



**ПРАВИЛА
смешанного страхования
жизни физических лиц № 06/17**

ERGO

Страховать – значит понимать.

Уважаемый клиент!

Спасибо, что доверили нам заботу о Вас и Ваших близких.

Специально для Вас и Вашей семьи мы разработали краткую памятку о порядке действий при наступлении страхового случая.

Что делать при наступлении страхового случая?



При наступлении страхового случая Вам необходимо уведомить компанию о случившемся одним из наиболее удобных для Вас способов:

1. Обратиться в наш круглосуточный Контакт-центр по телефону:
8 (800) 200-22-24 (бесплатно по России)
2. Отправить подробную информацию о произошедшем событии, изложенную Вами в свободной форме по электронной почте на адрес: **info@ergo.ru**

Надеемся, что наше сотрудничество будет долгим и приятным!

С уважением,
Центр по работе с клиентами



Утверждаю
Генеральный директор
ООО «СК «ЭРГО Жизнь»
22 июня 2017 года

Дмитрий Демидов

ПРАВИЛА СМЕШАННОГО СТРАХОВАНИЯ ЖИЗНИ ФИЗИЧЕСКИХ ЛИЦ № 06/17

от 22 июня 2017 года

СОДЕРЖАНИЕ

1. Общие положения	4
2. Субъекты страхования	4
3. Объект страхования	4
4. Страховые риски, страховые случаи	4
5. Программы страхования	5
6. Исключения из объема страхового покрытия	5
7. Страховые суммы	5
8. Страховая премия (страховые взносы), форма и порядок оплаты	5
9. Порядок заключения, форма и действие договора страхования	6
10. Права и обязанности сторон по договору страхования	7
11. Определение размера и порядок осуществления страховых выплат	7
12. Прекращение действия договора страхования	8
13. Валютный эквивалент	9
14. Обстоятельства непреодолимой силы (форс-мажор)	9
15. Порядок разрешения споров	9
Приложения:	
1. Дополнительная Программа 1. «Страхование на случай смерти в результате несчастного случая»	10
2. Дополнительная Программа 2. «Страхование на случай инвалидности 1 или 2 группы по любой причине»	11
3. Дополнительная Программа 3. «Страхование на случай инвалидности 1 или 2 группы по любой причине с освобождением от уплаты взносов по Основной программе»	12
4. Дополнительная Программа 4. «Страхование на случай первичного диагностирования критического заболевания»	13

1. ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ

1.1. В соответствии с действующим законодательством Российской Федерации (РФ) и на основании настоящих Правил смешанного страхования жизни физических лиц № 06 / 17 от 22 июня 2017 года (далее по тексту – Правила) Общество с ограниченной ответственностью «Страховая компания «ЭРГО Жизнь» (далее по тексту – Страховщик) заключает договоры смешанного страхования жизни физических лиц (далее – Договоры страхования) с физическими и юридическими лицами, а также индивидуальными предпринимателями (далее по тексту – Страхователи), в соответствии с которыми производится страховые выплаты при наступлении страховых случаев, оговоренных в Договоре страхования, в отношении самого Страхователя (физического лица) или другого названного в Договоре страхования лица (Застрахованного Лица).

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

1.3. Основные термины, используемые в настоящих Правилах.

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.

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

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

Болезнь – нарушение состояния здоровья Застрахованного Лица, не вызванное несчастным случаем, диагностированное 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.

Страховая выплата – денежная сумма, выплачиваемая Страховщиком Выгодоприобретателю или наследникам Застрахованного Лица при наступлении страхового случая, предусмотренного Договором страхования, путем выдачи наличных денежных средств, перечисления на банковский счет либо зачисления суммы страховой выплаты в счет страховой премии по страхованию жизни в соответствии с условиями Основной программы Договора страхования.

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.

Дополнительная программа страхования – дополнительные условия к Договору страхования, содержащиеся в Приложениях 1-4 к настоящим Правилам.

Выжидательный период – срок, установленный в Договоре страхования, после полной уплаты всей суммы страховой премии по Договору страхования и до даты начала периода выплат по риску дожития до определенного в Договоре страхования срока.

Выкупная сумма – денежная сумма в пределах сформированного в установленном порядке страхового резерва на день прекращения Договора страхования, возвращаемая Страхователю (законным наследником Страхователя) при расторжении Договора страхования, рассчитываемая в соответствии с условиями Договора страхования (в зависимости от срока действия Договора, возраста лица на момент заключения Договора, периода уплаты премии, периодичности уплаты премии). Выкупная сумма на первые 2 года действия Договора страхования устанавливается равной 0 (ноль).

Критическое заболевание – заболевание, значительно нарушающее жизненный уклад и ухудшающее качество жизни Застрахованного Лица, приводящее к инвалидности и характеризующееся чрезвычайно высоким уровнем смертности. Перечень критических заболеваний для целей настоящих Правил страхования установлен Дополнительной программой 4 (Приложение № 4 к Правилам).

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

соответствующих законодательных и подзаконных актов.

2. СУБЪЕКТЫ СТРАХОВАНИЯ

2.1. Страхователями признаются дееспособные физические лица, юридические лица любой организационно-правовой формы, индивидуальные предприниматели, заключившие Договор смешанного страхования жизни физических лиц в отношении самого Страхователя или другого названного в Договоре физического лица (далее по тексту – Застрахованного Лица). Если по Договору страхования застрахованы жизнь и здоровье самого Страхователя, то он одновременно является Застрахованным Лицом.

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

2.3. **Выгодоприобретатель** – одно или несколько лиц, назначенных Страхователем для получения страховых выплат по Договору страхования. **Право на получение страховых выплат принадлежит Застрахованному Лицу, если в Договоре страхования не названо в качестве Выгодоприобретателя другое лицо. Если Выгодоприобретатель не назначен, в случае смерти Застрахованного Лица Выгодоприобретателями признаются его законные наследники.**

2.4. По Договору страхования Страхователь вправе назначить физическое или юридическое лицо в качестве получателя страховой выплаты – Выгодоприобретателя по риску «Смерть Застрахованного Лица». Выгодоприобретателем по риску «Впервые установление Застрахованному Лицу инвалидности 1 или 2 группы по любой причине с освобождением от уплаты взносов по Основной программе» всегда является Страхователь. Выгодоприобретателем по остальным страховым рискам всегда является Застрахованное Лицо.

3. ОБЪЕКТ СТРАХОВАНИЯ

3.1. Объектом страхования по настоящим Правилам являются не противоречащие законодательству РФ имущественные интересы, связанные с дожитием Застрахованного Лица до определенного срока, причинением вреда жизни и здоровью, смертью Застрахованного Лица.

3.2. Возраст Застрахованного Лица на момент заключения Договора страхования может составлять от 16 до 65 лет, при этом оплата страховой премии должна быть завершена до достижения лицом 65-летнего возраста. Допускается заключение Договора страхования в отношении лиц в возрасте от 65 до 70 лет на момент заключения Договора страхования при условии внесения всей суммы страховой премии единовременным платежом при заключении Договора страхования.

Обратите внимание!

3.3. Не подлежат страхованию в соответствии с настоящими Правилами следующие категории лиц:
3.3.1. лица, страдающие нервно-психическими заболеваниями и / или расстройствами;
3.3.2. лица, больные СПИДом или ВИЧ-инфицированные;
3.3.3. лица, нуждающиеся в постоянном уходе в соответствии с медицинским заключением.

3.4. Если впоследствии будет установлено, что Договор заключен в отношении лиц, указанных в пп. 3.3., то Страховщик вправе потребовать признания такого Договора недействительным с момента заключения, при этом выплаты по такому Договору страхования не производятся.

3.5. Территория страхового покрытия: страховое покрытие действует 24 часа в сутки, 365 дней в году, по всему миру.

3.6. На особых условиях с применением повышающего коэффициента при расчете страхового тарифа принимаются на страхование лица, являющиеся на момент заключения Договора страхования инвалидами 1 или 2 группы, имеющие действующее направление на медико-социальную экспертизу, а так же лица, направленные на момент заключения Договора страхования на медико-социальную экспертизу для установления инвалидности.

4. СТРАХОВЫЕ РИСКИ, СТРАХОВЫЕ СЛУЧАИ

4.1. Страховыми рисками по программам страхования, включенным в настоящие Правила, признаются следующие предполагаемые события, на случай наступления которых проводится страхование в соответствии с настоящими Правилами:

4.1.1. Смерть Застрахованного Лица по любой причине в течение срока страхования, за исключением случаев, предусмотренных в п. 6 настоящих Правил (далее «Смерть Застрахованного Лица»);

4.1.2. Дожитие Застрахованного Лица до оговоренных в Договоре страхования сроков (далее «Дожитие Застрахованного Лица»);

4.1.3. Смерть Застрахованного Лица в результате несчастного случая;

4.1.4. Впервые установление Застрахованному Лицу инвалидности 1 или 2 группы по любой причине;

4.1.5. Впервые установление Застрахованному Лицу инвалидности 1 или 2 группы по любой причине с освобождением от уплаты взносов по Основной программе;

4.1.6. Постановка диагноза «критическое заболевание» Застрахованному Лицу, впервые диагностированное врачом в период срока страхования.

Обратите внимание!

4.2. По риску, указанному в пп. 4.1.5 настоящих Правил, Договор страхования может быть заключен только в случае если Застрахованным Лицом является Страхователь, и при этом Договором страхования установлен порядок уплаты страховой премии по Основной программе в рассрочку.

4.3. Страховым случаем является свершившееся событие, предусмотренное Договором страхования, с наступлением которого возникает обязательство Страховщика осуществить страховую выплату Застрахованному Лицу или Выгодоприобретателю.

5. ПРОГРАММЫ СТРАХОВАНИЯ

5.1. Основная программа страхования. Страховые случаи:

5.1.1. Дожитие Застрахованного Лица до оговоренных в Договоре страхования сроков;

5.1.2. Смерть Застрахованного Лица по любой причине в течение срока страхования.

5.2. Дополнительные программы страхования:

5.2.1. Дополнительная программа 1 – «Страхование на случай смерти в результате несчастного случая» – Приложение № 1 к Правилам;

5.2.2. Дополнительная программа 2 – «Страхование на случай инвалидности 1 или 2 группы по любой причине» – Приложение № 2 к Правилам;

5.2.3. Дополнительная программа 3 – «Страхование на случай инвалидности 1 или 2 группы по любой причине с освобождением от уплаты взносов по Основной программе» – Приложение № 3 к Правилам;

5.2.4. Дополнительная программа 4 – «Страхование на случай первичного диагностирования критического заболевания» – Приложение № 4 к Правилам.

5.3. Страхование по Дополнительным программам страхования может осуществляться только как дополнение к Основной программе страхования, при этом выбор комбинаций Дополнительных программ 1, 2, 3, 4 осуществляется Страхователем с учетом ограничений, установленных для каждой из Дополнительных программ.

5.4. Срок действия Дополнительных программ страхования устанавливается по одному из следующих вариантов:

5.4.1. Дополнительные программы страхования 1, 2, 3, 4 действуют в течение периода оплаты страховой премии по Договору страхования, при этом действие Дополнительных программ прекращается со следующего за годом страхования, в котором была внесена вся сумма страховой премии либо зачтена в счет уплаты премии страховая выплата при освобождении от уплаты страховых взносов, года страхования (следующего полисного года);

5.4.2. Дополнительные программы страхования 1, 2, 4 действуют в течение срока действия Основной программы Договора страхования. Дополнительная программа страхования 3 действует в течение периода оплаты страховой премии по Договору страхования, при этом действие Дополнительной программы прекращается со следующего за годом страхования, в котором была внесена вся сумма страховой премии либо зачтена в счет уплаты премии страховая выплата при освобождении от уплаты страховых взносов, года страхования (следующего полисного года).

5.5. В случае неуплаты страховой премии по Дополнительным программам страхования, перечисленным в пп. 5.2. Правил, данные программы прекращают свое действие.

6. ИСКЛЮЧЕНИЯ ИЗ ОБЪЕМА СТРАХОВОГО ПОКРЫТИЯ

6.1. По Договорам страхования, заключенным на основании настоящих Правил, не являются страховыми случаями и не покрываются Договором страхования события, предусмотренные в пп. 5.1.2 настоящих Правил, прямой или косвенной причиной которых являются:

6.1.1. войны. Под понятием «война» в настоящих Правилах понимается следующее: война или военные операции, мировая война (в одинаковой мере как объявленная, так и не объявленная), вторжение, действия внешних врагов, военные действия, военный мятеж, бунт, общественные (массовые) беспорядки, гражданская война, восстание, революция, заговор, захват, узурпация власти военными, военное положение, либо период осады, либо события или основания для объявления войны;

6.1.2. совершение или попытка совершения умышленного преступления Застрахованным Лицом, если такие преступления, противоправные действия и иная незаконная деятельность будет иметь прямую связь с возникновением события, которое могло быть признано страховым случаем;

6.1.3. любое преднамеренное действие Страхователя, Застрахованного Лица или Выгодоприобретателя, направленное на наступление страхового случая;

6.1.4. воздействие ядерного взрыва, радиации или радиоактивного заражения.

6.2. По Договорам страхования, заключенным на основании настоящих Правил, не являются страховыми случаями и не покрываются события, предусмотренные в пп.-пп. 5.2.1, 5.2.2, 5.2.3,

5.2.4 настоящих Правил, прямой или косвенной причиной которых являются:

6.2.1. воздействие ядерного взрыва, радиации или радиоактивного заражения;

6.2.2. употребление Застрахованным Лицом любых лекарств, медицинских препаратов или средств, не предписанных квалифицированным врачом;

6.2.3. употребление Застрахованным Лицом алкоголесодержащих и наркотических веществ, за исключением медицинских препаратов, предписанных квалифицированным врачом;

6.2.4. самоубийство или попытка самоубийства Застрахованного Лица, если Договор страхования к моменту наступления указанного события действовал менее двух лет;

6.2.5. служба Застрахованного Лица в рядах вооруженных сил любого государства;

6.2.6. управление Застрахованным Лицом транспортным средством любой категории, когда Застрахованное Лицо не имеет права управления таким транспортным средством (право управления подтверждается водительским удостоверением установленного образца), которое имеет силу на территории государства, где произошло событие, имеющее

признаки страхового случая), либо когда Застрахованное Лицо управляло транспортным средством в состоянии алкогольного, наркотического или токсического опьянения, или под воздействием медикаментозных препаратов, использование которых противопоказано при управлении транспортным средством, в случае если установлена прямая причинно-следственная связь между наличием опьянения / воздействия препаратов и произошедшим событием.

6.3. Если Застрахованное Лицо умерло в результате событий, перечисленных в пп.-пп. 6.1.1, 6.1.2, 6.1.3 настоящих Правил, Страховщик выплатит Выкупную сумму, рассчитанную на момент смерти Застрахованного Лица, Страхователю или законным наследникам Страхователя (в случае совпадения Страхователя и Застрахованного Лица) на основании письменного заявления и предоставления документов, подтверждающих факт наступления события и его обстоятельства. Если Застрахованное Лицо умерло в результате событий, перечисленных в пп. 6.2. Правил, то выплата Выкупной суммы не производится.

6.4. В случае самоубийства Застрахованного Лица, независимо от его / ее психического состояния, в течение первых двух лет действия Договора страхования, размер выкупной суммы, подлежащей возврату Страхователю, устанавливается равным нулю.

6.5. Если самоубийство Застрахованного Лица произошло после двух полных лет действия Договора страхования, Страховщик выплатит страховую сумму (в соответствии с п. 11 настоящих Правил), за вычетом всех задолженностей Страхователя по уплате страховых взносов перед Страховщиком.

6.6. Страховщик имеет право отказать в страховой выплате по любому риску, если выяснится, что при заключении Договора страхования / Полиса Страхователь (Застрахованное Лицо) указал(-и) заведомо ложные сведения о состоянии здоровья, профессиональной деятельности Застрахованного Лица и о занятиях спортом на момент заключения Договора страхования.

7. СТРАХОВЫЕ СУММЫ

7.1. Страховые суммы определяются по соглашению Страхователя и Страховщика в Страховом Полисе с учетом ограничений, установленных настоящими Правилами.

7.2. Страховая сумма по страховому случаю, указанному в пп. 5.1.2 Правил, устанавливается одним из следующих способов:

а) фиксированная на весь срок страхования сумма, подлежащая выплате Выгодоприобретателю при наступлении страхового случая;

б) фиксированная на каждый год срока страхования сумма, подлежащая выплате Выгодоприобретателю при наступлении страхового случая.

7.3. Размер Страховых сумм по Дополнительным программам страхования устанавливается Дополнительными программами, но при этом в любом

случае не может превышать суммы в размере 5-ти годовых доходов Застрахованного Лица.

7.4. При заключении Договора страхования стороны могут согласовать условия дополнительной выплаты в зависимости от результатов инвестиционной деятельности Страховщика по размещению средств страховых резервов (участие Страхователя в дополнительном инвестиционном доходе Страховщика). Порядок начисления дополнительного инвестиционного дохода изложен в п. 11 Правил «Определение размера и порядок осуществления страховых выплат».

8. СТРАХОВАЯ ПРЕМИЯ (СТРАХОВЫЕ ВЗНОСЫ), ФОРМА И ПОРЯДОК ОПЛАТЫ

8.1. Страховые премии (взносы), форма и порядок их оплаты определяются по соглашению Страхователя и Страховщика в Страховом Полисе.

8.2. Страховая премия рассчитывается исходя из величины страховой суммы, установленной в Страховом Полисе и страховых тарифов, определяемых Страховщиком и направленных в орган страхового надзора РФ в порядке, предусмотренном законодательством РФ.

8.3. Договором страхования устанавливается следующая периодичность оплаты премии:

8.3.1. равными долями с установленной периодичностью (ежеквартально, раз в полгода, ежегодно);

8.3.2. разновеликими страховыми взносами. Размер каждого страхового взноса и сроки его уплаты устанавливаются Договором страхования;

8.3.3. единовременным платежом, при этом обязательства Страхователя в части оплаты взносов считаются исполненными с момента оплаты страхового взноса в полном объеме.

8.4. В случаях, если Договором страхования предусмотрен порядок расчетов, указанный в пп.-пп. 8.3.1 или 8.3.2. настоящих Правил страхования, Страхователю предоставляется льготный период для уплаты очередного взноса. Льготный период составляет 30 (тридцать) календарных дней и начинается с даты возникновения обязанности Страхователя по оплате очередного страхового взноса.

Обратите внимание!

Если в течение льготного периода Страхователь не оплатил очередную часть страховой премии, Страховщик вправе расторгнуть Договор страхования в порядке, установленном настоящими Правилами страхования. Если страховой случай наступил в течение льготного периода, то Страховщик вправе при определении размера страховой выплаты уменьшить ее на сумму просроченного страхового взноса, который Страхователь должен был оплатить.

8.5. Периодичность уплаты взносов: единовременно, ежеквартально, раз в полгода, ежегодно.

8.6. При заключении Договора страхования Стороны вправе согласовать иной порядок уплаты страховой премии (взносов), чем установленный настоящими Правилами, при этом такие положения Договора страхования будут действительны при условии соблюдения письменной формы Договора страхования и подписания таких дополнений к Договору надлежаше уполномоченными лицами.

8.7. Страховая премия указывается в Страховом Полисе и подлежит оплате Страхователем безналичным порядком или наличными денежными средствами с учетом требований действующего на момент уплаты взносов законодательства, регулирующих порядок осуществления расчетов.

8.8. Периодичность уплаты страховых взносов по Дополнительным программам страхования соответствует выбранной периодичности по Основной программе.

8.9. Датой поступления Страховщику страховой премии (страхового взноса) является дата поступления денежных средств на расчетный счет (при уплате денежных средств безналичным способом) или в кассу (при уплате денежных средств наличным способом) Страховщика.

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

8.11. В случае если установленный первый или единовременный страховой взнос был оплачен не полностью, Страховщик вправе либо любым доступным способом согласовать со Страхователем доплату страхового взноса (при этом Договор страхования вступает в силу с даты поступления указанной суммы в полном объеме на расчетный счет или в кассу Страховщика), либо соответственно уменьшить страховую сумму, уведомив об этом Страхователя письменно, либо (в случае невозможности согласования) вернуть оплаченную часть страховой премии Страхователю.

9. ПОРЯДОК ЗАКЛЮЧЕНИЯ, ФОРМА И ДЕЙСТВИЕ ДОГОВОРА СТРАХОВАНИЯ

9.1. Договоры страхования заключаются на условиях, содержащихся в настоящих Правилах и Приложениях к Правилам (которые являются неотъемлемой частью Правил), и которые обязательны для исполнения Страхователем и Страховщиком.

9.2. Договор страхования заключается в письменной форме на основании следующих документов, предоставляемых Страхователем Страховщику:

- Заявление на страхование;
- Копии документов, идентифицирующих Страхователя, Застрахованного Лица и / или Выгодоприобретателя, а так же полномочия лиц, действующих от их имени;

Для физического лица или индивидуального предпринимателя:

- Для граждан РФ: паспорт гражданина РФ; свидетельство органов ЗАГС, органа исполнительной власти или органа местного самоуправления о рождении гражданина – для гражданина РФ, не достигшего 14 лет; общегражданский заграничный паспорт для лиц, постоянно проживающих за пределами РФ; паспорт моряка; удостоверение личности военнослужащего или военный билет; временное удостоверение личности гражданина РФ, выдаваемое органом внутренних дел до оформления паспорта; свидетельство из ЕГРИП; ИНН (если имеется); номер телефона (если имеется); сведения (документы) о финансовом положении (копии годовой бухгалтерской отчетности, и (или) копии налоговой декларации).
- Для иностранных граждан и лиц без гражданства: гражданство; данные миграционной карты; номер карты, дата начала срока пребывания и дата окончания срока пребывания в РФ; данные документа, подтверждающего право на пребывание (проживание) в РФ; серия (если имеется) и номер документа, удостоверяющего личность; адрес места жительства (регистрации); ИНН (если имеется); номер телефона (если имеется); сведения (документы) о финансовом положении (копии годовой бухгалтерской отчетности, и (или) копии налоговой декларации).

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

9.3. При заполнении заявления на страхование и заключении Договора страхования (подписании Страхового Полиса) Страхователь (Застрахованное Лицо) обязан сообщить Страховщику обстоятельство, имеющие существенное значение для определения вероятности наступления страхового случая и размера возможных убытков от его наступления,

а также предоставить по запросу Страховщика документы, которые могут подтвердить возможность быть застрахованным по состоянию здоровья Страхователя или Лица, заявленных на страхование:

- должностные инструкции Застрахованного Лица;
- дополнительные опросники по профессиональной деятельности Застрахованного Лица;
- финансовую анкету;
- декларацию о доходах Страхователя / Застрахованного Лица, или 2 НДФЛ, или справка в свободной форме с места работы, подписанная главным бухгалтером организации;
- информацию о ранее заключенных договорах страхования;
- отчет медицинского обследования;
- медицинское заключение врача-специалиста в зависимости от патологии, указанной в анкете;
- специальные опросники по заявленной патологии / заболеванию;
- протокол операции;
- выписной эпикриз из лечебного учреждения по месту получения медицинской помощи;
- 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;
- результаты исследований функции внешнего дыхания;
- данные гистологического исследования;
- результаты суточного мониторирования АД и ЭКГ;
- результаты офтальмологических исследований
- «Анкету путешествия / международная командировка»;
- опросник «Риски пребывания при поездках за рубеж»;
- опросники по видам спорта.

Такие документы могут быть затребованы Страховщиком до принятия решения о заключении Договора страхования. **Подписывая Договор страхования Страхователь (Застрахованное Лицо) соглашается с тем, что непредставление указанных в настоящем пункте медицинских документов (отказа от прохождения медицинского андеррайтинга) влечет за собой возможность заключения Договора страхования только на условиях, предусматривающих применение к страховому тарифу повышающих коэффициентов.**

Обратите внимание!

Если в течение действия Договора страхования будет установлено, что Страхователь сообщил Страховщику заведомо ложные или неполные сведения, Страховщик вправе потребовать признания Договора недействительным в порядке, предусмотренном законодательством РФ.

9.4. Договор страхования заключается путем вручения Страховщиком Страхователю на основании его заявления (устного или письменного) Страхового Полиса, подписанного Страховщиком. Полис считается врученным Страхователю лично, что удостоверяется подписью Страхователя на копии или втором экземпляре Полиса.

9.5. Право на подписание Страхового Полиса принадлежит Страхователю. Если Застрахованное Лицо и Страхователь – разные лица, Страховой Полис должен быть также подписан Застрахованным Лицом. Страховщик не несет ответственности за действительность подписей Страхователя и Застрахованного Лица.

9.6. Договор страхования вступает в силу с даты, указанной в Договоре страхования, но не ранее 00 часов дня, следующего за днем поступления страхового премии или первого страхового взноса в полном объеме на расчетный счет Страховщика.

9.7. В случае утраты Страхового Полиса Страхователем, Страховщик на основании личного письменного заявления Страхователя выдает дубликат документа.

9.8. Вся корреспонденция по Договору страхования направляется по адресам, которые указаны в Страховом Полисе. В случае изменения адресов и / или реквизитов сторон, стороны обязуются своевременно известить друг друга об этом. Если сторона не была извещена об изменении адреса и / или реквизитов другой стороны своевременно, то вся корреспонденция, направленная по прежнему адресу, будет считаться полученной с даты ее поступления по прежнему адресу.

9.9. Любые уведомления и извещения в связи с заключением, исполнением или прекращением договорных правоотношений, считаются направленными сторонами в адрес друг друга, только если они сделаны в письменной форме.

9.10. Все изменения и дополнения к Договору (в том числе в случае перевода Полиса в оплаченный с соответствующим уменьшением страховой суммы) оформляются в виде дополнительных соглашений к Договору страхования (Страховому Полису). Любые изменения и дополнения к Договору действительны только в случае, если они не противоречат законодательству РФ, настоящим Правилам, если эти изменения и дополнения приняты по соглашению сторон, составлены в письменной форме и скреплены подписью и печатью Страховщика и подписью Страхователя.

9.11. Срок действия Договора страхования, заключенного на основании настоящих Правил по Основной программе устанавливается в Договоре страхования по соглашению сторон.

9.12. Договор страхования может предусматривать выжидательный период, устанавливаемый в Страховом Полисе. 9.13. В случае увеличения страховых и / или выкупных сумм по инициативе Страховщика, Страховщик направляет Страхователю письменное уведомление об изменениях за 30 (тридцать) дней до даты их внесения. Изменения вступают

в силу с даты, указанной в уведомлении, при условии, что Страхователь не направил соответствующее возражение в сроки, указанные в уведомлении Страховщика.

10. ПРАВА И ОБЯЗАННОСТИ СТОРОН ПО ДОГОВОРУ СТРАХОВАНИЯ

10.1. В период действия Договора страхования Страхователь (Застрахованное Лицо) имеет право:

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

10.1.2. вносить изменения в Договор страхования по согласованию со Страховщиком по истечении календарного года срока действия Договора страхования;

10.1.3. отказаться от Договора страхования в течение 5 (пяти) рабочих дней со дня его заключения независимо от момента уплаты страховой премии, при отсутствии в данном периоде событий, имеющих признаки страхового случая;

10.1.4. в случае отказа Страхователя от Договора страхования в срок, предусмотренный в пп. 10.1.3, и до даты начала действия страхования Страхователь имеет право на возврат уплаченной по Договору страхования страховой премии в полном объеме наличными деньгами или в безналичном порядке;

10.1.5. получить от Страховщика в ответ на письменный запрос информацию о размере дополнительной выплаты по действующему Договору страхования жизни;

10.1.6. при досрочном расторжении Договора получить дополнительную выкупную сумму на условиях и в размерах, определенных пп. 12.10, и определенную на дату досрочного расторжения Договора, выплачиваемую вместе с гарантированной выкупной суммой, если она определена условиями Договора.

10.2. В период действия Договора страхования Страхователь (Застрахованное Лицо) обязан:

10.2.1. оплачивать страховые взносы в размерах и в сроки, определенные Страховым Полисом;

10.2.2. сообщать Страховщику любую информацию, имеющую существенное значение для определения вероятности наступления страхового случая и размера возможных убытков от его наступления (страхового риска), как до заключения Договора страхования, так и в период его действия;

10.2.3. сообщать в письменном виде Страховщику об изменениях, дополнениях или уточнениях, которые он намерен внести в условия Договора страхования;

10.2.4. известить Страховщика в течение 45 (сорока пяти) дней с момента получения информации о наступлении страхового случая, а также предоставить Страховщику всю необходимую информацию и подтверждающие документы, позволяющие Страховщику удостовериться в правомерности требований о страховой выплате.

10.3. В период действия Договора страхования Страховщик имеет право:

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

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

10.3.3. в случаях, не противоречащих законодательству РФ, оспаривать действительность Договора страхования при нарушении или ненадлежащем исполнении Страхователем, Застрахованным Лицом, Выгодоприобретателем положений настоящих Правил страхования;

10.3.4. для принятия решения об осуществлении страховой выплаты направлять, при необходимости, запросы в компетентные органы об обстоятельствах наступления заявленного события, а также потребовать от Застрахованного Лица (Выгодоприобретателя) предоставления дополнительных сведений и документов, подтверждающих факт наступления и причину произошедшего события;

10.3.5. отсрочить осуществление страховой выплаты при наличии сомнений в отношении причины наступления события, имеющего признаки страхового случая, и до получения полной информации и подтверждающих документов о нем в пределах перечня документов, предусмотренных Правилами;

10.3.6. отсрочить решение об осуществлении страховой выплаты в случае возбуждения по факту наступления страхового события уголовного дела до момента вступления в силу окончательного решения компетентными органами;

10.3.7. отказать в страховой выплате, если Страхователь, Застрахованное Лицо или Выгодоприобретатель в порядке, установленном Договором страхования, не предоставили или предоставили не в полном объеме документы и сведения, необходимые для установления причин наступления страхового события и установленные настоящими Правилами страхования, предоставили ложные сведения либо событие признано не являющимся страховым случаем;

10.3.8. проводить расследования, в том числе и медицинскую экспертизу для удостоверения правомерности и обоснованности требований о страховой выплате и установления размера страховой выплаты;

10.3.9. при возврате уплаченной страховой премии Страхователю вправе удерживать 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 пп. 10.1.3, но после даты начала действия Договора страхования;

10.3.10. объявить фактическую норму доходности, по итогам календарного года исходя из показателей финансовой деятельности;

10.3.10.1. объявление фактической

нормы доходности производится на интернет ресурсе компании, расположенном по адресу: <http://www.ergo.ru/> ;

10.3.10.2. датой объявления фактической нормы доходности считается дата принятия Страховщиком решения об объявлении фактической нормы доходности;

10.3.11. осуществлять иные действия в порядке исполнения положений настоящих Правил страхования и Договора страхования;

10.4. В период действия Договора страхования Страховщик обязан:

10.4.1. обеспечить соблюдение законодательства РФ о защите персональных данных Страхователя, Выгодоприобретателя, Застрахованного Лица;

10.4.2. 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 настоящими Правилами страхования;

10.4.3. по выбору Страхователя осуществить возврат Страхователю страховой премии или ее части наличными деньгами или в безналичном порядке в срок, не превышающий 10 (десять) рабочих дней со дня получения письменного заявления Страхователя об отказе от Договора добровольного страхования, в случае отказа Страхователя от Договора страхования в срок, предусмотренный в пп. 10.1.3.

11. ОПРЕДЕЛЕНИЕ РАЗМЕРА И ПОРЯДОК ОСУЩЕСТВЛЕНИЯ СТРАХОВЫХ ВЫПЛАТ

11.1. Определение размеров страховых выплат при наступлении страховых случаев по Договору страхования осуществляется в следующем порядке:

11.1.1. Страховая выплата по страховому случаю, указанному в пп. 5.1.1 настоящих Правил, осуществляется Застрахованному Лицу в указанном в Страховом Полисе размере, если оно дожило до срока, указанного в Страховом Полисе.

11.1.2. Страховая выплата по страховому случаю, указанному в пп. 5.1.2 настоящих Правил, осуществляется Выгодоприобретателю в размере Страховой суммы, определенной в пп. 7.2 настоящих Правил.

11.2. Сумма выплат по всем страховым случаям по всем Дополнительным программам не может превышать максимального размера Страховой суммы по указанному в Договоре страхования Дополнительным программам за исключением случая, предусмотренного пп. 4.1.6 настоящих Правил, размер страховой суммы по которому определяется независимо от страховых сумм по другим указанным в Правилах рискам.

11.3. Для осуществления страховой выплаты по страховому случаю, указанному в пп. 5.1.1 настоящих Правил, Выгодоприобретатель обязан предоставить Страховщику следующие документы:

- Заявление установленной формы;
- оригинал Страхового Полиса;

- оригинал документа, удостоверяющего личность Застрахованного Лица.

Указанные в настоящем пункте документы предоставляются Страховщику (в ближайшее к клиенту территориальное подразделение Страховщика) лично Застрахованным Лицом при обращении за страховой выплатой.

11.4. Для осуществления страховой выплаты по страховому случаю, указанному в пп. 5.1.2 настоящих Правил, Выгодоприобретатель обязан предоставить Страховщику следующие документы:

- Заявление установленной формы;
- оригинал Страхового Полиса;
- свидетельство органа ЗАГС о смерти (оригинальный экземпляр или нотариально удостоверенная копия),
- заверенную копию протокола патологоанатомического вскрытия (если вскрытие не производилось – заверенную копию заявления от родственников об отказе от вскрытия и копия справки из патологоанатомического отделения, на основании которой выдается свидетельство о смерти);
- выписку из истории болезни с посмертным диагнозом или выписка из амбулаторной карты с посмертным диагнозом;
- свидетельство о праве на наследство (в случае если Выгодоприобретатель по страховому случаю, указанному в пп. 5.1.2 настоящих Правил, не назначен в Договоре страхования);
- справку об отсутствии алкоголя в крови (в случае если страховой случай произошел в результате дорожно-транспортного происшествия, во время которого Застрахованное Лицо управляло транспортным средством);
- копию постановления о возбуждении (отказе в возбуждении) уголовного дела, если таковые выносились по факту наступления страхового случая;
- акт о несчастном случае на производстве по установленной действующим законодательством РФ форме, если по факту наступления страхового случая согласно требованиям действующего законодательства РФ необходимо его составление;
- копию протокола об административном правонарушении или определения об отказе в возбуждении дела об административном правонарушении или постановления о прекращении дела об административном правонарушении (если страховой случай произошел в результате дорожно-транспортного происшествия);
- иные документы и сведения – по усмотрению Страховщика.

Обратите внимание!



11.5. Все документы предоставляются Страховщику в виде оригиналов или нотариально удостоверенных копий. По дополнительному согласованию со Страховщиком документы могут быть предоставлены в виде копий, удостоверенных печатью учреждения, их выдавшего. Все медицинские документы, полученные за пределами РФ, предоставляются Страховщику в оригинале с приложением нотариально удостоверенного перевода.

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

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

11.5.2. Если предоставляется заверенная 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.

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

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

11.5.4. Если предоставляется заверенная 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.

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

11.7. После предоставления Страховщику полного пакета документов на выплату, решение об осуществлении страховой выплаты / об отказе в вы-

плате принимается в течение 15 (пятнадцати) рабочих дней.

11.8. Решение об осуществлении страховой выплаты подтверждается составлением страхового акта. Страховая выплата осуществляется в течение 5 (пяти) рабочих дней с момента составления страхового акта.

11.9. Мотивированное решение об отказе в выплате вручается (направляется) Застрахованному Лицу (Выгодоприобретателю) в течение 5 (пяти) рабочих дней с момента принятия такого решения.

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

Обратите внимание!

11.11. Страховые выплаты по Дополнительным Программам страхования осуществляются в размере и в соответствии с порядком, определенным в Приложениях 1, 2, 3, 4 соответственно, с обязательным соблюдением следующего условия: в том случае, если одно страховое событие повлекло за собой наступление двух или более страховых случаев, то общая сумма страховой выплаты по таким страховым случаям не может превышать суммы максимальной страховой выплаты, установленной в настоящих Правилах для одного из страховых рисков, по которым наступили указанные страховые случаи, за исключением страхового риска по Дополнительной Программе 4, по которому страховая выплата производится независимо от других страховых выплат по Договору страхования (дополнительная выплата).

11.12. Если Договором страхования предусмотрено участие Страхователя в дополнительном инвестиционном доходе Страховщика, то по данному Договору на ежегодной основе происходит расчет накопленного дополнительного инвестиционного дохода.

11.12.1. Дополнительная выплата определяется Страховщиком по действующему на дату объявления фактической нормы доходности Полису на основании объявленной фактической нормы доходности. При установлении страховых сумм и страховых взносов по Полису в рублевом эквиваленте долларов США дополнительная выплата соответственно определяется в рублевом эквиваленте долларов США. Размер дополнительной выплаты на дату начала срока действия Полиса равен нулю. Размер дополнительной выплаты по Договору страхования на текущую дату определяется как дополнительная выплата, рассчитанная Страховщиком в соответствии с последним объявлением фактической нормы доходности. Предоставление дополнительной выплаты производится только вместе с выплатой страховой суммы по рискам указанным в пп.-пп. 4.1.1 и 4.1.2.

11.12.2. Дополнительный инвестиционный доход пересчитывается на основании инвестиционных результатов Страховщика в истекшем календарном

году, размера резервов по данному Договору на начало календарного года (или на момент начала участия данного Договора в дополнительном инвестиционном доходе Страховщика), а также задолженности Страхователя по уплате страховых взносов. По страховым программам, предусматривающим возможность участия Страхователя в инвестиционном доходе Страховщика, по итогам календарного года внутренним приказом Страховщика объявляется фактическая инвестиционная норма доходности за истекший год, используемая для расчета дополнительного инвестиционного дохода. При расчете фактической инвестиционной нормы доходности используются активы, покрывающие резервы по договорам страхования жизни, по которым предусмотрено участие в инвестиционном доходе Страховщика. Доходность может определяться по всем договорам страхования, предусматривающим участие страхователя в инвестиционном доходе Страховщика, или по группам однотипных договоров. Доля участия Страхователя в инвестиционном доходе Страховщика в части превышающей гарантированный согласно тарифу инвестиционный доход составляет 80%. Размер накопленного дополнительного инвестиционного дохода (резерв дополнительных выплат (страховых бонусов) не является гарантированной величиной и может меняться как в большую, так и в меньшую сторону, в зависимости от результатов инвестиционной деятельности Страховщика.

11.12.3. Дополнительный инвестиционный доход начисляется для Договоров страхования, предусматривающих оплату страховой премии одновременно, первый раз в том календарном году, в течение которого такой Договор страхования начал действовать; для Договоров с условием об оплате страховой премии в рассрочку – в том календарном году, на начало которого такой Договор страхования уже действовал не менее года (первый раз за часть календарного года, с момента начала 3-его полисного года). Инвестиционный доход по обеим перечисленным в настоящем абзаце группам Договоров начисляется за очередной календарный год при условии, что на конец данного года Договор продолжает действовать. В случае, если на конец календарного года Договор был завершен в результате дожития или смерти, но на момент объявления фактической инвестиционной нормы доходности выплата произведена не была, начисление происходит за ту часть года, в течение которой Договор действовал.

12. ПРЕКРАЩЕНИЕ ДЕЙСТВИЯ ДОГОВОРА СТРАХОВАНИЯ

12.1. Действие Договора страхования прекращается в случае:

- 12.1.1. Выполнения Страховщиком своих обязательств по Договору страхования в полном объеме;
- 12.1.2. Неуплаты Страхователем (лицом, принявшим на себя обязательства по уплате Страховой премии) очередного Страхового взноса в установленные Договором страхования сроки, при ус-

лови направления Страховщиком Страхователю (лицу, принявшему на себя обязательство по уплате Страховой премии) уведомления о расторжении Договора страхования. Договор страхования в таком случае считается расторгнутым по истечении 10 (десяти) календарных дней с момента отправки уведомления о расторжении Договора страхования;

12.1.3. Соглашения сторон о намерении досрочно прекратить действие Договора страхования – с даты, указанной в таком соглашении о расторжении Договора страхования;

12.1.4. Требования (инициативы) Страхователя – Договор прекращается с даты, указанной в заявлении на расторжение Договора страхования, но не ранее 10 (десяти) дней со дня получения Страховщиком заявления Страхователя на расторжение Договора страхования. Заявление на расторжение Договора страхования предоставляется в произвольной форме;

12.1.5. В случае смерти Страхователя, не являющегося Застрахованным Лицом, если Застрахованное Лицо или иное лицо не примет на себя обязательства Страхователя по Договору страхования, указанные в пп. 10.2 настоящих Правил, в случае отсутствия заявления Застрахованного Лица (его представителей) о переводе Договора страхования в оплаченный с соответствующим уменьшением страховой суммы в течение льготного периода, установленного пп. 8.4. настоящих Правил страхования; 12.1.6. Если возможность наступления страхового случая отпала, и существование страхового риска прекратилось по обстоятельствам иным, чем страховой случай, в том числе по причинам, указанным в п. 6 настоящих Правил страхования;

12.1.7. Принятия судом РФ решения о признании Договора страхования недействительным;

12.1.8. В случае отказа Страхователя от Договора страхования в срок, предусмотренный в пп. 10.1.3, Договор страхования считается прекратившим свое действие с даты получения Страховщиком письменного заявления Страхователя об отказе от Договора добровольного страхования или иной даты, установленной по соглашению сторон, но не позднее срока, предусмотренного в пп. 10.1.3;

12.1.9. В иных случаях, предусмотренных действующим законодательством РФ.

12.2. Дополнительное страхование в соответствии с Дополнительными Программами 1, 2, 3, 4 действует в течение срока действия Договора страхования по Основной программе с учетом ограничений, указанных в пп.-пп. 5.4.1, 5.4.2 настоящих Правил страхования.

12.3. В случае досрочного прекращения Договора страхования Страховщик выплачивает Страхователю (его законным наследникам) Выкупную сумму.

12.4. В случае прекращения Договора страхования по основаниям, указанным в пп. 12.1.5 настоящих Правил, законным наследникам Страхователя выплачивается Выкупная сумма на основании заявления наследников и предоставле-

ния свидетельства о вступлении в наследство.

12.5. В случае прекращения Договора страхования по основаниям, указанным в пп. пп. 12.1.4, 12.1.6 настоящих Правил, Страхователь получает Выкупную сумму.

12.6. Значения (размеры) выкупных сумм в зависимости от периода времени, в течение которого Договор страхования действовал до момента его прекращения, являются неотъемлемой частью Договора страхования.

12.7. Гарантированная выкупная сумма на дату расторжения Договора страхования рассчитывается как гарантированная выкупная сумма на конец текущего полисного года за вычетом суммы страховых взносов, которые Страхователь должен был бы уплатить Страховщику в течение оставшейся части полисного года, в котором имеет место досрочное расторжение Договора страхования.

12.8. Для определения гарантированной величины выкупной суммы на конец полисного года Страховщик оценивает сумму величин математического резерва и резерва расходов на обслуживание страховых обязательств на эту дату, с использованием тарифного базиса. Величина выкупной суммы устанавливается равной этой сумме величин резервов, уменьшенной на вычет, применяемый при досрочном расторжении Договора страхования, выраженный в процентах от данной суммы величин резервов. Величина вычета приведена в таблице:

Год страхования	Вычет	Год страхования	Вычет
1	100%*	7	6%
2	100%*	8	5%
3	10%	9	4%
4	9%	10	3%
5	8%	11	2%
6	7%	12 и более	2%

*- Для единовременного взноса вычет на первый и второй год действия Договора страхования устанавливается равным 10%.

При этом размер гарантированной выкупной суммы не может превышать страховой суммы по риску смерти.

12.9. В случае наличия у Страхователя задолженности по уплате страховых взносов перед Страховщиком, сумма задолженности (Страховщик оставляет за собой право начислять на сумму задолженности проценты в соответствии со ст. 395 ГК РФ) вычитается из выкупной суммы, определенной в соответствии с указанным порядком расчета выкупной суммы.

12.10. В случае, если Договором страхования предусмотрено начисление страховых бонусов (участие в инвестиционном результате компании), кроме гарантированной выкупной суммы Страхователю может быть выплачена дополнительная выкупная сумма. Размер дополнительной выкупной суммы определяется как 80% от резерва дополнительных выплат (страховых бонусов), рассчитанного на момент расторжения Договора страхования. Условия расчета резерва дополнительных выплат описаны в пп. 11.12. настоящих Правил. Страховщик имеет право в одностороннем порядке изменить вышеуказанный процент от резерва дополнительных выплат (страховых бонусов) без объяснения причин такого изменения.

12.11. По обоюдному согласию Страховщика и Страхователя, изложенному в тексте Договора страхования, порядок расчета выкупных сумм может быть изменен.

13. ВАЛЮТНЫЙ ЭКВИВАЛЕНТ

13.1. Договор страхования по Основной программе и Дополнительным программам заключается в рублях. Также страховые суммы и страховые взносы по Основной программе и Дополнительным программам могут устанавливаться в иностранной валюте (доллары США) – страхование в валютном эквиваленте. Страховые суммы и страховые взносы по Дополнительным программам устанавливаются в той же валюте, что и в Основной программе.

13.2. При страховании в валютном эквиваленте страховые суммы и страховые взносы определяются (номинаруются) в валюте, оговоренной условиями Договора страхования.

13.3. Валютный номинал страхового взноса переводится в рубли по курсу Центрального банка РФ на дату уплаты, если иной курс или иная дата его опре-

деления не установлены законом или Договором страхования.

13.4. Валютный номинал страховой выплаты переводится в рубли по курсу Центрального банка РФ на дату выплаты, если иной курс или иная дата его определения не определены законом или соглашением сторон («обменный курс»).

13.5. Страховщик оставляет за собой право отменить валютную номинацию страховых сумм и страховых взносов или изменить значение «обменного курса» в случае, если действующие российские государственные облигации с валютным номиналом, аналогичные облигациям государственного внутреннего валютного займа Министерства Финансов РФ, становятся недоступны в количестве, достаточном для обеспечения Страховщиком своих обязательств по договорам, заключенным в валютном эквиваленте. «Действующие» означает, что правительство РФ продолжает регулярные выплаты процентов и основной суммы по облигациям в валютном номинале, каковые своевременные выплаты являются существенными для способности Страховщика обеспечивать свои обязательства.

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

13.7. В случае изменения метода расчетов Страховщик производит перерасчет страховых сумм и страховых взносов в российские рубли, используя курс Центрального банка РФ на дату вступления в силу такого перерасчета или коэффициент, рассчитанный как среднеарифметическое значение официальных курсов Центрального банка РФ, действовавших на даты уплаты Страхователем страховых взносов. Изменение метода взаиморасчетов не является изменением Договора страхования.

14. ОБСТОЯТЕЛЬСТВА НЕПРЕОДОЛИМОЙ СИЛЫ (ФОРС-МАЖОР)

14.1. При наступлении обстоятельств непреодолимой силы (форс-мажор)

Страховщик вправе задержать выполнение обязательств по Договорам страхования или освобождается от их выполнения.

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

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

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

15. ПОРЯДОК РАЗРЕШЕНИЯ СПОРОВ

15.1. Споры, возникающие по Договору страхования, разрешаются путем переговоров. При невозможности достижения соглашения спор передается на рассмотрение суда в порядке, предусмотренном действующим законодательством РФ.

15.2. До предъявления к Страховщику искового заявления, вытекающего из Договора страхования, Страхователь (Выгодоприобретатель) обязан обратиться к нему с письменной досудебной претензией, с обоснованием своих требований. Исковое заявление к Страховщику может быть предъявлено Страхователем (Выгодоприобретателем) в случае полного или частичного отказа Страховщика удовлетворить претензию либо неполучения от Страховщика ответа в тридцатидневный срок с момента поступления Страховщику письменной досудебной претензии.

ПРИЛОЖЕНИЕ № 1

К ПРАВИЛАМ СМЕШАННОГО СТРАХОВАНИЯ ЖИЗНИ ФИЗИЧЕСКИХ ЛИЦ № 06 / 17

от 22 июня 2017 года

ДОПОЛНИТЕЛЬНАЯ ПРОГРАММА 1

«СТРАХОВАНИЕ НА СЛУЧАЙ СМЕРТИ В РЕЗУЛЬТАТЕ НЕСЧАСТНОГО СЛУЧАЯ»

1. ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ

1.1. В соответствии с настоящей Программой Страховщик заключает Договоры по Основной программе с дополнительным страхованием по настоящей Дополнительной программе 1 «Страхование на случай смерти в результате несчастного случая» (далее – Программа 1).

1.2. Программа 1 может применяться только как дополнение к Основной программе.

1.3. При урегулировании отношений, не отраженных в Программе 1 (в том числе и в отношении Исключений из объема страхового покрытия), стороны руководствуются Правилами и законодательством РФ.

2. СТРАХОВЫЕ СЛУЧАИ

2.1. В соответствии с Программой 1 страховым случаем признается смерть Застрахованного Лица в результате несчастного случая в течение срока действия Программы 1.

3. СТРАХОВЫЕ СУММЫ

3.1. Страховая сумма устанавливается в Договоре страхования (Страховом Полисе) и соответствует размеру страховой суммы по Основной программе по страховому случаю, указанному в пп. 5.1.2 Правил.

4. СРОК ДЕЙСТВИЯ ПРОГРАММЫ

4.1. Срок действия Программы 1 устанавливается в Договоре страхования в соответствии с положениями пп. 5.4 Правил страхования.

5. ПРЕКРАЩЕНИЕ ДЕЙСТВИЯ ПРОГРАММЫ

Действие Программы 1 прекращается в случаях:

- 5.1. Выплаты по страховому случаю;
- 5.2. Прекращения Основной программы;
- 5.3. Окончания срока действия Программы 1, установленного в соответствии с положениями пп. 5.4 Правил страхования.

6. РАЗМЕР И ПОРЯДОК ОСУЩЕСТВЛЕНИЯ СТРАХОВЫХ ВЫПЛАТ

6.1. При наступлении страхового случая, указанного в пп. 2.1 Программы 1,

страховая выплата осуществляется Выгодоприобретателю в размере 100% от страховой суммы, указанной в пп. 3.1. Программы 1.

6.2. Для получения страховой выплаты Страховщику должны быть представлены следующие документы:

- заявление на страховую выплату;
- копия Договора страхования (Страхового Полиса),
- копия документа, удостоверяющего личность Заявителя;
- доверенность (если Заявителем является лицо, действующее на основании доверенности);
- свидетельство органа ЗАГС о смерти (оригинальный экземпляр или нотариально удостоверенная копия);
- заверенная копия протокола патологоанатомического вскрытия (если вскрытие не производилось – заверенная копия заявления от родственников об отказе от вскрытия и копия справки из патологоанатомического отделения, на основании которой выдается свидетельство о смерти);
- выписка из истории болезни с посмертным диагнозом или выписка из амбулаторной карты с посмертным диагнозом;
- свидетельство о праве на наследство (в случае если Выгодоприобретатель по риску «смерть Застрахованного Лица в результате несчастного случая» не назначен в Договоре страхования);
- справка об отсутствии алкоголя в крови (в случае если страховой случай произошел в результате дорожно-транспортного происшествия, во время которого Застрахованное Лицо управляло транспортным средством);
- копия постановления о возбуждении (отказе в возбуждении) уголовного дела, если таковые выносились по факту наступления страхового случая;
- акт о несчастном случае на производстве по установленной действующим законодательством РФ форме, если по факту наступления страхового случая согласно требованиям действующего законодательства РФ необходимо его составление;
- копия протокола дорожно-транспортного происшествия (в случае если несчастный случай произошел в результате дорожно-транспортного происшествия).

ПРИЛОЖЕНИЕ №2

К ПРАВИЛАМ СМЕШАННОГО СТРАХОВАНИЯ ЖИЗНИ ФИЗИЧЕСКИХ ЛИЦ № 06 / 17

от 22 июня 2017 года

ДОПОЛНИТЕЛЬНАЯ ПРОГРАММА 2

«СТРАХОВАНИЕ НА СЛУЧАЙ ИНВАЛИДНОСТИ 1 ИЛИ 2 ГРУППЫ ПО ЛЮБОЙ ПРИЧИНЕ»

1. ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ

1.1. В соответствии с настоящей Программой Страховщик заключает Договоры по Основной программе с дополнительным страхованием по настоящей Дополнительной программе 2 «Страхование на случай инвалидности 1 или 2 группы по любой причине» (далее – Программа 2).

1.2. Программа 2 может применяться только как дополнение к Основной программе.

1.3. При урегулировании отношений, не отраженных в Программе 2 (в том числе и в отношении Исключений из объема страхового покрытия), стороны руководствуются Правилами и законодательством РФ.

2. СТРАХОВЫЕ СЛУЧАИ

2.1. В соответствии с Программой 2 страховым случаем признается впервые установление Застрахованному Лицу инвалидности 1 или 2 группы по любой причине при обязательном соблюдении следующих условий:

- инвалидность установлена впервые в результате несчастного случая, произошедшего с Застрахованным Лицом с первого года действия страхования по Программе 2;
- инвалидность установлена впервые в результате болезни, произошедшей с Застрахованным Лицом по истечении 2-х летнего срока действия страхования по Программе 2.

3. СТРАХОВЫЕ СУММЫ

3.1. Страховая сумма устанавливается в Договоре страхования (Страховом Полисе) и соответствует размеру

страховой суммы по Основной программе по страховому случаю, указанному в пп. 5.1.2 Правил.

3.2. Максимальная страховая сумма по настоящей Программе устанавливается равной 60 000 000 (Шестьдесят миллионов) рублей и 1 000 000 (Один миллион) долларов США.

3.3. В случае заключения Договора по Основной программе с дополнительным страхованием по Программе 2 и Программе 3, максимальная совокупная страховая сумма по двум Программам устанавливается равной 60 000 000 (Шестьдесят миллионов) рублей и 1 000 000 (Один миллион) долларов США.

4. СРОК ДЕЙСТВИЯ ПРОГРАММЫ

4.1. Срок действия Программы 2 устанавливается в Договоре страхования в соответствии с положениями пп. 5.4 Правил страхования.

5. ПРЕКРАЩЕНИЕ ДЕЙСТВИЯ ПРОГРАММЫ

Действие Программы 2 прекращается в случаях:

- 5.1. Выплаты по страховому случаю в размере страховой суммы;
- 5.2. Прекращения Основной программы;
- 5.3. Окончания срока действия Программы 2, установленного в соответствии с положениями пп. 5.4 Правил страхования.

6. РАЗМЕР И ПОРЯДОК ОСУЩЕСТВЛЕНИЯ СТРАХОВЫХ ВЫПЛАТ

6.1. При наступлении страхового случая, указанного в пп. 2.1. Программы 2,

страховая выплата осуществляется Выгодоприобретателю в следующем размере в процентном соотношении к размеру страховой суммы, указанной в пп. 3.1. Программы 2:

- 6.1.1. при впервые установлении 1 группы инвалидности по любой причине – 100% от страховой суммы;
- 6.1.2. при впервые установлении 2 группы инвалидности по любой причине – 75% от страховой суммы.

6.2. При установлении Застрахованному Лицу более высокой группы инвалидности не позднее 1 года со дня наступления страхового события, страховая выплата осуществляется с учетом ранее выплаченных сумм в связи со страховым случаем, указанным в пп. 2.1. Программы 2, но не более страховой суммы, установленной по Программе 2.

6.3. Для получения страховой выплаты Страховщику должны быть представлены следующие документы:

- заявление на страховую выплату;
- копия Договора страхования (Страхового Полиса);
- копия документа, удостоверяющего личность Заявителя;
- доверенность (если Заявителем является лицо, действующее на основании доверенности);
- выписка из истории болезни либо амбулаторной карты лечебного учреждения, направившего Застрахованное Лицо на медико-социальную экспертизу;
- справка из травматологического пункта с указанием диагноза, явившегося основанием для получения инвалидности;
- направление на медико-социальную экспертизу организацией, оказываю-

щей лечебно-профилактическую помощь (форма № 088/у-06);

- заключение медико-социальной экспертизы с установлением группы инвалидности;
- свидетельство об инвалидности государственного образца;
- индивидуальная программа реабилитации инвалида, выдаваемая федеральными государственными учреждениями медико-социальной экспертизы;
- история болезни стационарного больного, история болезни амбулаторного больного;
- справка об отсутствии алкогольного, наркотического или токсического опьянения у Застрахованного Лица на момент страхового события (в случае если страховой случай произошел в результате дорожно-транспортного происшествия, во время которого Застрахованное Лицо управляло транспортным средством);
- копия постановления о возбуждении (отказе в возбуждении) уголовного дела, если таковые выносились по факту наступления страхового случая;
- акт о несчастном случае на производстве по установленной действующим законодательством РФ форме, если по факту наступления страхового случая согласно требованиям действующего законодательства РФ необходимо его составление;
- копия протокола дорожно-транспортного происшествия (в случае если несчастный случай произошел в результате дорожно-транспортного происшествия).

ПРИЛОЖЕНИЕ №3

К ПРАВИЛАМ СМЕШАННОГО СТРАХОВАНИЯ ЖИЗНИ ФИЗИЧЕСКИХ ЛИЦ № 06 / 17

от 22 июня 2017 года

ДОПОЛНИТЕЛЬНАЯ ПРОГРАММА 3

«СТРАХОВАНИЕ НА СЛУЧАЙ ИНВАЛИДНОСТИ 1 ИЛИ 2 ГРУППЫ ПО ЛЮБОЙ ПРИЧИНЕ С ОСВОБОЖДЕНИЕМ ОТ УПЛАТЫ ВЗНОСОВ ПО ОСНОВНОЙ ПРОГРАММЕ»

1. ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ

1.1. В соответствии с настоящей Программой Страховщик заключает Договоры по Основной программе с дополнительным страхованием по настоящей Дополнительной программе 3 «Страхование на случай инвалидности 1 или 2 группы по любой причине с освобождением от уплаты взносов по Основной программе» (далее – Программа 3).

1.2. Программа 3 может применяться только как дополнение к Основной программе.

1.3. При урегулировании отношений, не отраженных в Программе 3 (в том числе и в отношении Исключений из объема страхового покрытия), стороны руководствуются Правилами и законодательством РФ.

1.4. По Программе 3 в качестве Застрахованного Лица не может быть застраховано лицо, достигшее возраста 56 лет. Страховщик, руководствуясь внутренними регламентами и андеррайтерской политикой, вправе расширить возрастной предел для Застрахованного Лица.

1.5. При страховании на основании Программы 3, Страховщик вправе потребовать предварительного медицинского освидетельствования Застрахованного Лица. В зависимости от результатов предварительного медицинского освидетельствования Застрахованное Лицо может быть отнесено к соответствующей группе риска в соответствии с андеррайтерскими стандартами и требованиями Страховщика. Соответствующие расходы по организации медицинского освидетельствования несет Страхователь.

2. СТРАХОВЫЕ СЛУЧАИ

2.1. В соответствии с Программой 3 страховым случаем признается впервые установление инвалидности 1 или 2 группы Застрахованному Лицу по любой причине при обязательном соблюдении

следующих условий:

- Страхователь и Застрахованное Лицо – одно и то же лицо;
- страховая премия по Основной программе оплачивается в рассрочку;
- **инвалидность установлена впервые в результате несчастного случая, произошедшего с Застрахованным Лицом с первого года действия страхования по Программе 3;**
- **инвалидность установлена впервые в результате болезни, произошедшей с Застрахованным Лицом по истечении 2-х летнего срока действия страхования по Программе 3.**

3. СТРАХОВЫЕ СУММЫ

3.1. Страховая сумма определяется как сумма неоплаченных, но подлежащих оплате страховых взносов по Основной программе за неистекший срок действия Договора по Основной программе.

В случае досрочного внесения Страхователем всей суммы страховой премии, подлежащей оплате по Договору страхования, страховая сумма по Программе 3 определяется с даты последнего платежа по оплате страховой премии до даты начала выжидательного периода либо до начала периода выплат (в случае отсутствия выжидательного периода) в размере 1 (одного) % от суммы последнего страхового взноса по Договору страхования.

3.2. Максимальная страховая сумма по настоящей Программе устанавливается равной 60 000 000 (Шестьдесят миллионов) рублей и 1 000 000 (Один миллион) долларов США.

3.3. В случае заключения Договора по Основной программе с дополнительным страхованием по Программе 2 и Программе 3, максимальная совокупная страховая сумма по двум Программам устанавливается равной 60 000 000 (Шестьдесят миллионов) рублей и 1 000 000 (Один миллион) долларов США.

4. СРОК ДЕЙСТВИЯ ПРОГРАММЫ

4.1. Срок действия Программы 3 устанавливается равным неистекшему периоду оплаты страховой премии по Основной программе.

5. ПРЕКРАЩЕНИЕ ДЕЙСТВИЯ ПРОГРАММЫ

Действие Программы 3 прекращается в случаях:

- 5.1. Выплаты по страховому случаю в размере страховой суммы;
- 5.2. Прекращения Основной программы;
- 5.3. Окончания срока действия Программы 3, установленного в соответствии с положениями пп. 5.4 Правил страхования.

6. РАЗМЕР И ПОРЯДОК ОСУЩЕСТВЛЕНИЯ СТРАХОВЫХ ВЫПЛАТ

6.1. При наступлении страхового случая, указанного в пп. 2.1 Программы 3, страховая выплата осуществляется Застрахованному лицу в размере 100% страховой суммы, указанной в пп. 3.1. Программы 3.

6.2. При наступлении страхового случая, указанного в пп. 2.1 Программы 3, на основании заявления Страхователя, сумма страховой выплаты зачисляется в счет подлежащей уплате страховой премии по Основной программе.

6.3. Для получения страховой выплаты Страховщику должны быть представлены следующие документы:

- заявление на страховую выплату;
- копия Договора страхования (Страхового Полиса);
- копия документа, удостоверяющего личность Заявителя;
- доверенность (если Заявителем является лицо, действующее на основании доверенности);
- выписка из истории болезни либо амбулаторной карты лечебного уч-

реждения, направившего Застрахованное Лицо на медико-социальную экспертизу;

- справка из травматологического пункта с указанием диагноза, явившегося основанием для получения инвалидности;
- направление на медико-социальную экспертизу организацией, оказывающей лечебно-профилактическую помощь (форма № 088/у-06);
- заключение медико-социальной экспертизы с установлением группы инвалидности;
- свидетельство об инвалидности государственного образца;
- индивидуальная программа реабилитации инвалида, выдаваемая федеральными государственными учреждениями медико-социальной экспертизы;
- история болезни стационарного больного, история болезни амбулаторного больного;
- справка об отсутствии алкогольного, наркотического или токсического опьянения у Застрахованного Лица на момент страхового события (в случае если страховой случай произошел в результате дорожно-транспортного происшествия, во время которого Застрахованное Лицо управляло транспортным средством);
- копия постановления о возбуждении (отказе в возбуждении) уголовного дела, если таковые выносились по факту наступления страхового случая;
- акт о несчастном случае на производстве по установленной действующим законодательством РФ форме, если по факту наступления страхового случая согласно требованиям действующего законодательства РФ необходимо его составление;
- копия протокола дорожно-транспортного происшествия (в случае если несчастный случай произошел в результате дорожно-транспортного происшествия).

ПРИЛОЖЕНИЕ №4

К ПРАВИЛАМ СМЕШАННОГО СТРАХОВАНИЯ ЖИЗНИ ФИЗИЧЕСКИХ ЛИЦ № 06 / 17

от 22 июня 2017 года

ДОПОЛНИТЕЛЬНАЯ ПРОГРАММА 4

«СТРАХОВАНИЕ НА СЛУЧАЙ ПЕРВИЧНОГО ДИАГНОСТИРОВАНИЯ КРИТИЧЕСКОГО ЗАБОЛЕВАНИЯ»

1. ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ

1.1. В соответствии с настоящей Программой Страховщик заключает Договоры по Основной программе с дополнительным страхованием по настоящей Дополнительной Программе 4 «Страхование на случай первичного диагностирования критического заболевания» (далее – Программа 4).

1.2. Программа 4 может применяться только как дополнение к Основной программе.

1.3. При урегулировании отношений, не отраженных в Программе 4 (в том числе и в отношении Исключений из объема страхового покрытия), стороны руководствуются Правилами и законодательством РФ.

1.4. По Программе 4 могут быть застрахованы лица в возрасте от 18 до 65 лет на дату заключения Договора страхования. Страховщик, руководствуясь внутренними регламентами и андеррайтерской политикой, вправе расширить возрастную предел для Застрахованного Лица.

1.5. 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.

К числу критических заболеваний для целей настоящей Дополнительной Программы относятся:

1.5.1. 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. Гемобластозы (лейкозы и лимфомы) – опухоли из камбиальной клетки кровяной 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 соответ-

ствует уровню развития T3N(0)M(0) или более по классификации TNM.

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

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

Исключения:

- доброкачественные или предраковые новообразования;
- прединвазивные новообразования и новообразования на месте (Tis*);
- цервикальная дисплазия CIN I-III;
- карцинома мочевого пузыря стадии Ta*;
- папиллярная или фолликулярная карцинома щитовидной железы, гистологически диагностированная как T1a* (опухоль в наибольшем измерении 1 см или менее) если нет наличия метастазов в лимфатические узлы и / или отдаленных метастазов;
- рак предстательной железы, гистологически диагностированный как T1N0M0*;
- хроническая лимфатическая лейкемия (CLL) менее чем стадия 3 по RAi;
- злокачественные опухоли кожных покровов и меланомы, максимальная толщина которых, в соответствии с гистологическим заключением, меньше 1 мм или которая не превышает уровень развития T3N(0)M(0) по классификации TNM, любая другая опухоль, 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.

1.5.2. 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.

1.5.3. 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.

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

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

1.5.4. 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).

1.5.5. Инсульт

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

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

Диагноз должен быть подтвержден наличием типичных клинических симптомов и данными компьютерной или магнитно-резонансной 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 вертебробазилярной ишемии;
- лакунарные инсульты без неврологической симптоматики.

1.5.6. 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.

1.5.7. 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 операцию 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.

1.5.8. 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.

1.5.9. 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 пульмональных (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;
- вальвулопатия, вальвулопластика и другие виды лечения, проводимые без пересадки (замены) клапанов.

1.5.10. 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 Россолимо, 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.

1.5.11. 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: паралегия, гемиплегия, тетраплегия.

Характеризуется полным отсутствием движений, либо диссоциацией двигательных функций – утратой одних и усиление других, падением, усилением либо пластичностью тонуса мышц, рефлексов, появлением патологических рефлексов Бабинского, Россолимо 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.

2. СТРАХОВЫЕ СЛУЧАИ

2.1. В соответствии с Программой 4 страховым случаем признается критическое заболевание, впервые диагностированное у Застрахованного Лица после вступления Договора страхования в силу, за исключением случаев заболевания в результате событий, указанных в п. 6 Правил страхования.

2.2. Договором страхования предусматривается страховое покрытие, состоящее из 11 заболеваний, предусмотренных пп. 1.5 настоящей Программы 4: Злокачественные 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.

Обратите внимание!

2.3. По настоящей Программе 4 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. СТРАХОВЫЕ СУММЫ

3.1. Размер Страховой суммы определяется соглашением Страхователя со Страховщиком.

3.2. Максимальная страховая сумма по настоящей Программе устанавливается равной 21 000 000 (Двадцать один миллион) рублей и 350 000 (Триста пятьдесят тысяч) долларов США.

4. СРОК ДЕЙСТВИЯ И ОСНОВАНИЯ ПРЕКРАЩЕНИЯ ДЕЙСТВИЯ ПРОГРАММЫ

4.1. Срок действия Программы 4 составляет 1 (один) год.

4.2. По Программе 4 устанавливается период ожидания, равный 3 (трем) месяцам с начала действия Договора страхования.

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

4.3. Действие Программы 4 прекращается в случаях:

4.3.1. истечения срока действия программы;

4.3.2. выплаты по страховому случаю «критическое заболевание» в размере страховой суммы;

4.3.3. по инициативе Страхователя, посредством заблаговременного, не менее, чем за 30 (тридцать) дней до пред-

полагаемой даты прекращения, письменного заявления;

4.3.4. при прекращении действия Основного договора страхования.

5. РАЗМЕР И ПОРЯДОК ОСУЩЕСТВЛЕНИЯ СТРАХОВЫХ ВЫПЛАТ

5.1. Страховая выплата по Дополнительной программе страхования на случай критического заболевания осуществляется единовременно в размере страховой суммы, установленной по данной программе.

5.2. 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 пп. 4.2 настоящей Дополнительной программы.

5.3. 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 (пп. 2.3. настоящей Дополнительной программы).

5.4. При осуществлении выплаты по страхованию на случай критических заболеваний, ответственность Страховщика в отношении данного покрытия прекращается с момента выплаты и дальнейшего продления или возобновления Дополнительной программы страхования на случай критических заболеваний не производится.

5.5. Для получения страховой выплаты Страховщику должны быть представлены следующие документы:

- заявление на страховую выплату;
- копия Договора страхования (Страхового Полиса);
- копия документа, удостоверяющего личность Заявителя;
- доверенность (если Заявителем является лицо, действующее на основании доверенности);
- 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 Лицом заболевания, соответствующего определению страхового случая, подтвержденные соответствующими лабораторными, клиническими, гистологическими, радиологическими исследованиями;
- заключение врача-специалиста.

8 (800) 200-22-24
(бесплатно по РФ)

www.ergo.ru

САО ЭРГО, лицензии Банка России от 27.11.2015 г.:
СЛ № 0177, СИ № 0177, ОС № 0177-03, ОС № 0177-04, ПС № 0177.

ООО «СК «ЭРГО Жизнь», лицензии Банка России от 28.04.2017 г.:
СЖ № 3879, СЛ № 3879.