наличии соответствующих документов, произведет предварительный расчет объема, сроков и стоимости предполагаемых для оказания услуг по Ассистанс, который будет уточнен в течение 3 (трех) рабочих дней после получения от Застрахованного Лица скан-копий документов, предусмотренных Правилами и Договором страхования.

7.9. Предоставление скан-копий документов (в том числе медицинских) обусловлено необходимостью скорейшего признания у произошедшего с Застрахованным события признаков страхового случая и необходимостью в кратчайшие сроки с момента постановки диагноза «критического заболевания» начать работу по подбору оптимальных условий прохождения Застрахованным диагностики и лечения (предварительное решение о признании события, произошедшего с Застрахованным, страховым случаем принимается в течение 3 (трех) рабочих дней после получения от Застрахованного Лица скан-копий всех документов, предусмотренных Правилами и Договором страхования).

7.10. После уточнения сроков и стоимости, предполагаемых для услуг по Ассистанс, при условии получения оригиналов документов, Ассистанская компания уведомляет Застрахованное Лицо о перечне услуг, которые будут ему оказаны, месте их оказания, стоимости с отдельным упоминанием о том, какие из перечисленных услуг будут оплачены за счет страховой выплаты в пределах ее лимитов, а какие услуги могут подлежать оплате самим Застрахованным Лицом за свой счет (в случае желания Застрахованного Лица получить услуги по Ассистанс более высокой ценовой категории или недостаточности суммы страховой выплаты или других обстоятельств).

7.11. Страховая выплата производится в адрес Ассистанской компании (за исключением выплаты по п. 2.4 Дополнительных условий условий – вариант Ассистанс) на основании заявления на выплату, подписанного Застрахованным Лицом. С момента перечисления страховой выплаты по заявлению Застрахованного Лица в адрес Ассистанской компании обязанность Страховщика по урегулированию страхового случая считается исполненной. В случае, если в процессе оказания услуг по Ассистанс выявится недостаток суммы страховой выплаты по обстоятельствам, не известным Сторонам на момент принятия решения о страховой выплате (ошибка медицинского учреждения, поставившего диагноз, либо неполная первоначальная диагностика, развитие осложнения, появление сопутствующего или нового заболевания и т. д.), Застрахованное Лицо оплачивает медицинскому учреждению, оказывающему медицинские услуги в рамках услуг Ассистанс, превышение фактической стоимости самостоятельно. В случае, если после оказания услуг по Ассистанс выявится остаток суммы, указанный остаток Застрахованный получает напрямую от Ассистанской компании по реквизитам, указанным в заявлении на страховую выплату.

8. ДОПОЛНИТЕЛЬНЫЕ УСЛОВИЯ.

8.1. При урегулировании отношений, не отраженных в Дополнительных условиях – вариант Ассистанс, Стороны руководствуются Правилами, Договором страхования и законодательством Российской Федерации.

**ДОПОЛНИТЕЛЬНЫЕ УСЛОВИЯ СТРАХОВАНИЯ
НА СЛУЧАЙ ХИРУРГИЧЕСКИХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ В СВЯЗИ С КРИТИЧЕСКИМ
ЗАБОЛЕВАНИЕМ – ВАРИАНТ АССИСТАНС**

СПЕЦИАЛЬНЫЕ ОПРЕДЕЛЕНИЯ

Критические заболевания

Заболевания, значительно ухудшающие качество жизни Застрахованного Лица, приводящие к инвалидизации и характеризующиеся чрезвычайно высоким уровнем смертности.

Период ожидания

Период, устанавливаемый Договором страхования в отношении каждого Застрахованного Лица с момента принятия его на страхование. Диагностирование критического заболевания у Застрахованного, в связи с которым проведено хирургическое вмешательство, в течение этого периода не является страховым случаем. Период ожидания на основании Правил устанавливается равным 90 (девяносто) дням, если Договором страхования не предусмотрено иное. Если иное не оговорено в Договоре, при пролонгации Договора страхования период ожидания в отношении Застрахованного Лица, являвшегося Застрахованным Лицом ранее по Договору, не будет действовать.

В список хирургических вмешательств в связи с критическими заболеваниями для целей Дополнительных условий страхования на случай хирургических вмешательств в связи с критическим заболеванием – вариант Ассистанс включаются:

1. Хирургическое лечение коронарных артерий (коронарное шунтирование)

Проведение операции на сердце открытым доступом – путем срединной стернотомии в целях коррекции двух или более стенозированных или закупоренных коронарных артерий (вмешательство на двух главных коронарных артериях, либо на одной главной и ветви другой главной, либо на двух ветвях двух главных коронарных артерий) методом обходного сосудистого шунтирования.

Исключения:

- *баллонная ангиопластика (дилатация) коронарных артерий;*
- *эндоскопические хирургические манипуляции;*
- *лазерная ангиопластика;*
- *любые другие внутриартериальные манипуляции;*
- *другие нехирургические процедуры.*

Необходимость в проведении операции должна возникнуть в период срока действия Договора страхования, должна быть подтверждена результатами коронарной ангиографии, проведение операции – подтверждаться протоколом операции.

2. Трансплантация жизненно важных органов

Замещение необратимо поврежденных патологическим процессом тканей или органов собственными тканями либо органами (тканями), взятыми от другого организма.

Предусматривается фактическая операция по трансплантации целого жизненно-важного органа Застрахованному Лицу в качестве реципиента:

- сердца,
- легкого,
- печени,
- почки,
- поджелудочной железы,

- тонкого кишечника
- костного мозга

Исключения:

- *селективная трансплантация клеток Лангерганса поджелудочной железы;*
- *трансплантация других органов, частей органов или какой-либо ткани;*
- *донорство органов.*

Необходимость в проведении операции должна возникнуть в период срока действия Договора страхования, проведение операции должно подтверждаться протоколом операции.

3. Хирургическое лечение заболеваний аорты

Хирургическая операция открытым доступом в связи с заболеванием аорты, предполагающая иссечение и хирургическую замену части пораженной аорты трансплантатом. Включает в себя операции на восходящей и/или нисходящей частях и/или дуге аорты.

Исключения:

- *все другие хирургические операции на аорте: стентирование, малоинвазивное или эндоваскулярное лечение;*
- *операции на ветвях аорты.*

Необходимость в проведении операции должна возникнуть в период срока действия договора страхования, проведение операции должно быть подтверждено протоколом операции.

4. Пересадка клапанов сердца

Оперативное вмешательство на сердце путем открытой стернотомии, торакотомии, проводимое для замены одного или нескольких клапанов сердца искусственным либо биологическим клапаном.

Определение включает замену аортальных, митральных, трикуспидальных или пульмональных (клапанов легочной артерии) клапанов сердца их аналогами. Необходимость операции должны быть обусловлена развитием стеноза/недостаточности или комбинацией этих состояний.

Необходимость в проведении операции должна возникнуть в период срока действия Договора страхования, проведение операции должно быть подтверждено протоколом операции.

Исключения:

- *операции на сердечных клапанах в связи с врожденными пороками;*
- *вальвулотомия, вальвулопластика и другие виды лечения, проводимые без пересадки (замены) клапанов.*

5. Нейрохирургическое вмешательство в связи с доброкачественной опухолью головного мозга

Оперативное вмешательство по поводу первично возникшей опухоли (не являющейся метастазом) в головном мозге, а также опухоли, растущей в полость черепа, не характеризующейся признаками злокачественности.

Диагноз должен быть подтвержден врачом-специалистом по результатам компьютерной томографии мозга либо магнитно-резонансного исследования.

Опухоль должна быть расценена как требующая нейрохирургического вмешательства.

Необходимость в проведении операции должна возникнуть в период срока действия Договора страхования, проведение операции должно быть подтверждено протоколом операции.

Исключения – оперативное вмешательство по поводу:

- *опухоли из сосудов головного мозга;*
- *опухоли из черепно-мозговых нервов;*
- *опухоли гипофиза и спинного мозга;*

- *дизэмбриогенетическая опухоли;*
- *кисты, гранулемы и опухолеподобного процесса;*
- *неклассифицируемой опухоли.*

6. Оперативное лечение панкреонекроза

Хирургическое лечение заболевания поджелудочной железы, сопровождающегося некрозом (отмиранием) ее тканей, как частично, так и полностью.

Диагноз панкреонекроза выставляется на основании клинической картины, данных дополнительных инструментальных методов исследования, с обязательным лабораторным исследованием, подтверждающим диагноз (обнаружение амилазы в моче более 128 ед).

Необходимость в проведении операции должна быть подтверждена заключением врача-специалиста, впервые возникнуть в период срока действия Договора страхования; проведение операции должно быть подтверждено протоколом операции.

Исключения:

- *панкреонекроз, не потребовавший оперативного лечения;*
- *другие заболевания поджелудочной железы, повлекшие проведение операции.*

7. Нейрохирургическое вмешательство при доброкачественной опухоли спинного мозга

Оперативное вмешательство по поводу выявленного впервые в период срока действия Договора страхования доброкачественного онкологического заболевания спинного мозга, подтвержденного врачом-неврологом или врачом-нейрохирургом и данными магнитно-резонансной томографии.

Данное определение распространяется на опухоли, развивающиеся из ткани самого спинного мозга (интрамедуллярные опухоли).

Опухоль должна быть расценена как требующая нейрохирургического вмешательства.

Необходимость в проведении операции должна возникнуть в период срока действия Договора страхования, проведение операции должно быть подтверждено протоколом операции.

Исключения – операция по поводу:

- *интрадуральной экстрамедуллярной опухоли – опухоли, находящейся под твердой мозговой оболочкой, но вне ткани спинного мозга;*
- *экстрадуральной опухоли (находящейся над твердой мозговой оболочкой).*

8. Хирургическое лечение легочной артерии

Хирургическая операция открытым доступом (путем срединной стернотомии) в связи с заболеванием легочной артерии, предполагающая иссечение и хирургическую замену части пораженной легочной артерии трансплантатом.

Необходимость операции должна возникнуть в период срока действия Договора страхования, проведение операции должно быть подтверждено протоколом операции.

Исключения:

- *другие хирургические операции на легочной артерии, стентирование, малоинвазивное или эндоваскулярное лечение;*
- *операции на ветвях легочной артерии.*

1. ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ

1.1. В соответствии с Дополнительными условиями страхования на случай хирургических вмешательств в связи с критическим заболеванием – вариант Ассистанс (далее – Дополнительные условия – вариант Ассистанс (хирургия)) Страховщик заключает Договоры страхования с дополнительным страхованием на случай хирургических вмешательств в связи с критическим заболеванием – вариант Ассистанс с физическими или юридическими лицами (Страхователями).

1.2. Дополнительные условия – вариант Ассистанс (хирургия) являются дополнением к Правилам добровольного коллективного страхования физических лиц от несчастных случаев

и болезней №8 (в редакции от 23 октября 2020 года) (далее – Правила). Положения Правил применяются к страхованию на основе Дополнительных условий – вариант Ассистанс (хирургия), если в Дополнительных условиях – вариант Ассистанс (хирургия) или Договоре страхования не предусмотрено иное.

1.3. Договоры страхования с дополнительным страхованием на случай хирургических вмешательств в связи с критическим заболеванием – вариант Ассистанс на основании Дополнительных условий – вариант Ассистанс (хирургия) заключаются только при условии одновременного страхования с Дополнительными условиями страхования на случай критических заболеваний – вариант Ассистанс (Приложение № 1.2 к Правилам), а также с Дополнительными условиями страхования на случай установления показаний к хирургическому вмешательству в связи с критическим заболеванием – вариант Ассистанс (Приложение № 1.4 к Правилам).

2. СТРАХОВЫЕ СЛУЧАИ.

2.1. В соответствии с Дополнительными условиями – вариант Ассистанс (хирургия), страховым случаем признается хирургическое вмешательство в организм Застрахованного Лица в связи с наступлением впервые диагностированного врачом в течение срока страхования критического заболевания у Застрахованного Лица, предусмотренное Договором страхования и входящее в список хирургических вмешательств в связи с критическим заболеванием Дополнительных условий – вариант Ассистанс (хирургия), с возможностью направления страховой выплаты или ее части на оплату услуг по Ассистансу, за исключением случаев, предусмотренных в п 4 Правил и в Дополнительных условиях – вариант Ассистанс (хирургия).

2.2. Хирургическое вмешательство должно быть подтверждено документами, выданными соответствующими медицинскими учреждениями, и подтверждено врачом соответствующей специализации и квалификации.

2.3. Договором страхования предусматривается один из следующих вариантов страхового покрытия (выбранные варианты страхового покрытия должны соответствовать выбранным вариантам по Дополнительным условиям страхования на случай критических заболеваний – вариант Ассистанс, Дополнительным условиям страхования на случай установления показаний к хирургическому вмешательству в связи с критическим заболеванием – вариант Ассистанс):

- 1-й вариант (2 хирургических вмешательства): Хирургическое лечение коронарных артерий (коронарное шунтирование), Трансплантация жизненно важных органов;
- 2-й вариант (4 хирургических вмешательства): Хирургическое лечение коронарных артерий (коронарное шунтирование), Трансплантация жизненно важных органов, Хирургическое лечение заболеваний аорты, Пересадка клапанов сердца;
- 3, 4, 5-й вариант (5 хирургических вмешательств): Хирургическое лечение коронарных артерий (коронарное шунтирование), Трансплантация жизненно важных органов, Хирургическое лечение заболеваний аорты, Пересадка клапанов сердца, Нейрохирургическое вмешательство в связи с доброкачественной опухолью головного мозга;
- 6-й вариант (8 хирургических вмешательств): Хирургическое лечение коронарных артерий (коронарное шунтирование), Трансплантация жизненно важных органов, Хирургическое лечение заболеваний аорты, Пересадка клапанов сердца, Нейрохирургическое вмешательство в связи с доброкачественной опухолью головного мозга; Оперативное лечение панкреонекроза; Нейрохирургическое вмешательство в связи с доброкачественной опухолью спинного мозга; Хирургическое лечение легочной артерии.

3. ДОГОВОР СТРАХОВАНИЯ.

3.1. По соглашению Сторон Договор страхования может быть заключен на следующих условиях:

3.1.1. с дополнительной выплатой (с возможностью направления страховой выплаты или ее части на оплату услуг по Ассистансу);

3.1.2. с авансовой выплатой (с возможностью направления страховой выплаты или ее части на оплату услуг по Ассистансу).

В случае, если Договором страхования предусмотрена дополнительная выплата, величина страховой выплаты по страховому случаю «смерть Застрахованного Лица» не зависит от выплаты по Дополнительным условиям – вариант Ассистанс (хирургия), за исключением случая, установленного п.10.14 Правил.

3.2. Договор страхования заключается на срок не более чем до достижения Застрахованным Лицом 70-летнего возраста. На страхование принимаются лица в возрасте от 16 до 65 лет. Страховщик, руководствуясь внутренними регламентами и андеррайтерской политикой, вправе расширить либо сузить возрастной предел для Застрахованных Лиц.

3.3. При заключении Договора страхования:

3.3.1. Страховщик имеет право до заключения Договора страхования назначить Застрахованному Лицу медицинское обследование в необходимом для определения степени риска объеме.

3.3.2. Страхователь обязан предоставить по требованию Страховщика любую информацию, необходимую для оценки степени риска, принимаемого на страхование.

4. СТРАХОВЫЕ СУММЫ. СТРАХОВЫЕ ВЗНОСЫ.

4.1. По Договорам страхования с Дополнительными условиями страхования на случай хирургических вмешательств в связи с критическим заболеванием – вариант Ассистанс страховая сумма по страховому случаю «Хирургическое вмешательство в связи с критическим заболеванием – вариант Ассистанс» устанавливается отдельно от прочих страховых случаев, за исключением заключения Договора страхования с авансовой выплатой в случае хирургических вмешательств в связи с критическим заболеванием – вариант Ассистанс, а также за исключением Дополнительных условий страхования на случай критического заболевания – вариант Ассистанс, Дополнительных условий страхования на случай установления показаний к хирургическому вмешательству в связи с критическим заболеванием – вариант Ассистанс.

4.2. Размер страховых взносов определяется в зависимости от условий Договора страхования, размера страховых сумм, срока действия Договора страхования, порядка и срока уплаты взносов, возраста и пола Застрахованного Лица, состояния его здоровья, и устанавливается согласно соответствующему приложению к Правилам.

4.3. Срок и порядок оплаты взносов по Дополнительным условиям – вариант Ассистанс (хирургия) соответствуют сроку и порядку оплаты взносов по Договору страхования.

4.4. Страховщик оставляет за собой право по результатам анализа статистической информации о «критическом заболевании» изменять в течение срока страхования величину страховых взносов, подлежащих уплате в дальнейшем, но не чаще, чем один раз в год.

4.5. Если в результате изменений, указанных в п. 4.4 Дополнительных условий – вариант Ассистанс (хирургия), страховой тариф:

4.5.1. уменьшился, то Страховщик направляет Страхователю уведомление об изменениях за 30 (тридцать) дней до даты их внесения. Изменения вступают в силу с даты, указанной в уведомлении.

4.5.2. увеличился, то требуется согласование изменений со Страхователем в письменной форме в соответствии с положениями Правил. Изменения вступают в силу с даты, указанной в соглашении о внесении изменений, но не ранее подписания соглашения обеими Сторонами.

4.6. Если в течение 30 (тридцати) дней с момента передачи подписанного Страховщиком дополнительного соглашения о внесении изменений Страхователю, последний не подписал соглашение, Договор страхования прекращается в части действия Дополнительных условий страхования на случай хирургических вмешательств в связи с критическим заболеванием – вариант Ассистанс. Договор прекращается с даты, следующей за датой истечения 30--

дневного срока с момента передачи подписанного Страховщиком дополнительного соглашения о внесении изменений Страхователю, но не позже даты, следующей за датой окончания периода страхования, за который внесен последний уплаченный Страхователем взнос по Дополнительным условиям – вариант Ассистанс (хирургия).

5. СРОК ДЕЙСТВИЯ ДОПОЛНИТЕЛЬНЫХ УСЛОВИЙ.

5.1. Срок действия Дополнительных условий – вариант Ассистанс (хирургия) не может превышать срок действия Договора страхования с учетом п. 3.3 Правил.

5.2. Если Дополнительные условия – вариант Ассистанс (хирургия) будут включены в Договор страхования по истечении какого-либо периода с момента вступления Договора страхования в силу, их действие начинается с 00 часов 00 минут даты начала срока их действия, указанного в соответствующем дополнительном соглашении.

6. ПОРЯДОК ПРЕКРАЩЕНИЯ ДЕЙСТВИЯ ДОПОЛНИТЕЛЬНЫХ УСЛОВИЙ СТРАХОВАНИЯ НА СЛУЧАЙ ХИРУРГИЧЕСКИХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ В СВЯЗИ С КРИТИЧЕСКИМ ЗАБОЛЕВАНИЕМ – ВАРИАНТ АССИСТАНС.

6.1. Действие Дополнительных условий – вариант Ассистанс (хирургия) в отношении каждого Застрахованного Лица прекращается в случаях:

6.1.1. Истечения срока действия Дополнительных условий – вариант Ассистанс (хирургия).

6.1.2. Выплаты по страховому случаю «Хирургическое вмешательство в связи с критическим заболеванием – вариант Ассистанс» в размере страховой суммы.

6.1.3. Выплаты по Дополнительным условиям страхования на случай критических заболеваний – вариант Ассистанс (Приложение №1.2 к Правилам) в размере страховой суммы.

6.1.4. Выплаты по Дополнительным условиям страхования на случай установления показаний к хирургическому вмешательству в связи с критическим заболеванием – вариант Ассистанс (Приложение №1.4 к Правилам) в размере страховой суммы.

6.1.5. По инициативе Страхователя, посредством заблаговременного, не менее чем за 30 (тридцать) дней до предполагаемой даты прекращения, письменного заявления.

6.1.6. Неуплаты или несвоевременной (после истечения льготного периода) уплаты страховой премии или очередного страхового взноса по Договору страхования в полном объеме.

6.1.7. В соответствии с п. 4.6 Дополнительных условий – вариант Ассистанс (хирургия).

6.1.8. При прекращении действия Договора страхования.

6.1.9. При достижении Застрахованным Лицом 70-летнего возраста – со следующей за днем рождения годовщины Договора страхования (полисной годовщины), даже если Договор страхования продолжает действовать.

6.2. В случае прекращения действия Дополнительных условий – вариант Ассистанс (хирургия) уплата страховых взносов по ним прекращается.

7. РАЗМЕР И ПОРЯДОК ОСУЩЕСТВЛЕНИЯ СТРАХОВЫХ ВЫПЛАТ

7.1. Страховая выплата по хирургическим вмешательствам, входящим в список хирургических вмешательств Дополнительных условий – вариант Ассистанс (хирургия), осуществляется одновременно в размере страховой суммы, установленной по данному страховому случаю (за исключением выплаты по п. 2.4 Дополнительных условий – вариант Ассистанс (хирургия)).

7.2. Общая сумма выплат по всем страховым случаям, произошедшим в отношении одного Застрахованного Лица в период срока действия Договора страхования по страховому случаю «Хирургическое вмешательство в связи с критическим заболеванием – вариант Ассистанс», не может превышать 100% (ста процентов) индивидуальной страховой суммы, установленной по данному страховому случаю в отношении данного Застрахованного Лица.

7.3. Страховая выплата по страховому случаю «Хирургическое вмешательство в связи с критическим заболеванием – вариант Ассистанс» осуществляется по факту проведения хирургического вмешательства в связи с критическим заболеванием, впервые

установленным в течение срока страхования и впервые в жизни Застрахованного Лица. Выплата производится только по событиям, произошедшим по истечении обусловленного Правилами и Дополнительными условиями – вариант Ассистанс (хирургия) периода ожидания.

7.4. При наступлении страхового случая – «Хирургическое вмешательство в связи с критическим заболеванием – вариант Ассистанс» по Договору страхования с авансовой выплатой страховая выплата по страховому случаю производится Страховщиком сразу после признания произошедшего события страховым случаем. Страховая выплата осуществляется в полном объеме (за исключением выплаты по п. 2.4 Дополнительных условий – вариант Ассистанс (хирургия)). Однако, в случае если после осуществления выплаты по страховому случаю «Хирургическое вмешательство в связи с критическим заболеванием – вариант Ассистанс» наступит смерть Застрахованного Лица, выплата по страховому случаю «смерть Застрахованного Лица» будет осуществлена за вычетом суммы страховой выплаты по страховому случаю «Хирургическое вмешательство в связи с критическим заболеванием – вариант Ассистанс».

7.5. Для получения страховой выплаты по Дополнительным условиям страхования на случай хирургических вмешательств в связи с критическим заболеванием – вариант Ассистанс при наступлении страхового случая Страховщику должны быть предоставлены документы, установленные Правилами для данного страхового случая.

7.6. В целях получения страховой выплаты по страховому случаю «Хирургическое вмешательство в связи с критическим заболеванием – вариант Ассистанс» Страхователь (Застрахованное Лицо) обязан известить Страховщика любым доступным способом, позволяющим объективно зафиксировать факт обращения, о наступлении страхового случая не позднее, чем через 45 (сорок пять) календарных дней после проведения хирургического вмешательства Застрахованному Лицу в связи с критическим заболеванием.

7.7. Для получения страховой выплаты по страховому случаю «Хирургическое вмешательство в связи с критическим заболеванием – вариант Ассистанс» Застрахованное Лицо / представитель Застрахованного Лица вправе обратиться в кол-центр Страховщика, указанный в Договоре страхования (страховом сертификате, страховом полисе) как номер для страховых случаев «вариант Ассистанс» и получить бесплатную консультацию специалиста, который, уточнив у Застрахованного Лица / представителя Застрахованного Лица сведения о состоянии его здоровья на момент обращения и наличии соответствующих документов, произведет предварительный расчет объема, сроков и стоимости предполагаемых для оказания услуг по Ассистанс, который будет уточнен в течение 3 (трех) рабочих дней после получения от Застрахованного Лица скан-копий документов, предусмотренных Правилами и Договором страхования.

7.8. Предоставление скан-копий документов (в том числе медицинских) обусловлено необходимостью скорейшего признания у произошедшего с Застрахованным события признаков страхового случая и необходимостью в кратчайшие сроки с момента постановки диагноза «критического заболевания» начать работу по подбору оптимальных условий прохождения Застрахованным диагностики, лечения и реабилитации (предварительное решение о признании события, произошедшего с Застрахованным, страховым случаем принимается в течение 3 (трех) рабочих дней после получения от Застрахованного Лица скан-копий всех документов, предусмотренных Правилами и Договором страхования).

7.9. После уточнения сроков и стоимости, предполагаемых для услуг по Ассистанс, при условии получения оригиналов документов, Ассистанская компания уведомляет Застрахованное Лицо о перечне услуг, которые будут ему оказаны, месте их оказания, стоимости с отдельным упоминанием о том, какие из перечисленных услуг будут оплачены за счет страховой выплаты в пределах ее лимитов, а какие услуги могут подлежать оплате самим Застрахованным Лицом за свой счет (в случае желания Застрахованного Лица получить услуги по Ассистанс более высокой ценовой категории или недостаточности суммы страховой выплаты или других обстоятельств).

7.10. Страховая выплата производится в адрес Ассистанской компании (за исключением выплаты по п. 2.4 Дополнительных условий – вариант Ассистанс) на основании заявления на выплату, подписанного Застрахованным Лицом. С момента перечисления страховой выплаты по заявлению Застрахованного Лица в адрес Ассистанской компании обязанность Страховщика по урегулированию страхового случая считается исполненной. В случае, если в процессе оказания услуг по Ассистанс выявится недостаток суммы страховой выплаты по обстоятельствам, не известным Сторонам на момент принятия решения о страховой выплате (ошибка медицинского учреждения, поставившего диагноз, либо неполная первоначальная диагностика, развитие осложнения, появление сопутствующего или нового заболевания и т. д.), Застрахованное Лицо оплачивает медицинскому учреждению, оказывающему медицинские услуги в рамках услуг Ассистанс, превышение фактической стоимости самостоятельно. В случае если после оказания услуг по Ассистанс выявится остаток суммы, указанный остаток Застрахованный получает напрямую от Ассистанской компании по реквизитам, указанным в заявлении на страховую выплату.

8. ДОПОЛНИТЕЛЬНЫЕ УСЛОВИЯ.

8.1. При урегулировании отношений, не отраженных в Дополнительных условиях – вариант Ассистанс (хирургия), Стороны руководствуются Правилами, Договором страхования и законодательством Российской Федерации.

**ДОПОЛНИТЕЛЬНЫЕ УСЛОВИЯ СТРАХОВАНИЯ
НА СЛУЧАЙ УСТАНОВЛЕНИЯ ПОКАЗАНИЙ К ХИРУРГИЧЕСКОМУ
ВМЕШАТЕЛЬСТВУ В СВЯЗИ С КРИТИЧЕСКИМ ЗАБОЛЕВАНИЕМ – ВАРИАНТ
АССИСТАНС**

СПЕЦИАЛЬНЫЕ ОПРЕДЕЛЕНИЯ

Показание к проведению хирургического вмешательства – состояние, представляющее угрозу жизни Застрахованного Лица, которое не поддается консервативному лечению и может быть излечено только хирургическим путём, при этом необходимость хирургического вмешательства должна возникнуть впервые в период срока действия Договора страхования и должна быть подтверждена медицинским заключением на основании результатов проведенных исследований.

Проведение оперативного лечения в связи с критическим заболеванием должно быть рекомендовано Застрахованному Лицу впервые в жизни, подтверждаться направлением на операцию, выданным врачом-специалистом.

Критические заболевания

Заболевания, значительно ухудшающие качество жизни Застрахованного Лица, приводящие к инвалидизации и характеризующиеся чрезвычайно высоким уровнем смертности.

Период ожидания

Период, устанавливаемый Договором страхования в отношении каждого Застрахованного Лица с момента принятия его на страхование. Диагностирование критического заболевания у Застрахованного, в связи с которым показано проведение хирургического вмешательства, в течение этого периода не является страховым случаем. Период ожидания на основании Правил устанавливается равным 90 (девяносто) дням, если Договором страхования не предусмотрено иное. Если иное не оговорено в Договоре, при пролонгации Договора страхования период ожидания в отношении Застрахованного Лица, являвшегося Застрахованным Лицом ранее по Договору, не будет действовать.

В список показаний к хирургическим вмешательствам в связи с критическим заболеванием для целей Дополнительных условий страхования на случай установления показаний к хирургическому вмешательству в связи с критическим заболеванием – вариант Ассистанс включаются:

1. Показания к хирургическому лечению коронарных артерий (коронарному шунтированию)

Показания к оперативному лечению определяются при обязательном наличии трех условий:

1. лимитирующей (злокачественной) стенокардии;
2. отсутствии эффекта от консервативного лечения ИБС;
3. гемодинамически значимого поражения двух или более коронарных артерий (поражение любой главной коронарной артерии более 50%, либо одной главной и ветви другой главной в совокупности более 70%, либо двух ветвей двух главных коронарных артерий в совокупности более 70%).

Исключения – показания к проведению процедур:

- *баллонной ангиопластики (дилатации) коронарных артерий;*
- *лазерной ангиопластики;*
- *любых других внутриартериальных манипуляций;*
- *других нехирургических процедур.*

2. Показания к трансплантации жизненно важных органов

Медицинское заключение о необходимости трансплантации органов человека дается консилиумом врачей соответствующего учреждения здравоохранения в составе лечащего врача, врача-хирурга, врача-анестезиолога, а при необходимости – врачей других специальностей на основании инструкции Министерства здравоохранения Российской Федерации.

Направление на операцию должно быть подтверждено записью в листе ожидания трансплантации.

Показанием к **трансплантации сердца** является критическое снижение сократительной способности миокарда с развитием сердечной недостаточности 3 ст. в результате терминальной стадии ишемической болезни сердца (например, кардиосклероза, аневризма сердца, кардиомиопатии, тяжелых комбинированных пороков сердца в стадии декомпенсации).

Показанием к **трансплантации лёгких** являются хронические заболевания лёгких с поражением паренхимы и/или заболевания лёгочных сосудов, с формированием дыхательной недостаточности 3 ст.

Показанием к **трансплантации печени** являются различные формы цирроза с наличием осложнений (кровотечения, нарушения системы свертывания крови, асцита, портальной гипертензии), первичный рак печени, склерозирующий холангит.

Исключение составляет цирроз печени алкогольной этиологии.

Показанием к **трансплантации почки** является терминальная стадия хронической почечной недостаточности (III стадии) при необходимости постоянного гемодиализа.

Показанием к **трансплантации поджелудочной железы** является инсулинозависимая форма сахарного диабета, осложнённая тяжелой нефропатией, и/или диабетической ангиопатией, и/или невропатией, и/или ретинопатией.

Показанием к **трансплантации кишечника** являются злокачественные новообразования и синдром «короткой кишки».

Показанием к **трансплантации костного мозга** являются заболевания крови (злокачественные, нарушение гемопоэза, свертывающей системы), стойкое снижение иммунитета.

Исключения – показания к проведению операций:

- селективной трансплантации клеток Лангерганса поджелудочной железы;
- трансплантации других органов, частей органов или какой-либо ткани;
- донорство органов.

3. Показания к хирургическому лечению заболеваний аорты

1. аневризма брюшной аорты диаметром более 4 см;
2. аневризма грудной аорты диаметром 5,5-6,0 см;
3. увеличение аневризм меньшего размера более чем на 0,5 см за полгода;
4. расслоение или разрыв аневризмы.

Исключения – показания к проведению операций:

- стентирования;
- операций на ветвях аорты.

4. Показания к пересадке клапана сердца

Наличие одного или нескольких критериев:

1. степень стеноза или сердечной недостаточности выше средней (II);
2. полная атрезия клапана;
3. атеросклеротические изменения клапана сердца, кальциноз и фиброз створок клапана сердца;
4. бактериальный септический эндокардит при наличии эмболических осложнений;
5. острая форма аортальной недостаточности;
6. выявленные дополнительными методами исследования признаки разрушения клапанного аппарата сердца;

7. фракции выброса менее 55%;
8. диастолический и систолические диаметры при достижении в 75 мм и 55 мм соответственно.

Исключения – показания к проведению операций:

- *вальвуломии, вальвулопластики и других видов лечения, проводимых без пересадки (замены) клапанов.*

5. Показания к нейрохирургическому вмешательству в связи с доброкачественной опухолью головного мозга

В целях Дополнительных условий страхования на случай установления показаний к хирургическому вмешательству в связи с критическим заболеванием – вариант Ассистанс операция может быть показана по поводу первично диагностированной опухоли (не являющейся метастазом) головного мозга, а также опухоли, врастающей в полость черепа, не характеризующейся признаками злокачественности.

Хирургическое лечение должно быть рекомендовано на основании:

- Подтверждения опухолевого процесса результатами компьютерной томографии мозга либо магнитно-резонансного исследования;
- Выраженной клинической симптоматики в виде одного или нескольких из нижеперечисленных симптомов:
 - ✓ головные боли, которые носят прогрессирующий характер;
 - ✓ головокружение, которое сопровождается тошнотой и позывами к рвоте без облегчения общего состояния;
 - ✓ нарушение координации двигательной активности и равновесия;
 - ✓ появление судорожных припадков;
 - ✓ разнообразные нарушения зрительной, слуховой, обонятельной функции;
 - ✓ появление галлюцинаций;
 - ✓ парезы и параличи конечностей;
 - ✓ нарушение чувствительности в каком-либо участке тела;
 - ✓ нарушение речи, памяти, мышления, концентрации внимания и других мнестических функций.

Исключения – показания к проведению операций по поводу:

- *опухоли, образованной из сосудов головного мозга;*
- *опухоли, образованной из черепно-мозговых нервов;*
- *опухоли гипофиза и спинного мозга;*
- *дизэмбриогенетической опухоли;*
- *кисты, гранулемы и опухолеподобных процессов;*
- *неклассифицируемой опухоли.*

6. Показания к оперативному лечению панкреонекроза

Показание к хирургическому вмешательству должно определяться наличием одного из состояний:

1. Инфицированные формы панкреонекроза (инфицированный панкреонекроз, панкреатогенный абсцесс или их сочетание, септическая флегмона брюшинной клетчатки, гнойный перитонит, инфицированная псевдокиста);
2. Формирование в брюшинном пространстве острых жидкостных образований при стерильном панкреонекрозе;
3. Отсутствие эффекта от комплексных консервативных мероприятий при сохранении или прогрессировании полиорганной недостаточности, развитие шока.

Исключения:

- *панкреонекроз, не требующий оперативного лечения;*
- *показания к проведению операций по поводу других заболеваний поджелудочной железы.*

7. Показания к нейрохирургическому вмешательству в связи с доброкачественной опухолью спинного мозга

В целях Дополнительных условий страхования на случай установления показаний к хирургическому вмешательству в связи с критическим заболеванием – вариант Ассистанс операция может быть показана по поводу первично-диагностированной опухоли (не являющейся метастазом) спинного мозга, не характеризующейся признаками злокачественности.

Хирургическое лечение должно быть рекомендовано на основании:

- Подтверждения опухолевого процесса результатами компьютерной томографии спинного мозга либо магнитно-резонансного исследования;
- Выраженной клинической симптоматики в виде одного или нескольких из нижеперечисленных симптомов:
 - ✓ стойкий болевой синдром в области спины;
 - ✓ мышечная слабость;
 - ✓ ограничение движений;
 - ✓ парезы и параличи конечностей.

Исключения – показания к проведению операций по поводу:

- *интрадуральной экстремедуллярной опухоли – опухоли, находящейся под твердой мозговой оболочкой, но вне ткани спинного мозга;*
- *экстрадуральной опухоли (находящейся над твердой мозговой оболочкой).*

8. Показания к хирургическому лечению легочной артерии

Показание к операции должно определяться обязательным наличием следующих симптомов:

- признаки стеноза или тромбоза основного ствола легочной артерии, подтвержденные дополнительными методами исследования (ангиография, томография);
- выраженная сердечно-легочная недостаточность.

Исключения – показания к проведению операций по поводу:

- *стентирования легочной артерии;*
- *операции на ветвях легочной артерии.*

1. ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ.

1.1. В соответствии с Дополнительными условиями страхования на случай установления показаний к хирургическому вмешательству в связи с критическим заболеванием – вариант Ассистанс (далее – Дополнительные условия – вариант Ассистанс (показания к хирургии)) Страховщик заключает Договоры страхования с дополнительным страхованием на случай установления показаний к хирургическому вмешательству в связи с критическим заболеванием – вариант Ассистанс с физическими или юридическими лицами (Страхователями).

1.2. Дополнительные условия – вариант Ассистанс (показания к хирургии) являются дополнением к Правилам добровольного коллективного страхования физических лиц от несчастных случаев и болезней №8 (в редакции от 23 октября 2020 года) (далее – Правила). Положения Правил применяются к страхованию на основе Дополнительных условий – вариант Ассистанс (показания к хирургии), если в Дополнительных условиях – вариант Ассистанс (показания к хирургии) или Договоре страхования не предусмотрено иное.

1.3. Договоры страхования с дополнительным страхованием на случай установления показаний к хирургическому вмешательству в связи с критическим заболеванием – вариант Ассистанс на основании Дополнительных условий – вариант Ассистанс (показания к хирургии) заключаются только при условии одновременного страхования с применением Дополнительных условий страхования на случай критических заболеваний – вариант Ассистанс (Приложение №1.2 к Правилам), с применением Дополнительных условий страхования на случай хирургических вмешательств в связи с критическим заболеванием – вариант Ассистанс (Приложение №1.3 к Правилам).

2. СТРАХОВЫЕ СЛУЧАИ.

2.1. В соответствии с Дополнительными условиями – вариант Ассистанс (показания к хирургии), страховым случаем признается установление показаний к проведению хирургического вмешательства в организм Застрахованного Лица в связи с наступлением впервые диагностированного врачом-специалистом в течение срока страхования критического заболевания у Застрахованного Лица, предусмотренного Договором страхования и входящего в список показаний к хирургическим вмешательствам в связи с критическим заболеванием Дополнительных условий – вариант Ассистанс (показания к хирургии), с направлением страховой выплаты на оплату услуг по Ассистансу, за исключением случаев, предусмотренных в п. 4 Правил и в Дополнительных условиях – вариант Ассистанс (показания к хирургии).

2.2. Показания к проведению хирургического вмешательства в связи с критическим заболеванием должны быть подтверждены документами, выданными соответствующими медицинскими учреждениями, и подтверждены врачом соответствующей специализации и квалификации.

2.3. Договором страхования предусматривается один из следующих вариантов страхового покрытия (выбранные варианты страхового покрытия должны соответствовать выбранным вариантам по Дополнительным условиям страхования на случай критических заболеваний – вариант Ассистанс, Дополнительным условиям страхования на случай хирургических вмешательств в связи с критическим заболеванием – вариант Ассистанс):

- 1-й вариант (2 показания к хирургическому вмешательству): Показания к хирургическому лечению коронарных артерий (коронарному шунтированию); Показания к трансплантации жизненно важных органов;
- 2-й вариант (4 показания к хирургическому вмешательству): Показания к хирургическому лечению коронарных артерий (коронарному шунтированию); Показания к трансплантации жизненно важных органов; Показания к хирургическому лечению заболеваний аорты; Показания к пересадке клапана сердца;
- 3,4,5-й вариант (5 показаний к хирургическому вмешательству): Показания к хирургическому лечению коронарных артерий (коронарному шунтированию); Показания к трансплантации жизненно важных органов; Показания к хирургическому лечению заболеваний аорты; Показания к пересадке клапана сердца; Показания к нейрохирургическому вмешательству в связи с доброкачественной опухолью головного мозга;
- 6-й вариант (8 показаний к хирургическому вмешательству): Показания к хирургическому лечению коронарных артерий (коронарному шунтированию); Показания к трансплантации жизненно важных органов; Показания к хирургическому лечению заболеваний аорты; Показания к пересадке клапана сердца; Показания к нейрохирургическому вмешательству в связи с доброкачественной опухолью головного мозга; Показания к оперативному лечению панкреонекроза; Показания к нейрохирургическому вмешательству в связи с доброкачественной опухолью спинного мозга; Показания к хирургическому лечению легочной артерии.

3. ДОГОВОР СТРАХОВАНИЯ.

3.1. По соглашению Сторон Договор страхования может быть заключен на следующих условиях:

3.1.1. с дополнительной выплатой (с направлением страховой выплаты или ее части на оплату услуг по Ассистансу);

3.1.2. с авансовой выплатой (с направлением страховой выплаты или ее части на оплату услуг по Ассистансу).

В случае, если Договором страхования предусмотрена дополнительная выплата, величина страховой выплаты по страховому случаю «смерть Застрахованного Лица» не зависит от выплаты по Дополнительным условиям – вариант Ассистанс (показания к хирургии), за исключением случая, установленного п. 10.14 Правил.

3.2. Договор страхования заключается на срок не более чем до достижения Застрахованным Лицом 70-летнего возраста. На страхование принимаются лица в возрасте от 16 до 65 лет. Страховщик, руководствуясь внутренними регламентами и андеррайтерской политикой, вправе расширить либо сузить возрастной предел для Застрахованных Лиц.

3.3. При заключении Договора страхования:

3.3.1. Страховщик имеет право до заключения Договора страхования назначить Застрахованному Лицу медицинское обследование в необходимом для определения степени риска объеме.

3.3.2. Страхователь обязан предоставить по требованию Страховщика любую информацию, необходимую для оценки степени риска, принимаемого на страхование.

4. СТРАХОВЫЕ СУММЫ. СТРАХОВЫЕ ВЗНОСЫ.

4.1. По Договорам страхования с Дополнительными условиями страхования на случай установления показаний к хирургическому вмешательству в связи с критическим заболеванием – вариант Ассистанс страховая сумма по страховому случаю «Установление показаний к проведению хирургического вмешательства – вариант Ассистанс» устанавливается отдельно от прочих страховых случаев, за исключением заключения Договора страхования с авансовой выплатой в случае установления показаний к хирургическому вмешательству – вариант Ассистанс, а также за исключением Дополнительных условий страхования на случай критических заболеваний – вариант Ассистанс, Дополнительных условий страхования на случай хирургических вмешательств в связи с критическим заболеванием – вариант Ассистанс.

4.2. Размер страховых взносов определяется в зависимости от условий Договора страхования, размера страховых сумм, срока действия Договора страхования, порядка и срока уплаты взносов, возраста и пола Застрахованного Лица, состояния его здоровья, и устанавливается согласно соответствующему приложению к Правилам.

4.3. Срок и порядок оплаты взносов по Дополнительным условиям – вариант Ассистанс (показания к хирургии) соответствуют сроку и порядку оплаты взносов по Договору страхования.

4.4. Страховщик оставляет за собой право по результатам анализа статистической информации о «критическом заболевании» изменять в течение срока страхования величину страховых взносов, подлежащих уплате в дальнейшем, но не чаще, чем один раз в год.

4.5. Если в результате изменений, указанных в п. 4.4 Дополнительных условий – вариант Ассистанс (показания к хирургии), страховой тариф:

4.5.1. уменьшился, то Страховщик направляет Страхователю уведомление об изменениях за 30 (тридцать) дней до даты их внесения. Изменения вступают в силу с даты, указанной в уведомлении.

4.5.2. увеличился, то требуется согласование изменений со Страхователем в письменной форме в соответствии с положениями Правил. Изменения вступают в силу с даты, указанной в соглашении о внесении изменений, но не ранее подписания соглашения обеими Сторонами.

4.6. Если в течение 30 (тридцати) дней с момента передачи подписанного Страховщиком дополнительного соглашения о внесении изменений Страхователю, последний не подписал соглашение, Договор страхования прекращается в части Дополнительных условий на случай установления показаний к хирургическому вмешательству в связи с критическим заболеванием – вариант Ассистанс. Договор прекращается с даты, следующей за датой истечения 30-дневного срока с момента передачи подписанного Страховщиком дополнительного соглашения о внесении изменений Страхователю, но не позже даты, следующей за датой окончания периода страхования, за который внесен последний уплаченный Страхователем взнос по Дополнительным условиям – вариант Ассистанс (показания к хирургии).

5. СРОК ДЕЙСТВИЯ НАСТОЯЩИХ ДОПОЛНИТЕЛЬНЫХ УСЛОВИЙ.

5.1. Срок действия Дополнительных условий – вариант Ассистанс (показания к хирургии) не может превышать срок действия Договора страхования с учетом п. 3.3 Правил.

5.2. Если Дополнительные условия – вариант Ассистанс (показания к хирургии) будут включены в Договор страхования по истечении какого-либо периода с момента вступления Договора страхования в силу, их действие начинается с 00 часов 00 минут даты начала срока их действия, указанного в соответствующем дополнительном соглашении.

6. ПОРЯДОК ПРЕКРАЩЕНИЯ ДЕЙСТВИЯ ДОПОЛНИТЕЛЬНЫХ УСЛОВИЙ СТРАХОВАНИЯ НА СЛУЧАЙ УСТАНОВЛЕНИЯ ПОКАЗАНИЙ К ХИРУРГИЧЕСКОМУ ВМЕШАТЕЛЬСТВУ В СВЯЗИ С КРИТИЧЕСКИМ ЗАБОЛЕВАНИЕМ – ВАРИАНТ АССИСТАНС.

6.1. Действие Дополнительных условий – вариант Ассистанс (показания к хирургии) в отношении каждого Застрахованного Лица прекращается в случаях:

6.1.1. Истечения срока действия Дополнительных условий – вариант Ассистанс (показания к хирургии).

6.1.2. Выплаты по страховому случаю «Установление показаний к проведению хирургического вмешательства – вариант Ассистанс» в размере страховой суммы.

6.1.3. Выплаты по Дополнительным условиям страхования на случай критических заболеваний – вариант Ассистанс (Приложение №1.2 к Правилам) в размере страховой суммы.

6.1.4. Выплаты по Дополнительным условиям страхования на случай хирургических вмешательств в связи с критическим заболеванием – вариант Ассистанс (Приложение №1.3 к Правилам) в размере страховой суммы.

6.1.5. По инициативе Страхователя, посредством заблаговременного, не менее чем за 30 (тридцать) дней до предполагаемой даты прекращения, письменного заявления.

6.1.6. Неуплаты или несвоевременной (после истечения льготного периода) уплаты страховой премии или очередного страхового взноса по Договору страхования в полном объеме.

6.1.7. В соответствии с п. 4.6 Дополнительных условий – вариант Ассистанс (показания к хирургии).

6.1.8. При прекращении Договора страхования.

6.1.9. При достижении Застрахованным Лицом 70-летнего возраста – со следующей за днем рождения годовщины Договора страхования (полисной годовщины), даже если Договор страхования продолжает действовать.

6.2. В случае прекращения действия Дополнительных условий – вариант Ассистанс (показания к хирургии) уплата страховых взносов по ним прекращается.

7. РАЗМЕР И ПОРЯДОК ОСУЩЕСТВЛЕНИЯ СТРАХОВЫХ ВЫПЛАТ.

7.1. Договор страхования на основании Дополнительных условий – вариант Ассистанс (показания к хирургии) заключается исключительно с направлением страховой выплаты на оплату услуг по Ассистансу в следующем порядке:

7.1.1. Первая часть выплаты (п. 3.1.21.1 Правил) осуществляется на основании заявления Застрахованного Лица в адрес Ассистанской компании для организации подтверждения первично установленной необходимости хирургического вмешательства в организм Застрахованного Лица в связи с критическим заболеванием Застрахованного Лица в медицинской организации, подобранной для Застрахованного Лица Ассистанской компанией.

7.1.2. Вторая часть выплаты (п. 3.1.21.2 Правил) осуществляется на основании заявления Застрахованного Лица в адрес Ассистанской компании для организации хирургического вмешательства в организм Застрахованного Лица в связи с критическим заболеванием Застрахованного Лица в медицинской организации, подобранной для Застрахованного Лица Ассистанской компанией, при условии подтверждения необходимости хирургического вмешательства, выданного медицинской организацией, в которую Застрахованное Лицо было направлено Ассистанской компанией.

7.1.3. В случае отказа Застрахованного Лица от прохождения медицинского обследования для подтверждения первично установленной необходимости хирургического вмешательства в связи с критическим заболеванием страховая выплата в адрес Застрахованного Лица по Дополнительным условиям – вариант Ассистанс (показания к хирургии) не производится.

7.1.4. Общая сумма страховых выплат по п.п. 7.1.1, 7.1.2 Дополнительных условий – вариант Ассистанс (показания к хирургии) не может превышать страховую сумму, установленную по страховому случаю «Установление показаний к проведению хирургического вмешательства – вариант Ассистанс».

7.2. Страховая выплата по показаниям к хирургическим вмешательствам, входящим в список показаний к хирургическим вмешательствам Дополнительных условий – вариант Ассистанс (показания к хирургии) осуществляется только по событиям, произошедшим по истечении обусловленного Правилами и Дополнительными условиями – вариант Ассистанс (показания к хирургии) периода ожидания.

7.3. При наступлении страхового случая «Установление показаний к проведению хирургического вмешательства – вариант Ассистанс» по Договору страхования с авансовой выплатой страховая выплата по страховому случаю производится Страховщиком сразу после признания произошедшего события страховым случаем в порядке, указанном в п. 7.1 Дополнительных условий – вариант Ассистанс (показания к хирургии). Однако, в случае если после осуществления выплаты по страховому случаю «Установление показаний к проведению хирургического вмешательства – вариант Ассистанс» наступит смерть Застрахованного Лица, выплата по страховому случаю «смерть Застрахованного Лица» будет осуществлена за вычетом суммы страховой выплаты по страховому случаю «Установление показаний к проведению хирургического вмешательства – вариант Ассистанс».

7.4. Для получения страховой выплаты по Дополнительным условиям страхования на случай установления показаний к хирургическому вмешательству в связи с критическим заболеванием – вариант Ассистанс при наступлении страхового случая Страховщику должны быть предоставлены документы, установленные Правилами для данного страхового случая.

7.5. Для того чтобы воспользоваться страховой выплатой по страховому случаю «Установление показаний к проведению хирургического вмешательства – вариант Ассистанс» Страхователь (Застрахованное Лицо) обязано известить Страховщика любым доступным способом, позволяющим объективно зафиксировать факт обращения, о наступлении страхового случая не позднее, чем через 45 (сорок пять) календарных дней после установления показаний к хирургическому вмешательству в связи с критическим заболеванием.

7.6. В случае недостаточности данных для подтверждения показаний к хирургическому вмешательству в связи с критическим заболеванием в соответствии с Дополнительными условиями – вариант Ассистанс (показания к хирургии) Страховщик оставляет за собой право назначить проведение дополнительного медицинского обследования Застрахованного Лица в указанном Страховщиком медицинском учреждении.

7.7. Для получения страховой выплаты по страховому случаю «Установление показаний к проведению хирургического вмешательства – вариант Ассистанс» Застрахованное Лицо / представитель Застрахованного Лица вправе обратиться в кол-центр Страховщика, указанный в Договоре страхования (страховом сертификате, страховом полисе) как номер для страховых случаев «вариант Ассистанс» и получить бесплатную консультацию специалиста, который, уточнив у Застрахованного Лица / представителя Застрахованного Лица сведения о состоянии его здоровья на момент обращения и наличии соответствующих документов, произведет предварительный расчет объема, сроков и стоимости предполагаемых для оказания услуг по Ассистанс, который будет уточнен в течение 3 (трех) рабочих дней после получения от Застрахованного Лица скан-копий документов, предусмотренных Правилами и Договором страхования.

7.8. Предоставление скан-копий документов (в том числе медицинских) обусловлено необходимостью скорейшего признания у произошедшего с Застрахованным события

признаков страхового случая и необходимостью в кратчайшие сроки с момента постановки диагноза «критического заболевания» начать работу по подбору оптимальных условий прохождения Застрахованным диагностики и лечения (предварительное решение о признании события, произошедшего с Застрахованным, страховым случаем принимается в течение 3 (трех) рабочих дней после получения от Застрахованного Лица скан-копий всех документов, предусмотренных Правилами и Договором страхования).

7.9. После уточнения сроков и стоимости, предполагаемых для услуг по Ассистанс, при условии получения оригиналов документов, Ассистанская компания уведомляет Застрахованное Лицо о перечне услуг, которые будут ему оказаны, месте их оказания, стоимости с отдельным упоминанием о том, какие из перечисленных услуг будут оплачены за счет страховой выплаты в пределах ее лимитов, а какие услуги могут подлежать оплате самим Застрахованным Лицом за свой счет (в случае желаяния Застрахованного Лица получить услуги по Ассистанс более высокой ценовой категории или недостаточности суммы страховой выплаты или других обстоятельств).

7.10. Страховая выплата производится в адрес Ассистанской компании на основании заявления на выплату, подписанного Застрахованным Лицом. С момента перечисления страховой выплаты по заявлению Застрахованного Лица в адрес Ассистанской компании обязанность Страховщика по урегулированию страхового случая считается исполненной. В случае, если в процессе оказания услуг по Ассистанс выявится недостаток суммы страховой выплаты по обстоятельствам, не известным Сторонам на момент принятия решения о страховой выплате (ошибка медицинского учреждения, поставившего диагноз, либо неполная первоначальная диагностика, развитие осложнения, появление сопутствующего или нового заболевания и т. д.), Застрахованное Лицо оплачивает медицинскому учреждению, оказывающему медицинские услуги в рамках услуг Ассистанс, превышение фактической стоимости самостоятельно. В случае если после оказания услуг по Ассистанс выявится остаток суммы, указанный остаток Застрахованный получает напрямую от Ассистанской компании по реквизитам, указанным в заявлении на страховую выплату.

8. ДОПОЛНИТЕЛЬНЫЕ УСЛОВИЯ.

8.1. При урегулировании отношений, не отраженных в Дополнительных условиях – вариант Ассистанс (показания к хирургии), Стороны руководствуются Правилами, Договором страхования и законодательством Российской Федерации

Приложение №2.1
к Правилам добровольного коллективного страхования физических лиц
от несчастных случаев и болезней №8 (в редакции от 23 октября 2020 года)

Таблица страховых выплат при травматических повреждениях

Получение нижеприведенных травматических повреждений должно быть подтверждено справкой травмпункта, травматологического отделения поликлиники или другого медицинского учреждения, где Застрахованное Лицо получало 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. Разрывы сухожилий, повреждения внутренних структур суставов должны быть подтверждены результатами томографии либо интраоперационно.

Выплата по пункту, где перечислено несколько травм, производится по любому из перечисленных повреждений. При наличии нескольких повреждений, обозначенных в одном пункте, выплата производится не суммируясь, по пункту, предусматривающему наибольший процент выплаты. 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 процента). При переломе любой сесамовидной кости выплата составит 1% (один процент) от страховой суммы.

При условии лечения переломов различной локализации чрезкожной фиксацией спицами дополнительно выплачивается 1% (один процент) однократно, при открытом металлоостеосинтезе – согласно примечаниям в таблице в зависимости от локализации травматического повреждения, (обязательное условие подтверждение рентгенологическими методами исследования), при одновременном применении данных методов лечения выплата осуществляется только за металлоостеосинтез

При травмах, не указанных в настоящей таблице и потребовавших лечения сроком 10 (десять) и более дней, выплачивается 2% (два процента) от страховой суммы; потребовавших лечения сроком 20 (двадцать) и более дней – выплачивается 3% (три процента) от страховой суммы. К несчастным случаям, по которым выплата производится в указанных в настоящем абзаце размерах, также относятся укусы животных и пищевая токсикоинфекция (при подтверждении диагноза врачом-инфекционистом либо врачом общего профиля). Выплата по данным случаям осуществляется только при наличии подтверждающего травму медицинского заключения, с указанием срока лечения и листка нетрудоспособности.

Используемые сокращения: п. – пункт; п.п. – пункты, пп. – подпункты

Статья	Характер повреждения	Размер выплаты в % от страховой суммы
Кости черепа, нервная система		
1.	Перелом костей черепа:	
	а) наружной пластинки костей свода	5
	б) свода	10
	в) основания	15
	д) свода и основания	20
2.	Внутричерепные травматические гематомы:	
	а) субарахноидальное	5
	б) эпидуральная	15
	в) субдуральная, внутримозговая	20
	д) эпидуральная и субдуральная (внутримозговая)	25
3.	Повреждения головного мозга:	
	а) сотрясение головного мозга при сроке лечения от 3 до 13 дней включительно	3
	б) сотрясение головного мозга при сроке лечения 14 и более дней	5
	в) ушиб головного мозга,	10

Статья	Характер повреждения	Размер выплаты в % от страховой суммы
	d) неудаленные инородные тела полости черепа (за исключением шовного и пластического материала)	15
	e) разможение вещества головного мозга (без указания симптоматики)	50
Примечания к п.п. 1-3:		
1. Если в связи с черепно-мозговой травмой проводились оперативные вмешательства на костях черепа, головном мозге и его оболочках, дополнительно выплачивается 10% страховой суммы однократно .		
2. Субарахноидальное кровоизлияние должно быть подтверждено анализом ликвора и компьютерной томографией или магнитно-резонансной томографией.		
3. Ушиб и сотрясение головного мозга должны быть подтверждены результатами инструментальных исследований: компьютерной томографией и/или магнитно-резонансной томографией, электроэнцефалограммой, и подробным клиническим описанием неврологического статуса.		
4. В том случае, когда в результате одной травмы наступят повреждения, перечисленные в одном пункте, страховая выплата выплачивается по одному из подпунктов, учитывающему наиболее тяжелое повреждение.		
5. При повреждениях, указанных в разных пунктах, страховая выплата выплачивается с учетом каждого из них путем суммирования.		
4.	Повреждение центральной нервной системы (травматическое, токсическое, гипоксическое), повлекшее за собой:	
	а) энцефалопатию у детей в возрасте до 16 лет	5
	б) арахноидит, энцефалит, арахноэнцефалит	10
	4.1 Монопарез всей конечности, в зависимости от тяжести поражения:	
	4.1.1 легкая степень (4 -4,5 балла)	10
	4.1.2 умеренная степень (3-3,5 балла)	16
	4.1.3 глубокая степень (0,5- 2,5 балла)	20
	4.2 Монопарез по уровню поражения:	
	<u>4.2.1 Проксимальная часть верхней конечности (от плечевого сустава до локтевого сустава включительно)</u>	
	4.2.1.1 легкая степень	6
	4.2.1.2 умеренная степень	10
	4.2.1.3 глубокая степень	12
	<u>4.2.2 Дистальная часть верхней конечности (от локтевого сустава до кисти - включительно)</u>	
	4.2.2.1 легкая степень	4
	4.2.2.2 умеренная степень	6
	4.2.2.3 глубокая степень	8
	<u>4.2.3 Проксимальная часть нижней конечности (от бедренного сустава до коленного сустава включительно)</u>	
	4.2.3.1 легкая степень	6
	4.2.3.2 умеренная степень	10
	4.2.3.3 глубокая степень	12
	<u>4.2.4 Дистальная часть нижней конечности (от коленного сустава до и стопы включительно)</u>	
	4.2.4.1 легкая степень	4
	4.2.4.2 умеренная степень	6
	4.2.4.3 глубокая степень	8
	4.3 Гемипарез или парипарез (снижение силы в 2 конечностях), расчет за каждую конечность в зависимости от тяжести поражения (максимально суммарно – 40%) <u>смотреть в таблице монопарезов</u>	
	4.4 Тетрапарез (снижение силы во всех 4 конечностях) расчет за каждую конечность в зависимости от тяжести поражения (максимально суммарно – 80%) <u>смотреть в таблице монопарезов.</u>	
	4.5 Моноплегия (отсутствие движений в 1 конечности), нарушение функции тазовых органов, потеря речи (понимание речи (сенсорная афазия), воспроизведение речи (моторная афазия), а также смешанная форма (сенсомоторная афазия)	40
	Примечания: Выплата по пп. 4.5 возможна только за один из видов нарушения функции.	
	4.6 Гемиплегия или париплегия отсутствие движений в 2 конечностях, слабоумие (деменция)	80
	Примечания: Выплата по пп. 4.6 возможна только за один из видов нарушения функции	
	4.7 Тетраплегия отсутствие движений в 4 конечностях	100
	Примечание: 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 3 месяцев со дня травмы и подтверждены справкой этого учреждения. При этом страховая выплата осуществляется дополнительно к страховой сумме, выплаченной в связи со страховыми событиями, приведшими к повреждению нервной системы. Общая сумма выплат не может превышать 100% страховой суммы. Таблица «Степени пареза» 0 баллов «силы мышц» – нет произвольных движений. Паралич. 1 балл – едва заметные сокращения мышц, без движений в суставах 2 балла – объём движений в суставе значительно снижен, движения возможны без преодоления силы тяжести по плоскости 3 балла – значительное сокращение объёма движений в суставе, мышцы способны преодолеть силу тяжести, трения (возможность отрыва конечности от поверхности) 4 балла – легкое снижение силы мышц, при полном объёме движения 5 баллов – нормальная сила мышц, полный объём движений	
Примечания к п.п. 4, 6:		
1. Страховая выплата в связи с последствиями травмы нервной системы, указанными в п. 4, производится по одному из подпунктов, учитывающему наиболее тяжелые последствия травмы, в том случае, если они установлены лечебно-профилактическим учреждением не ранее 3 месяцев со дня травмы и подтверждены справкой этого учреждения. При этом страховая выплата производится дополнительно к страховой выплате, ранее произведенной в связи со страховыми событиями, приведшими к поражению нервной системы. Общая сумма выплат не может превышать 100%.		
2. В том случае, если страховая выплата осуществлена по п. 6 (а, б, с, d), а в дальнейшем возникли осложнения, перечисленные в п. 4 и подтвержденные справкой лечебно-профилактического учреждения, страховая выплата по п. 4 выплачивается дополнительно к выплаченной ранее.		

Статья	Характер повреждения	Размер выплаты в % от страховой суммы
3.	При снижении остроты зрения или понижении слуха в результате черепно-мозговой травмы страховая выплата производится с учетом этой травмы и указанных осложнений по соответствующим статьям путем суммирования.	
5.	Периферическое повреждение одного или нескольких черепно-мозговых нервов	10
Примечание к п. 5: Если повреждение черепно-мозговых нервов наступило при переломе основания черепа, страховая выплата производится по п. 1, п. 5 при этом не применяется.		
6.	Повреждение спинного мозга на любом уровне, конского хвоста, без указания симптомов: а) сотрясение б) ушиб в) сдавление, гематомия, полиомиелит г) частичный разрыв д) полный перерыв спинного мозга	3 5 30 50 100
Примечания к п.п. 1-6: 1. Если в связи с травмой спинного мозга проводились оперативные вмешательства, дополнительно выплачивается 10% страховой суммы однократно . 2. В том случае, если страхователем представлены справки о лечении по поводу травмы и ее осложнений, страховая выплата производится по п.п. 1, 2, 3, 5, 6 и п. 4 путем суммирования.		
7.	Травматические невриты на одной конечности (за исключением невритов пальцевых нервов)	5
8.	Повреждение (перерыв, ранение) шейного, плечевого, поясничного, крестцового сплетений а) травматический плексит б) частичный разрыв сплетения в) перерыв сплетения	10 40 70
Примечания к п.п. 7, 8: 1. п. 7 и п. 8 одновременно не применяются. 2. Невралгии, невралгии (нейропатия), возникшие в связи с травмой, не дают основания для страховой выплаты.		
9.	Перерыв нервов: а) ветвей лучевого, локтевого, срединного (пальцевых нервов) на уровне кисти (кроме пальцев) б) одного: лучевого, локтевого или срединного на уровне лучезапястного сустава и предплечья; малоберцового или большеберцового в) двух и более: лучевого, локтевого, срединного на уровне лучезапястного сустава и предплечья; малоберцового и большеберцового нервов г) одного: подмышечного, лучевого, локтевого, срединного – на уровне локтевого сустава и плеча, седалищного или бедренного д) двух и более: подмышечного, лучевого, локтевого, срединного – на уровне локтевого сустава и плеча, седалищного и бедренного	5 10 20 25 40
Примечание к п. 9: Повреждение нервов на уровне стопы, пальцев стопы и кисти не дает оснований для страховой выплаты. Выплата осуществляется при наличии заключения невропатолога, а также результатами электромиографии.		
Органы зрения		
10.	Паралич аккомодации одного глаза	15
11.	Геманопсия (выпадение половины поля зрения одного глаза), повреждение мышц глазного яблока (травматическое косоглазие, птоз, диплопия)	15
12.	Сужение поля зрения одного глаза: а) неконцентрическое б) концентрическое	10 15
13.	Пульсирующий экзофтальм одного глаза	20
14.	Повреждение одного глаза, не повлекшее за собой снижения остроты зрения: а) непроникающее ранение глазного яблока, гифема б) проникающее ранение глазного яблока, ожоги II, III степени, гемофтальм	5 10
Примечания к п. 14: 1. Ожоги глаза без указания степени, а также ожоги глаза I степени, не повлекшие за собой патологических изменений, не дают оснований для страховой выплаты. 2. В том случае, если повреждения, перечисленные в п. 14, повлекут за собой снижение остроты зрения, страховая выплата производится в соответствии с п. 20, п. 14 при этом не применяется. Если же в связи с повреждением глазного яблока произведена страховая выплата по п. 14, а в дальнейшем травма осложнилась снижением остроты зрения и это дает основание для страховой выплаты в большем размере, то выплата подлежит разнице между указанными суммами. 3. Поверхностные инородные тела на оболочках глаза не дают оснований для страховой выплаты.		
15.	Повреждение слезопроводящих путей одного глаза: а) не повлекшее за собой нарушения функции слезопроводящих путей б) повлекшее за собой нарушение функции слезопроводящих путей	5 10
16.	Последствия травмы одного глаза: а) конъюнктивит, кератит, иридоциклит, хориоретинит, травматическая эрозия роговицы б) дефект радужной оболочки, смещение хрусталика, изменение формы зрачка, трихиаз (неправильный рост ресниц), заворот века, неудаленные инородные тела в глазном яблоке и тканях глазницы, рубцы оболочек глазного яблока и век (за исключением кожи)	3 5
Примечания к п.п. 10-16: 1. Если в результате одной травмы наступят несколько патологических изменений, перечисленных в п. 16, страховая выплата производится с учетом наиболее тяжелого последствия однократно . 2. В том случае, если врач-окулист не ранее чем через 3 месяца после травмы глаза установит, что имеются патологические изменения, перечисленные в п.п. 10, 11, 12, 13, 15б, 16, и снижение остроты зрения, страховая выплата производится с учетом всех последствий путем суммирования, но не более 50% за один глаз.		
17.	Повреждение глаза (глаз), повлекшее за собой полную потерю зрения единственного глаза или обоих глаз, обладавших зрением не ниже 0,01	100
18.	Удаление в результате травмы глазного яблока слепого глаза	10

Статья	Характер повреждения	Размер выплаты в % от страховой суммы
19.	Перелом орбиты	10
20.	Снижение остроты зрения (см. дополнительную таблицу соответствующих выплат)	
Примечания к п.п. 10-20:		
1. Решение о страховой выплате в связи со снижением в результате травмы остроты зрения и другими последствиями принимается после окончания лечения, но не ранее 3 месяцев со дня травмы. По истечении этого срока застрахованный направляется к врачу-окулисту для определения остроты зрения обоих глаз (без учета коррекции) и других последствий перенесенного повреждения. В таких случаях предварительно может быть произведена страховая выплата с учетом факта травмы по п.п. 14, 15а, 19.		
2. Если сведения об остроте зрения поврежденного глаза до травмы отсутствуют, то условно следует считать, что она была такой же, как неповрежденного. Однако, если острота зрения неповрежденного глаза окажется ниже, чем поврежденного, условно следует считать, что острота зрения поврежденного глаза равнялась 1,0.		
3. Если в результате травмы были повреждены оба глаза и сведения об их зрении до травмы отсутствуют, следует условно считать, что острота зрения их составляла 1,0.		
4. В том случае, если в связи с посттравматическим снижением остроты зрения был имплантирован искусственный хрусталик или применена корригирующая линза, страховая выплата производится с учетом остроты зрения до операции.		
Органы слуха		
21.	Повреждение ушной раковины, повлекшее за собой: а) перелом хряща б) отсутствие до 1/3 части ушной раковины в) отсутствие 1/3 - 1/2 части ушной раковины г) отсутствие более 1/2 части ушной раковины	3 5 10 15
Примечание к п. 21:		
Решение о страховой выплате по п. 21 (б, в, г) принимается на основании данных медицинского освидетельствования, проведенного после заживления раны. Если страховая выплата произведена по п. 21, выплата по п. 58 не производится.		
22.	Повреждение одного уха, повлекшее за собой снижение слуха: а) шепотная речь на расстоянии от 1 до 3 м б) шепотная речь до 1 м в) полная глухота (разговорная речь 0)	5 15 25
Примечание к п. 22:		
Решение о страховой выплате в связи со снижением в результате травмы слуха принимается после окончания лечения, но не ранее 3 месяцев со дня травмы. По истечении этого срока застрахованный направляется к врачу-отоларингологу для определения последствий перенесенного повреждения (диагноз должен быть подтвержден результатами аудиометрии). В таких случаях предварительно может быть произведена страховая выплата с учетом факта травмы по п.п. 23, 24а (если имеются основания).		
23.	Разрыв одной барабанной перепонки, наступивший в результате травмы, и не повлекший за собой снижения слуха	5
Примечания к п. 23:		
Если в результате травмы произошел разрыв барабанной перепонки и наступило снижение слуха, страховая выплата производится по п. 22, п. 23 при этом не применяется.		
Если разрыв барабанной перепонки произошел в результате перелома основания черепа (средняя черепная ямка), п. 23 не применяется.		
24.	Повреждение одного уха, повлекшее за собой посттравматический отит: а) острый гнойный б) хронический	3 5
Примечание к п.п. 24б:		
Страховая выплата по п.п. 24б производится дополнительно в том случае, если это осложнение травмы будет установлено врачом-отоларингологом по истечении трех месяцев после травмы. Ранее этого срока страховая выплата производится с учетом факта травмы по соответствующему пункту.		
Дыхательная система		
25.	Перелом, вывих костей, хряща носа, передней стенки лобной, гайморовой пазухи, решетчатой кости	5
Примечание к п. 25:		
Если в связи с переломом, вывихом костей, хряща носа наступит его деформация и это будет подтверждено справкой лечебно-профилактического учреждения и результатами освидетельствования, страховая выплата производится по п.п. 25 и 58 (если имеются основания для применения этой статьи) путем суммирования.		
26.	Повреждение легкого, подкожная эмфизема, гемоторакс, пневмоторакс, экссудативный плеврит, инородное тело (тела) грудной полости: а) с одной стороны б) с двух сторон	5 10
Примечания к п. 26:		
Если переломы ребер, грудины повлекли за собой осложнения, предусмотренные п. 26, страховая выплата по этому пункту производится дополнительно к п.п. 28, 29.		
27.	Повреждение грудной клетки и ее органов, повлекшее за собой: а) легочную недостаточность (по истечении 3 месяцев со дня травмы) б) удаление доли, части легкого в) удаление одного легкого	10 40 60
Примечание к п. 27: после страховой выплаты по п.п. 27 (б, в) выплата по п. 27а не производится.		
28.	Перелом грудины	5
29.	Перелом каждого ребра Примечания: 1. При переломе ребер во время реанимационных мероприятий страховая выплата производится на общих основаниях. 2. Перелом хрящевой части ребра так же дает основание для страховой выплаты. 3. Если в справках, полученных из разных лечебно-профилактических учреждений, будет указано различное количество поврежденных ребер, страховая выплата осуществляется с учетом большего числа ребер.	3
30.	Проникающее ранение грудной клетки, торакокопия, торакоцентез, торакотомия, произведенные в связи с травмой: а) торакокопия, торакоцентез, проникающее ранение без повреждения органов грудной полости, не потребовавшее проведения торакотомии	5

Статья	Характер повреждения	Размер выплаты в % от страховой суммы
	торакотомия: b) при отсутствии повреждения органов грудной полости c) при повреждении органов грудной полости d) повторные торакотомии (однократно , независимо от их количества)	10 15 10
Примечания к п.п. 26-30:		
1. Если в связи с повреждением грудной клетки и ее органов было произведено удаление легкого или его части, страховая выплата осуществляется в соответствии с п. 27, п. 30 при этом не применяется; 2. п.п. 30 и 26 одновременно не применяются. 3. Если в связи с травмой грудной полости проводились торакоскопия, торакцентез, торакотомия, страховая выплата осуществляется с учетом наиболее сложного вмешательства однократно .		
31.	Повреждение гортани, трахеи, щитовидного хряща, перелом подъязычной кости, ожог верхних дыхательных путей, не повлекшие за собой нарушения функции	5
Примечание к п. 31: Если в связи с травмой проводилась бронхоскопия, трахеостомия (трахеотомия), дополнительно выплачивается 5% страховой суммы.		
32.	Повреждение гортани, трахеи, подъязычной кости, щитовидного хряща, трахеостомия, произведенная в связи с травмой, повлекшие за собой: a) осиплость или потерю голоса, ношение трахеостомической трубки в течение не менее 3 месяцев после травмы b) потерю голоса, ношение трахеостомической трубки в течение не менее 6 месяцев после травмы	10 20
Примечание к п. 32: Страховая выплата по п. 32 выплачивается дополнительно к страховой выплате, произведенной в связи с травмой по п. 31. В том случае, если Застрахованный в своем заявлении указал, что травма повлекла за собой нарушение функции гортани или трахеи, необходимо получить заключение специалиста по истечении 3 месяцев после травмы. Ранее этого срока страховая выплата производится по п. 31		
Сердечно-сосудистая система		
33.	Повреждение сердца, его оболочек и крупных магистральных сосудов, не повлекшее за собой сердечно-сосудистую недостаточность	10
34.	Повреждение сердца, его оболочек и крупных магистральных сосудов, повлекшее за собой сердечно-сосудистую недостаточность: a) I степени b) II - III степени	10 25
Примечание к п. 34: Если в предоставленных документах / медицинской справке не указана степень сердечно-сосудистой недостаточности, страховая выплата производится по пп. 34а.		
35.	Повреждение крупных периферических сосудов (не повлекшее за собой нарушения кровообращения) на уровне: a) плеча, бедра b) предплечья, голени	10 5
36.	Повреждение крупных периферических сосудов, повлекшее за собой сосудистую недостаточность	20
Примечания к п.п. 33-36:		
1. К крупным магистральным сосудам следует относить: аорту, легочную, безымянную, сонные артерии, внутренние яремные вены, верхнюю и нижнюю полые 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, подключичные, подмышечные, бедренные и подколенные вены. 2. Если страхователь в своем заявлении указал, что травма повлекла за собой нарушение функции сердечно-сосудистой системы, необходимо получить заключение специалиста. 3. Страховая выплата по п.п. 34, 36 производится дополнительно, если указанные в этих пунктах осложнения травмы будут установлены в лечебно-профилактическом учреждении по истечении 3 месяцев после травмы и подтверждены медицинским заключением этого учреждения. Ранее этого срока выплата производится по п.п. 33, 35. 4. Если в связи с повреждением крупных сосудов проводились операции с целью восстановления сосудистого русла, дополнительно выплачиваются 5% страховой суммы однократно .		
Органы пищеварения		
37.	Перелом верхней челюсти, скуловой кости или нижней челюсти, вывих челюсти: a) перелом одной кости, вывих челюсти b) перелом двух и более костей или двойной перелом одной кости	5 10
Примечания к п. 37:		
1. При переломе челюсти, случайно наступившем во время стоматологических манипуляций, страховая выплата производится на общих основаниях. 2. Перелом альвеолярного отростка, наступивший при потере зубов, не дает оснований для страховой выплаты. 3. Если в связи с травмой челюстей, скуловых костей проводились оперативные вмешательства, дополнительно выплачиваются 5% страховой суммы однократно . 4. К двойным переломам не относятся оскольчатые переломы (независимо от числа осколков).		
38.	Привычный вывих челюсти	5
Примечание к п. 38:		
1. При привычном вывихе нижней челюсти страховая выплата производится дополнительно к страховой выплате, произведенной по п. 37, 2. При рецидивах привычного вывиха челюсти страховая выплата не производится.		
39.	Повреждение челюсти, повлекшее за собой отсутствие: a) части челюсти (за исключением альвеолярного отростка) b) челюсти	40 80
Примечания к п.п. 37-39:		
1. При страховой выплате в связи с отсутствием челюсти или ее части учтена и потеря зубов, независимо от их количества. 2. В тех случаях, когда травма челюсти сопровождалась повреждением других органов ротовой полости, процент страховой выплаты определяется с учетом этих повреждений по соответствующим статьям путем суммирования. 3. При страховой выплате по п. 39 дополнительная страховая выплата за оперативные вмешательства не производится.		
40.	Повреждение языка, полости рта (ранение, ожог, отморожение), повлекшее за собой образование рубцов	3

Статья	Характер повреждения	Размер выплаты в % от страховой суммы
	(независимо от их размера)	
41.	Повреждение языка, повлекшее за собой: а) отсутствие кончика языка б) отсутствие дистальной трети языка в) отсутствие языка на уровне средней трети г) отсутствие языка на уровне корня или полное отсутствие языка	10 15 30 60
42.	Повреждение зубов, повлекшее за собой: а) перелом зуба (коронки, шейки, корня), вывих зуба б) потерю 1 зуба в) потерю 2-3 зубов г) потерю 4-6 зубов д) потерю 7-9 зубов е) потерю 10 и более зубов	3 5 10 15 20 25
Примечания к п.п. 37-42:		
1. При переломе или потере в результате травмы зубов с несъемными протезами страховая выплата производится с учетом потери только опорных зубов. При повреждении в результате травмы съемных протезов страховая выплата не производится.		
2. При потере зубов и переломе челюсти размер страховой выплаты определяется по п.п. 37 и 42 путем суммирования.		
3. Если в связи с травмой зуба было выплачена страховая выплата по пп. 42а, а в дальнейшем этот зуб был удален, из страховой выплаты вычитается выплаченная ранее страховая выплата.		
4. Если удаленный в связи с травмой зуб будет имплантирован, страховая выплата производится на общих основаниях по п.42. В случае удаления этого зуба дополнительная выплата не производится.		
43.	Повреждение (ранение, разрыв, ожог) глотки, пищевода, желудка, кишечника, а также эзофагогастроуденоскопия, произведенная в связи с этими повреждениями или с целью удаления инородных тел пищевода, желудка, не повлекшее за собой функциональных нарушений	5
44.	Повреждение (ранение, разрыв, ожог) пищевода, вызвавшее: а) сужение пищевода б) непроходимость пищевода (при наличии гастростомы), а также состояние после пластики пищевода	40 100
Примечание к п. 44: Процент страховой суммы, подлежащей выплате по п. 44, определяется не ранее чем через 6 месяцев со дня травмы. Ранее этого срока страховая выплата производится предварительно по п. 43 и этот процент вычитается при принятии окончательного решения.		
45.	Повреждение (разрыв, ожог, ранение) органов пищеварения, случайное острое отравление, повлекшее за собой: а) холецистит, дуоденит, гастрит, панкреатит, энтерит, колит, проктит, парапроктит б) спаечную болезнь, состояние после операции по поводу спаечной непроходимости в) рубцовое сужение (деформацию) желудка, кишечника, заднепроходного отверстия г) кишечный свищ, кишечно-влагалищный свищ, свищ поджелудочной железы д) противоестественный задний проход (колостома)	5 15 25 50 100
Примечания к п. 45:		
1. При осложнениях травм, предусмотренных в подпунктах 45а, 45б, 45с, страховая выплата производится при условии, что эти осложнения имеются по истечении 3 месяцев после травмы, а предусмотренные в подпунктах 45д и 45е – по истечении 6 месяцев после травмы.		
2. Указанные осложнения травмы признаются только в том случае, если они подтверждены справкой лечебно-профилактического учреждения. Ранее этих сроков страховая выплата производится по п. 43 и этот процент не вычитается при принятии окончательного решения.		
3. Если в результате одной травмы возникнут осложнения, перечисленные в одном подпункте, страховая выплата производится однократно . Однако, если возникли патологические изменения, перечисленные в разных подпунктах, страховая выплата производится с учетом каждого из них путем суммирования.		
46.	Грыжа, образовавшаяся на месте повреждения передней брюшной стенки, диафрагмы или в области послеоперационного рубца, если операция проводилась в связи с травмой, или состояние после операции по поводу такой грыжи	10
Примечания к п. 46:		
1. Страховая выплата по п. 46 выплачивается дополнительно к страховой выплате, определенной в связи с травмой органов живота, если она явилась прямым последствием этой травмы.		
2. Грыжи живота (пупочные, белой линии, паховые, пахово-мошоночные, бедренные), возникновение которых не связано непосредственно с полученной травмой (возникшие в результате поднятия тяжести), не дают оснований для страховой выплаты.		
47.	Повреждение печени в результате травмы или случайного острого отравления, повлекшее за собой: а) подкапсульный разрыв печени, не потребовавший оперативного вмешательства, гепатит, сывороточный гепатит, развившийся непосредственно в связи с травмой, гепатоз б) печеночную недостаточность	5 10
48.	Повреждение печени, желчного пузыря, повлекшие за собой: а) ушивание разрывов печени или удаление желчного пузыря б) ушивание разрывов печени и удаление желчного пузыря в) удаление части печени г) удаление части печени и желчного пузыря	15 20 25 35
49.	Повреждение селезенки, повлекшее за собой: а) подкапсульный разрыв селезенки, не потребовавший оперативного вмешательства б) подкапсульный разрыв селезенки, потребовавший проведения коагуляции Выплата по пп. 49.а, пп.49.б производится только при условии подтверждения диагноза данными инструментальных исследований (ультразвукового, рентгеновского исследования, компьютерной томографии селезенки). в) удаление селезенки	3 5 30
50.	Повреждение желудка, поджелудочной железы, кишечника, брыжейки, повлекшее за собой: а) образование ложной кисты поджелудочной железы б) Резекцию 1/3 желудка или 1/3 кишечника в) Резекцию 1/3 желудка и 1/3 кишечника или части поджелудочной железы	20 25 35

Статья	Характер повреждения	Размер выплаты в % от страховой суммы
	d) Гастрэктомия e) Резекцию 2/3 желудка, 2/3 кишечника и 2/3 тела поджелудочной железы f) Резекцию желудка, 2/3 поджелудочной железы, кишечника g) Резекцию кишечника, части поджелудочной железы, гастрэктомия	40 50 60 90
Примечание к п. 50: При последствиях травмы, перечисленных в одном подпункте, страховая выплата производится однократно . Однако, если травма различных органов повлечет за собой осложнения, указанные в различных подпунктах, страховая выплата производится с учетом каждого из них путем суммирования		
51.	Повреждение органов брюшной полости, в связи с которым произведены: a) лапароскопия (лапароцентез) b) лапаротомия при подозрении на повреждение органов брюшной полости (в том числе с лапароскопией, лапароцентезом) c) лапаротомия при повреждении органов брюшной полости (в том числе с лапароскопией, лапароцентезом) d) повторные лапаротомии (однократно , независимо от их количества)	5 10 15 10
Примечания к п.п. 47-51: 1. Если в связи с травмой органов брюшной полости имеются основания для страховой выплаты по п.п. 47-50, п. 51 (кроме пп. 51d) не применяется. 2. Если в результате одной травмы будут повреждены различные органы брюшной полости, из которых один или несколько будут удалены, а другой (другие) ушиты, страховая выплата производится по соответствующим пунктам и пп. 51b однократно . 3. В том случае, когда в результате одной травмы будут повреждены органы пищеварительной, мочевыделительной или половой системы (без их удаления), дополнительно производится страховая выплата по п. 55 в размере 5% от страховой суммы		
Мочевыделительная и половая системы		
52.	Повреждение почки, повлекшее за собой: a) ушиб почки, подкапсульный разрыв почки, не потребовавший оперативного вмешательства (данные диагноза должны быть подтверждены результатами инструментальных и/или лабораторных исследований) b) удаление части почки c) удаление почки	5 30 60
53.	Повреждение органов мочевыделительной системы (почек, мочеточников, мочевого пузыря, мочеиспускательного канала), повлекшее за собой: a) цистит, уретрит b) острую почечную недостаточность, пиелит, пиелостаз c) уменьшение объема мочевого пузыря d) гломерулонефрит, пиелонефрит, сужение мочеточника, мочеиспускательного канала e) синдром длительного раздавливания (травматический токсикоз, краш-синдром, синдром размозжения), хроническую почечную недостаточность f) непроходимость мочеточника, мочеиспускательного канала, мочеполовые свищи	5 10 15 25 30 40
Примечания к п.п. 52-53: 1. Если в результате травмы наступит нарушение функции нескольких органов мочевыделительной системы, процент страховой выплаты определяется по одному из подпунктов п. 53, учитывающему наиболее тяжелое последствие повреждения. 2. Страховая выплата в связи с последствиями травмы, перечисленными в подпунктах 53a, 53c, 53d, 53e и 53f, производится в том случае, если эти осложнения имеются по истечении 3 месяцев после травмы. Ранее этого срока страховая выплата производится по п. 52 или пп. 53a и этот процент не вычитается при принятии окончательного решения.		
54.	Оперативные вмешательства, произведенные в связи с травмой органов мочевыделительной системы: a) цистостомия b) при подозрении на повреждение органов c) при повреждении органов d) повторные операции, произведенные в связи с травмой (независимо от их количества)	5 10 15 10
Примечание к п. 54: Если в связи с травмой было произведено удаление почки или ее части, страховая выплата производится по пп. 52 (b, c), п.54 при этом не применяется.		
55.	Повреждение органов половой или мочевыделительной системы: a) ранение, разрыв, ожог, отморожение b) изнашивание лица в возрасте: до 15 лет с 15 до 18 лет 18 лет и старше	5 50 30 15
56.	Повреждение половой системы, повлекшее за собой: a) удаление одного яичника, маточной трубы, яичка, части полового члена b) удаление обоих яичников, обеих маточных труб, яичек, полового члена c) потерю матки у женщин в возрасте: - до 40 лет - с 40 до 50 лет - 50 лет и старше d) потерю полового члена и обоих яичек	15 30 50 30 15 50
Мягкие ткани		
57.	Повреждение мягких тканей лица, передне-боковой поверхности шеи, подчелюстной области, ушных раковин, повлекшее за собой после заживления: a) образование рубцов площадью от 0,5 до 1,0 см ² b) образование рубцов площадью 1,0 см ² и до 4, 9 см ² или длиной 5 см и более c) образование рубцов площадью 5,0 см ² и до 9, 9 см ² или длиной 10 см и более d) образование рубцов площадью более 10 см ² и до 25 см ² включительно e) образование рубцов площадью более 25 см ² и до 50 см ² включительно f) образование рубцов площадью более 50 см ² (обезображение лица)	3 5 7 10 15 30

Статья	Характер повреждения	Размер выплаты в % от страховой суммы
Примечания к п. 57:		
<p>1. К косметически заметным рубцам относятся рубцы, отличающиеся по окраске от окружающей кожи, втянутые или выступающие над ее поверхностью, стягивающие ткани. Обезображение – это резкое изменение естественного вида лица человека в результате механического, химического, термического и других насильственных воздействий.</p> <p>2. Если в связи с переломом костей лицевого черепа со смещением отломков была произведена операция (открытая репозиция), вследствие чего на лице образовался рубец, страховая выплата производится с учетом перелома и послеоперационного рубца, если этот рубец нарушает косметику в той или иной степени.</p> <p>3. Если в результате повреждения мягких тканей лица, передне-боковой поверхности шеи, подчелюстной области образовался рубец или пигментное пятно и в связи с этим была выплачена соответствующая часть страховой суммы, а затем застрахованный получил повторную травму, повлекшую за собой образование новых рубцов (пигментных пятен), страховая выплата производится с учетом последствий повторной травмы.</p>		
58.	Повреждение мягких тканей волосистой части головы, туловища, конечностей, повлекшее за собой после заживления образование рубцов площадью:	
	а) от 2,0 до 4,9 см ² или длиной 5 см и более	3
	б) от 5 см ² до 0,5% поверхности тела	5
	в) от 0,6% до 2,0%	10
	г) от 3 % до 4,0%	15
	д) от 5% до 6%	20
	е) от 7% до 8%	25
	ж) от 9% до 10%	30
	з) от 11% до 15%	35
	и) 15% и более	40
Примечания к п. 58:		
<p>1. 1% поверхности тела исследуемого равен площади ладонной поверхности его кисти и пальцев. Эта площадь определяется в квадратных сантиметрах путем умножения длины кисти, измеряемой от лучезапястного сустава до верхушки ногтевой фаланги III пальца, на ее ширину, измеряемую на уровне головок II-У пястных костей (без учета I пальца).</p> <p>2. При определении площади рубцов следует учитывать и рубцы, образовавшиеся на месте взятия кожного трансплантата для замещения дефекта пораженного участка кожи.</p> <p>3. Если страховая выплата производится за оперативное вмешательство (при открытых повреждениях, при пластике сухожилий, сшивании сосудов, нервов и др.), п. 58 не применяется.</p> <p>4. В том случае, если в связи с открытым переломом не проводилось оперативное вмешательство, решение о страховой выплате по п. 58 принимается по результатам освидетельствования, проведенного после заживления раны.</p>		
59.	Повреждение мягких тканей туловища, конечностей, повлекшее за собой образование пигментных пятен площадью:	
	а) от 1% до 2% поверхности тела	3
	б) от 3% до 10%	5
	в) от 11% до 15%	10
	г) и более 15 %	15
Примечания к п.п. 57-59:		
<p>1. Решение о страховой выплате по п.п. 57, 58 и 59 принимается с учетом данных освидетельствования, проведенного после заживления раневых поверхностей, но не ранее 1 месяца после травмы</p> <p>2. Решение о страховой выплате в связи с ожогами производится при условии уточнении диагноза не ранее 2 недель после травмы согласно таблице страховых выплат при ожогах.</p> <p>3. Общая сумма выплат по п.п. 57, 58 и 59 не должна превышать 40%.</p>		
60.	Ожоговая болезнь, ожоговый шок	10
Примечание к п. 60:		
Страховая выплата по п. 60. производится дополнительно к страховой выплате, производимой в связи с ожогом.		
61.	Повреждение мягких тканей:	
	а) неудаленные инородные тела	3
	б) мышечная грыжа, посттравматический периостит, нерассосавшаяся гематома площадью не менее 2 см ² , разрыв мышц	3
	в) разрыв сухожилий, за исключением пальцев кисти, взятие ауто трансплантата из другого отдела опорно-двигательного аппарата	5
Примечания к п. 61:		
<p>1. Страховая выплата в связи с нерассосавшейся гематомой, мышечной грыжей или посттравматическим периоститом производится в том случае, если эти осложнения травмы имеются по истечении 1 месяца со дня травмы.</p> <p>2. Решение о страховой выплате (разового пособия) по п. 61 принимается с учетом данных освидетельствования, проведенного не ранее чем через 1 месяц после травмы.</p> <p>3. Если в связи с травмой была произведена выплата за оперативное вмешательство, п.61 с при этом не применяется.</p>		
Позвоночник		
62.	Перелом, перелома-вывих или вывих тел, дужек и суставных отростков позвонков (за исключением крестца и копчика):	
	а) одного-двух	7
	б) трех-пяти	15
	в) шести и более	25
63.	Разрыв межпозвоночных связок (при сроке лечения не менее 14 дней), подвывих позвонков (за исключением копчика)	5
Примечание к п. 63:		
При рецидивах подвывиха позвонка страховая выплата не производится.		
64.	Перелом каждого поперечного или остистого отростка	3
65.	Перелом крестца	10
66.	Повреждения копчика:	
	а) подвывих копчиковых позвонков	3

Статья	Характер повреждения	Размер выплаты в % от страховой суммы
	b) вывих копчиковых позвонков	5
	c) перелом копчиковых позвонков	10
Примечания к п.п. 62-66:		
1. Если в связи с травмой позвоночника (в том числе крестца и копчика) проводились оперативные вмешательства, дополнительно выплачивается 10% страховой суммы однократно .		
2. В том случае, если перелом или вывих позвонков сопровождался повреждением спинного мозга, страховая выплата производится с учетом обоих повреждений путем суммирования.		
3. В том случае, если в результате одной травмы произойдет перелом тела позвонка, повреждение связок, перелом поперечных или остистых отростков, страховая выплата производится по статье, предусматривающей наиболее тяжелое повреждение, однократно .		
4. Грыжи межпозвоночных дисков не дают основания для выплаты.		
Верхняя конечность		
Лопатка, ключица		
67.	Перелом тела лопатки, ключицы, полный или частичный разрыв акромиально-ключичного, грудино-ключичного сочленений:	
	a) перелом, вывих одной кости, разрыв одного сочленения	5
	b) перелом двух костей, двойной перелом одной кости, разрыв двух сочленений или перелом, вывих одной кости и разрыв одного сочленения, перелома-вывих ключицы	10
	c) разрыв двух сочленений и перелом одной кости, перелом двух костей и разрыв одного сочленения	15
	d) несросшийся перелом (ложный сустав)	15
Примечания к п. 67:		
1. В том случае, если в связи с повреждениями, перечисленными в п. 67, проводились оперативные вмешательства, дополнительно выплачивается 5% страховой суммы однократно .		
2. Страховая выплата в связи с несросшимся переломом (ложным суставом) производится в том случае, если это осложнение травмы будет установлено в лечебно-профилактическом учреждении по истечении 6 месяцев после травмы и подтверждено справкой этого учреждения. Эта выплата является дополнительной.		
3. К двойным переломам не относятся оскольчатые переломы (независимо от числа осколков).		
Плечевой сустав		
68.	Повреждения области плечевого сустава (суставной впадины лопатки, головки плечевой кости, анатомической, хирургической шейки, бугорков, суставной сумки):	
	a) разрыв сухожилий, капсулы сустава, отрывы костных фрагментов, переломы, отрывы бугорков, перелом суставной впадины лопатки, вывих плеча	5
	b) перелом двух костей	10
	c) перелом плеча (головки, анатомической, хирургической шейки), перелома-вывих плеча	15
69.	Повреждения плечевого пояса, повлекшие за собой:	
	a) привычный вывих плеча	15
	b) отсутствие движений в суставе (анкилоз)	20
	c) «болтающийся» плечевой сустав в результате резекции суставных поверхностей составляющих его костей	40
Примечания к п.п. 68-69:		
1. Страховая выплата в связи с разрывом сухожилий и/или капсулы сустава производится при условии непрерывного срока лечения не менее 14 дней и/или оперативного лечения.		
2. Страховая выплата по п. 69 производится дополнительно к страховой выплате, произведенной в связи с повреждениями области плечевого сустава с том случае, если перечисленные в этом пункте осложнения будут установлены лечебно-профилактическим учреждением по истечении 6 месяцев после травмы и подтверждены медицинской справкой этого учреждения.		
3. В том случае, если в связи с травмой плечевого сустава будут проведены оперативные вмешательства, дополнительно выплачивается 5% страховой суммы однократно .		
4. Страховая выплата при привычном вывихе плеча производится в том случае, если он наступил после первичного вывиха, происшедшего в период действия договора страхования. Диагноз привычного вывиха плеча должен быть подтвержден лечебным учреждением, в котором произошло его вправление. При рецидивах привычного вывиха плеча страховая выплата не производится.		
Плечо		
70.	Перелом плечевой кости:	
	a) на любом уровне (верхняя, средняя, нижняя треть)	15
	b) двойной перелом	20
71.	Перелом плечевой кости, повлекший за собой образование несросшегося перелома (ложного сустава)	45
Примечания к п.п. 70-71:		
1. К двойным переломам не относятся оскольчатые переломы (независимо от числа осколков).		
2. Страховая выплата по п. 71 производится дополнительно к страховой выплате, произведенной в связи с травмой плеча, если указанные осложнения будут установлены в лечебно-профилактическом учреждении по истечении 9 месяцев после травмы.		
3. Если в связи с травмой области плеча проводились оперативные вмешательства (за исключением первичной хирургической обработки и удаления инородных тел), дополнительно выплачивается 10% страховой суммы однократно .		
72.	Травматическая ампутация верхней конечности или тяжелое повреждение, приведшее к ампутации:	
	a) с лопаткой, ключицей или их частью	80
	b) плеча на любом уровне	75
	c) единственной конечности на уровне плеча	100
Примечание к п. 72:		
Если страховая выплата производится по п. 72, дополнительная выплата за оперативные вмешательства, послеоперационные рубцы не производится.		
Локтевой сустав		
73.	Повреждения области локтевого сустава:	
	a) гемартроз, подвывих костей предплечья	3
	b) отрывы костных фрагментов, в том числе надмышелков плечевой кости, перелом лучевой или локтевой кости, вывих кости	5
	c) перелом лучевой и локтевой кости, вывих предплечья	10
	d) перелом плечевой кости	15
	e) перелом плечевой кости с лучевой или локтевой костями	20

Статья	Характер повреждения	Размер выплаты в % от страховой суммы
Примечание к п. 73:		
1. Страховая выплата в связи с гемартрозом производится при условии непрерывного срока лечения не менее 14 дней и/или оперативного лечения		
2. В том случае, если в результате одной травмы наступят различные повреждения, перечисленные в п. 73, страховая выплата производится в соответствии с подпунктом, учитывающим наиболее тяжелое повреждение.		
74.	Повреждение области локтевого сустава, повлекшее за собой: а) отсутствие движений в суставе (анкилоз) б) «болтающийся» локтевой сустав (в результате резекции суставных поверхностей составляющих его костей)	20 30
Примечания к п. 74:		
1. Страховая выплата по п. 74 производится дополнительно к страховой выплате, произведенной в связи с повреждениями области локтевого сустава, в том случае, если нарушение движений в этом суставе будет установлено лечебно-профилактическим учреждением по истечении 6 месяцев после травмы и подтверждено медицинской справкой этого учреждения.		
2. В том случае, если в связи с травмой области локтевого сустава будут проведены оперативные вмешательства (за исключением первичной хирургической обработки и удаления инородных тел), дополнительно выплачивается 5% страховой суммы однократно .		
Предплечье		
75.	Перелом костей предплечья на любом уровне, за исключением области суставов (верхняя, средняя, нижняя треть): а) перелом, вывих одной кости б) перелом двух костей, двойной перелом одной кости	5 10
76.	Несросшийся перелом (ложный сустав) костей предплечья: а) одной кости б) двух костей	15 30
Примечание к п.п. 75-76:		
1. К двойным переломам не относятся оскольчатые переломы (независимо от числа осколков)		
2. Страховая выплата по п. 76 производится дополнительно к страховой выплате, произведенной в связи с травмой предплечья, если это осложнение травмы будет установлено в лечебно-профилактическом учреждении по истечении 9 месяцев после травмы и подтверждено справкой этого учреждения.		
77.	Травматическая ампутация или тяжелое повреждение, приведшее: а) к ампутации предплечья на любом уровне б) к экзартикуляции в локтевом суставе с) к ампутации единственной конечности на уровне предплечья	65 70 100
Примечания к п.п. 75-77:		
1. Если в связи с травмой области предплечья проводились оперативные вмешательства (за исключением первичной хирургической обработки и удаления инородных тел), дополнительно выплачивается 10% страховой суммы однократно .		
2. Если страховая выплата производится по п. 77, дополнительная выплата за оперативные вмешательства, послеоперационные рубцы не производится.		
Лучезапястный сустав		
78.	Повреждения области лучезапястного сустава: а) перелом одной кости предплечья, отрыв шиловидного отростка (отростков), отрыв костного фрагмента (фрагментов) б) перелом двух костей предплечья с) перилунарный вывих кисти	5 10 15
79.	Повреждение области лучезапястного сустава, повлекшее за собой отсутствие движений (анкилоз) в этом суставе	15
Примечания к п.п. 78-79:		
1. Страховая выплата по п. 79 производится дополнительно к страховой выплате, произведенной в связи с повреждениями области лучезапястного сустава в том случае, если отсутствие движений в суставе будет установлено лечебно-профилактическим учреждением по истечении 6 месяцев после травмы и подтверждено медицинской справкой этого учреждения.		
2. Если в связи с травмой области лучезапястного сустава проводились оперативные вмешательства, дополнительно выплачивается 5% страховой суммы однократно .		
Кисть		
80.	Перелом или вывих костей запястья, пястных костей одной кисти: а) одной кости (кроме ладьевидной) б) двух и более костей (кроме ладьевидной) с) ладьевидной кости д) вывих, перелома-вывих кисти	5 7 10 10
Примечания к п. 80:		
1. Если в связи с травмой кисти проводились оперативные вмешательства (за исключением первичной хирургической обработки и удаления инородных тел), дополнительно выплачивается 5% страховой суммы однократно .		
2. При переломе (вывихе) в результате одной травмы костей запястья (пястных костей) и ладьевидной кости страховая выплата производится с учетом каждого повреждения путем суммирования.		
81.	Повреждение кисти, повлекшее за собой: а) несросшийся перелом (ложный сустав) одной или нескольких костей (за исключением отрыва костных фрагментов) б) потерю всех пальцев, ампутацию на уровне пястных костей или костей запястья с) ампутацию единственной кисти	10 65 100
Примечание к п. 81:		
Страховая выплата в связи с несросшимся переломом (ложным суставом) костей запястья или пястных костей производится дополнительно по пп. 81а в том случае, если это осложнение травмы будет установлено в лечебно-профилактическом учреждении по истечении 6 месяцев после травмы и подтверждено медицинской справкой этого учреждения.		
Пальцы кисти		
Первый палец		
82.	Повреждение пальца, повлекшее за собой: а) отрыв ногтевой пластинки (хирургическое удаление, необходимость которого обусловлена травмой) б) полный разрыв сухожилия (сухожилий) разгибателей пальца с) перелом, вывих, значительную рубцовую деформацию фаланги (фаланг), полный разрыв сухожилия	2 3 5

Статья	Характер повреждения	Размер выплаты в % от страховой суммы
	(сухожильный) сгибателя пальца, сухожильный, суставной, костный панариций	
Примечания к п. 82:		
1. Гнойное воспаление околоногтевого валика (паронихия) не дает оснований для страховой выплаты.		
2. Если в связи с разрывом сухожилий, переломом или вывихом фаланги (фаланг), костным, суставным, сухожильным панарицием проводились оперативные вмешательства, дополнительно выплачивается 5% страховой суммы однократно .		
83.	Повреждения пальца, повлекшие за собой: а) отсутствие движений в одном суставе б) отсутствие движений в двух суставах	10 15
Примечание к п. 83:		
Страховая выплата в связи с нарушением функции 1 пальца производится дополнительно к страховой выплате, произведенной в связи с его травмой, в том случае, если отсутствие движений в суставе (суставах) пальца будет установлено лечебно-профилактическим учреждением по истечении 6 месяцев после травмы и подтверждено медицинской справкой этого учреждения.		
84.	Повреждение пальца, повлекшее за собой: а) реампутацию (повторную ампутацию) на уровне той же фаланги б) ампутацию на уровне ногтевой фаланги в) ампутацию на уровне межфалангового сустава (полная потеря ногтевой фаланги) г) ампутацию на уровне основной фаланги, пястно-фалангового сустава (потеря пальца) е) ампутацию пальца с пястной костью или частью ее	5 7 10 15 20
Примечание к п. 84:		
Если страховая выплата выплачена по п. 84, дополнительная выплата за оперативные вмешательства, послеоперационные рубцы не производится.		
Второй, третий, четвертый, пятый пальцы		
85.	Повреждение одного пальца, повлекшее за собой: а) отрыв ногтевой пластинки (хирургическое удаление, необходимость которого обусловлена травмой) б) полный разрыв сухожилия (сухожильный) разгибателей пальца в) перелом, вывих, значительную рубцовую деформацию фаланги (фаланг), полный разрыв сухожилия (сухожильный) сгибателя пальца, сухожильный, суставной, костный панариций	2 3 5
Примечания к п. 85:		
1. Гнойное воспаление околоногтевого валика (паронихия) не дает оснований для страховой выплаты.		
2. Если в связи с разрывом сухожилий, переломом или вывихом фаланги (фаланг), костным, суставным, сухожильным панарицием проводились оперативные вмешательства, дополнительно выплачивается 5% страховой суммы однократно .		
86.	Повреждение пальца, повлекшее за собой: а) отсутствие движений в одном суставе б) отсутствие движений в двух или трех суставах пальца	5 10
Примечание к п. 86:		
Страховая выплата в связи с нарушением функции пальца производится дополнительно к страховой выплате, произведенной в связи с его травмой, в том случае, если отсутствие движений в суставе (суставах) пальца будет установлено лечебно-профилактическим учреждением по истечении 6 месяцев после травмы и подтверждено медицинской справкой этого учреждения.		
87.	Повреждение пальца, повлекшее за собой: а) реампутацию (повторную ампутацию) на уровне той же фаланги б) ампутацию на уровне ногтевой фаланги, потерю фаланги в) ампутацию на уровне средней фаланги, потерю двух фаланг г) ампутацию на уровне основной фаланги, потерю пальца е) потерю пальца с пястной костью или частью ее	3 5 7 10 15
Примечания к п. 87:		
Если страховая выплата выплачена по п. 87, дополнительная выплата за оперативные вмешательства, послеоперационные рубцы не производится.		
Примечание к п.п. 82-87:		
При повреждении нескольких пальцев кисти в период действия одного договора страхования страховая выплата производится с учетом каждого повреждения путем суммирования. Однако размер ее не должен превышать 65% для одной кисти и 100% для обеих кистей.		
Таз		
88.	Повреждения таза: а) перелом одной кости б) перелом двух костей или разрыв одного сочленения, двойной перелом одной кости в) перелом трех и более костей, разрыв двух или трех сочленений	5 10 15
Примечания к п. 88:		
1. Если в связи с переломом костей таза или разрывом сочленений проводились оперативные вмешательства, дополнительно выплачивается 10% страховой суммы однократно .		
2. Разрыв лонного, крестцово-подвздошного сочленения (сочленений) во время родов дает основание для страховой выплаты на общих основаниях по п. 88 (в или с).		
3. К двойным переломам не относятся оскольчатые переломы (независимо от числа осколков).		
89.	Повреждения таза, повлекшие за собой отсутствие движений в тазобедренных суставах: а) в одном суставе б) в двух суставах	20 40
Примечание к п. 89:		
Страховая выплата в связи с нарушением функции тазобедренного сустава (суставов) производится по п. 89 дополнительно к страховой выплате, произведенной в связи с травмой таза, в том случае, если отсутствие движений в суставе будет установлено лечебно-профилактическим учреждением через 6 месяцев после травмы и подтверждено справкой этого учреждения.		
Нижняя конечность		
Тазобедренный сустав		
90.	Повреждения тазобедренного сустава: а) отрыв костного фрагмента (фрагментов) б) изолированный отрыв вертела (вертелов)	5 10

Статья	Характер повреждения	Размер выплаты в % от страховой суммы
	c) вывих бедра	15
	d) перелом головки, шейки, проксимального метафиза бедра	25
Примечания к п. 90:		
1. В том случае, если в результате одной травмы наступят различные повреждения тазобедренного сустава, страховая выплата производится в соответствии с одним из подпунктов, предусматривающим наиболее тяжелое повреждение.		
2. Если в связи с травмой тазобедренного сустава проводились оперативные вмешательства, дополнительно выплачивается 10% страховой суммы однократно .		
91.	Повреждения тазобедренного сустава, повлекшие за собой:	
	a) отсутствие движений (анкилоз)	20
	b) несросшийся перелом (ложный сустав) шейки бедра	30
	c) эндопротезирование	40
	d) «болтающийся» сустав в результате резекции головки бедра	45
Примечания к п. 91:		
1. Страховая выплата в связи с осложнениями, перечисленными в п. 91, производится дополнительно к страховой выплате, произведенной по поводу травмы сустава.		
2. Страховая выплата по пп. 91a, 91d производится дополнительно к страховой выплате, произведенной в связи с повреждениями области тазобедренного сустава, в том случае, если нарушение движений в этом суставе будет установлено лечебно-профилактическим учреждением по истечении 6 месяцев после травмы и подтверждено медицинской справкой этого учреждения		
3. Страховая выплата по пп. 91b производится в том случае, если это осложнение травмы будет установлено в лечебно-профилактическом учреждении по истечении 9 месяцев после травмы и подтверждено справкой этого учреждения.		
Бедро		
92.	Перелом бедра:	
	a) на любом уровне, за исключением области суставов (верхняя, средняя, нижняя треть)	20
	b) двойной перелом бедра	30
93.	Перелом бедра, повлекший за собой образование несросшегося перелома (ложного сустава)	30
Примечания к п.п. 92-93:		
1. Если в связи с травмой области бедра проводились оперативные вмешательства (за исключением первичной хирургической обработки и удаления инородных тел), дополнительно выплачивается 10% страховой суммы однократно .		
2. Страховая выплата по п. 93 производится дополнительно к страховой выплате, произведенной в связи с переломом бедра, если такое осложнение будет установлено в лечебно-профилактическом учреждении по истечении 9 месяцев после травмы и подтверждено справкой этого учреждения		
3. К двойным переломам не относятся оскольчатые переломы (независимо от числа осколков)		
94.	Травматическая ампутация или тяжелое повреждение, приведшее к ампутации конечности на любом уровне бедра:	
	a) одной конечности	70
	b) единственной конечности	100
	c) обеих конечностей	100
Примечание к п. 94:		
Если страховая выплата была выплачена по п. 94, дополнительная выплата за оперативные вмешательства, послеоперационные рубцы не производится.		
Коленный сустав		
95.	Повреждения области коленного сустава:	
	a) гемартроз	3
	b) отрыв костного фрагмента (фрагментов), перелом надмыщелка (надмыщелков), перелом головки малоберцовой кости, травматическое повреждение мениска (менисков)	5
	c) перелом: надколенника, межмыщелкового возвышения, мыщелков (мышцелков), проксимального метафиза большеберцовой кости	10
	d) перелом проксимального метафиза большеберцовой кости с головкой малоберцовой	15
	e) перелом мыщелка (мышцелков) бедра, вывих голени	20
	f) перелом дистального метафиза бедра	25
	g) перелом дистального метафиза, мыщелка (мышцелков) бедра с проксимальными отделами одной или обеих берцовых костей	30
Примечания к п. 95:		
1. Страховая выплата в связи с гемартрозом производится при условии непрерывного срока лечения не менее 14 дней и/или оперативного лечения.		
2. Страховая выплата в связи с повреждением мениска производится при условии непрерывного срока лечения не менее 14 дней либо оперативного лечения. Диагноз должен быть подтвержден компьютерной томографией и/или магниторезонансной томографией и/или артроскопией.		
3. При сочетании различных повреждений коленного сустава, страховая выплата производится однократно в соответствии с одним из подпунктов п. 95, предусматривающим наиболее тяжелое повреждение.		
4. Если в связи с травмой области коленного сустава проводились оперативные вмешательства открытым доступом (за исключением первичной хирургической обработки и удаления инородных тел), дополнительно выплачивается 10% страховой суммы однократно .		
5. Если в связи с травмой области коленного сустава проводились оперативные вмешательства методом артроскопии (за исключением первичной хирургической обработки и удаления инородных тел), дополнительно выплачивается 5% страховой суммы однократно .		
96.	Повреждения области коленного сустава, повлекшие за собой:	
	a) отсутствие движений в суставе (анкилоз)	20
	b) «болтающийся» коленный сустав в результате резекции суставных поверхностей составляющих его костей	30
	c) эндопротезирование	40
Примечание к п. 96:		
1. Страховая выплата по п. 96 производится дополнительно к страховой выплате, произведенной в связи с травмой этого сустава.		
2. Страховая выплата по пп. 96a, 96b производится дополнительно к страховой выплате, произведенной в связи с повреждениями области коленного сустава, в том случае, если нарушение движений в этом суставе будет установлено лечебно-профилактическим учреждением по истечении 6 месяцев после травмы и подтверждено медицинской справкой этого учреждения		
Голень		
97.	Перелом костей голени (за исключением области суставов):	

Статья	Характер повреждения	Размер выплаты в % от страховой суммы
	а) малоберцовой, отрывы костных фрагментов б) большеберцовой, двойной перелом малоберцовой в) обеих костей, двойной перелом большеберцовой	5 10 15
Примечания к п. 97:		
1. Страховая выплата по п. 97 определяется при: - переломах малоберцовой кости в верхней и средней трети диафиза; - переломах диафиза большеберцовой кости на любом уровне; 2. Если в результате травмы произошел внутрисуставной перелом большеберцовой кости в коленном или голеностопном суставе и перелом малоберцовой кости на уровне нижней трети диафиза, страховая выплата производится по п.п. 95 и 97 или п.п. 100 и 97 путем суммирования. 3. К двойным переломам не относятся оскольчатые переломы (независимо от числа осколков).		
98.	Перелом костей голени, повлекший за собой несросшийся перелом, ложный сустав (за исключением костных фрагментов): а) малоберцовой кости б) большеберцовой кости в) обеих костей	5 15 20
Примечания к п. 97-98:		
1. Страховая выплата по п. 98 производится дополнительно к страховой выплате, произведенной в связи с переломом костей голени, если такие осложнения будут установлены в лечебно-профилактическом учреждении по истечении 9 месяцев после травмы и подтверждены справкой этого учреждения. 2. Если в связи с травмой голени проводились оперативные вмешательства (за исключением первичной хирургической обработки и удаления инородных тел), дополнительно выплачивается 10% страховой суммы однократно .		
99.	Травматическая ампутация или тяжелое повреждение, повлекшее за собой: а) ампутацию голени на любом уровне б) экзартикуляцию в коленном суставе в) ампутацию единственной конечности на любом уровне голени	60 70 100
Примечание к п. 99: Если страховая выплата была выплачена в связи с ампутацией голени, дополнительная выплата за оперативное вмешательство, послеоперационные рубцы не производится.		
Голеностопный сустав		
100.	Повреждения области голеностопного сустава: а) перелом одной лодыжки, изолированный разрыв межберцового синдесмоза, изолированный подвывих (вывих) стопы б) перелом двух лодыжек или перелом одной лодыжки с краем большеберцовой кости в) перелом обеих лодыжек с краем большеберцовой кости	5 10 15
Примечания к п. 100:		
1. При переломах костей голеностопного сустава, сопровождающийся разрывом межберцового синдесмоза, подвывихом (вывихом) стопы, дополнительно выплачивается 5% страховой суммы однократно . 2. Если в связи с травмой области голеностопного сустава проводились оперативные вмешательства (за исключением первичной хирургической обработки и удаления инородных тел), дополнительно выплачивается 5% страховой суммы однократно .		
101.	Повреждение области голеностопного сустава, повлекшее за собой: а) отсутствие движений в голеностопном суставе (анкилоз) б) «болтающийся» голеностопный сустав (в результате резекции суставных поверхностей составляющих его костей) в) экзартикуляцию в голеностопном суставе	20 40 50
Примечание к п. 101:		
1. Если в результате травмы голеностопного сустава наступили осложнения, перечисленные в п. 101, страховая выплата производится по одному из подпунктов, учитывающему наиболее тяжелое последствие. 2. Страховая выплата по пп. 101а, 101б производится дополнительно к страховой выплате, произведенной в связи с повреждениями области голеностопного сустава, в том случае, если нарушение движений в этом суставе будет установлено лечебно-профилактическим учреждением по истечении 6 месяцев после травмы и подтверждено медицинской справкой этого учреждения		
102.	Повреждение ахиллова сухожилия (разрыв): а) при консервативном лечении б) при оперативном лечении методом чрезкожного наложения шва/швов в) при оперативном лечении открытым способом, пластике ахиллова сухожилия	5 10 15
Примечание к п. 102:		
1. Страховая выплата в связи с повреждением ахиллова сухожилия производится при условии непрерывного срока лечения не менее 14 дней 2. Если в связи с повреждением ахиллова сухожилия проводилось оперативное лечение, страховая выплата производится по пп. 102б или пп. 102с соответственно.		
Стопа		
103.	Повреждения стопы: а) перелом, вывих одной кости (за исключением пяточной и таранной) б) перелом, вывих двух костей, перелом таранной кости в) перелом, вывих трех и более костей, перелом пяточной кости, подтаранный вывих стопы, вывих в поперечном суставе стопы (Шопара) или предплюсне-плюсневом суставе (Лисфранка) Примечания к п. 103: 1. Если в связи с переломом или вывихом костей стопы проводились оперативные вмешательства, дополнительно выплачивается 5% страховой суммы однократно . 2. При переломах или вывихах костей стопы, наступивших в результате различных травм, страховая выплата производится с учетом факта каждой травмы.	5 7 10
104.	Повреждения стопы, повлекшие за собой: а) несросшийся перелом (ложный сустав) одной-двух костей (за исключением пяточной и таранной костей) б) несросшийся перелом (ложный сустав) трех и более костей, а также таранной или пяточной кости	5 15 20

Статья	Характер повреждения	Размер выплаты в % от страховой суммы
	с) артродез подтаранного сустава, поперечного сустава предплюсны (Шопара) или предплюсне-плюсневых (Лисфранка) д) ампутацию на уровне: -плюсне-фаланговых суставов (отсутствие всех пальцев стопы) -плюсневых костей или предплюсны -таранной, пяточной костей (потеря стопы)	30 40 50
Примечания к п. 104:		
1. Страховая выплата в связи с осложнениями травмы стопы, предусмотренными п. 104 (а, б, с), производится дополнительно к страховой выплате, произведенной в связи с травмой стопы, в том случае, если они будут установлены лечебно-профилактическим учреждением по истечении 6 месяцев после травмы и подтверждены справкой этого учреждения, а по подпунктам 104d, 104е, 104f – независимо от срока, прошедшего со дня травмы. 2. В том случае, если страховая выплата производится в связи с ампутацией стопы, дополнительная выплата за оперативные вмешательства, послеоперационные рубцы не производится.		
Пальцы стопы		
105.	Перелом, вывих фаланги (фаланг), полный разрыв сухожилия (сухожилий): а) одного пальца б) двух-трех пальцев в) четырех-пяти пальцев	3 5 10
Примечание к п. 105:		
Если в связи с переломом, вывихом или полным разрывом сухожилия (сухожилий) пальца проводились оперативные вмешательства, дополнительно выплачивается 3% страховой суммы однократно .		
106.	Травматическая ампутация или повреждение пальцев стопы, повлекшее за собой ампутацию: первого пальца: а) на уровне ногтевой фаланги или межфалангового сустава б) на уровне основной фаланги или плюсне-фалангового сустава второго, третьего, четвертого, пятого пальцев: а) одного-двух пальцев на уровне ногтевых или средних фаланг б) одного-двух пальцев на уровне основных фаланг или плюсне-фаланговых суставов в) трех-четырёх пальцев на уровне ногтевых или средних фаланг г) трех-четырёх пальцев на уровне основных фаланг или плюсне-ногтевых суставов	5 10 5 10 15 20
Примечания к п. 106:		
1. В том случае, если страховая выплата производится по п. 106, дополнительная выплата за оперативные вмешательства, послеоперационные рубцы не производится. 2. Если в связи с травмой была произведена ампутация пальца с плюсневой костью или частью ее, дополнительно выплачивается 5% страховой суммы однократно .		
Примечание к п.п. 105-106:		
Нагноительные воспаления пальцев стоп не дают оснований для страховой выплаты.		
Разное		
107.	Повреждение, повлекшее за собой: а) образование лигатурных свищей б) лимфостаз, тромбоз в) остеомиелит, в том числе гематогенный остеомиелит	3 5 10
Примечания к п. 107:		
п. 107 применяется при тромбозах, лимфостазе, наступивших вследствие травмы опорно-двигательного аппарата (за исключением повреждения крупных периферических сосудов и нервов).		
108.	Травматический шок, геморрагический, анафилактический шок, развившийся в связи с травмой.	5
Примечание к п. 108:		
Страховая выплата по п. 108 производится дополнительно к выплатам, произведенным в связи с травмой.		
109.	Случайное острое отравление, асфиксия (удушение), клещевой или послепрививочный энцефалит (энцефаломиелит), поражение электротоком (атмосферным электричеством), укусы змей, ядовитых насекомых, столбняк, ботулизм (при отсутствии данных о поражении в результате указанных событий конкретных органов) при стационарном лечении: 1. 6 - 10 дней 2. 11 - 20 дней 3. свыше 20 дней	5 10 15
Примечание к п. 109:		
Если в медицинских документах указано, что события, перечисленные в п. 109, повлекли за собой повреждение каких-либо органов, страховая выплата производится по соответствующим статьям, п. 109 при этом не применяется.		
Огнестрельные ранения		
110.	Касательные одиночные ранения (пулевые или осколочные) раневая поверхность: а) 8-10 кв. см. (кроме лица) б) более 10 кв. см. (кроме лица) в) лица При множественных ранениях каждая последующая рана + 5%, но в сумме не более 25%	10 15 17
111.	Сквозные ранения без повреждения костей, сосудов, внутренних органов: 1 ранение При множественных ранениях каждая последующая рана +10%, но в сумме не более 30%	20
112.	Слепое ранение без повреждения костей, сосудов, внутренних органов: 1 ранение При множественных ранениях каждая последующая рана +10%, но в сумме не более 40%	25
113.	При инфицированных ранениях (по п.п. 110-112)	+10
114.	Огнестрельные проникающие ранения	

Статья	Характер повреждения	Размер выплаты в % от страховой суммы
114.1.	Голова (1 ранение): а) с повреждением мозговых оболочек б) с повреждением вещества головного мозга <u>Примечание:</u> при множественных ранениях	40 50 +15
114.2.	Грудная клетка (1 ранение): а) без повреждения легкого и плевры б) с повреждением легкого в) с повреждением крупных сосудов и/или сердца г) с повреждением пищевода д) с повреждением позвоночника е) с повреждением спинного мозга ж) с повреждением спинного мозга з) полный разрыв спинного мозга <u>Примечание:</u> -множественные проникающие ранения -при сопутствующем переломе: 1-2 ребер 3-5 ребер	20 30 50 50 60 80 100 +15 +5 +10
114.3.	Брюшная полость (1 ранение): а) без повреждения органов б) повреждение желудка и кишечника в) повреждение поджелудочной железы г) повреждение селезенки д) повреждение печени е) повреждение брюшной аорты ж) ранение других органов	30 45 50 10 50 60 +20
114.4.	Ранение одной почки	50
114.5.	Ранение мочеточников, мочевого пузыря: а) ранение мочеточников б) ранение мочевого пузыря	15 45
114.6.	Шея (1 ранение) а) повреждение сосудов б) повреждение трахеи в) каждое последующее ранение	60 50 +20
114.7.	Открытые повреждения верхних конечностей а) повреждение ключицы б) повреждение костей плечевого пояса в) повреждение плеча г) повреждение сосудов или нервов на уровне плеча д) повреждение костей локтевого сустава е) повреждение сосудов или нервов на уровне локтевого сустава ж) 1 кость предплечья з) 2 кости предплечья и) повреждение нервов или сосудов предплечья к) 1 кость кисти или запястья л) 2-4 кости кисти м) 5 костей кисти и более н) повреждение сосудов на уровне кисти о) 1-2 пальца п) других пальцев р) каждое последующее ранение	20 30 25 35 30 30 20 30 25 15 25 35 10 10 5 +5
114.8.	Открытые повреждения нижних конечностей: а) повреждение головки или шейки бедра б) повреждение бедра в) повреждение сосудов или нервов на уровне бедра г) повреждение коленного сустава д) повреждение малой берцовой кости е) повреждение большой берцовой кости ж) нервов или сосудов на уровне голени з) повреждение голеностопного сустава и) повреждение пяточной кости к) 1-2 костей предплюсны и плюсны л) 3-4 костей предплюсны и плюсны м) более 4 костей н) первого пальца о) других пальцев п) каждое последующее ранение со стороны поврежденной конечности	35 30 35 35 10 30 40 30 35 20 25 40 15 5 +5
114.9.	При аналогичных повреждениях двух конечностей страховая выплата удваивается	
114.10.	При огнестрельных ранениях органов зрения и слуха страховая выплата производится по основной таблице в зависимости от степени потери зрения или слуха с добавлением 15%	
115.	Несросшийся перелом, ложный сустав, остеомиелит, развившиеся после травмы,	+30%

Примечание к Таблице выплат:

Размер страховых выплат, причитающихся в связи с травмой органа, не должен превышать размера страховой выплаты, причитающейся при потере этого органа, а общая сумма выплат не должна превышать 100% страховой суммы.

Страховые выплаты при ожогах (в процентах от страховой суммы)

Площадь ожога (% поверхности тела)	Степень ожога				
	I	II	IIIА	IIIБ	IV
от 0,5 до 4,9	1	5	10	13	15
свыше 5 до 9,9	3	10	15	17	20
свыше 10 до 19,9	5	15	20	25	35
свыше 20 до 29,9	7	20	25	45	55
свыше 30 до 39,9	10	25	30	70	75
свыше 40 до 49,9	20	30	40	85	90
свыше 50 до 59,9	25	35	50	95	95
свыше 60 до 69,9	30	45	60	100	100
свыше 70 до 79,9	40	55	70	100	100
свыше 80 до 89,9	60	70	80	100	100
90 и более	80	90	95	100	100

1. При ожогах дыхательных путей – 30%.
2. При ожогах головы и (или) шеи размер страховой выплаты увеличивается:
 - на 5% при площади ожога до 5% поверхности тела;
 - на 10% при площади ожога от 5 до 10% поверхности тела.
3. При ожогах промежности размер страховой выплаты увеличивается на 10%.

Примечание: 1% поверхности тела пострадавшего равен площади ладонной поверхности его кисти и пальцев.

Таблица страховых выплат при потере зрения (в процентах от страховой суммы)

Острота зрения		Страховая выплата в % от страховой суммы
до травмы	после травмы	
1,0	0,9	3
	0,8	5
	0,7	5
	0,6	10
	0,5	10
	0,4	10
	0,3	15
	0,2	20
	0,1	30
	ниже 0,1	40
0,9	0,8	3
	0,7	5
	0,6	5
	0,5	10
	0,4	10
	0,3	15
	0,2	20
	0,1	30
	ниже 0,1	40
	0,0	50
0,8	0,7	3
	0,6	5
	0,5	10
	0,4	10
	0,3	15
	0,2	20
	0,1	30
	ниже 0,1	40
	0,0	50
	0,7	0,6
0,5		5

0,6	0,4	10	
	0,3	10	
	0,2	15	
	0,1	20	
	ниже 0,1	30	
	0,0	40	
0,5	0,5	5	
	0,4	5	
	0,3	10	
	0,2	10	
	0,1	15	
	ниже 0,1	20	
0,4	0,4	5	
	0,3	5	
	0,2	10	
	0,1	10	
	ниже 0,1	15	
	0,0	20	
0,3	0,3	5	
	0,2	5	
	0,1	10	
	ниже 0,1	10	
	0,0	20	
	0,2	0,2	5
0,1		5	
ниже 0,1		10	
0,0		20	
0,1		0,1	5
		ниже 0,1	10
	0,0	20	
ниже 0,1	0,0	20	

Примечания.

1. К полной слепоте (0,0) приравнивается острота зрения ниже 0,01 и до светоощущения (счет пальцев у лица).
2. При удалении в результате травмы глазного яблока, обладавшего до повреждения зрением, а также сморщивании его дополнительно выплачивается 10% страховой суммы.

Приложение №2.2
к Правилам добровольного коллективного страхования физических лиц
от несчастных случаев и болезней №8 (в редакции от 23 октября 2020 года)

Таблица страховых выплат при получении тяжелых телесных повреждений

ГОЛОВА	Выплата в % от страховой суммы по данному риску	
	ПРАВАЯ	ЛЕВАЯ
Ущерб кости черепа по всей толщине кости:		
- поверхность более 6 см ²	60%	
- поверхность от 3 до 6 см ²	30%	
- поверхность менее 3 см ²	20%	
Частичное удаление нижней челюсти или половины верхнечелюстной кости	40%	
Полная потеря одного глаза	40%	
ВЕРХНИЕ КОНЕЧНОСТИ		
Утрата одной руки от локтя до кисти и одной кисти	60%	50%
Значительное повреждение кости руки от локтя до кисти (определенное и неизлечимое)	50%	40%
Полный паралич верхней конечности (неизлечимое поражение нервов)	65%	55%
Полное поражение огибающего нерва	20%	15%
Анкилоз плеча	40%	30%
Анкилоз локтя с фиксацией в удачной позиции (15 градусов от прямого угла)	25%	20%
Анкилоз локтя с фиксацией в неудачной позиции	40%	35%
Значительная потеря костного вещества двух костей предплечья (определенное и неизлечимое)	40%	30%
Полный паралич центрального нерва	45%	35%
Полный паралич лучевого нерва	40%	35%
Полный паралич лучевого нерва предплечья	30%	25%
Полный паралич лучевого нерва кисти	20%	15%
Полный паралич локтевого нерва	30%	25%
Анкилоз кисти с фиксацией в удачной позиции (вверх тыльной стороной)	20%	15%
Анкилоз кисти с фиксацией в неудачной позиции (сгибание или деформирующее разгибание или перевернутое положение)	30%	25%
Полная потеря большого пальца	20%	15%
Частичная потеря большого пальца (ногтевой фаланги)	10%	5%
Полный анкилоз большого пальца	20%	15%
Полная ампутация указательного пальца	15%	10%
Полная потеря двух фаланг указательного пальца	10%	8%
Полная потеря ногтевой фаланги указательного пальца	5%	3%
НИЖНИЕ КОНЕЧНОСТИ		
Полная потеря бедра (верхней части)	60%	
Полная потеря бедра (нижней части)	50%	
Полная потеря ступни (тибиально-предплюсневое вычленение)	45%	
Частичная потеря ступни (под-лодыжечно-костевое вычленение)	40%	
Частичная потеря ступни (серединно-предплюсневое вычленение)	35%	
Частичная потеря ступни (предплюсне-плюсневое вычленение)	30%	
Полный паралич нижней конечности (неизлечимое нервное поражение)	60%	
Полный паралич наружного подколенного седалищного нерва	30%	
Полный паралич внутреннего подколенного седалищного нерва	20%	
Полный паралич двух нервов (наружного и внутреннего подколенного седалищного нерва)	40%	
Анкилоз боковой части бедра	40%	
Анкилоз колена	20%	
Потеря костного вещества в боковой части бедра или обеих костей ноги (неизлечимое состояние)	60%	
Потеря костного вещества надколенной чашечки со значительным отделением фрагментов и значительным осложнением движений при вытягивании ноги	40%	
Потеря костного вещества надколенной чашечки при сохранении подвижности	20%	
Укорачивание нижней конечности по крайней мере на 5 см	30%	
Укорачивание нижней конечности от 3 до 5 см	20%	

Укорачивание нижней конечности от 1 до 3 см	10%
Полная ампутация всех пальцев стопы	25%
Ампутация четырех пальцев стопы, включая большой палец	20%
Полная потеря четырех пальцев стопы	10%
Полная потеря большого пальца стопы	10%
Полная потеря двух пальцев стопы	5%
Ампутация одного пальца стопы, кроме большого пальца	3%
Анкилоз пальцев кисти руки (кроме большого и указательного пальцев) и пальцев стопы (кроме большого пальца) влечет выплату в размере 50% от суммы, установленной при потере указанных органов	

Приложение №2.3

**к Правилам добровольного коллективного страхования физических лиц
от несчастных случаев и болезней №8 (в редакции от 23 октября 2020 года)**

Таблица страховых выплат при переломах

Перечень страховых выплат
Переломы (% от страховой суммы)

<i>Переломы костей черепа (исключая нос и зубы)</i>	100
<i>Переломы костей таза (кроме копчика):</i>	
a) Множественные переломы (по крайней мере один открытый и один полный)	100
b) Все другие открытые переломы	50
c) Множественные переломы, по крайней мере один полный	30
d) Все другие переломы	20
<i>Перелом бедренной или пяточной кости:</i>	
a) Множественные переломы (по крайней мере один открытый и один полный)	50
b) Все остальные открытые переломы	40
c) Множественные переломы, по крайней мере один полный	30
d) Все другие переломы	20
<i>Перелом голени, ключицы, лодыжки, локтевого сустава, плечевой кости или предплечья (включая запястье, но исключая классический перелом лучевой кости):</i>	
a) Множественные переломы (по крайней мере один открытый и один полный)	40
b) Все остальные открытые переломы	30
c) Множественные переломы, по крайней мере, один полный	20
d) Все другие переломы	12
<i>Переломы нижней челюсти:</i>	
a) Множественные переломы (по крайней мере один открытый и один полный)	30
b) Все остальные открытые переломы	20
c) Множественные переломы, по крайней мере, один полный	16
d) Все другие переломы	8
<i>Переломы лопатки, коленной чашечки, грудины, кисти (кроме пальцев и запястья), стопы (кроме пальцев и пятки):</i>	
a) Все открытые переломы	20
b) Все другие переломы	10
<i>Классический перелом лучевой кости предплечья:</i>	
a) Только открытые переломы	20
b) Все другие переломы	10
<i>Переломы позвоночного столба (кроме копчика):</i>	
a) Все компрессионные переломы	20
b) Все переломы остистых, поперечных отростков или ножек позвонков	20
c) Все другие переломы	10
<i>Переломы одного или нескольких ребер, скуловой кости, копчика, верхней челюсти, Носа, Пальцы ног и рук:</i>	
a) Множественные переломы (по крайней мере один открытый и один полный)	16
b) Все другие открытые переломы	12
c) Множественные переломы, по крайней мере, один полный	8
d) Все другие переломы	4

Приложение №2.4

**к Правилам добровольного коллективного страхования физических лиц
от несчастных случаев и болезней №8 (в редакции от 23 октября 2020 года)**

Таблица страховых выплат при ожогах

Ожоги (<u>% от страховой суммы</u>)	
Ожоги II или III степени (27% и более поверхности тела)	100
Ожоги II или III степени (18% и более поверхности тела, но менее 27%)	60
Ожоги II или III степени (9 % и более поверхности тела, но менее 18%)	30
Ожоги II или III степени (4.5% и более поверхности тела, но менее 9%)	16

Приложение №2.5

**к Правилам добровольного коллективного страхования физических лиц
от несчастных случаев и болезней №8 (в редакции от 23 октября 2020 года)**

**Таблица страховых выплат
при постоянной полной утрате трудоспособности**

ДИАГНОЗ, ЯВИВШИЙСЯ ОСНОВАНИЕМ ДЛЯ УСТАНОВЛЕНИЯ НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ	РАЗМЕР ВЫПЛАТЫ В ПРОЦЕНТАХ ОТ СТРАХОВОЙ СУММЫ
Полная потеря зрения обоих глаз	100%
Ампутация верхних конечностей на уровне локтевых либо лучезапястных суставов	100%
Полная двусторонняя глухота	100%
Субтотальная резекция нижней челюсти	100%
Полная потеря речи	100%
Ампутация верхней конечности на уровне локтевого сустава и нижней конечности на уровне бедра	100%
Ампутация верхней конечности на уровне локтевого сустава и нижней конечности на уровне голеностопного сустава	100%
Ампутация верхней конечности на уровне лучезапястного сустава и нижней конечности на уровне голеностопного сустава	100%
Ампутация верхней конечности на уровне лучезапястного сустава и нижней конечности на уровне бедра	100%
Ампутация обеих нижних конечностей на уровне бедра	100%
Ампутация обеих нижних конечностей на уровне голеностопных суставов	100%

Приложение №2.6
к Правилам добровольного коллективного страхования физических лиц
от несчастных случаев и болезней №8 (в редакции от 23 октября 2020 года)

Таблица страховых выплат
при постоянной частичной утрате трудоспособности

ДИАГНОЗ, ЯВИВШИЙСЯ ОСНОВАНИЕМ ДЛЯ ОГРАНИЧЕНИЯ ТРУДОСПОСОБНОСТИ	РАЗМЕР ВЫПЛАТЫ В ПРОЦЕНТАХ ОТ СТРАХОВОЙ СУММЫ	
Голова		
1. Резекция кости черепа <ul style="list-style-type: none"> • Не менее 6 кв.см. • От 3 до 6 кв. см. • Менее 3 кв.см. 	40%	20%
	20%	10%
2. Резекция нижней челюсти, или ½ части верхнечелюстной кости	40%	
3. Слепота одного глаза	40%	
4. Полная односторонняя глухота	30%	
Верхние конечности		
	ПРАВАЯ	ЛЕВАЯ
1. Ампутация верхней конечности на уровне плечевого сустава	60%	50%
2. Ампутация верхней конечности на уровне локтевого сустава и дистальнее	60%	50%
3. Полный паралич верхней конечности	65%	55%
4. Полный паралич подкрыльцового нерва	20%	15%
5. Анкилоз плечевого сустава	40%	30%
6. Анкилоз локтевого сустава <ul style="list-style-type: none"> • В физиологическом положении (15 градусов около прямого угла) • В нефизиологическом положении 	25%	20%
	40%	35%
7. Полный паралич среднего нерва	45%	35%
8. Полный паралич лучевого нерва на уровне локтевого сустава	40%	35%
9. Полный паралич лучевого нерва на уровне предплечья	30%	25%
10. Полный паралич лучевого нерва на уровне лучезапястного сустава	20%	15%
11. Полный паралич локтевого нерва на любом уровне	30%	25%
12. Анкилоз лучезапястного сустава в физиологическом положении	20%	15%
13. Анкилоз лучезапястного сустава в нефизиологическом положении	30%	20%
14. Ампутация 1 пальца кисти	20%	15%
15. Ампутация 1 пальца кисти на уровне ногтевой фаланги	10%	5%
16. Полный анкилоз 1 пальца кисти	20%	15%
17. Полная ампутация 2 пальца кисти	15%	10%
18. Ампутация двух фаланг 2 пальца кисти	10%	8%
19. Ампутация ногтевой фаланги 2 пальца кисти	5%	3%

20. Одновременная ампутация 1 и 2 пальца кисти	35%	25%
21. Ампутация 1 пальца и другого, кроме 2 пальца кисти	25%	20%
22. Ампутация двух пальцев кисти (кроме 1 и 2 пальцев)	12%	8%
23. Ампутация трех пальцев кисти (кроме 1 и 2 пальцев)	20%	15%
24. Ампутация четырех пальцев кисти (исключая 1 палец)	15%	10%
25. Ампутация четырех пальцев кисти (включая 1й палец)	40%	35%
26. Ампутация 3 пальца кисти	10%	8%
27. Ампутация 4 пальца или 5 пальца кисти	7%	3%
Нижние конечности		
1. Ампутация нижней конечности на уровне верхней трети бедра	60%	60%
2. Ампутация нижней конечности на уровне нижней трети бедра либо голени	50%	50%
3. Полная потеря стопы (на уровне тибio-тарзального сочленения)	45%	45%
4. Частичная потеря стопы (на уровне подтаранного сустава)	40%	40%
5. Частичная потеря стопы (на уровне предплюсны)	35%	35%
6. Частичная потеря стопы (на уровне предплюсне-плюсневых суставов)	30%	30%
7. Полный паралич нижней конечности (неизлечимое повреждение нерва)	60%	60%
8. Полный паралич седалищно-подколенного нерва	30%	30%
9. Полный паралич малоберцового либо большеберцового нерва	20%	20%
10. Полный паралич малоберцового и большеберцового нерва	40%	40%
11. Анкилоз тазобедренного сустава	40%	40%
12. Анкилоз коленного сустава	20%	20%
13. Резекция бедренной кости или обеих костей голени (неизлечимое состояние)	60%	60%
14. Резекция надколенника с ограничением движений в коленном суставе	40%	40%
15. Резекция надколенника без ограничения движений в коленном суставе	20%	20%
16. Укорочение нижней конечности более чем на 5 см	30%	30%
17. Укорочение нижней конечности от 3 см до 5 см	20%	20%
18. Укорочение нижней конечности от 1 см до 3 см	10%	10%
19. Полная ампутация всех пальцев стопы	25%	25%
20. Ампутация четырех пальцев стопы (включая 1 палец)	20%	20%

21. Ампутация четырех пальцев стопы, исключая 1 палец	10%	10%
22. Анкилоз 1 пальца стопы	10%	10%
23. Ампутация двух пальцев стопы	5%	5%
24. Ампутация 1 пальца стопы	5%	5%
25. Ампутация пальца стопы (кроме 1)	3%	3%

Приложение №2.7
к Правилам добровольного коллективного страхования физических лиц
от несчастных случаев и болезней №8 (в редакции от 23 октября 2020 года)

Таблица страховых выплат при хирургическом вмешательстве в результате несчастного случая или болезней

ХИРУРГИЧЕСКИЕ ПРОЦЕДУРЫ		в % от страховой суммы по данному риску
Две и более хирургические процедуры на одном органе расцениваются как одна операция		
В случае проведения оперативного вмешательства эндоскопическим способом процент выплаты уменьшается в 1,5 раза		
1	ОПЕРАЦИЯ НА ГОЛОВНОМ МОЗГЕ (в том числе, на сосудах, операции по поводу новообразований)	70
ОПЕРАЦИЯ НА СПИННОМ МОЗГЕ		
1.1	Резекция спинного мозга	70
1.2	Реконструкция спинного мозга	70
1.3	Операция на корешке спинного нерва	50
2 ОПЕРАЦИЯ НА ПЕРИФЕРИЧЕСКОЙ НЕРВНОЙ СИСТЕМЕ		
2.1	Резекция черепно-мозгового нерва	20
2.2	Восстановление целостности (реконструкция) черепно-мозгового нерва	20
2.3	Резекция периферического нерва	10
2.4	Восстановление целостности (реконструкция) черепно-мозгового нерва	10
3 ОПЕРАЦИЯ НА КОСТЯХ ЧЕРЕПА		
3.1	Фиксация после закрытой репозиции перелома, вывиха	20
3.2	Фиксация после открытой репозиции перелома, вывиха	50
3.3	Резекция кости черепа	30
3.4	Пластика кости черепа	30
4 ОПЕРАЦИЯ НА ГЛАЗНОМ ЯБЛОКЕ		
4.1	Лечение отслойки сетчатки	30
4.2	Лечение катаракты	20
4.3	Лечение глаукомы	20
4.4	Склеропластика	20
4.5	Удаление глазного яблока	30
5 ОПЕРАЦИЯ НА ОРГАНЕ СЛУХА		
5.1	Резекция наружного уха	10
5.5	Реконструкция среднего уха	30
5.3	Пластика слухового канала	20
5.4	Мастоидэктомия	20
5.5	Стапедэктомия	20
6 ОПЕРАЦИЯ НА ОРГАНАХ ДЫХАНИЯ		
6.1	Резекция носа	5
6.2	Операция на придаточной пазухе	5
6.3	Резекция носовой раковины	5
<i>Операция на носовой перегородке не покрывается условиями таблицы!</i>		
7.1	Тонзиллэктомия и/или аденэктомия	5
7.2	Резекция глотки и/или гортани	30
7.3	Пластика глотки и/или гортани	50
7.4	Резекция трахеи	50
7.5	Пластика трахеи	50
7.6	Трахеостомия	10
7.7	Резекция легкого	40
7.8	Пневмонэктомия	50
7.9	Трансплантация легкого	60
7.10	Мастэктомия без удаления грудных мышц (мышцы)	35
7.11	Мастэктомия с удалением грудных мышц (мышцы)	45
8 ОПЕРАЦИЯ НА СЕРДЦЕ И СОСУДАХ		
8.1	Замена сердечного клапана	50
8.2	Операция на перегородке сердца	50
8.3	Коронарное шунтирование	50
8.4	Ангиопластика	30
8.5	Трансплантация сердца	100
8.6	Шунтирование аорты и/или легочной артерии	30
8.7	Анастомозирование сосудов	20
8.8	Резекция сосуда (замена сегмента)	5

8.9	Тромбэктомия	20
9	ОПЕРАЦИЯ НА ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОМ ТРАКТЕ	
9.1	Резекция пищевода	40
9.2	Наложение эзофагостомы	30
9.3	Аппендэктомия	5
9.4	Резекция желудка	50
9.5	Резекция кишечника	40
9.6	Гастростомия	40
9.7	Энтеростомия	40
9.8	Колостомия	40
9.10	Холецистэктомия	5
9.11	Лапаротомия с целью диагностики и/или лечения органов брюшной полости, за исключением вышеперечисленного	15
9.12	Радикальная резекция прямой кишки по поводу злокачественной опухоли, все стадии оперативного лечения, включая колоностомию	40
9.13	Иссечение внутренних (внутренних и наружных) геморроидальных узлов и/или выпадение прямой кишки, все стадии оперативного лечения	5
9.14	Иссечение свища заднего прохода	5
10	Грыжесечение	
10.1	Грыжесечение при паховой, пупочной, бедренной грыже	5
10.2	Грыжесечение при вентральной, диафрагмальной грыже	10
10.3	ОПЕРАЦИЯ НА МОЧЕПОЛОВОЙ СИСТЕМЕ	
10.4	Резекция почки	30
10.5	Нефрэктомия	60
10.6	Трансплантация почки	80
10.7	Лапоротомия с целью удаления камней в почках, уретре или мочевом пузыре	20
10.8	Резекция мочеточника	10
10.9	Пластика мочеточника	20
10.10	Резекция уретры	10
10.11	Пластика уретры	10
10.12	Резекция мочевого пузыря	15
10.13	Пластика мочевого пузыря	30
10.14	Резекция простаты путем открытого оперативного вмешательства – все стадии оперативного лечения	20
10.15	Трасуретральная резекция простаты эндоскопическим способом	10
10.16	Радикальная простатвезикулотомия	30
10.17	Удаление яичка (орхэктомия) или удаление придатка яичка	10
10.18	Резекция полового члена	15
10.19	Пластика полового члена	15
10.20	Резекция яичника	5
10.21	Овариэктомия, сальпингэктомия	15
10.22	Резекция матки	15
	Экстирпация матки с придатками	25
11	ОПЕРАЦИЯ НА КОСТНО-МЫШЕЧНОЙ СИСТЕМЕ	
11.1	Закрытая репозиция с фиксацией спицей	10
11.2	Открытая репозиция перелома	20
11.3	Резекция кости черепа	30
11.4	Пластика кости черепа	30
11.5	Оперативное лечение на ключице, лопатке или предплечье, надколеннике	10
11.6	Оперативное лечение на копчике, предплюсневой, плюсневой или пяточной кости	10
11.7	Оперативное лечение на бедренной кости	25
11.8	Оперативное лечение на плечевой кости или кости голени	15
11.9	Оперативное лечение на пальцах кисти или стопы, ребре	2
11.10	Оперативное лечение на кости запястья, пястной кости, грудины	5
11.11	Оперативное лечение на кости таза	30
11.12	Оперативное лечение на поперечном отростке позвонка	2
11.13	Оперативное лечение компрессионного перелома тела позвонка	25
12	Оперативное лечение на суставе	
12.1	Открытое вправление вывиха	10
12.2	Ревизия сустава с лечебной и/или диагностической целью	5
12.3	Эндопротезирование тазобедренного, коленного, плечевого сустава	60
12.4	Эндопротезирование другого сустава	40
12.5	Операция на связке, сухожилии, мышце, хрящевой ткани, мениске	10
13	Ампутация кости	
13.1	Верхней конечности на уровне плечевого или локтевого сустава	40
13.2	Верхней конечности на предплечья, кисти	30
13.3	Нижней конечности на уровне тазобедренного или коленного сустава	50
13.4	Нижней конечности на уровне голени, стопы	40
13.5	Ампутация первого пальца стопы	20
13.6	Ампутация пальца кисти	10
13.7	Ампутация двух и более пальцев (кроме первого пальца стопы)	20

ДРУГИЕ ОПЕРАТИВНЫЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВА		
14	Парацентез	
14.1	Абдоминальный парацентез, мочевого пузыря, за исключением катетеризации, парацентез в случае водянки оболочек яичка	5
14.2	Пункция коленного сустава	5
14.3	Парацентез грудной клетки (плевральной полости), среднего уха, пункция другого сустава или спинномозговая пункция	5
15	Вскрытие абсцессов	
15.1	Двух и более	2