

**ПРАВИЛА
ДОБРОВОЛЬНОГО СТРАХОВАНИЯ ФИЗИЧЕСКИХ ЛИЦ
ОТ НЕСЧАСТНЫХ СЛУЧАЕВ И БОЛЕЗНЕЙ
(в редакции от 07 мая 2019 года)**

1. Общие положения
2. Субъекты страхования
3. Объект страхования
4. Страховые риски. Страховые случаи
5. Исключения из страхового покрытия
6. Страховая сумма
7. Страховая премия
8. Заключение, срок действия и прекращение Договора страхования
9. Права и обязанности Сторон
10. Определение размера страховых выплат.
11. Порядок осуществления страховых выплат.
12. Валюта Договора страхования
13. Обстоятельства непреодолимой силы (форс-мажор).
14. Порядок разрешения споров
15. Обработка персональных данных

1. ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ

1.1. В соответствии с законодательством Российской Федерации и на основании Правил добровольного страхования физических лиц от несчастных случаев и болезней (далее по тексту – Правила или Правила страхования) Общество с ограниченной ответственностью Страховая компания «Росгосстрах Жизнь» (далее по тексту – Страховщик) заключает договоры страхования жизни (далее по тексту – Договор или Договор страхования) с физическими и юридическими лицами, а также индивидуальными предпринимателями (далее по тексту – Страхователи), в соответствии с которыми производит страховые выплаты при наступлении страховых случаев, оговоренных в Договоре страхования, в отношении самого Страхователя (физического лица) или другого названного в Договоре страхования лица (Застрахованного или Застрахованного Лица).

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

1.3. Основные термины, используемые в настоящих Правилах:

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

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

Временная утрата трудоспособности в результате несчастного случая – неспособность Застрахованного Лица к оплачиваемому труду на протяжении определенного ограниченного периода времени.

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

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

Занятие спортом на профессиональном уровне – систематические занятия каким-либо видом спорта или физическими упражнениями, предполагающие тренировки и участие в спортивных соревнованиях с целью получения дохода и/или спортивных разрядов (иных квалификационных категорий).

Госпитализация – лечение Застрахованного Лица при условии круглосуточного нахождения в стационаре, необходимость которого была вызвана произошедшим в период действия Договора страхования несчастным случаем.

Травматическое повреждение – внезапное нарушение физической целостности организма Застрахованного Лица в результате несчастного случая, предусмотренное Приложением № 3 к Правилам «Таблица страховых выплат при травматическом повреждении Застрахованного Лица в результате несчастного случая».

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

Критическое заболевание – заболевание, значительно нарушающие жизненный уклад и ухудшающие качество жизни Застрахованного Лица, приводящие к инвалидности и характеризующиеся чрезвычайно высоким уровнем смертности. Перечень критических заболеваний для целей настоящих Правил страхования установлен Дополнительной программой страхования на случай критических заболеваний (Приложение № 2 к Правилам).

Андеррайтинг (оценка страхового риска) – процесс отбора и классификации Страховщиком степени риска, необходимый для определения условий страхования при заключении Договора страхования.

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

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

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

Страховая выплата – денежная сумма, выплачиваемая Страховщиком Застрахованному Лицу, Выгодоприобретателю или наследникам Застрахованного Лица при наступлении страхового случая, предусмотренного Договором страхования.

Срок страхования – период времени, в течение которого на Застрахованное Лицо распространяется действие страховой защиты. Страхование распространяется на страховые случаи, возникшие в результате несчастных случаев, произошедших с Застрахованным Лицом в течение Срока страхования, и болезней, диагностированных впервые в течение Срока страхования.

Период ожидания – период времени с начала действия Договора страхования, в течение которого страховое покрытие не распространяется на случаи, произошедшие с Застрахованным Лицом. При пролонгации либо заключении Договора страхования на новый срок в отношении того же Застрахованного Лица на аналогичных условиях период ожидания в отношении Застрахованного Лица, являвшегося Застрахованным Лицом ранее по Договору, не будет действовать.

Освобождение от уплаты страховых взносов – порядок осуществления выплаты, при котором страховая выплата по заявлению Страхователя может быть зачтена в счет погашения причитающейся к оплате страховой премии на весь оставшийся период действия договора страхования жизни, заключенному между Страхователем и Страховщиком (далее - Основной договор).

Дополнительная программа страхования – дополнительные условия к Договору страхования.

Ассистанс – компания, оказывающая услуги Страховщику по подбору для Застрахованных им по Договорам страхования/Полисам лиц оптимальных методов лечения травм/заболеваний, предусмотренных в соответствии с п. 10.7. Правил.

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, пугчи, государственные перевороты, заговоры, восстания, революции, воздействие ядерной энергии, конфискации, реквизиции, арест, уничтожение или повреждение имущества по распоряжению гражданских или военных властей, и иные действия органов государственной власти, приводящие к невозможности исполнения обязательств сторонами Договора страхования, в том числе вступление в силу соответствующих законодательных и подзаконных актов Российской Федерации.

2. СУБЪЕКТЫ СТРАХОВАНИЯ

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

2.2. **Страхователь** – дееспособное физическое лицо (в том числе зарегистрированное в качестве индивидуального предпринимателя), юридическое лицо любой организационно-правовой формы, заключившее Договор страхования в отношении самого Страхователя (физического лица) или другого названного в Договоре страхования физического лица (далее по

тексту – Застрахованный или Застрахованное Лицо). Если по Договору страхования застрахованы жизнь и здоровье самого Страхователя, то он одновременно является Застрахованным.

2.3. **Застрахованный** – лицо, чьи имущественные интересы, связанные с дожитием до определенного срока, причинением вреда жизни и здоровью, смертью, являются объектом страхования.

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

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

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

3. ОБЪЕКТ СТРАХОВАНИЯ

3.1. Объектом страхования являются не противоречащие законодательству имущественные интересы Застрахованного Лица, связанные с жизнью, здоровьем и трудоспособностью Застрахованного Лица, а также с его смертью.

3.2. Территория страхового покрытия: страховое покрытие действует 24 (Двадцать четыре) часа в сутки, в течение срока, на который он был заключен. Договором страхования может быть предусмотрено, что страхование распространяется только на страховые случаи, происшедшие с Застрахованным Лицом в пределах определенной территории, периода времени или при условии наступления других обстоятельств, указанных в Договоре страхования.

4. СТРАХОВЫЕ РИСКИ. СТРАХОВЫЕ СЛУЧАИ

4.1. Страховыми рисками являются предполагаемые события, на случай наступления которых заключается Договор страхования, произошедшие в период действия Договора (за исключением наступивших при обстоятельствах, перечисленных в п. 5 Правил).

4.2. Страховыми случаями являются следующие события, происшедшие в период срока страхования:

4.2.1. установление инвалидности Застрахованному Лицу в результате несчастного случая.

Размер страховой выплаты по данному страховому случаю определяется в соответствии с условиями п.10.1.1, 10.1.2 настоящих Правил.

4.2.2. установление инвалидности Застрахованному Лицу в результате болезни:

Размер страховой выплаты по данному страховому случаю определяется в соответствии с условиями п.10.1.2. настоящих Правил.

4.2.3. травматическое повреждение Застрахованного Лица в результате несчастного случая.

Размер страховой выплаты по данному страховому случаю определяется в соответствии с п.10.2 настоящих Правил.

4.2.4. госпитализация Застрахованного Лица в результате несчастного случая.

Размер страховой выплаты по данному страховому случаю определяется в соответствии с п.10.3 настоящих Правил.

4.2.5. временная утрата трудоспособности Застрахованным Лицом в результате несчастного случая.

Размер страховой выплаты по данному страховому случаю определяется в соответствии с п.10.4 настоящих Правил

4.2.6. смерть Застрахованного Лица в результате несчастного случая, в том числе происшедшая в течение 1 (Одного) года со дня наступления несчастного случая, при условии если указанный несчастный случай наступил в течение Срока страхования.

Размер страховой выплаты по данному страховому случаю определяется в соответствии с п.10.5 настоящих Правил.

4.2.7. постановка диагноза «критическое заболевание» Застрахованному Лицу, впервые диагностированное врачом в период Срока страхования.

Размер страховой выплаты по данному страховому случаю определяется в соответствии с п.10.6 настоящих Правил.

4.2.8. Организация оказания и оплата медицинских услуг застрахованного лица, вызванных травматическими повреждениями

Организация оказания и оплата застрахованному лицу медицинских услуг при условии получения застрахованным лицом в период действия Договора страхования /Полиса в результате единовременно произошедшего страхового события травматических повреждений, предусмотренных Таблицей страховых выплат (Приложение № 1 к Правилам), общий размер возмещения по которым составил не менее 30% (Тридцати процентов) от страховой суммы по риску, указанному в п. 4.2.3 Правил.

Полный перечень услуг, организацию и оплату которых осуществляет Страховщик для Застрахованного лица согласуется Страхователем и Страховщиком в тексте Договора страхования/Полиса;

4.2.9. Организация оказания и оплата медицинских услуг застрахованного лица, вызванных критическим заболеванием

Организация оказания и оплата застрахованному лицу медицинских услуг при условии постановки диагноза критического заболевания застрахованному лицу в период действия Договора страхования/Полиса из числа заболеваний, предусмотренных в Приложении №2 к Правилам Дополнительная программа страхования на случай критических заболеваний.

Полный перечень услуг, организацию и оплату которых осуществляет Страховщик для Застрахованного лица согласуется Страхователем и Страховщиком в тексте Договора страхования/Полиса.

4.3. Страховые риски, указанные в п. 4.2 Правил, относятся к следующим видам страхования: **страхование от несчастных случаев и болезней.**

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

5. ИСКЛЮЧЕНИЯ ИЗ СТРАХОВОГО ПОКРЫТИЯ

5.1. События, указанные в п. 4.2 Правил, не являются страховыми случаями, если они произошли в результате:

5.1.1. совершения или попытки совершения Застрахованным Лицом преступления, любых противоправных действий, участия Застрахованного в незаконной деятельности, если такие преступления, противоправные действия и иная незаконная деятельность будет иметь прямую связь с возникновением события, которое могло быть признано страховым случаем;

5.1.2. самоубийства или попытки самоубийства Застрахованного при условии, что данное событие произошло в течении не более 2 (Двух) лет с момента заключения Договора страхования;

5.1.3. войны, интервенции, военных действий иностранных войск, вооруженных столкновений, (независимо от того была ли объявлена война), гражданской войны, мятежа, путча, гражданских волнений, предполагающих перерастание в гражданское либо военное восстание, бунта, вооруженного или незаконного захвата власти;

5.1.4. алкогольного опьянения или отравления Застрахованного, либо токсического или наркотического опьянения и/или отравления Застрахованного в результате добровольного применения им наркотических, токсических, сильнодействующих и психотропных веществ без предписания врача;

5.1.5. совершения или попытки совершения умышленного преступления Страхователем, Застрахованным или Выгодоприобретателем либо иным другим лицом с целью получения страховой выплаты;

5.1.6. любых иных действий Страхователя, Застрахованного или Выгодоприобретателя по Договору страхования, направленных на наступление страхового случая;

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

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

5.1.9. непосредственного участия в военных маневрах, учениях, испытаниях военной техники в качестве военнослужащего, либо гражданского служащего;

5.1.10. любых повреждений здоровья, вызванных радиационным облучением или наступивших в результате использования ядерной энергии;

5.1.11. управления Застрахованным любым транспортным средством без права на управление либо в состоянии алкогольного или наркотического опьянения, либо в случае отказа от прохождения медицинского освидетельствования, либо передачи Застрахованным управления лицу, не имевшему права на управление транспортным средством либо находившемуся в состоянии алкогольного или наркотического опьянения;

5.1.12. ВИЧ-инфекции или СПИДа, а также заболеваний, связанных со СПИДом;

5.1.13. причин, прямо или косвенно вызванных психическим заболеванием Застрахованного;

5.1.14. исполнения судебного акта и/или во время пребывания в местах лишения свободы;

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

5.2. Наступление критического заболевания не является страховым случаем, если оно явилось следствием развития у Застрахованного Лица болезней, квалифицируемых как предсуществующие состояния, указанных в Приложении №2 к Правилам, на момент заключения Договора.

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

5.4. Страховщик имеет право отказать в страховой выплате по любому риску, если выяснится, что при заключении Договора страхования/полиса страхователь (застрахованный) указал(-и) заведомо ложные сведения о состоянии здоровья и профессиональной деятельности застрахованного, а также о занятиях спортом на момент заключения Договора страхования.

6. СТРАХОВАЯ СУММА

6.1. Страховая сумма определяется соглашением Страхователя со Страховщиком по каждому виду страховых рисков, указанных в п. 4.2 Правил и предусмотренных Договором страхования, отдельно. Величина страховой суммы может быть разной для каждого вида страховых рисков или одинаковой для выбранных видов страховых рисков.

7. СТРАХОВАЯ ПРЕМИЯ

7.1. Общий размер страховой премии по Договору страхования в целом определяется как сумма страховых премий по каждому виду страховых рисков, перечисленных в п. 4.2. Правил. Страховая премия по каждому виду страховых рисков рассчитывается исходя из установленной Договором страхования страховой суммы и страхового тарифа по данному виду страховых рисков.

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

7.3. Страховая премия по Договору страхования уплачивается единовременно:

- а) безналичным перечислением денежных средств на расчетный счет Страховщика, или

- б) наличными деньгами в кассу Страховщика в день заключения и подписания Договора страхования либо наличными деньгами Представителю Страховщика.

7.4. В случае если страховая премия (первый страховой взнос) не была оплачена (была оплачена не полностью) в размере и сроки, установленные Договором страхования, то Договор страхования считается не вступившим в силу, и Страховщик обязуется произвести возврат поступивших денежных средств на банковский счет Страхователя в соответствии с реквизитами, предоставленными Страхователем в письменном виде.

8. ЗАКЛЮЧЕНИЕ, СРОК ДЕЙСТВИЯ И ПРЕКРАЩЕНИЕ ДОГОВОРА СТРАХОВАНИЯ

8.1. Договор страхования является соглашением между Страхователем и Страховщиком, в силу которого Страховщик обязуется при наступлении страхового случая произвести страховую выплату Застрахованному Лицу (Выгодоприобретателю), а Страхователь обязуется уплатить страховую премию в установленные Договором страхования размере и сроки.

Договор страхования заключается на основании устного или письменного заявления Страхователя путем составления и двустороннего подписания Страховщиком и Страхователем Договора страхования или путем вручения Страхователю Договора страхования с Приложениями к Договору по установленной Страховщиком форме.

8.2. Договор страхования должен быть заключен в письменной форме на основании следующих документов и сведений, предоставляемых Страхователем Страховщику:

- Заявление на страхование по установленной Страховщиком форме с приложениями и дополнениями к нему (если предусмотрено процедурой заключения Договора страхования либо в случае, когда Договор страхования подлежит индивидуальному андеррайтингу), включая (при необходимости) анкеты для целей Федерального закона от 07.08.2001 № 115-ФЗ, Главы 20.1 Налогового Кодекса Российской Федерации, Федерального закона от 28.06.2014 № 173-ФЗ, FATCA;
- Копии документов, идентифицирующих Страхователя, Застрахованного и/или Выгодоприобретателя, а также полномочия лиц, действующих от их имени:

Для физического лица или индивидуального предпринимателя:

- Для граждан Российской Федерации: паспорт гражданина Российской Федерации; свидетельство органов ЗАГС, органа исполнительной власти или органа местного самоуправления о рождении гражданина – для гражданина Российской Федерации, не достигшего 14 лет (Четырнадцати); общегражданский заграничный паспорт для лиц, постоянно проживающих за пределами РФ; паспорт моряка; удостоверение личности военнослужащего или военный билет; временное удостоверение личности гражданина Российской Федерации, выдаваемое органом внутренних дел до оформления паспорта по форме 2-П; свидетельство из ЕГРИП; ИНН (если имеется).
- Для иностранных граждан: паспорт иностранного гражданина с нотариально заверенным переводом, виза, миграционная карта; разрешение на временное проживание в Российской Федерации; вид на жительство в Российской Федерации.
- Для лиц без гражданства: документ, удостоверяющий личность лица без гражданства; разрешение на временное проживание в Российской Федерации; вид на жительство в Российской Федерации.

Для юридического лица:

- свидетельство о присвоении индивидуального номера налогоплательщика ИНН, выписка из ЕГРЮЛ, банковские реквизиты, место нахождения, почтовый и фактический адрес; свидетельство о присвоении основного государственного регистрационного номера; статистические коды осуществляемой деятельности (ОКВЭД), если они не указаны в выписке из ЕГРЮЛ, контактные номера телефона, факса, 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.
- Копии квитанций об оплате страховой премии (первого страхового взноса при уплате премии в рассрочку) в полном размере;
- Сведения и (или) документы, необходимые для андеррайтинга (оценки страховых рисков), установленные п. 8.3 Правил (если применимо);
- Сведения, необходимые для дальнейшего исполнения Договора страхования (например, контактные данные, платежные реквизиты и др.);
- Сведения о наличии статуса налогового резидента иностранного государства и иные связанные с этим данные;
- Сведения и (или) документы, получение которых обусловлено требованиями законодательства Российской Федерации (в т. ч. нормативными правовыми актами в сфере противодействия легализации (отмыванию) доходов, полученных преступным путем, и финансированию терроризма).

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

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

- должностные инструкции; копию трудового договора, копию трудовой книжки, заверенные отделом кадров; письменное пояснение о должностных обязанностях; письменное уточнение о смене профессии, места работы и причинах их изменений;
- заверенную выписку из Штатного расписания;
- дополнительные опросники по профессиональной деятельности Застрахованного;
- финансовую анкету;
- документы, подтверждающие доходы Страхователя/ Застрахованного (налоговые декларации, справку 2 НДФЛ, 3 НДФЛ; справку в свободной форме с места работы, подписанную главным бухгалтером организации; информацию, подтверждающую источник происхождения денежных средств для уплаты страховой премии; письменное уточнение наличия дополнительного дохода и его источников; бухгалтерский баланс; отчет о прибылях и убытках; учредительные документы учреждения; свидетельство о государственной регистрации; ИНН юридического лица; результаты аудиторской проверки; договоры аренды);
- информацию о ранее заключенных договорах страхования;
- письменное уточнение о наличии/отсутствии убытков по ранее заключенным договорам страхования;
- отчет медицинского обследования;
- медицинское заключение врача-специалиста в зависимости от патологии, указанной в анкете, с приложением результатов лабораторных исследований (иммунологических, серологических, исследований выделительной функции почек), инструментальных (ультразвукового, рентгенологического, эндоскопического, гистологического исследований, компьютерной томографии, магнитно-резонансной томографии);
- специальные опросники по заявленной патологии/заболеванию;
- протокол операции;
- листок нетрудоспособности; выписка из амбулаторной карты; выписка из истории болезни; обменная карта; выписной эпикриз из лечебного учреждения по месту получения медицинской помощи; акт о несчастном случае на производстве; справка из учреждения медико-социальной экспертизы (справка МСЭ); копия направления на МСЭ; акт о профессиональном

заболевании; справки из диспансеров (психоневрологического, онкологического, кожно-венерологического, противотуберкулезного) о постановке/снятии с учета;

- результаты эндоскопических методов исследования;
- результаты электрофизиологических методов исследования;
- результаты ультразвуковых исследований;
- результаты томографии;
- результаты рентгенологических методов исследования;
- результаты лабораторных исследований крови, мочи, кала, мокроты, ликвора;
- серологическое исследование крови: маркеры вирусов гепатитов В, С, Д, Е;
- исследование крови на ВИЧ;
- анализ крови на ПСА;
- результаты исследований функции внешнего дыхания;
- данные гистологического исследования;
- результаты суточного мониторирования АД и ЭКГ;
- результаты офтальмологических исследований;
- анкету «Анкета путешествия/международной командировки»;
- опросник «Риски пребывания при поездках за рубеж»;
- опросники по видам спорта, документы, содержащие информацию, подтверждающую членство в спортивных клубах, наличие спортивных званий, наград;
- копию свидетельства о браке, свидетельство о перемене имени;
- копию решения кредитного комитета или кредитного договора, заверенные кредитным учреждением, копию договора инвестиционного займа;
- письменное пояснение о наличии страхового интереса Выгодоприобретателя в случае, если Выгодоприобретателем по договору страхования назначено юридическое лицо/физическое лицо, не имеющее родственных отношений с Застрахованным;
- письменное пояснение о наличии/отсутствии воинского звания и права на ношение оружия;
- письменное пояснение о причинах выхода на пенсию до наступления, установленного Законодательством Российской Федерации пенсионного возраста;
- письменное разрешение родителей/законных представителей Застрахованного на заключение Договора страхования, с предоставлением документов об установлении опеки.

8.3.2. При заключении Договора Страховщик вправе ограничить размер страховой суммы, срок страхования, перечень страховых случаев и иные условия страхования в зависимости от наличия факторов, влияющих на степень страхового риска, в соответствии с условиями андеррайтинга, разработанными Страховщиком.

8.4. Форма предоставления указанных в п.п. 8.2, 8.3 Правил документов (надлежащим образом заверенные или простые копии, оригиналы) устанавливается Страховщиком и доводится до сведения потенциального Страхователя при его обращении. Указанные в п.п. 8.2, 8.3 Правил перечни сведений и документов, 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.

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

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

8.7. Договоры страхования заключаются, как правило, без предварительного медицинского освидетельствования потенциальных Застрахованных Лиц. В том случае, если медицинское освидетельствование проводится, соответствующие расходы несет Страхователь. В зависимости от результатов предварительного медицинского освидетельствования или медицинского анкетирования Застрахованное Лицо может быть отнесено к соответствующей группе риска в соответствии с андеррайтерскими стандартами и требованиями Страховщика.

В случае отказа потенциального Застрахованного Лица от прохождения медицинского освидетельствования Договор страхования может быть заключен только на условиях, предусматривающих применение к страховому тарифу повышающих коэффициентов.

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

8.9. Если Договор страхования заключается в форме оферты путем вручения Страхователю на основании его заявления (устного или письменного) Договора страхования, подписанного Страховщиком, акцептом Договора-оферты является факт оплаты Страхователем первого страхового взноса в размере и сроки, указанные в Договоре.

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

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

8.12. Договор страхования прекращается в случаях:

- а) истечения срока его действия;
- б) исполнения Страховщиком своих обязательств по Договору страхования в полном объеме;
- в) ликвидации Страховщика в порядке, установленном законодательством Российской Федерации;
- г) в случае отказа Страхователя от Договора страхования в срок, предусмотренный в п. 9.4.4 Правил, Договор страхования считается прекратившим свое действие с даты получения Страховщиком письменного заявления Страхователя об отказе от Договора страхования или иной даты, установленной по соглашению Сторон, но не позднее срока, предусмотренного в п. 9.4.4 Правил;
- д) в других случаях, предусмотренных законодательством Российской Федерации.

8.13. Договор страхования прекращается до наступления срока, на который он был заключен, если после его вступления в силу возможность наступления страхового случая отпала и существование страхового риска прекратилось по обстоятельствам иным, чем страховой случай, в частности смерть Застрахованного Лица по причинам иным, чем наступление страхового случая.

При этом Страховщик имеет право на часть страховой премии пропорционально времени, в течение которого действовало страхование.

8.14. Страхователь вправе отказаться от Договора страхования в любое время, если к моменту отказа возможность наступления страхового случая не отпала по обстоятельствам, указанным в п. 8.13 Правил. При досрочном прекращении Договора страхования по данному основанию уплаченная Страховщику страховая премия не подлежит возврату, если Договором страхования не предусмотрено иное.

8.15. В случае утраты Страхователем страхового полиса (Договора страхования) по письменному заявлению может быть выдан его дубликат (копия). После выдачи дубликата утраченный страховой полис (Договор страхования) считается недействительным и никаких выплат по нему не производится. При утрате дубликата страхового полиса (Договора страхования) в течение срока страхования для получения второго и последующих дубликатов страхового полиса (Договора страхования) Страхователь уплачивает Страховщику денежную

сумму в размере стоимости изготовления и оформления страхового полиса (Договора страхования).

8.16. 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 контактными 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 том числе в личном кабинете – информационном ресурсе, размещенном на сайте Страховщика). В таком случае сообщение считается направленным надлежащим образом, если можно достоверно установить от кого исходило сообщение и кому оно адресовано.

9. ПРАВА И ОБЯЗАННОСТИ СТОРОН

9.1. В период действия Договора страхования Страховщик обязан:

9.1.1. ознакомить Страхователя с Правилами страхования, вручить при заключении Договора страхования Страхователю экземпляр Правил страхования, о чем в страховом полисе (Договоре страхования) делается отметка;

9.1.2. вручить Страхователю страховой полис (Договор страхования);

9.1.3. при страховом случае произвести страховую выплату Застрахованному Лицу (Выгодоприобретателю) в порядке и в сроки, установленные Договором страхования;

9.1.4. по выбору Страхователя осуществить возврат Страхователю страховой премии или ее части наличными деньгами или в безналичном порядке (на банковский счет Страхователя в соответствии с реквизитами, предоставленными Страхователем в письменном виде) в срок, не превышающий 10 (Десяти) рабочих дней со дня получения письменного заявления Страхователя об отказе от Договора страхования, в случае отказа Страхователя от Договора страхования в срок, предусмотренный в п. 9.4.4 Правил;

9.1.5. обеспечить соблюдение законодательства Российской Федерации о защите персональных данных Страхователя, Выгодоприобретателя, Застрахованного Лица;

9.1.6. при наступлении страхового случая произвести страховую выплату после получения всех необходимых документов в соответствии с п. 11 настоящих Правил; либо отсрочить выплату или отказать в ней в случаях, предусмотренных Правилами;

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

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

9.2. В период действия Договора страхования Страховщик имеет право:

9.2.1. проверять достоверность данных и информации, сообщаемой Страхователем, Застрахованным Лицом и Выгодоприобретателем любыми доступными ему способами, не противоречащими законодательству Российской Федерации;

9.2.2. проверять выполнение Страхователем, Застрахованным Лицом требований и положений Договора страхования;

- 9.2.3. в случаях, не противоречащих законодательству Российской Федерации, оспаривать (в том числе в судебном порядке) действительность Договора страхования при нарушении или ненадлежащем исполнении Страхователем, Застрахованным Лицом, Выгодоприобретателем положений настоящих Правил страхования и Договора страхования;
- 9.2.4. потребовать изменения условий Договора страхования или уплаты дополнительной страховой премии соразмерно увеличению риска, в случае его уведомления об обстоятельствах, влекущих увеличение данного страхового риска.
- 9.2.5. Если Страхователь возражает против изменения условий Договора страхования или доплаты страховой премии, Страховщик вправе потребовать расторжения Договора страхования в порядке, предусмотренном действующим законодательством Российской Федерации;
- 9.2.6. потребовать расторжения Договора страхования и возмещения убытков, причиненных расторжением данного Договора, в случае неисполнения Страхователем обязанности, предусмотренной п. 9.3.4 Правил;
- 9.2.7. на часть страховой премии пропорционально времени, в течение которого действовало страхование, при досрочном прекращении Договора страхования по обстоятельствам, указанным в п.8.13 Правил;
- 9.2.8. направить Застрахованное Лицо на дополнительное медицинское освидетельствование в связи с заявленным событием;
- 9.2.9. для принятия решения о страховой выплате направлять при необходимости запросы в компетентные органы об обстоятельствах и причинах наступления страхового случая, а также потребовать от Застрахованного Лица (Выгодоприобретателя) предоставления дополнительных сведений и документов, подтверждающих факт наступления, обстоятельства и причину наступления страхового случая;
- 9.2.10. 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;
- 9.2.11. 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;
- 9.2.12. при возврате уплаченной страховой премии Страхователю вправе удержать ее часть пропорционально сроку действия Договора страхования, прошедшему с даты начала действия страхования до даты прекращения действия Договора, в случае отказа Страхователя от Договора страхования в срок, предусмотренный в п. 9.4.4 Правил, но после даты начала действия Договора страхования;
- 9.2.13. отказать в страховой выплате, если Страхователь (Застрахованное Лицо, Выгодоприобретатель) предоставил заведомо ложные сведения о причинах и обстоятельствах наступления страхового события;
- 9.2.14. не производить страховую выплату, если произошедшее с Застрахованным событие не может быть квалифицировано в качестве страхового случая на основании исключений из страхового покрытия, указанных в п. 5 Правил;
- 9.2.15. проводить расследования, в том числе и медицинскую экспертизу, с целью удостовериться в правомерности и обоснованности требований о страховой выплате и установить размер страховой выплаты;
- 9.2.16. осуществлять иные действия в порядке исполнения положений Правил и Договора страхования.
- 9.3. В период действия Договора страхования Страхователь обязан:
- 9.3.1. при заключении Договора страхования сообщить Страховщику о всех известных ему обстоятельствах, имеющих существенное значение для определения вероятности наступления страхового случая и размера возможных убытков от его наступления (страхового риска), если эти обстоятельства не известны и не должны быть известны Страховщику, а также о всех

заключенных или заключаемых договорах добровольного страхования жизни и здоровья в отношении лиц, принимаемых на страхование.

Существенными признаются сведения, определенно оговоренные Страховщиком в Договоре страхования (страховом полисе), в заявлении на страхование, анкетах Страховщика, а также иные сведения, указанные в письменном запросе Страховщика при заключении Договора страхования;

9.3.2. оплачивать страховую премию (страховые взносы) в размерах и в сроки, определенные Договором страхования. Обязанность Страхователя по уплате страховой премии может быть исполнена третьим лицом;

9.3.3. сохранять документы, подтверждающие уплату страховой премии (страховых взносов), предоставлять их копии по требованию Страховщика;

9.3.4. в период действия Договора страхования незамедлительно сообщать Страховщику о ставших ему известными значительных изменениях в обстоятельствах, сообщенных Страховщику при заключении Договора страхования, если эти изменения могут существенно повлиять на увеличение страхового риска.

9.3.5. при наступлении события, имеющего признаки страхового случая, незамедлительно не позднее 30 (Тридцати) суток с момента наступления указанного события, уведомить о нем Страховщика любым доступным способом, позволяющим объективно зафиксировать факт обращения. Обязанность Страхователя сообщить о факте наступления страхового случая может быть исполнена Застрахованным, Выгодоприобретателем либо наследником (наследниками) Застрахованного;

9.3.6. при заключении Договора страхования ознакомить Застрахованное Лицо и Выгодоприобретателя с их правами и обязанностями по Договору.

9.3.7. известить в письменной форме Страховщика в течение 30 (Тридцати) дней с момента изменений любого факта, оказывающего непосредственное влияние на исполнение Страховщиком Федерального закона от 07.08.2001 № 115-ФЗ, Главы 20.1 Налогового Кодекса РФ, Федерального закона от 28.06.2014 № 173-ФЗ, FATCA.

9.4. В период действия Договора страхования Страхователь имеет право:

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

9.4.2. проверять соблюдение Страховщиком условий Договора;

9.4.3. досрочно прекратить Договор (отказаться от Договора) в соответствии с законодательством Российской Федерации и положениями Договора;

9.4.4. в случае отказа Страхователя (физического лица) от Договора страхования в течение 14 (Четырнадцати) календарных дней (срок, установленный Указанием Банка России РФ №3854-У от 20.11.2015 г. «О минимальных (стандартных) требованиях к условиям и порядку осуществления отдельных видов добровольного страхования») со дня его заключения при отсутствии событий, имеющих признаки страхового случая, Страхователь имеет право на возврат уплаченной по Договору страхования страховой премии в полном объеме;

9.4.5. заменить Застрахованное Лицо с согласия этого лица и Страховщика;

9.4.6. заменить Выгодоприобретателя, названного в Договоре страхования, другим лицом, письменно уведомив об этом Страховщика. Замена Выгодоприобретателя, назначенного с согласия Застрахованного Лица, допускается только с согласия Застрахованного Лица.

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;

9.4.7. при заключении Договора страхования Страхователь имеет право ознакомиться с предварительными условиями заключаемого Договора, в том числе с примерным расчетом страховой премии на основании представленного заявления о заключении договора страхования, при этом размер страховой премии, страховой суммы и иные условия страхования могут быть изменены по результатам оценки страхового риска;

9.4.8. запросить информацию о размере вознаграждения, выплачиваемого посреднику, оказывающему услугу по оформлению и/или сопровождению Договора страхования.

9.5. Договором страхования могут быть предусмотрены также другие права и обязанности сторон.

9.6. Заключение Договора страхования в пользу Выгодоприобретателя не освобождает Страхователя от выполнения обязанностей по этому Договору, если только данным Договором не предусмотрено иное, либо обязанности Страхователя выполнены лицом, в пользу которого заключен Договор страхования.

9.7. Если в период действия Договора страхования Страхователь (Выгодоприобретатель), являющийся физическим лицом, признан судом недееспособным либо ограничен в дееспособности, права и обязанности такого Страхователя (Выгодоприобретателя) осуществляет его опекун или попечитель.

10. ОПРЕДЕЛЕНИЕ РАЗМЕРА СТРАХОВЫХ ВЫПЛАТ

10.1. Предусмотренные Договором страхования выплаты Страховщик производит Застрахованному Лицу или Выгодоприобретателю независимо от всех видов пособий, пенсий и выплат, получаемых по государственному социальному страхованию и социальному обеспечению, трудовых и иных соглашений, договорам страхования, заключенных с другими Страховщиками и сумм, причитающихся им в порядке возмещения вреда по действующему законодательству Российской Федерации.

10.1.1. При наступлении инвалидности в результате несчастного случая согласно п. 4.2.1 Правил (при условии отсутствия Дополнительной программы страхования на основании Приложения № 1 к Правилам) страховая выплата осуществляется Застрахованному Лицу в процентном соотношении к страховой сумме, указанной в Договоре страхования по данному виду страховых случаев в следующем размере:

- при установлении первой группы инвалидности – 100% (Сто процентов) страховой суммы
- при установлении второй группы инвалидности – 75% (Семьдесят пять процентов) страховой суммы;
- при установлении третьей группы инвалидности – 50% (Пятьдесят процентов) страховой суммы.

10.1.2. При наступлении страхового случая, указанного в п. 4.2.1, 4.2.2 Правил, при наличии Дополнительной программы страхования на основании Приложения № 1 к настоящим Правилам, страховая выплата осуществляется Застрахованному Лицу в соответствии с порядком, определенным указанной Дополнительной программой страхования.

10.1.3. При установлении Застрахованному Лицу более высокой группы инвалидности не позднее 1 (Одного) года со дня наступления несчастного случая, страховая выплата осуществляется с учетом ранее выплаченных сумм в связи со страховым случаем, указанным в п. 4.2.1. Правил, но не выше страховой суммы, установленной по данному виду страховых случаев.

10.2. Размер страховой выплаты в связи с наступлением страхового случая, указанного в п. 4.2.3 Правил производится в процентах от страховой суммы по данному виду страховых случаев в соответствии с «Таблицей страховых выплат при травматическом повреждении Застрахованного Лица в результате несчастного случая» (Приложение 3).

10.3. Размер страховой выплаты по страховому случаю, предусмотренному п. 4.2.4 Правил, составляет 0,2% (Ноль целых две десятых процента) от страховой суммы по данному риску за каждый день стационарного лечения, начиная с 6 (Шестого) календарного дня стационарного лечения, но не более чем за 90 (Девяносто) календарных дней (в год).

10.4. Страховая выплата в связи с наступлением страхового случая, указанного в п. 4.2.5 Правил, производится в размере 0,3% (Ноль целых три десятых процента) от страховой суммы по данному виду страховых случаев за каждый день нетрудоспособности, начиная с 6 (Шестого) календарного дня нетрудоспособности, но не более 90 (Девяноста) календарных дней за год.

10.5. Страховая выплата в связи с наступлением страхового случая, указанного в п. 4.2.6 Правил, производится в размере 100% (Ста процентов) страховой суммы по данному виду страховых случаев. Страховая выплата производится Выгодоприобретателю, названному в Договоре страхования, а если Выгодоприобретатель не назван – законным наследникам Застрахованного Лица.

10.6. Страховая выплата в связи с наступлением страхового случая, указанного в п. 4.2.7 Правил, производится единовременно в размере страховой суммы. Период ожидания составляет 3 (Три) месяца.

10.7. Страховая выплата в связи с наступлением страхового случая, указанного в п. 4.2.8, 4.2.9 Правил производится в пределах, не превышающих размер страховой суммы по данному страховому случаю.

10.7.1. В случае получения травматических повреждений согласно п.4.2.3. настоящих Правил, или постановки Застрахованному лицу диагноза критического заболевания согласно п. 4.2.7 Правил, Застрахованное лицо/представитель Застрахованного лица вправе обратиться в колл-центр Ассистанс и получить бесплатную консультацию специалиста, который, уточнив у застрахованного лица/представителя застрахованного лица сведения о состоянии его здоровья на момент обращения, произведет предварительный расчет объема, сроков и стоимости предполагаемых для оказания медицинских услуг, который будет уточнен в течении 3 (Трех) рабочих дней после получения от Застрахованного лица скан-копий документов, предусмотренных п. 11.1. Правил.

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 получения травматических повреждений / постановки диагноза критического заболевания начать работу по подбору оптимальных условий прохождения Застрахованным лечения(окончательное решение о признании события, произошедшего с Застрахованным страховым случаем принимается на следующий день после получения от Застрахованного оригиналов и/или надлежащим образом заверенных копий всех документов, предусмотренных п. 11.1 Правил

10.7.2. После уточнения в порядке, предусмотренном в п. 10.7.1 Правил объемов, сроков и стоимости предполагаемых для оказания медицинских услуг, при условии получения оригиналов документов, предусмотренных п. 11.1 Правил, Ассистанс уведомляет застрахованное лицо о перечне услуг, которые будут оказаны застрахованному лицу, места их оказания, стоимости с отдельным упоминанием о том, какие из перечисленных услуг будут компенсированы Страховщиком (в пределах размера страховой суммы по риску «Организация и оплата медицинских услуг застрахованного лица, вызванных травматическим повреждением» или «Организация оказания и оплата медицинских услуг застрахованного лица, вызванных критическим заболеванием» в зависимости от произошедшего события), а какие услуги подлежат оплате самим Застрахованным лицом за свой счет.

10.7.3. Страховая выплата в связи с наступлением страхового случая, указанного в п.п. 4.2.8, 4.2.9 Правил производится в пользу Ассистанс на основании документов, подтверждающих факт оказания медицинских услуг согласованным Страховщиком и Ассистанс лечебным учреждением, оказывающим медицинские услуги Застрахованному и только в объемах, согласованных между Страховщиком и Ассистанс, причем основанием для оплаты являются оригиналы платежных документов, полученные Страховщиком через Ассистанс из соответствующего лечебного учреждения, в котором согласованные услуги были оказаны. Оплата не согласованных медицинских услуг, а равно оплата согласованных медицинских услуг, оказанных в несогласованном лечебном учреждении, Страховщиком не производится.

10.8. Страховая выплата при наступлении какого-либо страхового случая, предусмотренного Договором страхования, производится с учетом произведенных ранее выплат по другим видам страховых случаев, предусмотренных Договором страхования.

10.9. Общая сумма страховых выплат, производимых по страховому случаю, предусмотренному Договором страхования, не может превышать размера страховой суммы, установленного в Договоре страхования для данного вида страховых рисков. Общая сумма страховых выплат по страховым случаям не может превышать максимальной страховой суммы, установленной в Договоре страхования за исключением случаев, предусмотренных п.п. 4.2.8, 4.2.9 Правил, размер страховой суммы по которым определяется независимо от страховых сумм по другим указанным в Правилах рискам.

11. ПОРЯДОК ОСУЩЕСТВЛЕНИЯ СТРАХОВЫХ ВЫПЛАТ

11.1. 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.

К заявлению на осуществление страховой выплаты прилагаются следующие документы:

- копия Договора страхования (Страхового полиса);
- копия удостоверения личности 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;

11.1.1. при наступлении страхового случая по риску, указанному в п. 4.2.6 Правил («смерть Застрахованного Лица в результате несчастного случая»), дополнительно предоставляются следующие документы:

- Оригинал свидетельства органа ЗАГС о смерти Застрахованного или его нотариально удостоверенная копия;
- Медицинская справка о смерти;
- Выписка из истории болезни с посмертным диагнозом / выписка из амбулаторной карты;
- Удостоверенная копия истории болезни/ удостоверенная копия амбулаторной карты;
- Копия протокола патологоанатомического вскрытия / копия заявления от родственников об отказе от вскрытия и копия справки из патологоанатомического отделения;
- Копия постановления о возбуждении (отказе в возбуждении) уголовного дела (если таковое возбуждалось);
- Приговор суда (в случае возбуждении уголовного дела);
- Протокол освидетельствования на состояние алкогольного, наркотического опьянения; справка о дорожно-транспортном происшествии, копия водительского удостоверения (если страховое событие произошло в результате дорожно-транспортного происшествия, во время которого Застрахованное Лицо находилось за рулем);
- Акт о несчастном случае на производстве (Форма Н-1, при необходимости);
- Акт о несчастном случае с обучающимся, воспитанником системы образования Российской Федерации (Форма Н-2).

11.1.2. при наступлении страхового случая по рискам, указанным в п.п. 4.2.3, 4.2.4, 4.2.5 Правил («травматическое повреждение Застрахованного Лица в результате несчастного случая», «госпитализация Застрахованного Лица в результате несчастного случая», «временная утрата трудоспособности Застрахованным Лицом в результате несчастного случая»), дополнительно предоставляются следующие документы:

- Листок нетрудоспособности, для студентов – справка о временной нетрудоспособности учащихся (форма 095/у);
- Врачебное заключение из лечебно-профилактического учреждения по месту первичного обращения за медицинской помощью;
- Данные рентгенографических методов исследования (снимки, описания снимков);
- Данные томографии (снимки, описание снимков);
- Данные ультразвукового исследования (снимки, заключения);
- Выписка из истории болезни/амбулаторной карты;
- Данные электронейромиографии с врачебным заключением;
- Заключение офтальмолога об с результатами офтальмологических исследований;
- Результаты аудиограммы;

- Заключение сурдолога;
- Врачебное заключение с указанием локализации ожоговой поверхности, площади в процентном соотношении к площади человека, степени ожога;
- Результаты проведенных исследований с интерпретацией полученных результатов;
- Врачебное заключение с обоснованием выставленного диагноза;
- Копия амбулаторной карты/копия истории болезни стационарного больного;
- Копия постановления о возбуждении (отказе в возбуждении) уголовного дела (если таковое возбуждалось);
- Приговор суда (в случае возбуждении уголовного дела);
- протокол освидетельствования на состояние алкогольного, наркотического опьянения; справка о дорожно-транспортном происшествии, копия водительского удостоверения (Если страховое событие произошло в результате дорожно-транспортного происшествия, во время которого Застрахованное Лицо находилось за рулем);
- Акт о несчастном случае на производстве (Форма Н-1, при необходимости);
- Акт о несчастном случае с обучающимся, воспитанником системы образования Российской Федерации (Форма Н-2).

11.1.3. при наступлении страхового случая по рискам, указанным в п.п. 4.2.1, 4.2.2 Правил («установление инвалидности Застрахованному Лицу в результате несчастного случая» «установление инвалидности Застрахованному Лицу в результате болезни»), дополнительно предоставляются следующие документы:

- выписка из истории болезни либо амбулаторной карты лечебного учреждения, направившего Застрахованное Лицо на медико-социальную экспертизу;
- выписные эпикризы из медицинских учреждений, оказавших медицинскую помощь в связи с травматическим повреждением Застрахованного лица;
- направление на медико-социальную экспертизу организацией, оказывающей лечебно-профилактическую помощь (форма № 088/у-06);
- акт медико-социальной экспертизы гражданина;
- индивидуальная программа реабилитации инвалида, выдаваемая федеральными государственными учреждениями медико-социальной экспертизы;
- свидетельство об инвалидности государственного образца;
- справка об отсутствии алкогольного, наркотического или токсического опьянения у Застрахованного Лица на момент страхового события (если страховой случай произошел при дорожно-транспортном происшествии);
- история болезни стационарного больного, история болезни амбулаторного больного.

11.1.4. при наступлении страхового случая по риску, указанному в п. 4.2.7 Правил («постановка диагноза «критическое заболевание» Застрахованному Лицу») дополнительно предоставляются следующие документы:

- Выписка из истории болезни стационарного больного;
- Выписка из амбулаторной карты;
- Копия истории болезни стационарного больного;
- Копия амбулаторной карты;
- Документы лечебно-профилактического или иного медицинского учреждения, подтверждающие перенесение Застрахованным заболевания, соответствующего определению страхового случая, подтвержденные соответствующими лабораторными, клиническими, гистологическими, радиологическими исследованиями;
- Заключение врача специалиста.

11.2. Все документы, указанные в п. 11 Правил, представляются Страховщику в виде оригиналов или в виде копий, заверенных нотариально или органом/учреждением/организацией, который выдал документ и/или располагает его подлинником. Для документов, составленных на иностранном языке, требуется предоставить построчный перевод, оформленный на отдельном листе, и удостоверить данные документы, составленные за пределами территории Российской Федерации (легализация документа или проставление апостиля). В случаях, когда согласно

законодательству Российской Федерации и/или международным договорам Российской Федерации, легализация или проставление апостиля не требуется, Страховщик вправе потребовать предоставления нотариально удостоверенного перевода документа.

11.2.1. Если представляется 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 ФИО и должности;
- подпись заведующего отделением с расшифровкой ФИО и должности или главного врача / заместителя / и.о. главного врача с расшифровкой ФИО и должности.

11.2.2. Если представляется удостоверенная копия медицинского документа, то она должна соответствовать следующим требованиям:

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

Варианты удостоверения:

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

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

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

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

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

Варианты удостоверения:

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

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

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

11.5. 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.

11.6. Страховщик вправе отказать в страховой выплате в случае неисполнения Страхователем обязанности, предусмотренной п. 9.3.4 Правил.

11.7. После предоставления Страховщику полного пакета документов на выплату, решение (об осуществлении страховой выплаты/об отказе в страховой выплате) принимается в течение 15 (Пятнадцати) рабочих дней. Решение о страховой выплате принимается Страховщиком путем утверждения им страхового акта.

11.8. При наступлении критического заболевания решение об осуществлении страховой выплаты принимается по истечении 30 (Тридцати) календарных дней после наступления страхового случая. Срок принятия решения по настоящему пункту не может превышать 45 (Сорока пяти) дней после наступления страхового случая.

11.9. 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.

11.10. 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.

11.11. 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.

11.12. В случае принятия положительного решения о страховой выплате, страховая выплата осуществляется в течение 5 (Пяти) рабочих дней с момента составления страхового акта, если иное не указано в Договоре страхования. Страховая выплата перечисляется на банковский счет, указанный Выгодоприобретателем в заявлении на страховую выплату.

11.13. 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.

12. ВАЛЮТА ДОГОВОРА СТРАХОВАНИЯ

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

12.2. 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.

12.3. 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 принятия решения о страховой выплате (подписания Страховщиком страхового акта) или иную дату, предусмотренную Договором.

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

12.5. 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.

12.6. В случае изменения метода расчетов Страховщик производит перерасчет страховых сумм и страховой премии (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 страховой премии (страховых взносов). Изменение метода взаиморасчетов не является изменением Договора страхования.

13. ОБСТОЯТЕЛЬСТВА НЕПРЕОДОЛИМОЙ СИЛЫ (ФОРС-МАЖОР)

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

13.2. 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.

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

13.4. 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.

14. ПОРЯДОК РАЗРЕШЕНИЯ СПОРОВ

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

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

14.3. 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».

14.4. 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.

14.5. 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».

15. ОБРАБОТКА ПЕРСОНАЛЬНЫХ ДАННЫХ

15.1. 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.

15.2. 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.

15.3. 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.

15.4. 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»).

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

15.6. 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.

ДОПОЛНИТЕЛЬНАЯ ПРОГРАММА СТРАХОВАНИЯ
НА СЛУЧАЙ ИНВАЛИДНОСТИ
С ОСВОБОЖДЕНИЕМ ОТ УПЛАТЫ СТРАХОВЫХ ВЗНОСОВ

1. Общие положения

1.1. В соответствии с настоящей Дополнительной программой страхования на случай инвалидности с освобождением от уплаты страховых взносов (далее – Дополнительная программа) Страховщик заключает Договоры добровольного страхования физических лиц от несчастных случаев и болезней с дееспособными физическими лицами (Страхователями), заключившими со Страховщиком Основной договор.

1.2. Настоящая Дополнительная программа страхования является дополнением к Правилам добровольного страхования физических лиц от несчастных случаев и болезней (в дальнейшем – «Правила»). Положения Правил применяются к страхованию на основе настоящей Дополнительной программы страхования, если в Дополнительной программе страхования или Договоре (полисе) страхования не предусмотрено иное.

2. Страховые случаи

2.1. В соответствии с настоящей Дополнительной программой страхования страховыми случаями признаются следующие события:

2.1.1. Установление инвалидности I или II группы в результате несчастного случая;

2.1.2. Установление инвалидности I или II группы в результате несчастного случая или болезни (если Страхователь заключает договоры добровольного страхования физических лиц от несчастных случаев и болезней на основании настоящих Правил со Страховщиком на 3-й или последующие годы страхования, при этом перерыва между действием этих договоров не происходило).

2.2. Случаи, указанные в п.2.1 не являются страховыми, если наступили в результате событий, указанных в разделе 5 Правил страхования.

3. Страховые суммы. Страховые взносы

3.1. По Договорам страхования физических лиц от несчастных случаев и болезней с Дополнительной программой страхования страховая сумма устанавливается отдельно.

3.2. Страховая сумма определяется как сумма неоплаченных, но подлежащих оплате страховых взносов по Основному договору за истекший срок действия Основного договора.

3.3. Размер страховой премии устанавливается в соответствии с Основным договором (договором страхования жизни).

4. Срок действия Дополнительной программы страхования

4.1. Договор страхования на основании настоящей Дополнительной программы страхования заключается на 1 (Один) год.

4.2. Действие Дополнительной программы страхования досрочно прекращается в случаях:

- Выплаты по страховому случаю в размере страховой суммы.
- По инициативе Страхователя, на основании письменного заявления, полученного Страховщиком не позднее чем за 30 (Тридцать) дней до предполагаемой даты прекращения.
- Прекращения Основного договора.

5. Размер и порядок осуществления страховых выплат

5.1. При наступлении страхового случая, указанного в п.2 настоящей Дополнительной программы страхования, страховая выплата осуществляется Застрахованному Лицу в размере 100% (Ста процентов) страховой суммы.

5.2. При наступлении страхового случая на основании заявления Страхователя сумма страховой выплаты зачисляется в счет подлежащей уплате страховой премии по Основному договору.

ДОПОЛНИТЕЛЬНАЯ ПРОГРАММА СТРАХОВАНИЯ
НА СЛУЧАЙ КРИТИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ

1. Общие положения

1.1. В соответствии с настоящей Дополнительной программой страхования на случай критических заболеваний Страховщик заключает договоры добровольного страхования физических лиц от несчастных случаев и болезней с дееспособными физическими или юридическими лицами (Страхователями) к договору страхования жизни (основному договору).

1.2. Настоящая Дополнительная программа страхования является дополнением к Правилам добровольного страхования физических лиц от несчастных случаев и болезней (далее по тексту – Правила). Положения Правил применяются к страхованию на основе настоящей Дополнительной программы страхования, если в Дополнительной программе или Договоре страхования (страховом полисе) не предусмотрено иное.

2. Страховые случаи.

2.1. В соответствии с настоящей Дополнительной программой страхования страховыми случаями признается критическое заболевание, впервые диагностированное у Застрахованного Лица после вступления Договора страхования в силу, за исключением случаев заболевания в результате событий, указанных в разделе 5 Правил страхования.

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

- 1 вариант (6 заболеваний): Онкологические заболевания, Хирургическое лечение коронарных артерий, Инфаркт миокарда, Почечная недостаточность, Инсульт, Трансплантация жизненно важных органов,

- 2 вариант (11 заболеваний): Онкологические заболевания, Хирургическое лечение коронарных артерий, Инфаркт миокарда, Почечная недостаточность, Инсульт, Трансплантация жизненно важных органов, Хирургическое лечение заболеваний аорты, Слепота (потеря зрения), Пересадка клапанов сердца, Рассеянный склероз, Паралич.

2.3. По настоящей Дополнительной программе страхования устанавливается период выживания равный 30 (Тридцати) дням, с даты первичной постановки диагноза критического заболевания. В случае смерти Застрахованного Лица в течение этого периода выплата по событию «критическое заболевание» Страховщиком не производится.

3. Список критических заболеваний

3.1. Дополнительной программой страхования на случай критических заболеваний покрываются следующие критические заболевания:

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

3.1.1. 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:

1. Карциномы (опухоли из экто- и эндодермы);

2. Саркомы (опухоли из клеток мезодермы);

3. Гемобласты (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
- Преинвазивные 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, 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
- Все новообразования при наличии ВИЧ-инфекции или СПИДа, а также ассоциированные с ВИЧ-инфекцией или СПИДом.

* В соответствии с Международной классификацией TNM

3.1.2. Хирургическое лечение коронарных артерий

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 операции должна быть подтверждена результатами коронарной ангиографии, проведение операции должно быть подтверждено протоколом операции.

3.1.3. 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, например:
 - 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,

- рубцовые изменения миокарда, со снижением функции правых или левых отделов сердца, вызванных инфарктом миокарда и подтвержденные Эхо КГ:
 - а) снижение фракции изгнания
 - б) гипокинезия (ограничение подвижности стенок сердца)
 - в) акинезия

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

Из определения исключаются: инфаркты миокарда без изменения сегмента ST и с увеличением показателей Тропонина I или T в крови; другие острые коронарные синдромы (такие как стабильная / нестабильная стенокардия), безболевого инфаркт миокарда.

3.1.4. 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, 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).

3.1.5. Инсульт

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

Исключения:

- неврологическая симптоматика, вызванная мигренью,
- церебральные расстройства вследствие травмы,
- сосудистые заболевания, поражающие глаз или глазной нерв,
- преходящее нарушение мозгового кровообращения, которое определяется как заболевание с обратимыми неврологическими расстройствами, длительностью не более 24 ч.,
- приступы вертебробазиллярной ишемии,
- лакунарные инсульты без неврологической симптоматики.

3.1.6. 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 (исключая трансплантацию только островков Лангерганса),
- костного мозга.

- тонкого кишечника

Исключения:

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

Необходимость операции должна быть подтверждена квалифицированным врачом, проведение операции должно быть подтверждено протоколом операции.

3.1.7. 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, нисходящей частях и дуге аорты.

Исключения:

- все другие хирургические операции, стентирование, малоинвазивное или эндоваскулярное лечение,
- ветви аорты не покрываются определением.

Необходимость операции должна быть подтверждена квалифицированным врачом, проведение операции должно быть подтверждено протоколом операции.

3.1.8. 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, обладающим лучшим зрением при использовании оптометрической таблицы Сивцева.

Диагноз постоянной потери зрения может быть установлен не менее чем через шесть месяцев после начала заболевания или несчастного случая.

Диагноз должен быть подтвержден врачом-офтальмологом и результатами обследования.

3.1.9. Пересадка клапанов сердца

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

Определение включает замену аортальных, митральных, трикуспидальных или легочных (клапанов легочной артерии) клапанов сердца их аналогами вследствие развития стеноза/недостаточности или комбинации этих состояний.

Необходимость в проведении хирургической операции должна быть установлена врачом-кардиологом.

Исключения:

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

3.1.10. Рассеянный склероз

Хроническое прогрессирующее заболевание, характеризующееся развитием очагов демиелинизации в центральной и периферической нервной системе; относится к группе нервных болезней. Заболевание, характеризуется классической триадой симптомов: нистагм, интенционное дрожание (неритмичные колебания глаз, возникающие при движениях), скандированная речь. Для рассеянного склероза характерны также зрительные (изменения полей цветового зрения и остроты зрения, появление двоения в глазах) и вестибулярные (головокружение) нарушения, расстройства координации, поражение пирамидной системы (спастический парез нижних конечностей, патологические рефлексы Бабинского и Россоломо, выпадение брюшных рефлексов и др.), нарушения вибрационной чувствительности и изменения состава спинномозговой жидкости.

Окончательный диагноз «Рассеянный склероз», устанавливается специалистом-неврологом в сертифицированном медицинском учреждении и подтверждается типичными признаками заболевания с симптомами демиелинизации и ухудшения моторной и сенсорной функции, характерными изменениями на компьютерной и магнитно-резонансной томограммах, а также специфическими изменениями состава спинномозговой жидкости.

Заявитель должен иметь показатели по шкале EDSS >5 и неврологические отклонения, которые имели место непрерывно на протяжении не менее шести месяцев.

3.1.11. Паралич

Отсутствие произвольных движений, обусловленное поражением двигательных центров спинного и головного мозга, проводящих путей центральной или периферической нервной системы.

Включает в себя периферические (или вялые) и центральные (спастические) параличи двух и более конечностей: параплегия, гемиплегия, тетраплегия.

Характеризуется полным отсутствием движений, либо диссоциацией двигательных функций — утратой одних и усиление других, падением, усилением либо пластичностью тонуса мышц, рефлексом, появлением патологических рефлексом Бабинского, Россоломо и др., содружественными движениями (синкинезиями), атрофией мышц, а также расстройством чувствительности.

Диагноз должен быть подтвержден специалистом по результатам шестимесячного наблюдения Застрахованного с момента установления первоначального диагноза, а также результатами проведенных исследований, таких, как, рентгеновская компьютерная и магнитно-резонансная томография, двумерная эхоэнцефалография, рентгенография черепа и позвоночника, рентгеноконтрастные и радионуклидные методы исследования субарахноидального пространства и желудочковой системы головного мозга, радиоизотопные методы исследования центральной нервной системы, ангиография головного и спинного мозга, ультразвуковая доплеросонография, исследование вызванных потенциалов головного и спинного мозга, электромиография, гистологическое и гистохимическое исследование биоптата парализованных мышц.

Исключением из покрытия является синдром Гийена-Барре.

4. Страховая сумма.

4.1. Размер Страховой суммы определяется соглашением Страхователя со Страховщиком.

5. Срок действия и основания прекращения Дополнительной программы страхования.

5.1. Срок действия Дополнительной программы страхования составляет 1 (один) год.

5.2. По настоящей Дополнительной программе страхования устанавливается период ожидания, равный 3 (трем) месяцам с начала действия Дополнительной программы.

Постановка диагноза «критическое заболевание» Застрахованному Лицу в течение этого периода не является страховым случаем.

5.3. Действие Дополнительной программы страхования на случай критического заболевания прекращается в случаях:

5.3.1. Истечения срока действия программы.

5.3.2. Выплаты по страховому случаю «критическое заболевание» в размере страховой суммы.

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

5.3.4. При прекращении действия Основного договора страхования.

6. Размер и порядок осуществления страховых выплат.

6.1. Страховая выплата по Дополнительной программе страхования на случай критического заболевания осуществляется единовременно в размере страховой суммы, установленной по данной программе. При этом учитывается указанный в Договоре страхования вариант страхового покрытия (п. 2.2. настоящей Дополнительной программы).

6.2. Страховая выплата по страховому событию «критическое заболевание» осуществляется по первому диагнозу, установленному Застрахованному Лицу в течение срока страхования. Выплата производится только по диагнозу, установленному по истечении обусловленного Договором страхования периода ожидания согласно положениям п.4.2 настоящей Дополнительной программы.

6.3. При наступлении страхового события «критическое заболевание» по Договору страховая выплата по событию «критическое заболевание» производится Страховщиком по истечении установленного Договором периода выживания, начинающегося с даты диагностирования критического заболевания (п.2.3. настоящей Дополнительной программы).

6.4. При осуществлении выплаты по страхованию на случай критических заболеваний, ответственность Страховщика в отношении данного покрытия прекращается с момента выплаты и дальнейшее продление или возобновление Дополнительной программы страхования на случай критических заболеваний не производится.

Приложение 3
к Правилам добровольного страхования физических лиц
от несчастных случаев и болезней
(в редакции от 07 мая 2019 года)

**«Таблица страховых выплат при травматическом повреждении Застрахованного Лица
в результате несчастного случая»
(в процентах от страховой суммы)**

Наступление нижеприведенных повреждений должно быть подтверждено справкой травмпункта или травматологического отделения поликлиники или больницы, содержащей четкое указание на дату и характер травмы. Все переломы, разрывы сочленений и вывихи должны быть подтверждены документально рентгеновскими снимками с описанием этих снимков рентгенологом. 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.

№	Характер повреждения или его последствия	%
ЦЕНТРАЛЬНАЯ И ПЕРИФЕРИЧЕСКАЯ НЕРВНАЯ СИСТЕМА		
1	Перелом костей черепа	
1.1	Перелом наружной пластинки костей свода, расхождение шва	5
1.2	Перелом свода	10
1.3	Перелом основания	15
1.4	Перелом свода и основания В случае открытого перелома дополнительно выплачивается 5%	20
2	Внутричерепное травматическое кровоизлияние	
2.1	Субарахноидальное	5
2.2	Эпидуральная гематома	15
2.3	Субдуральная гематома	20
Примечания к п. 2:		
1. Выплата по разделу 2 производится только при условии стационарного лечения в профильном отделении в течение 10 дней и более и подтверждения диагноза данными инструментальных исследований (томография).		
3	Повреждение головного мозга	
3.1	Сотрясение головного мозга Выплата производится только при условии стационарного лечения в профильном отделении в течение 7 дней и более и подтверждения диагноза заключением невропатолога.	3
3.2	Ушиб головного мозга Выплата производится только при условии стационарного лечения в профильном отделении в течение 10 дней и более и подтверждения диагноза данными инструментальных исследований (томография, люмбальная пункция), заключения невропатолога.	5
3.3	Не удаленные инородные тела в полости черепа (за исключением шовного и пластического материала)	15
3.4	Размозжение вещества головного мозга, подтвержденное инструментальными исследованиями (томография)	50
Примечания к п. 3:		
1. Если в связи с черепно-мозговой травмой проводились оперативные вмешательства на костях черепа, головном мозге и его оболочках, дополнительно выплачивается 10% от страховой суммы однократно.		
2. В том случае, когда в результате одной травмы наступят повреждения, перечисленные в одной статье, страховая сумма выплачивается по одному из подпунктов, учитывающих наиболее тяжелое повреждение.		
3. При повреждениях, указанных в разных статьях, страховая выплата осуществляется с учетом каждого из них путем суммирования.		
4	Травматическое повреждение нервной системы, повлекшее за собой:	
4.1	Парез одной конечности (верхний или нижний монопарез)	30
4.2	Геми или парапарез (парез любой пары конечностей)	40
4.3	Моноплегию (паралич одной конечности)	60
4.4	Тетрапарез (парез верхних и нижних конечностей), слабоумие (деменция)	70
4.5	Геми, пара, тетраплегию, потерю речи, нарушение функций тазовых органов	100
Примечание к п. 4:		
1. Решение о страховой выплате в связи с последствиями травмы нервной системы, указанными в разделе 4, принимается по одному из подпунктов, учитывающему наиболее тяжелые последствия травмы, в том случае, если они установлены лечебно-профилактическим учреждением не ранее 6 месяцев со дня травмы и подтверждены справкой этого учреждения. При этом страховая выплата осуществляется дополнительно к страховой сумме, выплаченной в связи со страховыми событиями, приведшему к повреждению нервной системы. Общая сумма выплат не может превышать 100% страховой суммы.		
5	Повреждение спинного мозга на любом уровне, а также конского хвоста	
5.1	Ушиб, при условии стационарного лечения в профильном отделении в течение 10 дней и более, подтвержденный данными инструментальных исследований	5
5.2	Частичный разрыв	50
5.3	Полный разрыв	100
5.4	Сдавление, гематомиелия,	30
Примечания к п. 5:		
1. Если в связи с травмой позвоночника и спинного мозга проводились оперативные вмешательства, дополнительно выплачивается 15% страховой суммы однократно.		

2.	В том случае, если страховая выплата была осуществлена по ст. 5.1, 5.2, 5.3, а в дальнейшем возникли осложнения, перечисленные в разделе 4, страховая выплата осуществляется по разделу 4 дополнительно к выплаченной ранее сумме. Общая сумма выплат не может превышать 100% страховой суммы.	
6	Повреждение периферических черепно-мозговых нервов (не применяется, если выплата произведена по разделу 1)	10
7	Повреждение шейного, плечевого, поясничного, крестцового нервных сплетений и их нервов.	
7.1	Разрыв сплетения	50
7.2	Травматический плексит	10
Примечание к п. 7.2:		
1.	Решение о выплате по п.7.2 принимается в том случае, если диагноз установлен лечебно-профилактическим учреждением не ранее 1 месяца со дня травмы и подтвержден справкой невропатолога этого учреждения.	
	Разрыв нервов:	
7.4	ветви лучевого, локтевого, пальцевого, срединного (пальцевых нервов)	5
7.5	на уровне лучезапястного сустава, голеностопного сустава	10
7.6	на уровне предплечья, голени	20
7.7	на уровне плеча, локтевого сустава, бедра, коленного сустава	40
Примечание к п. 7:		
1.	Выплата по разделу 7 осуществляется при наличии заключения невропатолога.	

ОРГАНЫ ЗРЕНИЯ

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

ОРГАНЫ СЛУХА

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

ДЫХАТЕЛЬНАЯ СИСТЕМА

21	Перелом костей носа, передней стенки гайморовой пазухи, решетчатой кости	2
22	Повреждение легкого, гемоторакс, пневмоторакс, инородное тело (тела) грудной полости	
22.1	с одной стороны	5
22.2	с двух сторон	10
23	Повреждение легкого, повлекшее за собой:	
23.1	Легочную недостаточность	10
Примечание к п. 23.1:		
1.	Решение о выплате по п.23.1 принимается в том случае, если диагноз установлен лечебно-профилактическим учреждением не ранее 3 месяца со дня травмы и подтвержден справкой этого учреждения и спирометрией.	
23.2	Удаление части, доли легкого	40
23.3	Удаление легкого Примечание к п. 23: если предусмотрены выплаты по пунктам 23.2, 23.3, пункт 23.1 не применяется.	60
24.	Перелом грудины	10
25	Переломы ребер:	
25.1	Одного ребра	2
25.2	Каждого следующего ребра (Перелом хрящевой части ребра является основанием для выплаты по разд. 25)	1
26	Проникающее ранение грудной клетки, вызванное травмой	
26.1	При отсутствии повреждения органов грудной полости	10
26.2	При повреждении трахеи, бронхиального дерева	20
27.	Повреждение гортани, трахеи, перелом подъязычной кости, ожог верхних дыхательных путей. Выплата по разделу 27 производится только при условии подтверждения диагноза данными инструментальных исследований.	5
Примечания к пп. 23-27:		

1.	Если переломы ребер, грудины повлекли за собой осложнения, предусмотренные ст. 23, страховая выплата по этой статье осуществляется дополнительно к ст. 24, 25.	
2.	Пневмония, развившаяся в период лечения травмы или после оперативного вмешательства, произведенного по поводу травмы (за исключением повреждений грудной клетки и органов грудной полости), не дает оснований для выплаты.	
3.	Если в связи с травмой проводилась бронхоскопия, трахеостомия (трахеотомия), дополнительно выплачивается 5% от страховой суммы.	

СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТАЯ СИСТЕМА

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

ОРГАНЫ ПИЩЕВАРЕНИЯ

32	Переломы, вывихи челюстей:	
32.1	Верхней челюсти, скуловых костей, нижней челюсти	5
32.2	Первичный вывих нижней челюсти Выплата по п.32.2 осуществляется за исключением рецидивов привычного вывиха нижней челюсти.	5
32.3	Перелом двух или более костей или двойной перелом одной кости	10
33	Повреждение челюсти, повлекшее за собой:	
33.1	Частичная потеря челюсти (за исключением альвеолярного отростка)	40
Примечания к пп. 32-33:		
1.	При переломе челюсти, случайно наступившем во время стоматологических манипуляций, страховая выплата осуществляется на общих основаниях.	
2.	Если в связи с травмой челюстей, скуловых костей проводились оперативные вмешательства, дополнительно выплачивается 5% страховой суммы однократно.	
34	Повреждение языка, полости рта, глотки (ожог, ранение, отморожение), повлекшее за собой образование грубых рубцов К грубым рубцам относятся рубцы, отличающиеся по окраске от окружающей слизистой оболочки, втянутые или выступающие над ее поверхностью, приводящие к деформации ткани.	3
Примечание к п. 34:		
1.	Решение о выплате по разделу 34 принимается в том случае, если диагноз установлен лечебно-профилактическим учреждением не ранее 3 месяцев со дня травмы, подтвержден справкой этого учреждения.	
35	Повреждение языка, повлекшее за собой:	
35.1	Отсутствие языка на уровне дистальной трети	15
35.2	на уровне средней трети	30
35.3	на уровне корня, полное отсутствие	60
36	Повреждение (разрыв, ожог, ранение) пищевода, приведшее к:	
36.1	Сужению пищевода	40
36.2	Непроходимости пищевода (только при наличии гастростомы).	100
Примечание к п. 36:		
1.	Решение о выплате по разделу 36 принимается в том случае, если диагноз установлен лечебно-профилактическим учреждением не ранее 3 месяцев со дня травмы, подтвержден справкой этого учреждения, данными инструментальных исследований (эзофагогастроскопии, рентгеновского исследования).	
37	Повреждение (разрыв, ожог, ранение) органов пищеварения, повлекшее за собой:	
37.1	Рубцовое сужение желудка, кишечника, заднепроходного отверстия, спаечную болезнь, как прямое следствие травмы, или операции, проведенной непосредственно в связи с травмой.	20
37.2	Кишечный свищ, кишечно-влагалищный свищ, свищ поджелудочной железы	40
Примечание к пп. 37.1-37.2:		
1.	При осложнениях травмы, предусмотренных в пунктах 37.1 – 37.2, решение о выплате принимается в том случае, если диагноз установлен лечебно-профилактическим учреждением не ранее 3 месяцев со дня травмы, подтвержден справкой этого учреждения и данными инструментальных исследований (рентгеновского исследования, компьютерной томографии, лапароскопии, лапаротомии).	
38.	Грыжа, образовавшаяся на месте повреждения передней брюшной стенки, диафрагмы.	5
Примечание к п. 38:		
1.	Выплаты по разделу 38 производятся дополнительно к выплатам, связанным с травмой органов живота, если грыжа явилась прямым следствием этой травмы.	
2.	Послеоперационные, врожденные грыжи, а также приобретенные грыжи, возникновение которых не связано непосредственно с полученной травмой, не дают оснований для выплаты	
39	Повреждение печени в результате травмы, повлекшее за собой:	
39.1	Подкапсульный разрыв печени, не потребовавший оперативного вмешательства	3
Примечание к п. 39.1:		
1.	Выплата по п. 39.1 производится только при условии подтверждения диагноза данными инструментальных исследований (ультразвукового, рентгеновского исследования, компьютерной томографии печени).	
39.2	Микроразрывы ткани печени, потребовавшие лечения в объеме коагуляции	5
39.3	Печеночную недостаточность	10
40	Повреждение печени, желчного пузыря в результате травмы, повлекшее за собой:	

40.1	Ушивание разрывов печени или удаление желчного пузыря	15
40.2	Ушивание разрывов печени и удаление желчного пузыря	20
40.3	Удаление части печени	20
40.4	Удаление части печени и желчного пузыря	30
41	Повреждение селезенки, повлекшее за собой:	
41.1	Подкапсульный разрыв селезенки, не потребовавший оперативного вмешательства	3
Примечание к п. 41.1:		
1. Выплата по п. 41.1 производится только при условии подтверждения диагноза данными инструментальных исследований (ультразвукового, рентгеновского исследования, компьютерной томографии селезенки).		
41.2	Микроразрывы селезенки, потребовавшие лечения в объеме коагуляции	5
41.3	Удаление селезенки	20
42	Повреждение желудка, кишечника, поджелудочной железы, брыжейки, повлекшее за собой:	
42.1	Резекцию желудка, резекция до 1 метра тонкой кишки, резекция одного отдела толстой кишки, резекцию хвоста поджелудочной железы	25
42.2	Гастрэктомия, удаление более 1 метра тонкой кишки, двух и более отделов толстой кишки, резекция 2/3 поджелудочной железы	35
Примечание к п. 42:		
1. При повреждениях, указанных в п. 42, сумма выплаты рассчитывается, как общая сумма повреждений, указанных в данных пунктах, но составляет не более 50 % при повреждениях, указанных в п. 42.1, не более 60%, при повреждениях, указанных в пп 42.1 и 42.2 и не более 90% при повреждениях, перечисленных в п 42.2		
2. Если в связи с полученным повреждением была наложена стома, дополнительно выплачивается 20% от страховой суммы. Решение о выплате принимается в том случае, если диагноз установлен лечебно-профилактическим учреждением не ранее 6 месяцев со дня травмы, подтвержден справкой этого учреждения.		
43	Повреждение органов брюшной полости, в связи с которым была произведена:	
43.1	Лапароскопия при подозрении и (или) повреждении органов брюшной полости (в том числе с лапароцентезом)	5
43.2	Лапаротомия при подозрении и (или) повреждении органов брюшной полости (в том числе с лапароскопией, лапароцентезом)	10
Примечание к пп. 40-43:		
1. Выплаты, предусмотренные в пунктах 40 – 43 производятся, если упомянутые в данных пунктах операции явились прямым следствием несчастного случая и осуществлялись непосредственно после страхового события		
2. Если предусматривается выплата по разделам 40 – 42, раздел 43 не применяется		

МОЧЕПОЛОВАЯ СИСТЕМА

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

МЯГКИЕ ТКАНИ

48	Повреждение мягких тканей лица, переднебоковой поверхности шеи, подчелюстной области, ушных раковин, приведшее к:	
48.1	Образованию рубцов с площадью от 10 до 19 кв. см	10
48.2	Образованию рубцов с площадью от 20 до 30 кв. см	30
48.3	Сильному изменению естественного вида лица (обезображиванию) или образованию рубцов с площадью более 30 кв. см.	55
Примечание к п. 48:		
1. К косметически заметным рубцам относятся рубцы, отличающиеся по окраске от окружающей кожи, втянутые или выступающие над ее поверхностью, стягивающие ткани.		
2. Решение о выплате по разделу 48 принимается в том случае, если диагноз установлен лечебно-профилактическим учреждением не ранее 1 месяца со дня травмы и подтвержден справкой этого учреждения.		
49	Повреждение мягких тканей волосистой части головы, туловища, конечностей, приведшее к образованию рубцов, а также ожогов III – IV степени и ранений площадью:	
49.1	от 1% до 4% поверхности тела	10
49.2	от 5% до 6% поверхности тела	15
49.3	от 7% до 8% поверхности тела	20

49.4	от 9% до 10% поверхности тела	25
49.5	11% и более.	30
Примечание к п. 49:		
1. 1% поверхности тела исследуемого равен площади его ладони и пальцев.		
2. Если производятся выплаты за оперативное вмешательство (при открытых повреждениях, переломах костей, пластике сухожилий, сшивании сосудов, нервов и др.), раздел 49 не применяется.		
3. Решение о выплате при рубцовых изменениях по разделу 49 принимается в том случае, если диагноз установлен лечебно-профилактическим учреждением не ранее 1 месяца со дня травмы и подтвержден справкой этого учреждения		
50	Ожоги мягких тканей туловища и конечностей II степени площадью:	
50.1	от 4% до 10% поверхности тела	5
50.2	от 11% и более поверхности тела	10
Примечание к пп. 48, 49, 50:		
1. Общая сумма выплат по разделам 48, 49, 50 не может превышать 40%		
51.	Ожоговая болезнь, ожоговый шок	10

ПОЗВОНОЧНИК

52	Перелом или вывих тел, дужек, суставных отростков позвонков (за исключением крестца и копчика)	
52.1	Одного-двух	7
52.2	трех и более	15
Примечание к п. 52:		
1. Решение о выплате по разделу 52 принимается в том случае, если диагноз установлен лечебно-профилактическим учреждением не ранее 1 месяца со дня травмы и подтвержден справкой этого учреждения. Состояние, определяемое как подвывих позвонка, не подлежит оплате.		
53	Частичный или полный разрыв межпозвоночных связок, при условии стационарного лечения 14 и более дней (за исключением копчика) В случае рецидива подвывиха позвонка, приведшего к разрыву межпозвоночных связок, страховое покрытие не выплачивается	5
54	Перелом поперечных или остистых отростков	
54.1	Одного-двух	2
54.2	трех или более	5
Примечание к пп.52-54:		
1. Если предусмотрены выплаты по разделу 52, раздел 54 не применяется		
55	Перелом крестца	10
56	Повреждение копчика	
56.1	Вывих, перелом копчиковых позвонков Состояние, определяемое как подвывих позвонка, не подлежит оплате.	5
56.2	Удаление копчиковых позвонков вследствие травмы	10

ВЕРХНЯЯ КОНЕЧНОСТЬ/ЛОПАТКА И КЛЮЧИЦА

57	Перелом тела лопатки, ключицы, разрыв акромиально-ключичного или грудино-ключичного сочленений	
57.1	Перелом одной кости или разрыв одного сочленения	5
57.2	Перелом двух костей, двойной перелом одной кости, разрыв двух сочленений или перелом одной кости и разрыв одного сочленения, переломо-вывих ключицы	10

ПЛЕЧЕВОЙ СУСТАВ

58	Повреждение плечевого сустава (суставной впадины, головки плечевой кости, анатомической, хирургической шейки, бугорков, связок, суставной сумки)	
58.1	Перелом суставной впадины лопатки, первичный подвывих плечевой кости, отрывы костных фрагментов, включая бугорок	5
58.2	Первичный вывих плечевой кости	10
Примечание к пп.58.2:		
1. Выплата по п.58.2 осуществляется за исключением рецидивов привычного вывиха плеча		
58.3	Перелом плечевой кости (головки, анатомической, хирургической шейки), переломо-вывих плечевой кости, несросшийся перелом (при лечении не менее 9 месяцев)	15
59	Повреждение плечевого сустава, приведшее к:	
59.1	Отсутствию подвижности в суставе (анкилозу). Под анкилозом понимается необратимое полное сращение и неподвижность сустава.	30
59.2	“Болтающемуся” плечевому суставу в результате резекции суставных поверхностей составляющих его костей.	40
Примечание к пп.58-59:		
1. Решение о выплате по разделу 59 принимается в том случае, если диагноз установлен лечебно-профилактическим учреждением не ранее 6 месяцев со дня травмы и подтвержден справкой этого учреждения.		
2. Если выплата была произведена по поводу травмы плечевого сустава по разделу 58, а затем осложнения вызвали необходимость произвести выплату по разделу 59, выплата должна быть сделана по одному из пунктов раздела 59, с удержанием суммы предыдущей выплаты по разделу 58.		

ПЛЕЧО

60	Перелом плечевой кости на любом уровне (за исключением области суставов)	
60.1	Без смещения	7
60.2	Со смещением	12
61	Травматическая ампутация плечевой кости на любом уровне или тяжелое повреждение, приведшее к ее ампутации	70
62	Травматическая ампутация верхней конечности с лопаткой, ключицей или их частями	65

ЛОКТЕВОЙ СУСТАВ

63	Повреждение области локтевого сустава	
63.1	Перелом одной кости без смещения отломков	5
63.2	Перелом одной кости со смещением отломков. Перелом двух костей без смещения отломков	7
63.3	Перелом двух костей со смещением отломков	12
64	Повреждение области локтевого сустава, приведшее к:	
64.1	Отсутствию подвижности в суставе (анкилозу). Под анкилозом понимается необратимое полное сращение и неподвижность сустава.	30
64.2	“Болтающемуся” локтевому суставу (в результате резекции суставных поверхностей составляющих его костей)	40
Примечание к пп. 63-64:		
1. Решение о выплате по разделу 64 принимается в том случае, если диагноз установлен лечебно-профилактическим учреждением не ранее 6 месяцев со дня травмы и подтвержден справкой этого учреждения. В этом случае дополнительных выплат в связи с трансплантацией не производится.		

2.	Если выплата была произведена по поводу травмы локтевого сустава по разделу 63, а затем осложнения вызвали необходимость произвести выплату по разделу 64, выплата должна быть сделана по одному из пунктов раздела 64, с удержанием суммы предыдущей выплаты по разделу 63.	
----	--	--

ПРЕДПЛЕЧЬЕ

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

ЛУЧЕЗАПЯСТНЫЙ СУСТАВ

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

КОСТИ КИСТИ

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

ПАЛЬЦЫ РУКИ/БОЛЬШОЙ ПАЛЕЦ

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

ВТОРОЙ, ТРЕТИЙ, ЧЕТВЕРТЫЙ, ПЯТЫЙ ПАЛЬЦЫ

74.1	Перелом одной-двух фаланг	1
74.2	Перелом трех и более фаланг	3
75	Повреждение пальца, повлекшее за собой отсутствие подвижности в суставе (анкилоз). Под анкилозом понимается необратимое полное сращение и неподвижность сустава.	2
Примечание к п. 75:		
1.	Решение о выплате по п. 75 принимается в том случае, если диагноз установлен лечебно-профилактическим учреждением не ранее 6 месяцев со дня травмы и подтвержден справкой этого учреждения.	
76	Травматическая ампутация или повреждение пальца, приведшее к ампутации:	
76.1	Пальца на уровне ногтевой фаланги (потеря фаланги)	2
76.2	Пальца на уровне средней фаланги (потеря двух фаланг)	3
76.3	Пальца на уровне основной фаланги (потеря пальца)	5
76.4	Пястной кости	10
76.5	Всех пальцев одной кисти Гнойные воспаления пальцев рук не дают оснований для дополнительной выплаты	50

ТАЗ

77	Перелом костей таза:	
77.1	Перелом крыла	5
77.2	Перелом лонной, седалищной кости, тела подвздошной кости, вертлужной впадины	10
77.3	Перелом двух и более костей	15
78	Разрыв лонного, крестцово-подвздошного сочленения:	
78.1	Одного-двух	10
78.2	Более двух	15

НИЖНЯЯ КОНЕЧНОСТЬ/ТАЗОБЕДРЕННЫЙ СУСТАВ

79	Повреждение тазобедренного сустава:	
79.1	Вывих тазобедренного сустава с отрывом костного фрагмента (фрагментов)	3
79.2	Изолированный отрыв вертела (вертелов)	5
79.3	Перелом головки, шейки, проксимального метафиза бедра	15
80	Повреждение тазобедренного сустава, повлекшее за собой:	

80.1	Отсутствие подвижности (анкилоз). Под анкилозом понимается необратимое полное сращение и неподвижность сустава.	20
80.2	“Болтающийся” сустав (в результате резекции головки бедра, вертлужной впадины).	50
Примечание к пп. 79-80:		
1. Решение о выплате по разделу 80 принимается в том случае, если диагноз установлен лечебно-профилактическим учреждением не ранее 6 месяцев со дня травмы и подтвержден справкой этого учреждения. В этом случае дополнительных выплат в связи с трансплантацией не производится.		
2. Если выплата была произведена по поводу травмы тазобедренного сустава по разделу 79, а затем осложнения вызвали необходимость произвести выплату по разделу 80, выплата должна быть сделана по одному из пунктов раздела 80, с удержанием суммы предыдущей выплаты по разделу 79.		

БЕДРО

81	Перелом бедра на любом уровне (за исключением области суставов):	
81.1	Без смещения отломков	15
81.2	Со смещением отломков	20
82.	Перелом бедра, осложнившийся образованием ложного сустава (несросшийся перелом)	45
83.	Травматическая ампутация или тяжелое повреждение, приведшее к ампутации конечности на любом уровне бедра:	
83.1	Одной конечности	60
83.2	Единственной конечности	100
Примечание к пп. 77-83: если установлены патологические изменения, оговоренные в разделах 77, 78, 79, 80, 81, 82, 83, общая сумма выплат на одну нижнюю конечность не должна превышать 70% верхней 1/2 бедра 60% нижняя 1/2 бедра		

КОЛЕННЫЙ СУСТАВ

84	Повреждение коленного сустава, повлекшее за собой:	
84.1	Перелом надколенника, перелом надмыщелка (надмыщелков), перелом головки малой берцовой кости	5
Примечание к п. 84.1:		
1. Выплата по пункту 84.1 производится по любому из перечисленных повреждений, а также при наличии нескольких повреждений, не суммируясь, однократно в период действия договора. При повторных повреждениях, перечисленных в пункте 84.1 и произошедших в период страхования выплата не осуществляется.		
84.2	Перелом мыщелка (мышцелков), межмышцелковых возвышений, проксимального метафиза большеберцовой кости	10
84.3	Перелом проксимального метафиза большеберцовой кости с головкой малоберцовой кости, дистального эпифиза бедренной кости	15
84.4	Перелом дистального эпифиза бедра и проксимального эпифиза большеберцовой кости)	20
Примечание к пп. 84.1-84.2:		
1. При сочетании пп 84.1, 84.2, выплата суммируется		
85	Повреждение коленного сустава, повлекшее за собой:	
85.1	Отсутствие подвижности в колене (анкилоз). Под анкилозом понимается необратимое полное сращение и неподвижность сустава.	30
85.2	“Болтающийся” коленный сустав (в результате резекции суставных поверхностей составляющих его костей).	40
Примечание к пп 84-85:		
1. Решение о выплате по разделу 84 принимается в том случае, если диагноз установлен лечебно-профилактическим учреждением не ранее 6 месяцев со дня травмы и подтвержден справкой этого учреждения. В этом случае дополнительных выплат в связи с трансплантацией не производится.		
2. Если выплата была произведена по поводу травмы коленного сустава по разделу 84, а затем осложнения вызвали необходимость произвести выплату по разделу 85, выплата должна быть сделана по одному из пунктов раздела 85, с удержанием суммы предыдущей выплаты по разделу 84.		

ГОЛЕНЬ

86	Перелом костей голени (за исключением области суставов)	
86.1	Малоберцовой кости	10
86.2	Большеберцовой кости	15
86.3	Обеих костей голени	20
87.	Травматическая ампутация или тяжелое повреждение, повлекшее за собой:	
87.1	Экзартикуляцию в коленном суставе.	40
Примечание к пп.86-87:		
1. В этом случае дополнительных выплат в связи с трансплантацией не производится.		
2. Если выплата была произведена по поводу травмы голени по разделу 86, а затем осложнения вызвали необходимость произвести выплату по п. 87.1, выплата должна быть сделана по п. 87,1, с удержанием суммы предыдущей выплаты по разделу 86.		
87.2	Ампутацию голени на любом уровне	45
Примечание к пп. 84-87:		
1. Если установлены патологические изменения по разделам 84, 85, 86, 87, общая сумма выплат не должна превышать на одну ногу дистальнее коленного сустава – 50%, дистальнее середины голени – 45%		

ГОЛЕНОСТОПНЫЙ СУСТАВ

88	Повреждение области голеностопного сустава	
88.1	Перелом лодыжки или края большеберцовой кости	3
88.2	Перелом обеих лодыжек, перелом лодыжки с краем большеберцовой кости, разрыв дистального межберцового синдесмоза	7
88.3	Перелом обеих лодыжек с краем большеберцовой кости, разрыв дистального межберцового синдесмоза с вывихом (подвывихом) ступни	15
89	Повреждение голеностопного сустава, повлекшее за собой	
89.1	Отсутствие подвижности сустава (анкилоз). Под анкилозом понимается необратимое полное сращение и неподвижность сустава.	25
89.2	Экзартикуляцию в голеностопном суставе.	30
89.3	“Болтающийся” голеностопный сустав (в результате резекции суставных поверхностей составляющих его костей)	35
Примечание к пп. 88-89:		
1. Решение о выплате по разделу 89 принимается в том случае, если диагноз установлен лечебно-профилактическим учреждением не ранее 6 месяцев со дня травмы и подтвержден заключением томограммы и справкой медицинского учреждения.		
2. Если выплата была произведена по поводу травмы голеностопного сустава по разделу 88, а затем осложнения вызвали необходимость произвести выплату по разделу 89, выплата должна быть сделана по одному из пунктов раздела 89, с удержанием суммы предыдущей выплаты по разделу 88.		
90.	Разрыв ахиллова сухожилия	2

СТОПА

91	Повреждение стопы	
91.1	Перелом одной, двух костей	2

91.2	Перелом трех и более костей, пяточной кости	7
92	Травматическая ампутация или тяжелое повреждение стопы, повлекшее за собой ее ампутацию на уровне:	
92.1	Плоснефаланговых суставов (отсутствие всех пальцев стопы)	20
92.2	Всех плосневых костей	20
92.3	Предплюсны	25
92.4	Таранной, пяточной костей, голеностопного сустава (потеря стопы)	35
Примечание к пп. 88-92:		
1. Если установлены патологические изменения, предусмотренные разделами 88, 89, 90, 91, 92, то общая сумма выплат не должна превышать 40% на одну стопу		

ПАЛЬЦЫ СТОПЫ

93	Переломы фаланг (фаланги), пальца (пальцев) одной стопы:	
93.1	Перелом одной фаланги, нескольких фаланг одного- двух пальцев	1
93.2	Перелом одной фаланги или нескольких фаланг, трех-пяти пальцев	5
94	Травматическая ампутация или повреждение, повлекшее за собой ампутацию первого пальца:	
94.1	На уровне ногтевой фаланги (потеря ногтевой фаланги)	2
94.2	На уровне основной фаланги (потеря пальца)	5

Второго, третьего, четвертого, пятого пальцев

94.3	Одного-двух пальцев на уровне ногтевых или средних фаланг	1
94.4	Одного пальца на уровне основной фаланги (потеря пальца)	2

* * *

95.	Повреждение, повлекшее за собой развитие посттравматического тромбоза, лимфостаза, остеомиелита, нарушение трофики	5
Примечание к п. 95:		
1. Решение о выплате по разделу 95 применяется при тромбозах, лимфостазе и нарушениях трофики, наступивших вследствие травмы опорно-двигательного аппарата (за исключением повреждения крупных периферических сосудов и нервов), если диагноз установлен лечебно-профилактическим учреждением не ранее 6 месяцев со дня травмы и подтвержден справкой этого учреждения.		
2. Гнойные воспаления пальцев стоп не дают оснований для выплаты по разделу 95		
96.	Травматический шок или шок, развившийся вследствие острой кровопотери, связанной с травмой (геморрагический шок)	10