

**УТВЕРЖДЕНЫ**  
**Приказом СПАО «Ингосстрах»**  
**от « 17 » октября 2019 г. № 392**

**Генеральный директор**  
**СПАО «Ингосстрах»**

**п/п** **М.Ю. Волков**

**М.П.**

# **ПРАВИЛА КОЛЛЕКТИВНОГО СТРАХОВАНИЯ ОТ НЕСЧАСТНЫХ СЛУЧАЕВ И БОЛЕЗНЕЙ**

**Москва, 2019 г.**

## СОДЕРЖАНИЕ

1. Общие положения
2. Субъекты страхования
3. Объект страхования
4. Определения, страховые случаи, страховые риски
5. Договор страхования, порядок заключения и исполнения договора страхования
6. Страховая сумма и страховая премия. Порядок определения страховой суммы, страхового тарифа, страховой премии (страховых взносов)
7. Порядок определения размера убытков и страховых выплат
8. Порядок осуществления страховых выплат
9. Прекращение договора
10. Права и обязанности сторон, основания отказа в страховой выплате
11. Форс-мажор
12. Конфиденциальная информация
13. Заключительные положения

## **1. ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ**

1.1. Настоящие Правила коллективного страхования от несчастных случаев и болезней (далее именуемые – «Правила») разработаны в соответствии с законодательными и иными нормативными правовыми актами Российской Федерации (далее - РФ). Правила определяют общие условия и порядок осуществления коллективного страхования от несчастных случаев и болезней Страховым публичным акционерным обществом «Ингосстрах» (именуемым в дальнейшем «Страховщик»).

В рамках настоящих Правил Страховщик осуществляет добровольное страхование, относящееся согласно принятой в законодательстве классификации к виду страхования от несчастных случаев и болезней.

Страховщик на условиях настоящих Правил коллективного страхования от несчастных случаев и болезней и действующего законодательства РФ заключает Договоры с юридическими лицами и индивидуальными предпринимателями (именуемыми в дальнейшем «Страхователями»). Данные Правила являются неотъемлемой частью Договоров.

1.2. Страховщик вправе на основе настоящих Правил формировать условия Договора (полиса) или Выдержки из Правил, ориентированные на конкретного Страхователя или сегмент Страхователей, в той мере, в какой это не противоречит действующему законодательству РФ и настоящим Правилам. Такие условия или Выдержки из Правил прилагаются к Договору наряду с настоящими Правилами и являются его неотъемлемой частью.

1.3. Страховщик при вручении (пересылке) страхового полиса (договора), заключаемого в отношении заемщика (заемщиков) кредита, обеспечивает получение Страхователем (Застрахованным) памятки (приложение № 47 к настоящим Правилам).

## **2. СУБЪЕКТЫ СТРАХОВАНИЯ**

2.1. Страховщиком по договорам, заключаемым в соответствии с настоящими Правилами, является Страховое публичное акционерное общество «Ингосстрах» – страховая организация, созданная в соответствии с законодательством Российской Федерации для осуществления деятельности по страхованию, зарегистрированная в г. Москве и получившая лицензию на осуществление соответствующего вида страховой деятельности в установленном законодательством Российской Федерации порядке. Договоры страхования от имени Страховщика могут заключать его уполномоченные сотрудники, а также уполномоченные страховые агенты (юридические и физические лица) в пределах их полномочий на основании соответствующих договоров и доверенностей.

Страховщик осуществляет оценку страхового риска, получает страховые премии (страховые взносы), определяет размер убытков (ущерба, вреда), производит страховые выплаты, осуществляет иные действия, связанные с исполнением обязательств по договору страхования.

Сайт Компании – официальный сайт СПАО «Ингосстрах» в информационно-коммуникационной сети «Интернет» по адресу: [www.ingos.ru](http://www.ingos.ru).

Официальный Сайт Страховщика также может использоваться в качестве информационной системы, обеспечивающей обмен информацией в электронной форме между Страхователем и Страховщиком, являющимся оператором этой информационной системы, в т. ч. для направления информации о стадии и результатах рассмотрения заявления о страховой выплате, включая сведения об осуществлении страховой выплаты.

2.2. Страхователь – российское или иностранное юридическое лицо любой организационно-правовой формы или индивидуальный предприниматель, заключивший со Страховщиком Договор в соответствии с настоящими Правилами.

2.3. Страхователем может выступать:

- а) юридическое лицо любой организационно-правовой формы;
- б) индивидуальный предприниматель — физическое лицо, зарегистрированное в установленном законом порядке и осуществляющие предпринимательскую деятельность без образования юридического лица.

2.4. Страхователь заключает Договор в отношении группы лиц (именуемых в дальнейшем «Застрахованные»),

Договор заключается в отношении группы Застрахованных, при условии, что они имеют общего работодателя или объединены другим общим интересом, помимо заинтересованности в заключении Договора. Застрахованным может быть физическое лицо, возраст которого на момент заключения Договора составляет не более 85 лет, если иное не предусмотрено Договором.

2.5. Лицо, на момент заключения Договора страдающее онкологическими заболеваниями, психическими заболеваниями, тяжелыми расстройствами нервной системы, инвалид I или II группы и инвалид детства, а также носитель ВИЧ или тяжелой СПИДом, может быть Застрахованным с согласия Страховщика и только при условии, что до заключения Договора Страховщик был письменно уведомлен Страхователем о состоянии здоровья лица, заявленного на страхование. Если после заключения Договора будет установлено, что Страхователь сообщил Страховщику заведомо ложные сведения об обстоятельствах, указанных в настоящем пункте, Страховщик вправе потребовать признания Договора недействительным и применения последствий, предусмотренных п.2 ст.179 Гражданского кодекса РФ.

2.6. Получателем страховой выплаты по Договору является Застрахованный или назначенный по Договору Выгодоприобретатель. В случае смерти Застрахованного, если Выгодоприобретатель не указан, получателями страховой выплаты являются наследники Застрахованного, устанавливаемые в соответствии с законодательством РФ.

Назначение Выгодоприобретателя может быть произведено только с письменного согласия Застрахованного.

В случае если Выгодоприобретателями являются несколько лиц, в Договоре необходимо указать абсолютную или относительную величину страховых выплат, приходящуюся на каждого Выгодоприобретателя. Если абсолютная или относительная величина страховых выплат не указана в Договоре, то при наступлении страховых случаев страховая выплата осуществляется в равных долях каждому из Выгодоприобретателей.

Если получателем страховой выплаты является:

- а) малолетний (до 14 лет), то право на получение страховой выплаты имеют его родитель, усыновитель либо опекун;
- б) несовершеннолетний, не объявленный полностью дееспособным (от 14 до 18 лет), то право на получение страховой выплаты остаётся за самим получателем;
- в) лицо, признанное недееспособным, то право на получение страховой выплаты переходит его опекуну;
- г) лицо, дееспособность которого ограничена, то право на получение страховой выплаты остаётся за получателем, только с письменного согласия его попечителя.

В случаях, когда получателем страховой выплаты является лицо, указанное в п.п. а), в), г) данной статьи, страховая выплата производится указанным законным представителям получателя только на основании подтверждающих соответствующее право документов.

### **3. ОБЪЕКТ СТРАХОВАНИЯ**

3.1. Объектом страхования являются имущественные интересы, связанные с причинением вреда здоровью граждан, а также с их смертью в результате несчастного случая или болезни.

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

4.1. Страховым случаем является свершившееся событие, предусмотренное Договором, с наступлением которого возникает обязанность Страховщика произвести страховую выплату Застрахованному, Выгодоприобретателю или иным третьим лицам.

4.2. В рамках настоящих Правил используются следующие определения:

4.2.1. **Несчастливым случаем** является внешнее, кратковременное (до нескольких часов), фактически происшедшее под воздействием различных внешних факторов (физических, химических, механических) событие, характер, время и место которого могут быть однозначно определены, наступившее в течение срока страхования и возникшее непредвиденно, непреднамеренно, помимо воли Застрахованного, повлекшее за собой причинение вреда жизни и здоровью Застрахованного.

Неправильно проведенные медицинские манипуляции являются несчастным случаем при наличии причинно-следственной связи между ними и причиненным вредом здоровью Застрахованного или наступлением его смерти, подтвержденной судебно-медицинской экспертизой и решением суда.

Не являются несчастным случаем остро возникшие или хронические заболевания и их осложнения (как ранее диагностированные, так и впервые выявленные), спровоцированные воздействием внешних факторов, в частности инфаркт миокарда, инсульт, аневризмы, опухоли, функциональная недостаточность органов, врожденные аномалии органов.

4.2.2. **Болезнь (заболевание)** – диагностированное квалифицированным врачом на основании объективных симптомов, не вызванное несчастным случаем нарушение нормальной жизнедеятельности организма, обусловленное функциональными и/или морфологическими изменениями, а также явившееся следствием осложнений, развившихся после врачебных манипуляций с целью лечения такого нарушения и произведенных в течение срока страхования.

4.2.3. **Постоянная полная (или частичная) утрата трудоспособности/инвалидность** – социальная недостаточность Застрахованного вследствие нарушения здоровья со стойким расстройством функций организма, приводящая к ограничению жизнедеятельности и необходимости социальной защиты. Группы инвалидности соответствуют группам, установленным бюро медико-социальной экспертизы (далее – бюро МСЭ) для характеристики степени инвалидности и требований ухода, показаний и противопоказаний медицинского характера.

4.2.4. **Временная утрата трудоспособности** – нетрудоспособность, наступившая в течение срока страхования в результате произошедшего в течение срока страхования несчастного случая и/или болезни, сопровождающаяся невозможностью исполнять свои

трудовые обязанности на протяжении периода, необходимого для проведения лечения последствий несчастного случая или болезни.

4.2.5. **Травма** – это нарушение структуры живых тканей и анатомической целостности органов, явившееся следствием одномоментного или кратковременного механического, термического, физического (за исключением электромагнитного и ионизирующего излучения) или химического внешнего воздействия.

4.2.6. **Хирургическая операция** – оперативное лечение, ставшее необходимым в связи с произошедшим с Застрахованным в течение срока страхования несчастным случаем и/или болезнью. Хирургическая операция подразумевает способ лечения, заключающийся в частичном нарушении целостности тканей тела посредством физического воздействия (с помощью скальпеля, радиножа, лазера или иных специально предназначенных для таких целей медицинских инструментов) с целью устранения заболевания (состояния или патологии) или максимального приближения (возвращения) к норме функции, нарушенной в результате несчастного случая и/или болезни. Хирургическая операция должна быть проведена квалифицированным хирургом в соответствии с общепринятыми медицинскими нормами, в условиях стационара (медицинского учреждения с круглосуточным медицинским наблюдением), имеющего все необходимые разрешения и лицензии.

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

4.2.8. **Утрата профессиональной трудоспособности** – невозможность занятия своей привычной деятельностью, которой Застрахованный занимался до наступления несчастного случая или болезни, а также любой сходной профессиональной деятельностью, которой он может заниматься в силу своего образования, опыта и квалификации.

4.2.9. **Зарегистрированный перевозчик** – перевозчик, имеющий лицензию Ространснадзора на пассажирские перевозки.

4.2.10. **Дорожно-транспортное происшествие** - авария, произошедшая в ходе дорожного движения с участием моторизованного транспортного средства.

4.2.11. **Преступное нападение** - умышленное причинение смерти или вреда здоровью Застрахованного другим лицом.

4.2.12. **Предшествующее состояние** — любое нарушение здоровья (расстройство, заболевание), травма, увечье, врожденная или приобретенная патология, хроническое или острое заболевание, психическое или нервное расстройство, которое уже было диагностировано у Застрахованного на дату заключения Договора. Такие состояния также включают в себя любые осложнения или последствия, связанные с указанными состояниями.

4.2.13. **Страховая выплата** — денежная сумма, выплачиваемая Страховщиком Застрахованному или Выгодоприобретателю при наступлении страхового случая.

4.2.14. **Срок страхования** – период времени, определяемый Договором, на который распространяется страхование и в течение которого может произойти страховой случай, в результате чего у Страховщика возникает обязанность по осуществлению

страховой выплаты в соответствии с настоящими Правилами и Договором. Договором могут быть установлены различные сроки страхования по рискам, включенным в Договор.

4.3. **Страховыми рисками** являются предполагаемые события, на случай наступления которых проводится страхование. В Договор могут быть включены по соглашению сторон и с учетом ограничений, установленных п.п.5.1-5.2, следующие риски в любой их комбинации:

- а) смерть Застрахованного, наступившая в результате несчастного случая;
- б) смерть Застрахованного, наступившая в результате болезни;
- в) смерть Застрахованного, наступившая в результате болезни и/или несчастного случая;
- г) смерть Застрахованного, наступившая в результате дорожно-транспортного происшествия;
- д) смерть Застрахованного, наступившая в результате преступного нападения;
- е) смерть Застрахованного, наступившая в результате несчастного случая на средстве транспорта зарегистрированного авиаперевозчика (самолет);
- ж) смерть Застрахованного, наступившая в результате несчастного случая на средстве транспорта зарегистрированного перевозчика;
- з) постоянная полная (или частичная) утрата трудоспособности (инвалидность) Застрахованного, установленная в результате болезни и/или несчастного случая («Инвалидность в результате болезни и/или несчастного случая»);
- и) постоянная полная (или частичная) утрата трудоспособности (инвалидность) Застрахованного, установленная в результате дорожно-транспортного происшествия («Инвалидность в результате ДТП»);
- к) постоянная полная (или частичная) утрата Застрахованным общей трудоспособности без установления инвалидности в результате несчастного случая и/или болезни. Специальные условия страхования по данному страховому событию приведены в Приложении №2;
- л) тяжкие телесные повреждения, полученные Застрахованным в течение срока страхования в результате несчастного случая и предусмотренные «Таблицей размеров страховых выплат при тяжких телесных повреждениях в результате несчастного случая» («Тяжкие телесные повреждения»);
- м) утрата профессиональной трудоспособности в результате несчастного случая, произошедшего с Застрахованным в течение срока страхования, и установленная Застрахованному в течение 1 года со дня данного несчастного случая («Утрата профессиональной трудоспособности в результате несчастного случая»);
- н) утрата профессиональной трудоспособности в результате заболевания, обусловленная заболеванием, диагностированным у Застрахованного в течение срока страхования, и установленная Застрахованному в течение 1 года со дня постановки данного диагноза («Утрата профессиональной трудоспособности в результате заболевания»);
- о) травма Застрахованного, полученная Застрахованным в течение срока страхования в результате несчастного случая и предусмотренная «Таблицей размеров страховых выплат в связи с несчастным случаем» («Травма»);
- п) временная утрата трудоспособности Застрахованного, наступившая в течение срока страхования в результате болезни и/или несчастного случая («Временная утрата трудоспособности в результате болезни и/или несчастного случая»);
- р) переломы и ожоги, полученные Застрахованным в течение срока страхования в результате несчастного случая и предусмотренные «Таблицей размеров страховых

выплат при переломах и ожогах в результате несчастного случая» («Переломы и ожоги»);

с) госпитализация Застрахованного в течение срока страхования в результате болезни и/или несчастного случая («Госпитализация в результате болезни и/или несчастного случая»);

т) проведение Застрахованному хирургической операции в течение срока страхования в результате болезни и/или несчастного случая («Хирургические операции в результате болезни и/или несчастного случая»). Список хирургических операций, на случай проведения которых проводится страхование, приведен в «Таблице размеров страховых выплат при хирургических операциях»;

у) критические заболевания и операции - установление Застрахованному врачом, имеющим необходимую квалификацию, заключительного диагноза одного из заболеваний или проведение ему одной из хирургических операций, определённых в Договоре («Критические заболевания»). Перечень болезней, хирургических операций и специальные условия страхования по данному риску приведены в Приложении №1.

По рискам, указанным в п.п.4.3.з, 4.3.к, 4.3.п, 4.3.с, 4.3.т, в Договоре может быть предусмотрено страхование только в результате несчастного случая или в результате болезни и/или несчастного случая.

По риску, указанному в п.4.3.з, в Договоре должно быть указано для каждой группы инвалидности, в результате каких причин будет производиться страховая выплата: в результате несчастного случая или в результате болезни и/или несчастного случая.

4.4. События, указанные в п.4.3 Правил, произошедшие в результате несчастного случая, признаются страховыми случаями, если несчастный случай произошел в течение срока страхования.

Если иное не установлено Договором:

- смерть и постоянная утрата трудоспособности (инвалидность), наступившие в результате имевшего место в течение срока страхования несчастного случая, признаются страховыми случаями, если они наступили не позднее, чем в течение одного года со дня несчастного случая;
- смерть и постоянная утрата трудоспособности (инвалидность), наступившие в результате диагностированной в течение срока страхования болезни, признаются страховыми случаями, если они наступили в течение срока страхования.

Событие, указанное в п.4.3.у Правил признается страховым, если заболевание было впервые диагностировано в течение срока страхования.

Для Застрахованных, в отношении которых Договор, которым покрывались риски, указанные в п.п.4.3.п, 4.3.с, 4.3.т Правил, продлился в течение одного или более последовательных лет без перерывов, события, указанные в п.п.4.3.п, 4.3.с, 4.3.т Правил, произошедшие в результате болезни, признаются страховыми, если болезнь впервые диагностирована в одном из сроков страхования.

4.5. Для признания событий, указанных в п.4.3 Правил, страховыми случаями, они должны быть подтверждены документами, выданными компетентными органами.

4.6. Если иное не установлено Договором, события, указанные в п.4.3 Правил, не признаются страховыми случаями, если они наступили вследствие:



а) умышленных действий Застрахованного, Страхователя или лица, которое согласно Договору, Правилам или законодательству Российской Федерации является Выгодоприобретателем в случае смерти Застрахованного, а также лиц, действующих по их поручению, направленных на наступление страхового случая;

б) совершения (попытки совершения) Застрахованным (Страхователем) уголовного преступления, находящегося в прямой причинно-следственной связи с событием, обладающим признаками страхового случая;

в) алкогольного отравления Застрахованного, наркотического или токсического опьянения (отравления) в результате употребления им наркотических, сильнодействующих и/или психотропных веществ, медицинских препаратов без предписания врача (или по предписанию врача, но с нарушением указанной им дозировки);

г) управления Застрахованным транспортным средством без права на управление транспортным средством данной категории или передачи Застрахованным управления транспортным средством лицу, не имевшему права на управление транспортным средством данной категории;

д) управления Застрахованным транспортным средством в состоянии алкогольного, наркотического или токсического опьянения или под воздействием сильнодействующих и/или психотропных веществ, медицинских препаратов, при применении которых противопоказано управление транспортными средствами, или передачи Застрахованным управления транспортным средством лицу, находившемуся в состоянии алкогольного, наркотического или токсического опьянения или под воздействием сильнодействующих и/или психотропных веществ, медицинских препаратов, при применении которых противопоказано управление транспортными средствами;

е) самоубийства Застрахованного (покушения на самоубийство), если на момент самоубийства (покушения на самоубийство) Договор действовал менее двух лет (или продлялся таким образом, что страхование не действовало непрерывно в течение двух лет), а также при преднамеренном членовредительстве Застрахованного, за исключением случаев, когда Застрахованный был доведен до этого противоправными действиями третьих лиц;

ж) действия ядерного взрыва, радиации, радиоактивного заражения или ионизирующего излучения;

з) активного участия Застрахованного в военных действиях, гражданских, военных переворотах, народных волнениях, вооруженных столкновениях, иных аналогичных или приравняемых к ним событиях, а также во время прохождения Застрахованным военной службы, участия в военных сборах и учениях, маневрах, испытаниях военной техники или иных подобных операциях в качестве военнослужащего либо гражданского служащего;

и) полета Застрахованного на летательном аппарате или управления им, если Застрахованный не является профессиональным пилотом, кроме случаев полета в качестве пассажира на рейсовом самолете или вертолете гражданской авиации, управляемом профессиональным пилотом;

к) профессиональных занятий Застрахованным спортом;

л) занятий Застрахованным опасными видами спорта (авто- и мотоспорт, контактные единоборства, альпинизм, скалолазание, ледолазание, погружение под воду на глубину более 40 метров, в подводные пещеры, к останкам судов или строений, находящихся на дне, независимо от глубины погружения, прыжки с парашютом, скайсерфинг, бейсджампинг, дельта/парапланеризм, вингсьют, скачки, BMX, маунтин байк, даунхилл, спелеотуризм, аквабайк, вейкбординг, яхтинг в открытом море, паркур,

бои без правил, охота на крупную дичь) на любительской основе, в том числе разовые занятия;

м) болезни Застрахованного, прямо или косвенно связанной с ВИЧ-инфекцией, СПИДом. Случаи заражения Застрахованного ВИЧ-инфекцией, вызванные действиями, предусмотренными ст.122 УК РФ, и подтвержденные вступившим в силу решением суда, признаются страховыми;

н) во время нахождения Застрахованного в местах лишения свободы, а также в изоляторах временного содержания и других учреждениях, предназначенных для содержания лиц, подозреваемых или обвиняемых в совершении преступления.

4.7. Если иное не установлено Договором, страховыми случаями также не признаются:

а) смерть или инвалидность Застрахованного, наступившая вследствие сердечно-сосудистого, онкологического или иного угрожающего жизни заболевания, имевшегося у Застрахованного на дату заключения Договора, при условии, что Страховщик не был поставлен об этом в известность при заключении Договора;

б) временная утрата трудоспособности, госпитализация или хирургическая операция в связи с заболеванием, диагностированным у Застрахованного на дату заключения Договора;

в) временная утрата трудоспособности в связи с необходимостью ухода за ребенком или членом семьи, временная утрата трудоспособности вследствие беременности или ее прерывания, лечения зубов (за исключением повреждений, полученных в результате несчастного случая), венерических болезней, любых заболеваний нервной системы, психических расстройств вне зависимости от их классификации, пищевой токсикоинфекции (за исключением случаев, повлекших госпитализацию Застрахованного), заболеваний, приобретенных при проведении лечения методами народной (нетрадиционной) медицины;

г) хирургические операции, связанные с беременностью и родами, лечением бесплодия, аборт, лечение, имплантация, удаление, восстановление зуба и другие операции на зубе (если только их необходимость не вызвана несчастным случаем, произошедшим в течение срока страхования), оперативное лечение ожогов I и II степени площадью менее 15% общей поверхности тела, вскрытие воспалений кожи, тканей и суставов, удаление шовного материала, пластические и косметические операции (если только их необходимость не вызвана несчастным случаем, произошедшим в течение срока страхования), хирургические операции, прямо или косвенно связанные с заболеванием СПИДом, диагностика методами эндоскопии, лапароскопии и артроскопии, удаление непролиферирующих опухолей in-situ, операции, связанные со всеми видами рака кожи за исключением пролиферирующей злокачественной меланомы, операции по смене пола, стерилизация;

д) случаи госпитализации, связанные с беременностью и родами, лечением бесплодия, абортами, лечением зубов, с пластическими или косметическими операциями (если только их необходимость не вызвана несчастным случаем, произошедшим в течение действия Договора), с психическими и наркологическими заболеваниями, с заболеваниями, вызванными вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ);

е) критические заболевания и операции или инвалидность в результате предшествующих состояний, заболеваний или их последствий.

## **5. ДОГОВОР СТРАХОВАНИЯ, ПОРЯДОК ЗАКЛЮЧЕНИЯ И ИСПОЛНЕНИЯ ДОГОВОРА СТРАХОВАНИЯ**

5.1. Страхователь имеет право заключить Договор на случай наступления любого одного или нескольких событий, указанных в п.4.3 Правил, при этом включение в Договор риска «Смерть» (п.4.3.а, п.4.3.б или п.4.3.в Правил) является обязательным, если иное не установлено в Договоре.

Риск, указанный в 4.3.п Правил, не может быть включен в Договор для лиц в возрасте до 18 лет и для неработающих граждан, в том числе для пенсионеров.

В случае если Застрахованным является ребёнок до 18-ти лет, обязательное включение риска «Смерть» заменяется на обязательное включение риска «Инвалидность» (п.4.3.з Правил), если иное не установлено в Договоре.

5.2. Если иное не установлено в Договоре, Договор не заключается в отношении лиц, возраст которых превышает 65 лет – по рискам «Хирургическая операция» и «Госпитализация».

5.3. Для заключения Договора Страхователь направляет Страховщику письменное заявление по установленной Страховщиком форме (Приложение №14), которое является неотъемлемой частью Договора, либо иным способом заявляет о своем намерении заключить Договор.

В последнем случае Страхователь должен сообщить Страховщику следующие сведения: данные Страхователя (полное наименование, реквизиты организации), сфера деятельности организации-Страхователя; должности / профессии заявленных на страхование потенциальных Застрахованных; количество лиц, заявленных на страхование; предполагаемая (желаемая) дата начала Договора; срок страхования; время действия и территория страхового покрытия; валюта Договора; особые условия запроса (например, нестандартный список исключений); перечень страховых рисков; страховые суммы.

К письменному или устному заявлению прилагается список Застрахованных (Приложение №15).

Страховщик вправе потребовать от Страхователя (Застрахованного) представить документы из списка в Приложениях №16 и №17 или заполнить одну или несколько Анкет (Приложения №№20-38) с целью определения вероятности наступления страхового случая. На основании представленных сведений Страховщик имеет право увеличить размер страхового взноса, предложить снизить страховые суммы или предложить покрытие по другим рискам.

5.4. Страховщик вправе требовать медицинского освидетельствования лица, которое предположительно будет Застрахованным. В случае отказа пройти медицинское освидетельствование Страховщик вправе отказать в заключении Договора.

Страховщик также вправе отказать в страховании или отложить заключение Договора в случае, если лицо, заявленное на страхование, на дату заявления страдает хроническим заболеванием, угрожающим его жизни и здоровью.

Страховщик также вправе отложить заключение Договора, если лицо, заявленное на страхование, страдает острым заболеванием или временно нетрудоспособно.

5.5. Выгодоприобретателя по Договору назначает либо Страхователь с письменного согласия Застрахованного, либо сам Застрахованный в письменной форме (Приложение №19). Если Застрахованный является недееспособным, то назначение

Выгодоприобретателя осуществляется Страхователем по согласованию с опекуном Застрахованного.

5.6. В Договоре указываются:

- а) субъекты страхования;
- б) страховые риски;
- в) страховые суммы (лимиты ответственности) по каждому риску;
- г) порядок определения размера страховой выплаты;
- д) размер и порядок уплаты страховых взносов;
- е) дата начала и срок страхования;

ж) время действия страхования: круглосуточно, при исполнении Застрахованным служебных обязанностей, при выполнении Застрахованным определенной работы, во время поездки или на иной период времени.

5.7. Договор вступает в силу со дня его заключения, при этом ответственность Страховщика по страховым выплатам начинает действовать с установленной Договором даты начала срока страхования, но не ранее дня поступления страхового взноса (единовременного или первой его части) на счет Страховщика или дня уплаты страхового взноса наличными деньгами в кассу Страховщика.

5.8. Страховщик оформляет и передает Страхователю полис или Договор, подтверждающий заключение Договора. В случае утери полиса или Договора Страховщик на основании письменного заявления Страхователя выдает дубликат полиса или Договора. После передачи дубликата полиса или Договора Страхователю утерянный экземпляр полиса или Договора считается недействительным.

5.9. Вся корреспонденция в связи с Договором направляется по адресам, которые указаны в Договоре, а в связи со страховым случаем – по адресу, указанному в Заявлении на страховую выплату. В случае изменения адресов и/или реквизитов сторон, стороны обязуются заблаговременно в письменном виде известить друг друга об этом. Если сторона не была извещена об изменении адреса и/или реквизитов другой стороны заблаговременно, то вся корреспонденция, направленная по прежнему адресу, будет считаться полученной на дату ее поступления по прежнему адресу.

5.10. Если Договором предусмотрено его заключение без указания фамилии, имени, отчества (при наличии) или наименования застрахованного лица (выгодоприобретателя), в Договоре определяется идентифицирующий признак, позволяющий однозначно установить такое лицо, а также предусматривается обязательная идентификация застрахованного лица (выгодоприобретателя) при урегулировании убытка.

5.11. Если в Договоре имеется ссылка на документ, в котором изложены условия страхования (полностью или частично), то в договоре страхования указывается редакция документа, в котором изложены условия страхования.

5.12. При заключении Договора между Страховщиком и Страхователем согласовываются способы взаимодействия, которые будут использоваться страховой организацией для предоставления информации получателю страховых услуг.

Страховщик обеспечивает возможность взаимодействия со Страхователем способами, установленными договором страхования, а также посредством телефонной и почтовой связи.

Конкретный способ взаимодействия указывается Страхователем в заявлении о заключении договора (если оно выражено в письменной форме) и/или в договоре страхования/полисе.

Если иное не согласовано между Страховщиком и Страхователем (Выгодоприобретателем), все письма и уведомления, направляемые Страховщиком в адрес Страхователя (Выгодоприобретателя) в соответствии с настоящими Правилами, считаются направленными надлежащим образом при соблюдении одного из следующих условий:

1. уведомление направлено почтовым отправлением по адресу, указанному в договоре страхования или в извещении о страховом случае;

2. уведомление направлено в виде СМС-сообщения или сообщения с использованием иного сервиса отправки сообщений (Viber, WhatsApp, Telegram, Facebook Messenger и т.п.) по телефону или адресу, указанному в договоре страхования или ином документе (извещение, заявление на выплату) с контактными данными, поданном от лица Страхователя (Выгодоприобретателя);

3. уведомление направлено в виде сообщения электронной почты по адресу электронной почты, указанному в договоре страхования или в извещении о страховом случае.

4. уведомление направлено с использованием специализированного программного обеспечения, предоставленного Страховщиком, или размещено в Личном кабинете Страхователя (Выгодоприобретателя) в соответствующем разделе сайта [www.ingos.ru](http://www.ingos.ru), о чем Страхователь (Выгодоприобретатель) проинформирован с использованием специализированного программного обеспечения, предоставленного Страховщиком.

В случае изменения адресов и (или) реквизитов Страхователь (Выгодоприобретатель) обязуется заблаговременно известить Страховщика об этом. Если Страховщик не был извещен об изменении адреса и (или) реквизитов другой стороны заблаговременно, то все уведомления и извещения, направленные Страхователю (Выгодоприобретателю) по прежнему известному адресу, будут считаться полученными с даты их поступления по прежнему адресу.

## **6. СТРАХОВАЯ СУММА И СТРАХОВАЯ ПРЕМИЯ. ПОРЯДОК ОПРЕДЕЛЕНИЯ СТРАХОВОЙ СУММЫ, СТРАХОВОГО ТАРИФА, СТРАХОВОЙ ПРЕМИИ (СТРАХОВЫХ ВЗНОСОВ)**

6.1. Страховой суммой является денежная сумма, которая определена в порядке, установленном федеральным законом и/или Договором при его заключении и исходя из которой устанавливаются размер страховой премии (страховых взносов) и размер страховой выплаты при наступлении страхового случая.

В пределах страховой суммы Страховщик несет ответственность за выполнение своих обязательств по Договору. Размер страховой суммы устанавливается соглашением сторон Договора.

В рамках страховой суммы могут быть установлены лимиты ответственности Страховщика по любому из страховых рисков, указанных в Договоре, именуемые в дальнейшем: «страховая сумма по риску «Смерть»; «страховая сумма по риску «Инвалидность»; «страховая сумма по риску «Тяжкие телесные повреждения»; «страховая сумма по риску «Временная утрата трудоспособности»; «страховая сумма по риску

«Травма»; «страховая сумма по риску «Хирургические операции»; «страховая сумма по риску «Госпитализация»; «страховая сумма по риску «Утрата профессиональной трудоспособности»; «страховая сумма по риску «Критические заболевания».

6.2. Страховые суммы устанавливаются в российских рублях. По соглашению сторон в Договоре могут быть указаны страховые суммы в иностранной валюте, эквивалентом которых являются соответствующие суммы в рублях (далее – страхование с валютным эквивалентом).

6.3. Страховой премией является денежная сумма, уплачиваемая Страхователем Страховщику в качестве платы за страхование. Страховая премия (страховые взносы) уплачивается Страхователем в валюте РФ, за исключением случаев, предусмотренных валютным законодательством РФ и принятыми в соответствии с ним нормативными правовыми актами органов валютного регулирования.

По Договорам страхования с валютным эквивалентом страховые взносы уплачиваются в рублях по курсу ЦБ РФ, установленному для иностранной валюты на дату оплаты (перечисления), за исключением случаев, предусмотренных законодательством РФ и принятыми в соответствии с ним нормативными правовыми актами валютного регулирования.

Размер страховой премии (страховых взносов) исчисляется исходя из страховых сумм по каждому риску, годовых тарифных ставок и срока страхования.

6.4 Страховой тариф - ставка страховой премии с единицы страховой суммы с учетом объекта страхования и характера страхового риска, а также других условий страхования.

Страховой тариф рассчитывается как произведение базового страхового тарифа и коэффициентов, зависящих от пола, возраста, профессиональной принадлежности Застрахованного, рода его деятельности, периода действия Договора, увлечений, образа жизни Застрахованного, объема страхового покрытия, результатов медицинского освидетельствования, численности группы и т.п.

6.5. Страховой взнос по Договору может быть уплачен Страхователем единовременно – разовым платежом за весь срок страхования, или в рассрочку, наличными деньгами представителю или в кассу Страховщика, или путем безналичных расчетов. Порядок уплаты страхового взноса определяется соглашением сторон Договора.

6.6. В случае уплаты страхового взноса в рассрочку Договором может быть предусмотрен льготный период продолжительностью не более 60-ти дней, если иное не установлено Договором. Если в течение указанного периода времени взнос не был уплачен, Договор прекращает своё действие с даты начала льготного периода.

6.7. Страховая премия (первый страховой взнос) должна быть уплачена не позднее, чем в течение пяти дней со дня заключения Договора, если иной срок не установлен в Договоре.

6.8. Страховщик информирует Страхователя о факте просрочки уплаты очередного страхового взноса или факте его уплаты не в полном объеме, а также о последствиях таких нарушений, путем направления сообщения по почтовому адресу, указанному в

Договоре или заявлении о заключении договора, либо иным способом, о котором между сторонами достигнута договоренность.

В случае неуплаты Страхователем очередного страхового взноса в установленный договором срок или его уплаты не в полном объеме Страховщик вправе прекратить Договор страхования в одностороннем порядке, направив Страхователю письменное уведомление. Договором могут предусматриваться иные последствия неуплаты очередных страховых взносов или их уплаты не в полном объеме.

## **7. ПОРЯДОК ОПРЕДЕЛЕНИЯ РАЗМЕРА УБЫТКОВ И СТРАХОВЫХ ВЫПЛАТ**

7.1. При наступлении страхового случая, связанного с наступлением события, указанного в п.п.4.3.а - 4.3.ж правил, страховая выплата производится в размере 100% страховой суммы по риску «Смерть», установленной для Застрахованного.

7.2. При наступлении страхового случая, связанного с наступлением события, указанного в п.п.4.3.з, 4.3.и Правил, страховая выплата рассчитывается по одному из следующих вариантов:

### **Вариант А**

- I группа инвалидности – 100%
- II группа инвалидности – 75%
- III группа инвалидности – 50%

### **Вариант Б**

- I группа инвалидности – 100%
- II группа инвалидности – 80%
- III группа инвалидности – 60%

### **Вариант В**

- I группа инвалидности – 100%
- II группа инвалидности – 90%
- III группа инвалидности – 80%

### **Вариант Г**

- I группа инвалидности – 100%
- II группа инвалидности – 75%

### **Вариант Д**

- I группа инвалидности – 100%
- II группа инвалидности – 80%

### **Вариант Е**

- I группа инвалидности – 100%
- II группа инвалидности – 100%

страховой суммы по риску «Инвалидность», установленной для Застрахованного.

Вариант Ж (исключительно для страхового случая, связанного с наступлением события, указанного в п.4.3.з Правил)

В случае установления Застрахованному I или II группы инвалидности, единовременная страховая выплата заменяется ежемесячными выплатами (выплатой ренты) в течение 5, 10, 15 или 20 лет. При этом размер ежемесячной выплаты рассчитывается как отношение страховой суммы по риску инвалидности, установленной для Застрахованного, к числу месяцев выплаты ренты.

#### **Вариант З**

- I группа инвалидности – 100% страховой суммы по риску «Инвалидность», установленной для Застрахованного;
- По II и III группам инвалидности процент страховой суммы по риску «Инвалидность», установленной для Застрахованного, указывается в Договоре.

#### **Вариант И**

По I группе, II группе и III группе инвалидности процент страховой суммы по риску «Инвалидность», установленной для Застрахованного, указывается в Договоре.

#### **Вариант К**

При установлении застрахованному ребенку до 18-ти лет:

- категории «ребенок–инвалид до достижения возраста 18 лет» - 100%
- категории «ребенок–инвалид на срок два года» - 75%
- категории «ребенок–инвалид на срок один год» - 50%

#### **Вариант Л**

При установлении застрахованному ребенку до 18-ти лет:

- категории «ребенок–инвалид до достижения возраста 18 лет» - 100%
- категории «ребенок–инвалид на срок два года» - 80%
- категории «ребенок–инвалид на срок один год» - 60%

страховой суммы по риску «Инвалидность», установленной для Застрахованного.

Вариант, по которому при наступлении страхового случая будет рассчитываться размер страховой выплаты, устанавливается при заключении Договора. Если в Договоре не указан вариант, то установленными считаются: Вариант А (для взрослых Застрахованных) и Вариант К (для застрахованных детей в возрасте до 18 лет).

7.3. При наступлении страхового случая, связанного с наступлением события, указанного в п.4.3.л Правил, страховая выплата рассчитывается по одному из следующих вариантов:

#### **Вариант А**

по «Таблице 1 размеров страховых выплат при тяжелых телесных повреждениях в результате несчастного случая» (Приложение №3)

#### **Вариант Б**

по «Таблице 2 размеров страховых выплат при тяжелых телесных повреждениях в результате несчастного случая» (Приложение №4)



**Вариант В**

по «Таблице 3 размеров страховых выплат при тяжелых телесных повреждениях в результате несчастного случая» (Приложение №5)

**Вариант Г**

по «Таблице 4 размеров страховых выплат при тяжелых телесных повреждениях в результате несчастного случая» (Приложение №6)

в зависимости от тяжести повреждения, исходя из страховой суммы по риску «Тяжкие телесные повреждения», установленной для Застрахованного.

Вариант, по которому при наступлении страхового случая будет рассчитываться размер страховой выплаты, устанавливается при заключении Договора. Если в Договоре не указан вариант, то установленным считается Вариант Г.

7.4. При наступлении страхового случая, связанного с наступлением события, указанного в п.п.4.3.м, 4.3.н Правил, страховая выплата производится в процентах от страховой суммы, установленной для Застрахованного, в соответствии с процентом (степенью утраты), на который снизилась профессиональная трудоспособность Застрахованного. Степень утраты профессиональной трудоспособности определяется в порядке, установленном действующим законодательством РФ.

7.5. При наступлении страхового случая, связанного с наступлением события, указанного в п.4.3.о или п.4.3.п Правил, страховая выплата рассчитывается по одному из следующих вариантов:

**Вариант А (п.п.4.3.о или 4.3.п)**

по «Таблице 1 размеров страховых выплат в связи с несчастным случаем» (Приложение №7)

**Вариант Б (п.п. 4.3.о или 4.3.п)**

по «Таблице 2 размеров страховых выплат в связи с несчастным случаем» (Приложение №8)

**Вариант В (п.п.4.3.о или 4.3.п)**

по «Таблице 3 размеров страховых выплат в связи с несчастным случаем» (Приложение №9)

**Вариант Г (п.п.4.3.о или 4.3.п)**

по «Таблице 4 размеров страховых выплат в связи с несчастным случаем» (Приложение №10)

**Вариант Д (п.п.4.3.о или 4.3.п)**

по «Таблице 5 размеров страховых выплат в связи с несчастным случаем» (Приложение №11)

в зависимости от тяжести травмы, исходя из страховой суммы по риску «Временная утрата трудоспособности» или страховой суммы по риску «Травма», установленной для Застрахованного;

**Вариант Е (п.4.3.п)**

0,3% от страховой суммы по риску «Временная утрата трудоспособности», установленной для Застрахованного, за каждый день временной нетрудоспособности вне зависимости от того, закончился ли период временной нетрудоспособности до или после окончания срока страхования; но не больше, чем за 100 дней по одному страховому случаю, если Договором не предусмотрено иное ограничение количества дней. Период временной нетрудоспособности должен начинаться в период действия Договора. Договором может быть предусмотрена выплата в размере  $a \times 0,3\%$  с соответствующим умножением тарифа на коэффициент «а» (коэффициент «а» устанавливается в размере от 0,1 до 15). В зависимости от условий Договора расчет страховой выплаты может производиться:

- а) исходя из количества рабочих дней нетрудоспособности за исключением официально объявленных выходных (суббота, воскресенье) и праздничных дней;
- б) исходя из количества календарных дней нетрудоспособности.

Страховщик вправе при заключении Договора установить отложенный период до 30 первых календарных дней временной нетрудоспособности. Если Договором установлен отложенный период, то дни, приходящиеся на отложенный период, не учитываются при расчете страховой выплаты.

**Вариант Ж**

10% от страховой суммы одновременно по риску «Временная утрата трудоспособности», установленной для Застрахованного. Период временной нетрудоспособности должен начинаться в период действия Договора. Договором может быть предусмотрена выплата в размере  $a \times 10\%$  с соответствующим умножением тарифа на коэффициент «а» (коэффициент «а» устанавливается в размере от 0,1 до 10).

Вариант, по которому при наступлении страхового случая будет рассчитываться размер страховой выплаты, устанавливается при заключении Договора. Если в Договоре не указан вариант, то установленным для риска 4.3.о считается Вариант Б, для риска 4.3.п – Вариант Е с выплатой исходя из количества календарных дней.

7.6. При наступлении страхового случая, связанного с наступлением события, указанного в п.4.3.р Правил, страховая выплата рассчитывается по «Таблице размеров страховых выплат в связи с переломами и ожогами в результате несчастного случая» (Приложение №12).

7.7. При наступлении страхового случая, связанного с наступлением события, указанного в п.4.3.с Правил, страховая выплата рассчитывается исходя из 0,5% от страховой суммы по риску «Госпитализация», установленной для Застрахованного, за каждый день госпитализации вне зависимости от того, закончился ли период госпитализации до или после окончания срока страхования, но не больше, чем за 45 дней по одному страховому случаю, если Договором не предусмотрено иное ограничение количества дней. Договором может быть предусмотрена выплата в размере  $a \times 0,5\%$  с соответствующим умножением тарифа на коэффициент «а» (коэффициент «а» устанавливается в размере от 0,1 до 15). Страховщик вправе при заключении Договора установить отложенный период, при этом, соответственно, указанный период госпитализации при расчете страховой выплаты не учитывается.

7.8. При наступлении страхового случая, связанного с наступлением события, указанного в п.4.3.г Правил, страховая выплата производится по «Таблице размеров страховых выплат при хирургических операциях» (Приложение №13), исходя из страховой суммы по риску «Хирургические операции», установленной для Застрахованного.

7.9. Стороны вправе определить следующие условия осуществления страховой выплаты:

7.9.1. Зависимые страховые выплаты - если несчастный случай или болезнь Застрахованного обусловили наступление различных событий, указанных в п.п.4.3.а - 4.3.в, 4.3.з, 4.3.к - 4.3.р Правил, признанных страховыми случаями, то размер страховой выплаты по каждому страховому случаю уменьшается на сумму страховой выплаты, ранее произведенной Страховщиком в связи с данным несчастным случаем или данной болезнью.

7.9.2. Независимые страховые выплаты - если несчастный случай или болезнь Застрахованного обусловили наступление различных событий, указанных в п.п.4.3.а - 4.3.в, 4.3.з, 4.3.к - 4.3.р Правил, признанных страховыми случаями, то страховая выплата по каждому страховому случаю производится в полном объеме независимо от страховой выплаты, ранее произведенной Страховщиком в связи с данным несчастным случаем или данной болезнью.

Если в Договоре не определено как будут производиться страховые выплаты, по умолчанию выплаты считаются зависимыми.

7.10. Страховые выплаты по страховым случаям, связанным с наступлением событий, указанных в п.п.4.3.г - 4.3.ж, 4.3.и, 4.3.с, 4.3.т Правил, производятся независимо от других страховых выплат Застрахованному, если иное не установлено Договором.

7.11. Если дорожно-транспортное происшествие обусловило наступление различных событий, указанных в п.п.4.3.г и 4.3.и Правил, признанных страховыми случаями, то размер страховой выплаты по каждому страховому случаю уменьшается на сумму страховой выплаты, ранее произведенной Страховщиком в связи с данным несчастным случаем.

## **8. ПОРЯДОК ОСУЩЕСТВЛЕНИЯ СТРАХОВЫХ ВЫПЛАТ**

8.1. Страховая выплата осуществляется Страховщиком при наступлении страхового случая лицу, имеющему право на ее получение согласно Договору, независимо от сумм, причитающихся ему по другим договорам страхования, а также по обязательному социальному страхованию, социальному обеспечению и в порядке возмещения вреда.

Страховая выплата осуществляется на основании письменного заявления Застрахованного (Выгодоприобретателя) и документов, указанных в п.8.2 Правил, подтверждающих факт наступления события, обладающего признаками страхового случая.

В медицинских документах должны содержаться: дата и обстоятельства заявленного случая полный диагноз, дата начала лечения, результаты всех проведенных диагностических исследований и названия лечебных мероприятий. Диагноз, поставленный Застрахованному лицу, считается достоверным в том случае, если он

поставлен имеющим на это право медицинским работником на основании характерных объективных симптомов (признаков).

8.2. Для получения страховой выплаты Застрахованный (Выгодоприобретатель, Страхователь) должен предоставить Страховщику следующие документы, подтверждающие факт наступления страхового случая, а также право на получение страховой выплаты:

**а) в связи со смертью Застрахованного:**

- письменное заявление Выгодоприобретателя на страховую выплату по установленной Страховщиком форме (Приложение №39) с подробным описанием обстоятельств смерти Застрахованного и с указанием способа получения страховой выплаты (через кассу Страховщика или путём перечисления на расчетный счёт);
- письменное заявление Выгодоприобретателя по установленной Страховщиком форме (Приложение №40) с указанием полных банковских реквизитов (если в заявлении на страховую выплату выбран способ получения страховой выплаты на расчетный счет);
- оригинал свидетельства о смерти Застрахованного или его нотариально заверенную копию;
- оригинал (нотариально заверенная копия) справки о смерти из ЗАГСа с указанием установленной причины смерти или копия заключительной части акта судебно-медицинской экспертизы с результатами судебно-химических, судебно-биологических, гистологических исследований, заверенная должностным лицом и печатью МВД или прокуратуры;
- копия Акта о несчастном случае на производстве (форма Н1) или копия Акта расследования несчастного случая по пути на (с работы), заверенная сотрудником отдела кадров/управления персоналом либо уполномоченным лицом Страхователя (с приложением документов, подтверждающих данные полномочия) и печатью отдела кадров/управления персоналом (в случаях, если лицо считается застрахованным только на работе и по пути на/с работу/ы);
- оригинал Акта о несчастном случае с Застрахованным на транспорте, составленный транспортной компанией (перевозчиком), или медицинскую справку (с обязательным указанием времени несчастного случая и времени обращения за медицинской помощью) из медпункта вокзала / аэропорта, если несчастный случай произошел на территории вокзала / аэропорта или другого пункта отправления/прибытия транспорта (при наступлении события, указанного в п.4.3.е и 4.3.ж Правил);
- оригинал документа (Постановление о возбуждении/отказе в возбуждении уголовного дела; справка о ДТП с приложениями по форме, утвержденной действующим Законодательством РФ/нормативными актами; решение судебного органа; справка МЧС), выданного соответствующим органом МВД, МЧС, прокуратуры, суда, в пределах компетенции которого находится установление факта и обстоятельств соответствующего события, или копия документа, заверенного должностным лицом и печатью МВД, МЧС, прокуратуры (в случае необходимости, а именно: ДТП, авиакатастрофы, железнодорожной катастрофы, происшествия на водном транспорте, пожара, противоправных действий);
- пассажирский билет и/или посадочный талон и/или маршрутная квитанция (при наступлении события, указанного в п.4.3.е и 4.3.ж Правил);

- оригинал распоряжения Застрахованного о том, кого он назначил получателем страховой выплаты в случае своей смерти или оригинал (нотариально заверенная копия) свидетельства о праве на наследство, выданный нотариусом;
- копия документа (паспорта или документа, его заменяющего), удостоверяющего личность получателя страховой выплаты, с отметкой о месте его жительства.

**б) в связи с установлением Застрахованному группы инвалидности:**

- письменное заявление Застрахованного (Выгодоприобретателя) на страховую выплату по установленной Страховщиком форме (Приложение №39) с подробным описанием обстоятельств, повлекших за собой установление Застрахованному группы инвалидности и с указанием способа получения страховой выплаты (через кассу Страховщика или путём перечисления на расчетный счёт);
- письменное заявление Застрахованного (Выгодоприобретателя) по установленной Страховщиком форме (Приложение №40) с указанием полных банковских реквизитов (если в заявлении на страховую выплату выбран способ получения страховой выплаты на расчетный счет);
- нотариально заверенная копия справки бюро МСЭ об установлении группы инвалидности или категории «ребенок-инвалид»;
- копия направления на медико-социальную экспертизу, заверенная руководителем бюро МСЭ и печатью бюро МСЭ;
- копия медицинской карты (карт) Застрахованного за весь период наблюдения по поводу травмы/заболевания, приведшего к установлению инвалидности, заверенная лечебным учреждением. Копия медицинской карты должна быть заверена должностным лицом медицинского учреждения (главный врач, заместитель главного врача по лечебной работе, заместитель главного врача по КЭК (клинико-экспертной работе), председатель врачебной комиссии, начальник медицинской части и другие уполномоченные лица (с приложением документов, подтверждающих данные полномочия)) и печатью медицинского учреждения;
- копия Акта о несчастном случае на производстве (форма Н1) или копия Акта расследования несчастного случая по пути на (с работы), заверенная сотрудником отдела кадров/управления персоналом либо уполномоченным лицом Страхователя (с приложением документов, подтверждающих данные полномочия) и печатью отдела кадров/управления персоналом (в случаях, если лицо считается застрахованным только на работе и по пути на/с работу/ы);
- оригинал документа (Постановление о возбуждении/отказе в возбуждении уголовного дела; справка о ДТП с приложениями по форме, утвержденной действующим Законодательством РФ/нормативными актами; решение судебного органа; справка МЧС), выданного соответствующим органом МВД, МЧС, прокуратуры, суда, в пределах компетенции которого находится установление факта и обстоятельств соответствующего события, или копия документа, заверенного должностным лицом и печатью МВД, МЧС, прокуратуры (в случае необходимости, а именно: ДТП, авиакатастрофы, железнодорожной катастрофы, происшествия на водном транспорте, пожара, противоправных действий);

- копия документа (паспорта или документа, его заменяющего), удостоверяющего личность получателя страховой выплаты, с отметкой о месте его жительства.

**в) в связи с временной утратой трудоспособности Застрахованного в результате несчастного случая:**

- письменное заявление Застрахованного (Выгодоприобретателя) на страховую выплату по установленной Страховщиком форме (Приложение №39) с подробным описанием обстоятельств, приведших к временной утрате Застрахованным трудоспособности, и с указанием способа получения страховой выплаты (через кассу Страховщика или путём перечисления на расчетный счёт);
- письменное заявление Застрахованного (Выгодоприобретателя) по установленной Страховщиком форме (Приложение №40) с указанием полных банковских реквизитов (если в заявлении на страховую выплату выбран способ получения страховой выплаты на расчетный счет);
- при стационарном лечении - оригинал выписки (выписного эпикриза) из медицинской карты стационарного больного (с даты первичного обращения по заявленному событию) и/или копия медицинской карты стационарного больного, заверенная лечебным учреждением (с даты первичного обращения по заявленному событию)/при амбулаторном лечении – оригинал выписки из медицинской карты амбулаторного больного (с даты первичного обращения по заявленному событию) и/или копия амбулаторной медицинской карты Застрахованного, заверенная лечебным учреждением (с даты первичного обращения по заявленному событию). Копия медицинской карты должна быть заверена должностным лицом медицинского учреждения (главный врач, заместитель главного врача по лечебной работе, заместитель главного врача по КЭК (клинико-экспертной работе), председатель врачебной комиссии, начальник медицинской части и другие уполномоченные лица (с приложением документов, подтверждающих данные полномочия)) и печатью медицинского учреждения;
- копии закрытых листков нетрудоспособности, заверенные сотрудником отдела кадров/управления персоналом либо уполномоченным лицом (с приложением документов, подтверждающих данные полномочия) и печатью отдела кадров/управления персоналом организации, в которой работает Застрахованный;
- копия Акта о несчастном случае на производстве (форма Н1) или копия Акта расследования несчастного случая по пути на (с работы), заверенная сотрудником отдела кадров/управления персоналом либо уполномоченным лицом Страхователя (с приложением документов, подтверждающих данные полномочия) и печатью отдела кадров/управления персоналом (в случаях, если лицо считается застрахованным только на работе и по пути на/с работу/ы);
- оригинал документа (Постановление о возбуждении/отказе в возбуждении уголовного дела; справка о ДТП с приложениями по форме, утвержденной действующим Законодательством РФ/нормативными актами; решение судебного органа; справка МЧС), выданного соответствующим органом МВД, МЧС, прокуратуры, суда, в пределах компетенции которого находится установление факта и обстоятельств соответствующего события, или копия документа, заверенного должностным лицом и печатью МВД, МЧС,

прокуратуры (в случае необходимости, а именно: ДТП, авиакатастрофы, железнодорожной катастрофы, происшествия на водном транспорте, пожара, противоправных действий);

- копия документа (паспорта или документа, его заменяющего), удостоверяющего личность получателя страховой выплаты, с отметкой о месте его жительства.

**г) в связи с временной утратой трудоспособности Застрахованного в результате заболевания:**

- письменное заявление Застрахованного (Выгодоприобретателя) на страховую выплату по установленной Страховщиком форме (Приложение №39) с подробным описанием обстоятельств, приведших к временной утрате Застрахованным трудоспособности, и с указанием способа получения страховой выплаты (через кассу Страховщика или путём перечисления на расчетный счёт);
- письменное заявление Застрахованного (Выгодоприобретателя) по установленной Страховщиком форме (Приложение №40) с указанием полных банковских реквизитов (если в заявлении на страховую выплату выбран способ получения страховой выплаты на расчетный счет);
- при стационарном лечении - оригинал выписки (выписного эпикриза) из медицинской карты стационарного больного (с даты первичного обращения по заявленному событию) и/или копия медицинской карты стационарного больного, заверенная лечебным учреждением (с даты первичного обращения по заявленному событию)/при амбулаторном лечении – оригинал выписки из медицинской карты амбулаторного больного (с даты первичного обращения по заявленному событию) и/или копия амбулаторной медицинской карты Застрахованного, заверенная лечебным учреждением (с даты первичного обращения по заявленному событию). Копия медицинской карты должна быть заверена должностным лицом медицинского учреждения (главный врач, заместитель главного врача по лечебной работе, заместитель главного врача по КЭК (клинико-экспертной работе), председатель врачебной комиссии, начальник медицинской части и другие уполномоченные лица (с приложением документов, подтверждающих данные полномочия)) и печатью медицинского учреждения;
- копии закрытых листков нетрудоспособности, заверенные сотрудником отдела кадров/управления персоналом либо уполномоченным лицом (с приложением документов, подтверждающих данные полномочия) и печатью отдела кадров/управления персоналом организации, в которой работает Застрахованный;
- копия документа (паспорта или документа, его заменяющего), удостоверяющего личность получателя страховой выплаты, с отметкой о месте его жительства.

**д) в связи с травмой, тяжкими телесными повреждениями Застрахованного в результате несчастного случая или в связи с переломами или ожогами Застрахованного в результате несчастного случая:**

- письменное заявление Застрахованного (Выгодоприобретателя) на страховую выплату по установленной Страховщиком форме (Приложение №39) с подробным описанием обстоятельств получения Застрахованным травмы и с

указанием способа получения страховой выплаты (через кассу Страховщика или путём перечисления на расчетный счёт);

- письменное заявление Застрахованного (Выгодоприобретателя) по установленной Страховщиком форме (Приложение №40) с указанием полных банковских реквизитов (если в заявлении на страховую выплату выбран способ получения страховой выплаты на расчетный счет);
- при стационарном лечении - оригинал выписки (выписного эпикриза) из медицинской карты стационарного больного (с даты первичного обращения по заявленному событию) и/или копия медицинской карты стационарного больного, заверенная лечебным учреждением (с даты первичного обращения по заявленному событию)/при амбулаторном лечении – оригинал выписки из медицинской карты амбулаторного больного (с даты первичного обращения по заявленному событию) и/или копия амбулаторной медицинской карты Застрахованного, заверенная лечебным учреждением (с даты первичного обращения по заявленному событию). Копия медицинской карты должна быть заверена должностным лицом медицинского учреждения (главный врач, заместитель главного врача по лечебной работе, заместитель главного врача по КЭК (клинико-экспертной работе), председатель врачебной комиссии, начальник медицинской части и другие уполномоченные лица (с приложением документов, подтверждающих данные полномочия)) и печатью медицинского учреждения;
- копия Акта о несчастном случае на производстве (форма Н1) или копия Акта расследования несчастного случая по пути на (с работы), заверенная сотрудником отдела кадров/управления персоналом либо уполномоченным лицом Страхователя (с приложением документов, подтверждающих данные полномочия) и печатью отдела кадров/управления персоналом (в случаях, если лицо считается застрахованным только на работе и по пути на/с работу/ы);
- оригинал документа (Постановление о возбуждении/отказе в возбуждении уголовного дела; справка о ДТП с приложениями по форме, утвержденной действующим Законодательством РФ/нормативными актами; решение судебного органа; справка МЧС), выданного соответствующим органом МВД, МЧС, прокуратуры, суда, в пределах компетенции которого находится установление факта и обстоятельств соответствующего события, или копия документа, заверенного должностным лицом и печатью МВД, МЧС, прокуратуры (в случае необходимости, а именно: ДТП, авиакатастрофы, железнодорожной катастрофы, происшествия на водном транспорте, пожара, противоправных действий);
- копия документа (паспорта или документа, его заменяющего), удостоверяющего личность получателя страховой выплаты, с отметкой о месте его жительства.

**е) в связи с перенесенной Застрахованным хирургической операцией; в связи с госпитализацией Застрахованного:**

- письменное заявление Застрахованного (Выгодоприобретателя) на страховую выплату по установленной Страховщиком форме (Приложение №39) с подробным описанием обстоятельств, послуживших причиной проведения хирургической операции/госпитализации Застрахованного, и с указанием способа получения страховой выплаты (через кассу Страховщика или путём перечисления на расчетный счёт);



- письменное заявление Застрахованного (Выгодоприобретателя) по установленной Страховщиком форме (Приложение №40) с указанием полных банковских реквизитов (если в заявлении на страховую выплату выбран способ получения страховой выплаты на расчетный счет);
- оригинал выписки (выписного эпикриза) из медицинской карты стационарного больного и/или копия медицинской карты стационарного больного, заверенная лечебным учреждением. Копия медицинской карты должна быть заверена должностным лицом медицинского учреждения (главный врач, заместитель главного врача по лечебной работе, заместитель главного врача по КЭК (клинико-экспертной работе), председатель врачебной комиссии, начальник медицинской части и другие уполномоченные лица (с приложением документов, подтверждающих данные полномочия)) и печатью медицинского учреждения;
- при госпитализации для работающих застрахованных копии закрытых (за весь период нетрудоспособности по заявленному событию) листов нетрудоспособности, заверенные сотрудником отдела кадров/управления персоналом либо уполномоченным лицом (с приложением документов, подтверждающих данные полномочия) и печатью отдела кадров/управления персоналом организации, в которой работает Застрахованный;
- копия Акта о несчастном случае на производстве (форма Н1) или копия Акта расследования несчастного случая по пути на (с работы), заверенная сотрудником отдела кадров/управления персоналом либо уполномоченным лицом Страхователя (с приложением документов, подтверждающих данные полномочия) и печатью отдела кадров/управления персоналом (в случаях, если лицо считается застрахованным только на работе и по пути на/с работу/ы);
- оригинал документа (Постановление о возбуждении/отказе в возбуждении уголовного дела; справка о ДТП с приложениями по форме, утвержденной действующим Законодательством РФ/нормативными актами; решение судебного органа; справка МЧС), выданного соответствующим органом МВД, МЧС, прокуратуры, суда, в пределах компетенции которого находится установление факта и обстоятельств соответствующего события, или копия документа, заверенного должностным лицом и печатью МВД, МЧС, прокуратуры (в случае необходимости, а именно: ДТП, авиакатастрофы, железнодорожной катастрофы, происшествия на водном транспорте, пожара, противоправных действий);
- копия документа (паспорта или документа, его заменяющего), удостоверяющего личность получателя страховой выплаты, с отметкой о месте его жительства.

**ж) в связи с утратой профессиональной трудоспособности в результате несчастного случая и/или болезни:**

- письменное заявление Застрахованного (Выгодоприобретателя) на страховую выплату по установленной Страховщиком форме (Приложение №39) с подробным описанием обстоятельств, приведших к утрате профессиональной трудоспособности Застрахованного, и с указанием способа получения страховой выплаты (через кассу Страховщика или путём перечисления на расчетный счёт);
- письменное заявление Застрахованного (Выгодоприобретателя) по установленной Страховщиком форме (Приложение №40) с указанием полных

- банковских реквизитов (если в заявлении на страховую выплату выбран способ получения страховой выплаты на расчетный счет);
- нотариально заверенная копия справки бюро МСЭ об утрате профессиональной трудоспособности;
  - копия направления на медико-социальную экспертизу, заверенная руководителем бюро МСЭ и печатью бюро МСЭ, заверенная должностным лицом медицинского учреждения (главный врач, заместитель главного врача по лечебной работе, заместитель главного врача по КЭК (клинико-экспертной работе), председатель врачебной комиссии, начальник медицинской части и другие уполномоченные лица (с приложением документов, подтверждающих данные полномочия)) и печатью медицинского учреждения копия медицинской карты (карт) Застрахованного за весь период наблюдения по поводу травмы/заболевания, приведшего к установлению инвалидности;
  - копия медицинской карты (карт) Застрахованного за весь период наблюдения (с даты первичного обращения) по поводу травмы/заболевания, приведшего к установлению инвалидности, заверенная лечебным учреждением. Копия медицинской карты должна быть заверена должностным лицом медицинского учреждения (главный врач, заместитель главного врача по лечебной работе, заместитель главного врача по КЭК (клинико-экспертной работе), председатель врачебной комиссии, начальник медицинской части и другие уполномоченные лица (с приложением документов, подтверждающих данные полномочия)) и печатью медицинского учреждения;
  - копия Акта о несчастном случае на производстве (форма Н1), заверенная сотрудником отдела кадров/управления персоналом либо уполномоченным лицом Страхователя (с приложением документов, подтверждающих данные полномочия) и печатью отдела кадров/управления персоналом (в случаях, если лицо считается застрахованным только на работе и по пути на/с работу/ы);
  - оригинал документа (Постановление о возбуждении/отказе в возбуждении уголовного дела; справка о ДТП с приложениями по форме, утвержденной действующим Законодательством РФ/нормативными актами; решение судебного органа; справка МЧС), выданного соответствующим органом МВД, МЧС, прокуратуры, суда, в пределах компетенции которого находится установление факта и обстоятельств соответствующего события, или копия документа, заверенного должностным лицом и печатью МВД, МЧС, прокуратуры (в случае необходимости, а именно: ДТП, авиакатастрофы, железнодорожной катастрофы, происшествия на водном транспорте, пожара, противоправных действий);
  - копия документа (паспорта или документа, его заменяющего), удостоверяющего личность получателя страховой выплаты, с отметкой о месте его жительства.

8.3. Во всех справках и выписках из медицинских учреждений обязательно должен быть указан диагноз, полные ФИО Застрахованного, дата рождения/возраст Застрахованного, а также должны быть проставлены печать и штамп медицинского учреждения.

В случае если Застрахованным/Выгодоприобретателем является малолетний и право на получение страховой выплаты имеют его родитель, усыновитель либо опекун, то также должны быть предоставлены документы, подтверждающие право на получение

страховой выплаты заявителем (копия свидетельства о рождении малолетнего получателя выплаты, нотариально заверенные копии документов об опекунстве/усыновлении).

В случае если Застрахованным/Выгодоприобретателем является недееспособный и право на получение страховой выплаты имеет его опекун, то также должны быть предоставлены документы, подтверждающие право на получение страховой выплаты заявителем (нотариально заверенные копии документов об опекунстве).

В случае если Застрахованный/Выгодоприобретатель доверяет получение страховой выплаты третьему лицу, то также должен быть предоставлен оригинал или нотариально заверенная копия доверенности с правом получения страховой выплаты.

Все документы, предусмотренные настоящим разделом и предоставляемые Страховщику в связи со страховыми выплатами, должны быть составлены на русском языке. Если предоставляемые Страховщику документы выданы на территории иностранного государства, то они должны иметь апостиль (если применимо) и/или нотариально заверенный перевод. В случае предоставления документов, которые не могут быть прочтены в связи с особенностями почерка врача или сотрудника компетентного органа, а также вследствие нарушения целостности документа, Страховщик вправе отложить решение по заявленному событию до предоставления документов надлежащего качества.

8.4. Если по предоставленным документам установить факт наличия страхового случая либо его отсутствия не представляется возможным, то Страховщик вправе запросить документы из числа указанных в Приложении №41, у Застрахованного, Выгодоприобретателя, Страхователя, правоохранительных органов, медицинских учреждений и других предприятий и организаций, располагающих информацией об обстоятельствах страхового случая.

Если Застрахованным/Выгодоприобретателем/Страхователем представлены не все документы, указанные в п.8.2 Правил, то Страховщик вправе принять решение по заявленному случаю на основании представленных документов при условии, что таких документов достаточно для установления факта наличия/отсутствия страхового случая и размера страховой выплаты.

В случае сомнений в подлинности и/или достоверности, а также достаточности документов, представленных Застрахованным (Выгодоприобретателем, Страхователем) в связи с наступлением события, имеющего признаки страхового случая, или для подтверждения состояния утраты трудоспособности, в том числе и при назначении группы инвалидности, Страховщик вправе направить Застрахованного на повторные лабораторные и инструментальные исследования (включая ультразвуковые исследования, рентгенологические и иные методы лучевой диагностики), повторные медицинские осмотры, осуществляемые врачами различных специальностей. Указанные исследования и медицинские осмотры проводятся врачами, назначенными Страховщиком, в местах, обозначенных Страховщиком, и за его счет.

Застрахованный, Выгодоприобретатель и Страхователь обязаны предоставить Страховщику или его представителю свободный доступ к информации, имеющей отношение к страховому случаю.

8.5. В случае если Страховщиком были запрошены у Застрахованного, Выгодоприобретателя, Страхователя или компетентных органов дополнительные документы, необходимые для установления факта наступления страхового случая, а также при обстоятельствах, указанных в абзаце 3 п.8.4 Правил, срок принятия решения по заявленному случаю, указанный в п.п.8.6 и 8.8 Правил, приостанавливается до даты

получения Страховщиком дополнительных документов и (или) до даты окончания проверки обстоятельств, указанных в абзаце 3 п.8.4 Правил.

В случае если дополнительные документы запрошены Страховщиком у Страхователя или компетентных органов, Страховщик в течение 10 рабочих дней с даты получения документов, указанных в п.8.2 Правил, и дополнительно запрошенных Страховщиком у Застрахованного или Выгодоприобретателя документов согласно п.8.4 (если таковые были запрошены) информирует лицо, претендующее на страховую выплату, об отсрочке рассмотрения.

8.6. При принятии решения о непризнании случая страховым, отказе (отсрочке) в выплате Страховщик в письменной форме и со ссылками на пункты настоящих Правил информирует об этом лицо, претендующее на страховую выплату, в течение 10 рабочих дней с даты получения документов, указанных в п.8.2 Правил, и дополнительно запрошенных документов согласно п.8.4.

8.7. Страховщик не вправе отказать в страховой выплате по основаниям, не предусмотренным федеральным законом или Договором.

8.8. При принятии Страховщиком положительного решения о страховой выплате, данная выплата осуществляется в течение 10 рабочих дней с даты получения Страховщиком всех документов, указанных в п.8.2 Правил, и документов, запрошенных дополнительно согласно п.8.4 (если таковые были запрошены), за исключением случая, когда по факту смерти или инвалидности Застрахованного возбуждается уголовное дело. Днем выплаты считается день списания средств с расчетного счета или выдачи их из кассы Страховщика.

8.9. Страховые выплаты осуществляются в валюте РФ, за исключением случаев, предусмотренных действующим законодательством, в том числе валютным законодательством РФ и принятыми в соответствии с ним нормативными правовыми актами органов валютного регулирования.

По Договорам страхования с валютным эквивалентом страховые выплаты осуществляются в рублях по курсу ЦБ РФ, установленному для данной иностранной валюты на дату выплаты (перечисления),

По требованию получателя выплаты, не являющегося резидентом РФ, страховая выплата может быть произведена в иностранной валюте в порядке, предусмотренном валютным законодательством РФ и принятыми в соответствии с ним нормативными правовыми актами валютного регулирования.

8.10. Страховая выплата по желанию получателя может быть произведена либо наличными деньгами из кассы Страховщика, либо путем перечисления на банковский счет получателя или иным способом по согласованию сторон. Расходы по перечислению страховой выплаты на банковский счет получателя несет получатель.

8.11. В случае смерти Застрахованного, которому была назначена и выплачивалась рента в связи с установлением ему инвалидности I или II группы (Вариант Ж п.7.2 Правил), право на получение ренты переходит к Выгодоприобретателю.

8.12. В случае смерти Застрахованного соблюдается следующий приоритет по выплате страховой суммы:

а) в первую очередь - указанному в Договоре Выгодоприобретателю. Если в Договоре указано несколько Выгодоприобретателей, но не указаны их доли, выплата осуществляется всем Выгодоприобретателям в равных долях;

б) при отсутствии Выгодоприобретателя (не был назначен, умер ранее Застрахованного, умер одновременно с Застрахованным) – лицу, указанному в завещании Застрахованного;

в) при отсутствии получателя по п.8.12.а и п.8.12.б - лицу, признанному наследником Застрахованного по гражданскому законодательству, при предоставлении Свидетельства о праве на наследство по закону.

Если получатель страховой выплаты умирает, не получив причитающуюся ему страховую выплату, право на получение страховой выплаты переходит к наследникам умершего получателя, если иное не предусмотрено Договором.

Лица, виновные в смерти Застрахованного или умышленном причинении телесных повреждений, повлекших смерть Застрахованного, исключаются из списка получателей страховой выплаты.

8.13. При объявлении судом Застрахованного умершим страховая выплата производится при условии, если в решении суда указано, что Застрахованный пропал без вести при обстоятельствах, угрожавших смертью или дающих основание предполагать его гибель от определенного несчастного случая, и день его исчезновения или предполагаемой гибели приходится на период действия Договора. При признании Застрахованного судом безвестно отсутствующим страховая выплата не производится.

8.14. Страховая выплата может быть произведена представителю Застрахованного или Выгодоприобретателя по доверенности, оформленной в установленном законом порядке.

8.15. Если получателем страховой выплаты не является лицо, обратившееся к Страховщику с заявлением на страховую выплату, Страховщику должен быть представлен документ, удостоверяющий личность получателя выплаты. В этом случае единый срок урегулирования требования о страховой выплате начинает течь не ранее получения Страховщиком данного документа.

8.16. При непредставлении лицом, обратившимся за страховой выплатой, банковских реквизитов, а также других сведений, необходимых для осуществления страховой выплаты в безналичном порядке, срок осуществления страховой выплаты продлевается до получения Страховщиком указанных сведений. При этом Страховщик обязан уведомить обратившееся лицо о факте приостановки и запросить у него недостающие сведения.

8.17. При личном обращении получателя страховых услуг Страховщик принимает документы на выплату по описи, реестру или акту приема-передачи. Опись, реестр или акт приема-передачи подписывается страховщиком и получателем страховых услуг с указанием даты приема документов. Дата приема документов может быть внесена посредством использования автоматизированных систем.

При получении документов на страховую выплату почтовым отправлением или в форме электронного документа страховщик проверяет комплектность документов (соответствие требованиям правил страхования и (или) договора страхования) и правильность их оформления.

В случае если документы на страховую выплату были направлены без сопроводительного письма, содержащего перечень представленных документов или опись, страховщик не имеет права отказать в их приеме.

8.18. В случае выявления факта предоставления получателем страховых услуг документов, недостаточных для принятия Страховщиком решения об осуществлении страховой выплаты, и (или) ненадлежащим образом оформленных документов в соответствии с требованиями правил страхования и (или) договора страхования, страховщик обязан:

-принять их, если иное не предусмотрено для отдельного вида страхования законодательством Российской Федерации, при этом срок принятия решения или единый срок урегулирования требования о страховой выплате не начинает течь до предоставления последнего из необходимых и надлежащим образом оформленных документов;

-уведомить об этом подавшее заявление на страховую выплату лицо с указанием перечня недостающих и (или) ненадлежащим образом оформленных документов в течение 15 (пятнадцати) рабочих дней.

8.19. Согласование места и времени проведения обследования Застрахованного должно быть зафиксировано Страховщиком посредством:

- заключения соглашения о месте и времени проведения обследования Застрахованного по разработанной Страховщиком форме;

- направления Страховщиком в адрес Застрахованного заказным письмом с уведомлением сообщения с указанием места и времени проведения обследования Застрахованного - не менее двух вариантов времени на выбор;

- иного способа, позволяющего подтвердить, что такое лицо было должным образом уведомлено о необходимости проведения обследования Застрахованного.

8.20. Если Застрахованный не прошел освидетельствование в согласованную дату, Страховщик согласовывает с этим лицом другую дату освидетельствования при его обращении к Страховщику. При этом, если в соответствии с Договором течение срока урегулирования требования о страховой выплате началось до проведения освидетельствования, то течение данного срока приостанавливается до даты проведения освидетельствования. В случае повторного непрохождения застрахованным лицом освидетельствования в согласованную со Страховщиком дату, Страховщик возвращает без рассмотрения представленное таким лицом заявление на страховую выплату, а также приложенные к нему документы (как поданные непосредственно вместе с заявлением, так и представленные впоследствии), если иное не будет согласовано между Страховщиком и Страхователем (Выгодоприобретателем).

## **9. ПРЕКРАЩЕНИЕ ДОГОВОРА**

9.1. Договор прекращается:

а) при наступлении даты окончания срока страхования, при отсутствии неурегулированных заявленных случаев, обладающих признаками страховых, по Договору;

б) при исполнении Страховщиком своих обязательств по Договору в полном объеме, при наличии страховых случаев в течение срока страхования.

9.2. Договор досрочно прекращается при ликвидации Страхователя - юридического лица в случае, если Застрахованный не принял на себя исполнение обязанностей Страхователя по уплате взносов.

9.3. Договор может быть досрочно прекращен по требованию Страхователя. В этом случае Страхователю возвращаются уплаченные им страховые взносы за неистекший срок действия Договора за вычетом понесенных Страховщиком расходов (комиссионного вознаграждения, а также расходов Страховщика на ведение дела в размере 5 (пяти) процентов), если Договором не предусмотрено иное. Если требование Страхователя обусловлено нарушением Страховщиком Правил, то последний возвращает Страхователю внесенные им страховые взносы полностью.

9.4. Договор может быть досрочно прекращен по требованию Страховщика в случае неисполнения Страхователем обязанностей по Договору, в том числе при неуплате страхового взноса в установленные Договором сроки.

9.5. В случае досрочного прекращения Договора по инициативе Страховщика Страхователю возвращаются уплаченные им страховые взносы за неистекший срок действия Договора за вычетом понесенных Страховщиком расходов (комиссионного вознаграждения, а также расходов Страховщика на ведение дела в размере 5 (пяти) процентов).

9.6. О намерении досрочного прекращения Договора стороны обязаны письменно уведомить друг друга не менее чем за 30 дней до предполагаемой даты прекращения Договора, если Договором не предусмотрено иное.

9.7. При изменении условий Договора, уменьшающих объем ответственности Страховщика (прекращение Договора в отношении конкретных Застрахованных, уменьшение страховых сумм, изменение страховых рисков), Страхователю возвращаются:

- в случае прекращения Договора в отношении конкретных Застрахованных, уплаченные за этих Застрахованных страховые взносы за неистекший срок действия Договора;
- в случае уменьшения объема ответственности Страховщика в отношении конкретных Застрахованных без изменения общей численности, часть уплаченных за этих Застрахованных страховых взносов за неистекший срок действия Договора, пропорциональную уменьшению ответственности.

По соглашению сторон Договора возврат указанных сумм может быть отложен до окончания Договора или, в случае последующего увеличения ответственности Страховщика по Договору (включение в Договор новых Застрахованных, увеличение страховых сумм, изменение страховых рисков), проведен взаимозачет.

## **10. ПРАВА И ОБЯЗАННОСТИ СТОРОН, ОСНОВАНИЯ ОТКАЗА В СТРАХОВОЙ ВЫПЛАТЕ**

10.1. Страхователь имеет право:

- 10.1.1. проверять соблюдение Страховщиком условий Договора;
- 10.1.2. получить любые разъяснения по Договору;
- 10.1.3. получить дубликат страхового полиса или Договора в случае утраты оригинала;

10.1.4. с письменного согласия Застрахованного назначить Выгодоприобретателя по Договору, а также с согласия Застрахованного заменить такого Выгодоприобретателя другим лицом до наступления предусмотренного Договором страхового случая;

10.1.5. с согласия Страховщика изменить условия Договора, касающиеся размера страховой суммы и страховых сумм по отдельным рискам, срока страхования, размера страховых взносов. Такие изменения должны быть оформлены дополнительным соглашением к Договору;

10.1.6. досрочно прекратить Договор в соответствии с Договором и Правилами;

10.1.7. изменить состав Застрахованных, с письменного согласия Застрахованных и по согласованию со Страховщиком, исключив из списка одних Застрахованных и включив на их место других, при условии, что с исключаемыми Застрахованными в период действия Договора не происходило страховых случаев. Для этого Страхователь в письменной форме сообщает Страховщику необходимые данные о Застрахованных, как об исключаемых, так и о включаемых в список;

10.1.8. требовать от Страховщика разъяснения положений, содержащихся в Правилах и Договорах, расчетов изменения в течение срока действия Договора страховой суммы, расчетов страховой выплаты;

10.1.9. пользоваться иными правами, предусмотренными Договором, Правилами и законодательством РФ.

10.2. Страхователь обязан:

10.2.1. уплачивать страховые взносы в размерах и в сроки, установленные в Договоре;

10.2.2. сообщать Страховщику достоверную информацию о Застрахованном и Выгодоприобретателе по требованию Страховщика;

10.2.3. незамедлительно сообщать Страховщику об изменениях в обстоятельствах, сообщенных Страховщику при заключении Договора, если эти изменения могут существенно повлиять на увеличение страхового риска (изменение обстоятельств признается существенным, когда они изменились настолько, что если бы стороны могли это разумно предвидеть, Договор не был бы заключен или был заключен на значительно отличающихся условиях); незамедлительно сообщать Страховщику об изменении фамилии, имени или отчества Застрахованного.

Факторами существенного увеличения степени страхового риска являются: смена профессиональной деятельности Застрахованного, связанная с повышенным риском и(или) которая может привести к появлению профессиональных заболеваний, переезд (командировка) в другую страну или в другой климатический пояс на срок свыше 1 года, смена пола Застрахованного, инфицирование Застрахованного ВИЧ (вирусом иммунодефицита человека) или заболевание Застрахованного СПИДом (синдромом приобретенного иммунодефицита) или другим аналогичным синдромом.

10.2.4. сообщить Страховщику о наступлении события, обладающего признаками страхового случая, не позднее тридцати дней после данного события или с момента устранения обстоятельств, препятствующих соблюдению этого срока;

10.2.5. при обращении за страховой выплатой предоставить Страховщику заявление на выплату по установленной Страховщиком форме, а также все необходимые документы в соответствии с разделом 8 Правил. Данная обязанность также распространяется на Застрахованного или Выгодоприобретателя в случае их обращения за выплатой;

10.2.6. предоставить Страховщику или его представителю свободный доступ к информации, имеющей отношение к событию, обладающему признаками страхового;



10.2.7. возвратить полученную страховую выплату, если в течение предусмотренных действующим законодательством РФ сроков исковой давности обнаружится такое обстоятельство, которое по закону или согласно Правилам полностью или частично лишает Застрахованного, Выгодоприобретателя, Страхователя права на получение страховой выплаты;

10.2.8. выполнять иные обязанности, предусмотренные Договором, Правилами и законодательством РФ.

10.3. Страховщик имеет право:

10.3.1. проверять сообщенную Страхователем, Застрахованным и Выгодоприобретателем информацию, а также выполнение ими условий Договора, в частности, вправе требовать предоставления еженедельного медицинского отчета о состоянии здоровья Застрахованного в случае его временной нетрудоспособности в связи с заболеванием или в случае его госпитализации;

10.3.2. отсрочить рассмотрение документов и страховую выплату до даты полной уплаты страхового взноса (или его первой части, если Договором предусмотрена рассрочка взноса), а также в случае если у него возникли справедливые сомнения в праве Застрахованного (Выгодоприобретателя) на получение страховой выплаты, а именно:

а) до предоставления Застрахованным, Выгодоприобретателем, Страхователем всех необходимых документов, предусмотренных разделом 8 Правил;

б) до получения Страховщиком документов, запрашиваемых им в связи с заявлением о страховом случае, у учреждений и организаций, владеющих или обязанных владеть информацией о страховом случае;

в) до принятия решений компетентными органами, если по факту событий, указанных п.4.3 Правил, возбуждено уголовное дело;

г) до тех пор, пока Застрахованный (Выгодоприобретатель) не предоставит Страховщику необходимые доказательства права на получение страховой выплаты (если у Страховщика имеются обоснованные сомнения в его праве на получение страховой выплаты);

10.3.3. признать событие нестраховым, если оно наступило в результате причин, перечисленных в п.п.4.6, 4.7 Правил (если Договором не установлен другой перечень событий, которые не признаются страховыми), а также, если Страхователь (Застрахованный):

а) не сообщил об изменении рода занятий Застрахованного, если данное изменение явилось прямой или косвенной причиной наступления события, обладающего признаками страхового случая;

б) не предъявил документов и сведений, запрошенных Страховщиком в соответствии с положениями раздела 8 Правил и необходимых для установления причин, характера события, обладающего признаками страхового случая, и его связи с наступившими последствиями или представил заведомо ложные доказательства;

в) в случае неполной уплаты страхового взноса в сроки, предусмотренные Договором;

г) в случае неисполнения Страхователем (Застрахованным) обязанностей, предусмотренных Правилами и/или Договором;

10.3.4. потребовать признания Договора недействительным в соответствии со ст. 944 Гражданского Кодекса РФ, если после заключения Договора будет установлено, что Страховщику сообщены заведомо ложные, неполные или искаженные сведения о Застрахованном при заключении Договора. Все произошедшие события будут являться нестраховыми;

10.3.5. отказать в страховой выплате, если:

а) Страхователь (Застрахованный, Выгодоприобретатель) своевременно не уведомил Страховщика о наступлении события, обладающего признаками страхового случая, в течение тридцати дней после данного события или с момента устранения обстоятельств, препятствующих соблюдению этого срока, если не будет доказано, что Страховщик своевременно узнал о наступлении страхового случая, либо что отсутствие у Страховщика сведений об этом не могло сказаться на его обязанности произвести выплату;

б) в случае смерти Застрахованного, если его смерть наступила вследствие самоубийства (за исключением случаев, когда к этому времени Договор действовал уже не менее двух лет), если иное не установлено Договором;

в) при наступлении события в результате воздействия ядерного взрыва, радиации и радиоактивного заражения, если иное не установлено Договором;

г) при наступлении события в результате военных действий, а также маневров или иных военных мероприятий, если иное не установлено Договором;

д) при наступлении события в результате гражданской войны, народных волнений всякого рода или забастовок, если иное не установлено Договором.

10.3.6. потребовать досрочного прекращения Договора в случае неисполнения Страхователем обязанностей по Договору, в том числе в случае неуплаты страховых взносов в предусмотренные Договором сроки, а также потребовать досрочного прекращения Договора в отношении конкретного Застрахованного в случае обнаружения у него ВИЧ-инфекции или СПИДа;

10.3.7. пользоваться иными правами, предусмотренными Договором, Правилами и законодательством РФ.

10.4. Страховщик обязан:

10.4.1. передать Страхователю Договор (полис) с приложением Правил в течение десяти рабочих дней после даты вступления Договора в силу;

10.4.2. при наступлении страхового случая произвести страховую выплату в срок не позднее десяти рабочих дней после получения всех документов, предусмотренных п. 8.2 Правил, и дополнительно запрошенных документов согласно п. 8.4 (если таковые документы были запрошены);

10.4.3. соблюдать конфиденциальность в отношении исполнения Договора и полученной информации о Застрахованном, Выгодоприобретателе, Страхователе;

10.4.4. по требованию Страхователя, Застрахованного, Выгодоприобретателя, а также лиц, имеющих намерение заключить Договор, разъяснять положения, содержащиеся в Правилах и в Договорах, расчеты изменения в течение срока действия Договора страховой суммы, расчеты страховой выплаты, а также расчеты изменения страхового взноса в течение срока действия Договора и расчеты страховых выплат;

10.4.5. выполнять иные обязанности, предусмотренные Договором, Правилами и законодательством РФ.

10.4.6. После получения уведомления от Страхователя (Выгодоприобретателя) о наступлении события, имеющего признаки страхового случая, по запросу Страхователя (Выгодоприобретателя) проинформировать его обо всех предусмотренных договором страхования и (или) настоящими Правилами необходимых действиях, которые Страхователь (Выгодоприобретатель) должен предпринять, обо всех документах, представление которых обязательно для рассмотрения вопроса о признании события страховым случаем и определения размера страховой выплаты, о сроках проведения

указанных действий и представления документов, о форме и способах осуществления страховой выплаты.

Информирование осуществляется в той же форме, в которой был сделан запрос Страхователя, либо в форме, указанной в запросе (устной, на бумажном носителе или электронной).

10.4.7. По устному или письменному запросу Страхователя (Выгодоприобретателя), в том числе полученному в электронной форме, в 30-тидневный срок с момента получения такого запроса предоставить ему информацию о произведенном Страховщиком расчете суммы страховой выплаты, включая: сумму страхового возмещения, подлежащую выплате; порядок расчета страховой выплаты; исчерпывающий перечень норм права и (или) условий договора страхования и Правил страхования, обстоятельств и документов, на основании которых произведен расчет.

10.4.8. По письменному запросу Страхователя (Выгодоприобретателя) в 30-тидневный срок с момента получения запроса предоставить ему в письменном виде исчерпывающую информацию и документы (копии документов и/или выписки из них), на основании которых Страховщиком было принято решение о страховой выплате (за исключением документов, которые свидетельствует о возможных противоправных действиях Страхователя (Застрахованного, Выгодоприобретателя), направленных на получение страховой выплаты), бесплатно один раз по каждому страховому случаю.

10.4.9. При принятии решения об отказе в страховой выплате (освобождении от страховой выплаты) сообщить об этом Страхователю (Выгодоприобретателю) в письменной форме с мотивированным обоснованием причин отказа в срок, указанный в п. 8.6. настоящих Правил.

По письменному запросу Страхователя (Выгодоприобретателя), в 30-тидневный срок с момента получения такого запроса, предоставить ему документы (копии документов, выписки из них), обосновывающие решение об отказе в страховой выплате (за исключением документов, которые свидетельствует о возможных противоправных действиях Страхователя (Застрахованного, Выгодоприобретателя), направленных на получение страховой выплаты), бесплатно один раз по каждому событию.

10.4.10. Страховщик по запросу Страхователя, позволяющему подтвердить факт его получения Страховщиком, предоставляет ему один раз бесплатно копии действующего договора страхования (страхового полиса) и иных документов, являющихся неотъемлемой частью договора страхования (правил страхования, дополнительных условий страхования и других документов в соответствии с условиями, указанными в договоре страхования), за исключением информации, не подлежащей разглашению.

10.4.11. По запросу Страхователя Страховщик один раз по одному договору страхования бесплатно предоставляет ему заверенный Страховщиком расчет суммы страховой премии (части страховой премии), подлежащей возврату при расторжении или досрочном прекращении договора страхования. К указанному расчету по запросу Страхователя прилагаются письменные или даются устные пояснения со ссылками на нормы права и(или) условия настоящих Правил и/или договора страхования, на основании которых произведен расчет.

#### 10.5. Застрахованный вправе:

10.5.1. выполнять предусмотренные Договором и Правилами обязанности Страхователя в случае намерения Страхователя расторгнуть Договор, при условии письменного согласия Страхователя на передачу Застрахованному своих обязанностей по Договору;

10.5.2 требовать от Страховщика разъяснения положений, содержащихся в Правилах и Договорах, расчетов изменения в течение срока действия Договора страховой суммы, расчетов страховой выплаты.

10.6. В случае обнаружения у Застрахованного ВИЧ-инфекции или СПИДа Застрахованный, или Страхователь обязаны сообщить об этом Страховщику в течение тридцати дней с даты обнаружения данной инфекции или заболевания.

## **11. ФОРС-МАЖОР**

11.1. При наступлении обстоятельств непреодолимой силы (форс-мажор) сторона, подвергшаяся их воздействию, вправе приостановить (до устранения последствий форс-мажорных обстоятельств) исполнение обязательств по Договорам.

11.2. При возникновении форс-мажорных обстоятельств, каждая из сторон немедленно информирует другую сторону о возникшей ситуации и принятых для ее урегулирования мерах.

11.3. Сторона, не исполнившая обязательств по уведомлению другой стороны о начале воздействия обстоятельств непреодолимой силы, не вправе ссылаться на такие обстоятельства как основание освобождения от ответственности за неисполнение обязательств по Договору.

## **12. КОНФИДЕНЦИАЛЬНАЯ ИНФОРМАЦИЯ**

12.1. Стороны считают конфиденциальной информацию:

12.1.1. о размере страхового взноса, подлежащего уплате по Договору;

12.1.2. о персональных данных Застрахованного: фамилия, имя, отчество, год, месяц, дата рождения, номер основного документа, удостоверяющего его личность, сведения о дате выдачи указанного документа и выдавшем его органе, адрес проживания, контактная информация;

12.1.3. о персональных данных Застрахованного специальной категории: данных о состоянии здоровья Застрахованного, о заболеваниях Застрахованного, а также о случаях его обращения за медицинской помощью, если такая информация доступна и получена Страховщиком.

12.2. Стороны примут все достаточные меры для предотвращения разглашения конфиденциальной информации.

12.3. Страховщик имеет право во исполнение своих обязательств по Договору передавать указанные в п.12.1.2 Правил персональные данные своим партнерам, с которыми у Страховщика заключены договоры, направленные на исполнение Страховщиком обязательств по Договору. При этом Страховщик подтверждает, что с указанными организациями заключены договоры, в которых в обязательства этих организаций вменено предотвращение разглашения персональных данных Застрахованных Страховщика и обеспечение безопасности персональных данных при их обработке.

12.4. Посредством направления соответствующих запросов в медицинские учреждения Страховщиком могут быть получены данные, указанные в п.12.1.3 Правил. При этом врачи медицинских учреждений освобождаются от обязательств конфиденциальности перед Страховщиком.

12.5. Передача конфиденциальной информации иным лицам или иное разглашение этой информации может осуществляться только с письменного согласия Сторон, а при осуществлении этих действий в отношении информации, указанной в п.п.12.1.2 и 12.1.3 Правил, - и с письменного согласия Застрахованного.

12.6. При извещении Страхователя о прекращении действия Договора в отношении конкретного Застрахованного по основаниям, предусмотренным в Правилах, Страховщик не указывает состояния здоровья Застрахованного.

12.7. Под обработкой персональных данных в настоящих Правилах понимается: действие (операция) или совокупность действий (операций), совершаемых с использованием средств автоматизации или без использования таких средств с персональными данными, включая сбор, запись, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), извлечение, использование, передачу (распространение, предоставление, доступ), обезличивание, блокирование, удаление, уничтожение персональных данных.

Страховщик обрабатывает персональные данные Застрахованных (в том числе данные специальной категории) для осуществления добровольного страхования Застрахованных от несчастных случаев и болезней, в т.ч. в целях урегулирования убытков по Договору, администрирования Договора, а также в целях информирования Застрахованных о других продуктах и услугах Страховщика, в статистических целях и в целях проведения анализа.

После прекращения действия Договора (в том числе при его расторжении), а также в случае отзыва субъектом персональных данных согласия на обработку его персональных данных, Страховщик обязуется уничтожить такие персональные данные в срок, не превышающий 20 (двадцати) лет с момента прекращения действия Договора, либо с момента получения Страховщиком заявления об отзыве согласия на обработку персональных данных.

12.8. Страховщик и партнеры Страховщика, с которыми у Страховщика заключены договоры, направленные на исполнение Страховщиком обязательств по Договору, имеют право осуществлять все действия (операции) или совокупность действий (операций) с персональными данными Застрахованных (в том числе с данными специальной категории), включая сбор, запись, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), извлечение, использование, передачу (распространение, предоставление, доступ), обезличивание, блокирование, удаление, уничтожение. Страховщик и партнеры Страховщика вправе обрабатывать персональные данные Застрахованных (в том числе данные специальной категории) посредством включения их в списки и внесения в электронные базы данных Страховщика и партнеров Страховщика.

12.9. Подписывая Договор, Страхователь подтверждает, что им получены от Застрахованных письменные Соглашения на обработку Страховщиком и партнерами Страховщика их персональных данных (Приложение №18), запрошенные в соответствии с

Федеральным законом № 152-ФЗ от 27 июля 2006 г. «О персональных данных» в объеме, необходимом Страховщику в целях, указанных в п.12.8 Правил.

12.10. По запросу Страховщика Страхователь обязуется своевременно предоставить Страховщику указанные письменные согласия Застрахованных.

12.11. В случае отзыва Застрахованным своего согласия на обработку персональных данных, переданного Страхователю, Страхователь обязан письменно уведомить об этом Страховщика, в течение 30 дней с момента получения отзыва на обработку персональных данных, с заявлением о прекращении действия Договора в отношении такого Застрахованного.

### **13. ЗАКЛЮЧИТЕЛЬНЫЕ ПОЛОЖЕНИЯ**

13.1. Все денежные расчеты между сторонами осуществляются в соответствии с законодательством РФ.

13.2. При неисполнении или ненадлежащем исполнении сторонами условий Договора возникающие споры разрешаются путем переговоров сторон, а в случае невозможности достичь согласия - в порядке, предусмотренном законодательством РФ.

13.3. Подписывая Договор Страхователь подтверждает, что Страховщик до заключения договора страхования предоставил ему в доступной форме полную информацию:

- об условиях, на которых может быть заключен договор страхования, включающих: объект страхования, страховые риски, размер страховой премии, а также порядок осуществления страховой выплаты, в том числе перечень документов, которые необходимо представить вместе с заявлением о наступлении события, имеющего признаки страхового случая, и об адресах мест приема документов при наступлении событий, имеющих признаки страхового случая, в том числе о возможности приема таких документов в электронной форме, если такая возможность предусмотрена условиями договора страхования;

- об обстоятельствах, влияющих на размер страховой премии, о способах и сроках (периодичности) уплаты страховой премии, последствиях неуплаты, уплаты не в полном размере или несвоевременной уплаты страховой премии (страховых взносов);

- о применяемых страховой организацией франшизах и исключениях из перечня страховых событий, а также о действиях получателя страховых услуг, совершение которых может повлечь отказ страховой организации в страховой выплате или сокращение ее размера;

- о наличии дополнительных условий для заключения договора страхования, в том числе о необходимости проведения обследования Застрахованного при заключении договора страхования, а также о перечне документов и информации, необходимых для заключения договора страхования;

- о размере (примерном расчете) страховой премии на основании представленного получателем страховых услуг заявления о заключении договора страхования с уведомлением получателя страховых услуг о возможном изменении размера страховой премии, страховой суммы или иных условий страхования по результатам оценки страхового риска;

- о наличии условия возврата страхователю уплаченной страховой премии в случае отказа страхователя от договора страхования в течение определенного срока со дня его заключения или о его отсутствии в соответствии с действующим законодательством;

- о сроках рассмотрения обращений получателей страховых услуг относительно страховой выплаты, а также о случаях продления таких сроков в связи с необходимостью получения информации от компетентных органов и (или) сторонних организаций, непосредственно связанной с возможностью принятия страховой организацией решения о признании события страховым случаем или о размере страховой выплаты;

- о праве страхователя запросить информацию о размере вознаграждения, выплачиваемого страховому агенту или страховому брокеру.

### Дополнительные условия страхования на случай критических заболеваний

1. Настоящие Дополнительные условия являются дополнением к Правилам коллективного страхования от несчастных случаев и болезней. Положения Правил применяются к страхованию на основе настоящих Дополнительных условий, если в Дополнительных условиях или Договоре не предусмотрено иное.

2. Страховым случаем по риску «Критические заболевания» является установление Застрахованному врачом, имеющим необходимую квалификацию, заключительного диагноза одного из заболеваний или проведение ему одной из хирургических операций, перечисленных в п.4 Дополнительных условий.

3. Страховым случаем не является установление диагноза критического заболевания или проведение хирургической операции, если критическое заболевание наступило или хирургическая операция была проведена вследствие причин, указанных в п.п.4.6 и 4.7. Правил, а также если критическое заболевание диагностируется или хирургическая операция проводится в течение первых трех месяцев со дня вступления в силу страхования в отношении Застрахованного по риску «Критические заболевания» (выжидательный период) или после даты окончания срока страхования по настоящему риску. Выжидательный период может не применяться при пролонгации Договора на новый срок для Застрахованных, которые были ранее застрахованы по этому риску, если иное не установлено Договором.

4. В настоящих Дополнительных условиях под критическими заболеваниями и операциями понимаются:

4.1. **Рак** - заболевание, проявляющееся наличием одной или более опухолей, которые гистологически описываются как злокачественные, с неконтролируемым ростом и с инвазией в здоровую ткань.

Страховым случаем признаются заболевания, отвечающие вышеуказанным характеристикам, возникшие в течение срока действия Договора, включая:

- Лейкемию (кроме хронической лимфоцитарной лейкемии);
- Лимфомы;
- Болезнь Ходжкина (лимфогранулематоз).

Из определения исключаются:

- Все степени выраженности цервикальной интраэпителиальной неоплазии;
- Все злокачественные опухоли кожных покровов и злокачественная меланома стадии IA (T1a No Mo);
- Все опухоли, гистологически описанные как предраковые (без исключения новообразования тканей головного мозга);
- Рак предстательной железы стадии I (1a, 1b, 1c);
- Любой неинвазивный рак (cancer in situ);
- Базальноклеточная карцинома и плоскоклеточная карцинома;
- Все злокачественные опухоли при наличии ВИЧ-инфекции.



**4.2. Инфаркт миокарда** - остро возникший очаговый некроз сердечной мышцы (участка), развившийся вследствие абсолютной или относительной недостаточности кровоснабжения.

Вышеуказанный диагноз должен основываться на следующих данных:

- наличие в анамнезе типичных болей в грудной клетке (стенокардического характера, но более интенсивных, продолжительных по времени, часто повторяющихся, не купирующихся приемом нитроглицерина);
- новые изменения на электрокардиограмме, характерные для инфаркта миокарда;
- значительное увеличение кардиальных ферментов в крови, характерных для повреждения клеток миокарда (АЛТ, АСТ, ЛДГ, КФК).

Следующие патологии исключаются из определения:

- Инфаркты миокарда без изменения сегмента ST и с увеличением показателей тропонина I или T в крови (ишемия миокарда, нестабильная стенокардия, не приведшие к развитию инфаркта миокарда);
- Безболевого инфаркта миокарда.

**4.3. Инсульт** - любые цереброваскулярные изменения, которые вызывают стойкую неврологическую симптоматику более чем на двадцать четыре часа, и включающие в себя омертвление участка мозговой ткани, геморрагию и эмболию. Неврологическая симптоматика должна наблюдаться не менее трех месяцев и быть подтверждена врачами-специалистами при наличии типичных клинических симптомов, а также данных компьютерной или магнитно-резонансной томографии головного мозга.

Из покрытия исключаются:

- Преходящие ишемические нарушения мозгового кровообращения;
- Травматические повреждения головного мозга;
- Неврологические симптомы, возникающие в результате мигрени;
- Лакунарные инсульты без неврологической симптоматики.

**4.4. Терминальная почечная недостаточность** - стадия необратимого хронического нарушения функции обеих или единственной почки, сопровождающаяся повышением уровня креатинина в крови от 800 мкмоль/л и выше (от 10,1 мг% и выше) и иными клиническими симптомами, и требующая проведения постоянного программного (хронического) гемодиализа или перитонеального диализа или пересадки почки.

**4.5. Хирургическое лечение коронарных артерий** - оперативное вмешательство на открытой грудной клетке для коррекции двух или более суженных коронарных артерий. Необходимость проведения операции должна подтверждаться результатами коронарной ангиографии. Ангиопластика и/или другие процедуры внутри артерии исключаются из определения.

**4.6. Трансплантация основных органов** - пересадка от человека к человеку (в качестве реципиента) сердца, легких, печени, поджелудочной железы, почки, костного мозга, тонкого кишечника.

Из определения исключается трансплантация иных, не перечисленных выше, органов, частей органов или какой-либо ткани.

**4.7. Паралич** - полная и необратимая потеря двигательной функции двух и более конечностей вследствие несчастного случая или заболевания. Продолжительность этих состояний должна быть не менее трех месяцев и подтверждена врачами-специалистами. Исключением из покрытия является паралич при синдроме Гийена-Барре.

**4.8. Хирургическое лечение заболеваний аорты** - непосредственное проведение хирургического вмешательства в целях лечения хронического заболевания аорты посредством иссечения и замены дефектной части аорты трансплантатом. Под термином аорта в данном конкретном случае принято понимать ее грудную и брюшную части, ветви аорты из покрытия исключаются.

**4.9. Пересадка клапана сердца** - хирургическая замена одного или более пораженных клапанов сердца искусственным клапаном. Определение включает замену аортального, митрального, трикуспидального или пульмонального клапанов сердца их искусственными аналогами вследствие развития стеноза/недостаточности или комбинации этих состояний. Из покрытия исключается вальвулотомия, вальвулопластика и другие виды лечения, проводимые без пересадки (замены) клапанов.

**4.10. Слепота** - полная, постоянная и необратимая потеря зрения на оба глаза вследствие перенесенного заболевания или несчастного случая. Диагноз должен быть подтвержден врачом-офтальмологом при наличии специальных обследований (ЭФИ, УЗИ и другие).

**4.11. Рассеянный склероз** - окончательный диагноз «рассеянный склероз», установленный специалистом-неврологом в сертифицированном медицинском учреждении. В качестве подтверждения диагноза предусматривается наличие типичных симптомов демиелинизации и нарушений моторной и сенсорной функций, наравне с типичными признаками заболевания при магнитно-резонансной томографии. У Застрахованного должны присутствовать неврологические нарушения, проявляющиеся непрерывно в течение минимум шести месяцев, или же застрахованный должен перенести по меньшей мере два документально подтвержденных обострения подобного рода нарушений (имевших место, по крайней мере, за один месяц до заявления), или, по крайней мере, один документально подтвержденный эпизод обострения подобного рода нарушений вместе с наличием характерных изменений в цереброспинальной жидкости, наравне со специфическими повреждениями, регистрируемыми при магнито-резонансной томографии.

**4.12. Инфицирование Вирусом Иммунодефицита Человека (ВИЧ) и/или Вирусом гепатита В, С или Синдром Приобретённого Иммунодефицита (СПИД) вследствие переливания крови** при условии наличия всех ниже перечисленных обстоятельств:

- Заражение является прямым следствием переливания крови, произведённым по медицинским показаниям в период после вступления в действие страхового покрытия.
- Учреждение, в котором было произведено переливание крови, признаёт свою ответственность по факту заражения Застрахованного.
- Застрахованный не является больным гемофилией.

ВИЧ – инфекция - инфекционная болезнь, развивающаяся в результате многолетнего персистирования в лимфоцитах, макрофагах и клетках нервной ткани вируса иммунодефицита человека (ВИЧ) и характеризующаяся медленно прогрессирующим дефектом иммунной системы, который приводит к гибели больного от вторичных

поражений, описанных как синдром приобретенного иммунодефицита (СПИД), или от подострого энцефалита.

Диагноз должен быть подтвержден врачами специализированного лечебного учреждения.

**4.13. Доброкачественная опухоль головного мозга** – постоянное неврологическое расстройство, развившееся вследствие удаления доброкачественной опухоли головного мозга под общей анестезией, или при неоперабельной опухоли. Диагноз должен быть подтвержден врачом-специалистом, а также результатами компьютерной или магнитно-резонансной томографии. Неврологическая симптоматика должна наблюдаться не менее трех месяцев. Из определения исключаются все кисты, гранулемы, мальформации в области вен и артерий головного мозга, гематомы и опухоли гипофиза или позвоночника.

**4.14. Глухота (потеря слуха)** – полная и постоянная потеря слуха на два уха в результате перенесенного заболевания или несчастного случая. Диагноз должен быть подтвержден специалистом (оториноларингологом) и результатами аудиометрии.

**4.15. Тяжелая травма головы** – открытое или закрытое травматическое повреждение тканей мозга, ведущее к следующим серьезным нарушениям, которые имеют постоянный характер: нарушение слуха, припадки, расстройство интеллекта, речи, нарушение зрения, психиатрические нарушения, моторные нарушения. Однозначный диагноз должен быть медицински засвидетельствован врачом неврологом в сертифицированном лечебном учреждении. Также должны быть предоставлены результаты специфических анализов для подтверждения серьезности и наличия постоянного характера состояния больного по крайней мере в течение 6 месяцев.

**4.16. Кома** – состояние бессознательности, с отсутствием ответной реакции на окружающие внешние раздражители или внутренние потребности организма, сохраняющееся на протяжении длительного промежутка времени, с использованием систем жизнеобеспечения, в течение 96 часов как минимум, и имеющее следствием постоянную неврологическую недостаточность.

**4.17. Энцефалит** - воспаление мозга (полушарий головного мозга, ствола головного мозга или мозжечка) бактериальной и вирусной этиологии, ведущее к серьезным и постоянным нарушениям, таким как: нарушение слуха, припадки, расстройства интеллекта, когнитивному дефициту, расстройства речи, ухудшение зрения, психиатрические расстройства, моторный дефицит. Точный окончательный диагноз, должен быть подтвержден неврологом в сертифицированном лечебном учреждении. Также должны быть предоставлены результаты специфических анализов для подтверждения серьезности и наличия постоянного характера состояния больного по крайней мере в течение 6 месяцев. При этом не является страховым случаем заболевание энцефалитом, вызванным ВИЧ-инфекцией.

**4.18. Бактериальный менингит** - воспаление оболочек головного и спинного мозга, ведущее к серьезным и постоянным нарушениям, таким как: дефицит слуха, припадки, расстройства интеллекта, когнитивному дефициту, расстройства речи, ухудшение зрения, психиатрические расстройства, моторный дефицит. Точный и окончательный диагноз должен быть подтвержден неврологом в сертифицированном лечебном учреждении. Также должны быть предоставлены результаты специфических анализов для

подтверждения серьезности и наличия постоянного характера состояния больного по крайней мере в течение 6 месяцев.

**4.19. Мальформации и аневризмы сосудов головного мозга** - впервые диагностированные специалистом в специализированном медицинском учреждении мальформации и/или аневризмы сосудов головного мозга, требующие оперативного лечения по жизненным показаниям в срочном порядке.

**4.20. Стентирование коронарных артерий** - подтвержденное проведение стентирования сосудов с целью устранения сужения или закупорки двух или более коронарных артерий, при наличии у пациента симптомов стенокардии. Любая претензия должна иметь в качестве подтверждения свидетельство проведения коронарной ангиографии, выявляющей 70% окклюзию двух или более коронарных артерий, а также отчет специалиста, подтверждающий факт проведения стентирования по крайней мере двух коронарных артерий.

**4.21. Терминальная стадия заболевания печени при хронических вирусных гепатитах** - поражение печени тяжелой степени, приводящее к циррозу. Диагноз должен быть подтвержден специалистом, поражение печени должно соответствовать степени В или С по классификации Чайлд-Пью в соответствии со следующими критериями:

- постоянная желтуха (показатель билирубина  $>2$  мг/дл или  $>35$  мкмоль/л);
- асцит средней степени тяжести;
- значение альбумина  $<3,5$  г/дл;
- печеночная энцефалопатия.

Из покрытия исключаются:

- стадия А по классификации Чайлд-Пью;
- заболевание печени вследствие злоупотребления алкоголем, наркотическими или лекарственными препаратами.

**4.22. Системная красная волчанка** - аутоиммунное заболевание, при котором происходит повреждение тканей организма патогенными аутоиммунными комплексами. Для признания случая страховым значение имеет степень поражения почек. Почечная функция застрахованного лица должна быть нарушена вследствие заболевания (нарушение функции почек, начиная с III класса по результатам почечной биопсии в соответствии с классификацией ВОЗ). Другие виды волчанки, такие как дискоидная красная волчанка или те, что вызывают исключительно поражения суставов и изменения в составе крови, а также I и II класс по классификации ВОЗ, из покрытия исключаются. Диагноз должен быть подтвержден специалистом, а также результатами гистологического исследования.

Классификация волчаночного нефрита по ВОЗ:

ВОЗ I	Нормальные клубочки
ВОЗ II	Исключительно мезангиальные изменения
ВОЗ III	Очаговый сегментарный или очаговый пролиферативный гломерулонефрит
ВОЗ IV	Диффузный пролиферативный гломерулонефрит
ВОЗ V	Диффузный мембранозный гломерулонефрит
ВОЗ VI	Прогрессирующий склерозирующий гломерулонефрит

**4.23. Анкилозирующий спондилит (болезнь Бехтерева)** - окончательный диагноз «Анкилозирующий спондилит», впервые установленный специалистом-ревматологом в сертифицированном медицинском учреждении. Для признания случая страховым обязательно наличие 4-ой рентгенологической стадии сакроилеита (по Келгрону): значительные изменения (полный анкилоз сустава).

**4.24. Другие системные заболевания соединительной ткани** - окончательный диагноз: «Ревматоидный артрит», «Псориатический артрит», «Дерматомиозит/полимиозит», «Системные васкулиты», впервые установленный специалистом-ревматологом в сертифицированном медицинском учреждении. Для признания случая страховым обязательно наличие анкилоза/анкилозов поражённого/поражённых сустава/суставов.

**4.25. Сахарный диабет I типа** - окончательный диагноз «Сахарный диабет I типа», установленный специалистом-диабетологом. Впервые диагностированный. Для признания случая страховым обязательно наличие 2-х и более осложнений: ухудшение зрения, вызванное диабетической ретинопатией, диабетическая нефропатия, гипертензия, диабетическая нейропатия.

**4.26. Туберкулёз** - окончательный диагноз активного туберкулезного процесса, диагностированный впервые, установленный специалистом-фтизиатром в специализированном медицинском учреждении. В качестве подтверждения диагноза должны выявляться: бактериологически микобактерии туберкулёза, гистологически типичные для туберкулёза изменения (гранулёмы), характерные для туберкулёза клинико-рентгенологические признаки. Обязательно наличие бактериовыделения (БК+).

**4.27. Заболевание двигательных нейронов** - заболевание, характеризующееся прогрессирующей дегенерацией корково-спинномозговых путей и клеток переднего рога спинного мозга или бульбарных нейронов, включая спинную мышечную атрофию, прогрессирующий бульбарный паралич, боковой амиотрофический склероз и первичный боковой склероз. Данный диагноз должен быть подтвержден неврологом как прогрессирующий и являющийся результатом постоянного неврологического дефицита.

**4.28. Болезнь Альцгеймера в возрасте до 60 лет/ Тяжелая форма слабоумия** - окончательный диагноз болезнь Альцгеймера (пресенильная деменция) в возрасте до 60 лет, подтвержденный специалистом, а также результатами когнитивных и инструментальных исследований (компьютерная, магнитно-резонансная или позитронная эмиссионная томография головного мозга), типичными для данного заболевания. Заболевание должно иметь следствием постоянную неспособность самостоятельно выполнять три и более элементарных бытовых действия: мыться (способность мыться в душе или в ванне), одеваться (снимать или надевать на себя одежду, застегиваться или расстегиваться), соблюдать личную гигиену (пользоваться туалетом, поддерживать приемлемый уровень гигиены), подвижность (способность передвигаться дома или в пределах этажа), самостоятельно регулировать экскреторные функции, есть/пить (но не готовить пищу) или требовать наблюдения и постоянного присутствия специального персонала по уходу. Описанные выше условия должны быть подтверждены медицинскими документами, по меньшей мере, в течение 3 месяцев.

**4.29. Обширные ожоги** - обширные ожоги 3-ей степени, площадью минимум 20% поверхности тела Застрахованного и выше. Диагноз должен быть подтвержден

специалистом, а также результатами измерения площади ожога по таблице Лунда-Браудера или с помощью аналогичного инструмента.

**4.30. Болезнь Паркинсона в возрасте до 60 лет** - окончательный диагноз идиопатической или первичной болезни Паркинсона (любые другие формы Болезни Паркинсона подлежат исключению из покрытия), поставленный в возрасте до 60 лет. Диагноз должен быть подтвержден специалистом. Заболевание должно проявляться в постоянной невозможности самостоятельно выполнять три и более элементарных бытовых действия - мыться (способность мыться в душе или в ванне), одеваться (снимать или надевать на себя одежду, застегиваться или расстегиваться), соблюдать личную гигиену (пользоваться туалетом, поддерживать приемлемый уровень гигиены), подвижность (способность передвигаться дома или в пределах этажа), самостоятельно регулировать экскреторные функции, есть/пить (но не готовить пищу). Результатом данного заболевания может также являться состояние полной прикованности к постели и неспособность подняться с кровати самостоятельно без посторонней помощи. Описанные выше состояния должны быть подтверждены медицинскими документами, по меньшей мере, в течение 3 месяцев.

**4.31. Злокачественная (апластическая) анемия** - хроническое системное заболевание, характеризующееся стойкой полной аплазией костного мозга и глубоким нарушением его функции, что выражается анемией, нейтропенией и тромбоцитопенией, и требующее как минимум одного из следующих видов лечения:

- заместительной трансфузионной терапии компонентов крови;
- применение препаратов, стимулирующих работу костного мозга;
- иммуносупрессивной терапии;
- трансплантации костного мозга.

Диагноз должен быть установлен врачом – специалистом (гематологом), при наличии результатов проведенного обследования, характерного для данного заболевания, включая биопсию костного мозга.

**4.32. Молниеносный (фульминантный) вирусный гепатит (острая печеночная недостаточность)** - массивный стойкий некроз печени, вызванный гепатитом В, С или вирусом D, существующий в течение более чем 6 месяцев и сопровождающийся стремительным нарастанием печеночной недостаточности. Диагноз должен быть подтвержден специалистом, а также соответствовать по крайней мере трем из нижеперечисленных критериям:

- стремительное уменьшение размеров печени;
- некроз, охватывающий доли печени целиком, вплоть до разрушения ретикулярной структуры печени;
- стремительно падающие показатели функции печени (печеночные пробы);
- нарастающая желтуха;
- печеночная энцефалопатия.

**4.33. Потеря речи** - полная и необратимая потеря способности говорить вследствие повреждения или заболевания голосовых связок. Данное состояние должно быть подтверждено, по меньшей мере, в течение 6 месяцев специалистом (отоларингологом). Потеря речи психогенного характера исключается из покрытия.

**4.34. Кардиомиопатия** - точный диагноз кардиомиопатия должен быть подтвержден специалистом, а также специальными исследованиями (например, эхокардиография). Заболевание должно привести к нарушениям функции желудочка, имеющие следствием физическую недостаточность не ниже III функционального класса (ФК) по классификации Нью-йоркской Ассоциации кардиологов (NYHA – New York Heart Association). Описанные выше состояния должны быть подтверждены медицинскими документами, по меньшей мере, в течение 3 месяцев. Из покрытия исключается: алкогольная кардиомиопатия.

**4.35. Терминальная стадия заболевания легких** - постоянное тяжелое поражение дыхательной функции должно быть подтверждено специалистом (пульмонологом), а также должно соответствовать всем нижеперечисленным критериям:

- стойкое снижение объема форсированного выдоха за одну секунду (ОФВ1, FEV1) до значений менее 1 литра (проба Тиффно)
- стойкое снижение парциального напряжения кислорода в артериальной крови (PaO2) до значений менее 55 мм рт.ст.
- необходимость постоянной кислородной терапии.

**4.36. ВИЧ-инфицирование вследствие профессиональной медицинской деятельности** - инфицирование Вирусом Иммунодефицита Человека (ВИЧ) и/или Вирусом гепатита В, С вследствие случайного непреднамеренного происшествия, имевшего место в процессе выполнения стандартных профессиональных (медицинских) обязанностей. Информация о любом несчастном случае, способном повлечь за собой страховой иск, должна быть предоставлена в период до семи дней с подробным отчетом о происшествии и в качестве подтверждения отрицательным тестом на антитела к ВИЧ, полученным непосредственно после происшествия. Фаза сероконверсии при ВИЧ - инфекции наступает в течение 6 месяцев от момента инфицирования.

**4.37. Мышечная дистрофия** - окончательный диагноз мышечной дистрофии Дюшенна, Беккера, или конечностно-поясная мышечная дистрофия (все остальные виды мышечных дистрофий из покрытия исключаются). Точный диагноз должен быть подтвержден специалистом, а также результатами биопсии мышц и значением КФК. Заболевание должно проявляться в постоянной невозможности самостоятельно выполнять три и более элементарных бытовых действия - мыться (способность мыться в душе или в ванне), одеваться (снимать или надевать на себя одежду, застегиваться или расстегиваться), соблюдать личную гигиену (пользоваться туалетом, поддерживать приемлемый уровень гигиены), подвижность (способность передвигаться дома или в пределах этажа), самостоятельно регулировать экскреторные функции, есть/пить (но не готовить пищу). Результатом данного заболевания может также являться состояние полной прикованности к постели и неспособность подняться с кровати самостоятельно и без посторонней помощи. Описанные выше состояния должны быть подтверждены медицинскими документами, по меньшей мере, в течение 3 месяцев.

**4.38. Потеря конечностей** - полная и необратимая потеря двух или более конечностей в области выше уровня локтя/запястья или коленного/голеностопного сустава в результате несчастного случая или ампутации по медицинским показаниям. Диагноз должен быть подтвержден специалистом.

**4.39. Артериальная Легочная Гипертензия (впервые выявленная)** - повышение кровяного давления в легочных артериях, вызванное либо повышением давления в капиллярах легких, увеличением легочного кровотока либо легочным сосудистым сопротивлением. Указанное состояние должно соответствовать всем нижеперечисленным критериям:

- одышка и усталость;
- повышение давления в левом предсердии, по крайней мере, на двадцать единиц;
- легочное сосудистое сопротивление выше нормы, по крайней мере, на три единицы;
- легочное артериальное давление, по крайней мере, 40 мм рт. ст.;
- заклинивающее легочное давление, по крайней мере, 6 мм рт. ст.;
- конечное диастолическое давление в правом желудочке, по крайней мере, 8 мм рт.ст.;
- гипертрофия правого желудочка, расширение и признаки недостаточности правых отделов сердца, декомпенсация.

**4.40. Полиомиелит** - острое инфицирование вирусом полиомиелита, имеющее следствием развитие паралитического полиомиелита, сопровождающегося нарушением двигательных функций и дыхательной недостаточностью как минимум в течение 3 месяцев. Окончательный диагноз должен быть подтвержден специалистом, а также результатами специальных исследований, доказывающих присутствие вируса полиомиелита (например, исследование экскрементов или цереброспинальной жидкости, анализ крови на антитела). Случаи заболевания любой другой формой полиомиелита, исключая развитие паралича, не являются основанием для выплаты. Иные причины развития паралича составляют особое исключение из покрытия.

**4.41. Инфицирование Вирусом Иммунодефицита Человека (ВИЧ) в результате медицинских манипуляций**, проведенных в течение срока страхования при условии наличия всех нижеперечисленных обстоятельств:

- инфицирование является прямым следствием получения Застрахованным квалифицированной медицинской помощи, оказанной по медицинским показаниям;
- учреждение, в котором было произведено лечение, ставшее причиной инфицирования, признано компетентными органами ответственным по факту инфицирования Застрахованного;
- Застрахованный не является больным гемофилией.

ВИЧ – инфекция - инфекционная болезнь, развивающаяся в результате многолетнего персистирования в лимфоцитах, макрофагах и клетках нервной ткани вируса иммунодефицита человека (ВИЧ) и характеризующаяся медленно прогрессирующим дефектом иммунной системы, который приводит к гибели больного от вторичных поражений, описанных как синдром приобретенного иммунодефицита (СПИД), или от подострого энцефалита.

Диагноз должен быть подтвержден врачами специализированного лечебного учреждения. Из покрытия исключается инфицирование Вирусом Иммунодефицита Человека (ВИЧ) вследствие переливания крови



5. Дополнительно может быть предусмотрено страховое покрытие на случай установления следующих диагнозов и/или проведения следующих операций:

- интраэпителиальный рак (рак *in situ*, например, рак шейки матки);
- рак предстательной железы стадии А;
- все злокачественные опухоли кожных покровов, за исключением инвазивной злокачественной меланомы (начиная с третьего уровня по классификации Кларка);
- ангиопластика и/или другие процедуры внутри артерии;
- потеря цветоощущения в результате заболевания.

Размер страховой выплаты составит 25% страховой суммы по риску «Критические заболевания», установленной для Застрахованного, если иное не предусмотрено Договором.

#### 6. Программы страхования

##### **Программа А**

Страховая выплата в размере 100% страховой суммы производится в случае событий, указанных в п.п.4.1-4.7 Дополнительных условий.

##### **Программа Б**

Страховая выплата в размере 100% страховой суммы производится в случае событий, указанных в п.п.4.1-4.11 Дополнительных условий.

##### **Программа В**

Страховая выплата в размере 100% страховой суммы производится в случае событий, указанных в п.п.4.1-4.13 Дополнительных условий.

##### **Программа Г**

Страховая выплата в размере 100% страховой суммы производится в случае событий, указанных в п.п.4.1, 4.6, 4.7, 4.10, 4.14, 4.15 Дополнительных условий.

##### **Программа Д**

Страховая выплата в размере 100% страховой суммы производится в случае событий, указанных в п.п.4.1, 4.4, 4.6, 4.7, 4.10, 4.14–4.18 Дополнительных условий.

Программы страхования А, Б, В, Г, Д могут быть дополнены одним или несколькими заболеваниями из списка, указанного в п.4 Дополнительных условий, что должно быть указано в Договоре.

7. По риску «Критические заболевания» Застрахованными не могут быть лица, которые уже перенесли одно или несколько из заболеваний или операций, указанных в п.п.4, 5 Дополнительных условий, если иное не предусмотрено Договором.

8. Если иное не установлено Договором, возраст Застрахованного не может быть меньше восемнадцати и больше шестидесяти четырех лет на дату начала страхования от критических заболеваний для программ А, Б и В. По программам Г и Д возраст Застрахованного не может быть больше восемнадцати лет на дату начала страхования от критических заболеваний.

9. При наступлении события, обладающего признаками страхового случая, Застрахованный, Страхователь, или Выгодоприобретатель по Договору или иное лицо, уполномоченное Застрахованным, обязаны в срок не позднее трех месяцев с даты наступления данного события письменно уведомить об этом Страховщика.

10. Для получения страховой выплаты Страховщику должны быть представлены:

- письменное заявление Застрахованного на страховую выплату по установленной Страховщиком форме (Приложение №39) с подробным описанием обстоятельств, повлекших за собой проведение операции или установления диагноза, и с указанием способа получения страховой выплаты (через кассу Страховщика или путём перечисления на расчетный счёт);
- письменное заявление Застрахованного по установленной Страховщиком форме (Приложение №40) с указанием полных банковских реквизитов (если в заявлении на страховую выплату выбран способ получения страховой выплаты на расчетный счет);
- документы (оригинал выписки из медицинской карты и/или оригинал выписного эпикриза и/или заверенная должностным лицом медицинского учреждения (главный врач, заместитель главного врача по лечебной работе, заместитель главного врача по КЭК (клинико-экспертной работе), председатель врачебной комиссии, начальник медицинской части и другие уполномоченные лица (с приложением документов, подтверждающих данные полномочия)) и печатью медицинского учреждения копия медицинской карты (карт) Застрахованного), подтверждающие перенесение Застрахованным операции или заболевания, обладающего признаками страхового случая. В документах должны содержаться: подробный анамнез жизни и заболевания, диагноз, установленный специалистом и подтвержденный общепринятыми в медицинской практике методами исследований, результаты всех проведенных диагностических исследований (лабораторные, клинические, гистологические, радиологические исследования), проведенное лечение. В случае если событием, обладающим признаками страхового, является проведение одной из перечисленных в п.4 Дополнительных условий хирургических операций, то также в вышеуказанных документах должен содержаться полный протокол проведенной хирургической операции.
- копия документа, удостоверяющего личность получателя страховой выплаты (паспорта или документа, его заменяющего), с отметкой о месте его жительства.

11. Если по предоставленным документам установить факт наличия страхового случая либо его отсутствия не представляется возможным, а также для выяснения состояния здоровья Застрахованного на дату начала страхования от критических заболеваний, Страховщик вправе запросить документы из числа указанных в Приложении №41 у Застрахованного, Выгодоприобретателя, Страхователя, правоохранительных органов, медицинских учреждений и других предприятий и организаций, располагающих информацией об обстоятельствах страхового случая.

12. В случае сомнений в подлинности и/или достоверности, а также достаточности документов, представленных Застрахованным, Выгодоприобретателем, Страхователем в связи с наступлением события, имеющего признаки страхового случая, Страховщик вправе направить Застрахованного на повторные лабораторные и инструментальные исследования (включая ультразвуковые исследования, рентгенологические и иные методы лучевой диагностики), повторные медицинские осмотры, осуществляемые врачами различных специальностей. Указанные исследования и медицинские осмотры проводятся

врачами, назначенными Страховщиком, в местах, обозначенных Страховщиком, и за его счет.

13. В случае если Страховщиком были запрошены в соответствии с п.11 Дополнительных условий документы, необходимые для установления факта наступления страхового случая, а также при обстоятельствах, указанных в п.12 Дополнительных условий, срок принятия решения по заявленному случаю, указанный в п.15 Дополнительных условий, приостанавливается до даты получения Страховщиком дополнительных документов и (или) до даты окончания проверки.

В случае если дополнительные документы запрошены Страховщиком у Страхователя или компетентных органов, Страховщик в течение 10 рабочих дней с даты получения документов, указанных в п.10 Дополнительных условий, а также документов, дополнительно запрошенных Страховщиком у Застрахованного в соответствии с п.11 Дополнительных условий (если таковые были запрошены), и (или) с даты окончания проверки в соответствии с п.12 информирует лицо, претендующее на страховую выплату, об отсрочке рассмотрения.

14. При принятии решения о признании случая нестраховым, отказе (отсрочке) выплаты, Страховщик в письменной форме и со ссылками на пункты Правил и Дополнительных условий информирует об этом лицо, претендующее на страховую выплату, в течение 10 рабочих дней со дня получения документов, указанных в п.10 Дополнительных условий, а также документов, дополнительно запрошенных Страховщиком у Застрахованного в соответствии с п.11 Дополнительных условий (если таковые были запрошены) и (или) с даты окончания проверки в соответствии с п.12 Дополнительных условий. Страховщик вправе принять решение об отсрочке рассмотрения или выплаты, если по фактам, связанным с наступлением события, имеющего признаки страхового случая, в соответствии с действующим законодательством назначена дополнительная проверка, возбуждено уголовное дело или начат судебный процесс, до окончания проверки, расследования или судебного разбирательства, либо устранения других обстоятельств, препятствующих выплате, при этом письменно уведомив Застрахованного/Выгодоприобретателя.

15. При принятии положительного решения о страховой выплате Страховщик производит данную выплату в течение 10 рабочих дней с момента получения документов, указанных в п.10 Дополнительных условий, подтверждающих факт наступления события, обладающего признаками страхового случая, а также документов, дополнительно запрошенных Страховщиком в соответствии с п.11 Дополнительных условий (если таковые были запрошены) и (или) с даты окончания проверки в соответствии с п.12 Дополнительных условий. Днем выплаты считается день списания средств с расчетного счета или выдачи их из кассы Страховщика.

16. Действие страхования по риску «Критические заболевания» прекращается:

а) с даты выплаты страховой суммы в полном объёме – при наступлении страхового случая по настоящему риску;

б) с даты окончания срока страхования;

в) с даты обнаружения у Застрахованного ВИЧ-инфекции и/или Вируса гепатита В, С или СПИДа, если событие не попадает под действие п.п.4.12, 4.36 и 4.41 Дополнительных условий.

17. Страхование по риску «Критические заболевания» возможно по одному из следующих вариантов:

- страхование с ускоренной страховой выплатой;
- страхование с дополнительной страховой выплатой.

18. Страхование с ускоренной страховой выплатой предусматривает следующие условия (Программы А, Б, В):

18.1. Размер страховой суммы по риску «Критические заболевания» не может превышать страховую сумму по риску «Смерть».

18.2. В случае выплаты страховой суммы по риску «Критические заболевания» размер страховой суммы по риску «Смерть» уменьшается на величину произведенной выплаты.

19. Страхование с дополнительной страховой выплатой предусматривает следующие условия (Программы А, Б, В, Г, Д):

19.1. Размер страховой суммы по риску «Критические заболевания» устанавливается независимо от страховой суммы по риску «Смерть».

19.2. В случае выплаты страховой суммы по риску «Критические заболевания» размер страховой суммы по риску «Смерть» не изменяется.

19.3. Выплата по данному варианту страхования производится, если Застрахованный жив по истечении 30-дневного периода с момента установления диагноза критического заболевания или проведения операции, указанных в п.п.4, 5 Дополнительных условий, если иное не установлено Договором. В случае смерти до окончания указанного периода выплата по данному варианту страхования от критических заболеваний не производится.

**Дополнительные условия страхования на случай Постоянной Полной утраты Застрахованным общей трудоспособности без установления инвалидности или Постоянной Частичной утраты трудоспособности без установления инвалидности в результате несчастного случая и/или болезни.**

1. Постоянная Полная утрата Застрахованным общей трудоспособности без установления инвалидности в результате несчастного случая и/или болезни

1.1. Определения

Постоянная Полная утрата общей трудоспособности - стойкое расстройство здоровья, влекущее за собой невозможность заниматься любым видом трудовой деятельности, продолжающееся в течение не менее 365 дней, при условии сохранения диагноза (состояния нетрудоспособности) весь этот период и отсутствия положительной динамики на момент выплаты. При этом обязательным критерием является потеря не менее трех необходимых функций жизнедеятельности, таких как:

- передвижение: способность самостоятельно (без посторонней помощи) ложиться или вставать с кровати, садиться на или вставать со стула;
- умывание: способность самостоятельно мыться в ванне или душе, или иным способом самостоятельно обеспечивать личную гигиену;
- одевание: способность самостоятельно одеваться и раздеваться, надевать и снимать обычно носимые вспомогательные медицинские аппараты или приспособления;
- питание: способность самостоятельно принимать готовую для употребления пищу;
- посещение туалета: способность самостоятельно добираться до туалета и возвращаться из него, садиться и вставать в туалете, поддерживать достаточный уровень личной гигиены;
- регуляция функций кишечника или мочевого пузыря: способность произвольно контролировать функцию кишечника или мочевого пузыря без использования катетеров, впитывающих прокладок или иных искусственных приспособлений.

Постоянная Полная утрата общей трудоспособности должна длиться непрерывно не менее 365 дней с момента травмы или заболевания, возникших в период действия Договора, а по истечении 365 дней с момента травмы и/или заболевания в отсутствие положительной динамики прогноз касательно восстановления функций должен оставаться неизменным (отрицательным), если иное не предусмотрено Договором.

1.2. Страховая выплата

Постоянная Полная утрата общей трудоспособности должна быть подтверждена врачами-экспертами, назначаемыми Страховщиком, и Застрахованный должен нуждаться в постоянном уходе (помощи или надзоре) по медицинским показаниям.

При наступлении у Застрахованного постоянной полной утраты общей трудоспособности с утратой трех необходимых функций жизнедеятельности, Страховщик производит страховую выплату в размере 100% страховой суммы, но не ранее чем через 365 дней после страхового случая, при предоставлении Застрахованным (Законным представителем) документального подтверждения отсутствия положительной динамики и

отсутствия положительного прогноза, подтвержденных независимым врачом экспертом и при условии соблюдения Застрахованным (Страхователем, Законным представителем) требований настоящих Правил и условий Договора.

2. Постоянная Частичная утрата Застрахованным трудоспособности без установления инвалидности в результате несчастного случая и/или болезни

### 2.1. Определения

Постоянная частичная утрата трудоспособности в результате несчастного случая и/или болезни определяется как полная и невозполнимая потеря любой части тела или возможности пользоваться ею, как указано в перечне выплат, приведенном ниже, независимо от профессии или занимаемой должности Застрахованного. Постоянная Частичная утрата трудоспособности должна длиться непрерывно не менее 180 дней с момента травмы или заболевания, возникших в период действия договора страхования, а по истечении 12 месяцев с момента травмы и/или заболевания в отсутствие положительной динамики прогноз касательно восстановления функций должен оставаться неизменным (отрицательным), если иное не предусмотрено Договором. Любое иное определение постоянной частичной утраты трудоспособности не влияет на страховую выплату, полагающуюся по настоящим Дополнительным условиям.

### 2.2. Страховая выплата

2.2.1. В случае если Застрахованный получит постоянную частичную утрату трудоспособности в результате несчастного случая и/или заболевания до прекращения срока действия Договора и, как минимум, через 90 (девяносто) календарных дней, если иное не установлено Договором, после того, как Застрахованный был застрахован по Договору и по настоящим Дополнительным условиям, Страховщик выплачивает единовременную страховую выплату Застрахованному или назначенному по Договору Выгодоприобретателю за указанную утрату трудоспособности в соответствии со страховой суммой по данному риску и с приведенной ниже Таблицей выплат:

### 2.2.2. Таблица выплат

Характер постоянной частичной утраты нетрудоспособности	Размер выплаты, в % от страховой суммы
Потеря руки от плеча	70%
Потеря руки между запястьем и плечом	62,5%
Потеря руки ниже запястья	55%
Потеря всех пальцев руки	50%
Потеря четырех пальцев руки	40%
Потеря большого пальца руки	20%
Потеря указательного пальца руки	10%
Потеря среднего пальца руки	5%
Потеря безымянного пальца руки	5%
Потеря мизинца руки	5%
Потеря ноги от бедра	70%
Потеря ноги между коленом и бедром	70%
Потеря ноги ниже колена	50%
Потеря всех пальцев ноги	30%
Потеря одного глаза	50%

Глухота на оба уха	60%
Глухота на одно ухо	30%
Потеря большого пальца ноги	5%
Потеря остальных пальцев ноги, за каждый потерянный палец	2%

2.2.3. Если несчастный случай и/или болезнь Застрахованного обусловили наступление Постоянной Частичной утраты трудоспособности, Постоянной Полной утраты трудоспособности и смерти, признанных страховыми случаями, то размер страховой выплаты по каждому страховому случаю уменьшается на сумму страховой выплаты, ранее произведенной Страховщиком в связи с данным несчастным случаем и/или данной болезнью, если иное не установлено в Договоре.

### 3. Прекращение действия настоящих Дополнительных условий

Настоящие Дополнительные условия прекращают свое действие:

- в отношении всех Застрахованных - с момента прекращения действия Договора;
- в отношении отдельных Застрахованных - с момента достижения ими 65-летнего (шестидесятипятилетнего) возраста.

### 4. Подтверждение и оценка Постоянной Частичной утраты трудоспособности

После того как Застрахованный (Выгодоприобретатель) подает заявление в связи с наступлением Постоянной Частичной утраты трудоспособности, Страховщик имеет право назначить врача или врачебную комиссию для подтверждения претензий и/или оценки величины постоянной частичной утраты трудоспособности в соответствии с Таблицей выплат, указанной в п.2.2.2. настоящих Дополнительных условий. Определение законности претензий или величины постоянной частичной утраты трудоспособности врачом Страховщика или назначенным(и) Страховщиком, являются окончательными и представляют собой основание для выплаты соответствующей доли страховой суммы. При потере «возможности пользоваться органом» или наступлении глухоты врачи, назначенные страховой компанией, могут назначить период ожидания продолжительностью не более шести месяцев от даты подачи заявления, если врачи придут к выводу, что такая утрата трудоспособности является временной и излечивается без медицинского вмешательства. Если утрата трудоспособности сохраняется по истечении периода ожидания, то Страховщик осуществляет страховую выплату в соответствии с п.2.2. настоящих Дополнительных условий.

5. На риски, указанные в настоящих Дополнительных условиях, распространяются все исключения, содержащиеся в п.п. 4.6, 4.7. Правил.

6. При наступлении события, обладающего признаками страхового случая, Застрахованный, Страхователь, Выгодоприобретатель по Договору или иное лицо, уполномоченное Застрахованным, обязаны в срок не позднее 30 дней с даты наступления данного события письменно уведомить об этом Страховщика.

Для получения страховой выплаты Страховщику должны быть представлены:

- письменное заявление Застрахованного (Выгодоприобретателя) на страховую выплату по установленной Страховщиком форме (Приложение №39) с подробным описанием обстоятельств, приведших к постоянной полной (частичной) утрате Застрахованным трудоспособности, и с указанием способа получения страховой выплаты (через кассу Страховщика или путём перечисления на расчетный счёт);

- письменное заявление Застрахованного (Выгодоприобретателя) по установленной Страховщиком форме (Приложение №40) с указанием полных банковских реквизитов (если в заявлении на страховую выплату выбран способ получения страховой выплаты на расчетный счет);
- копия медицинской карты (карт) Застрахованного за весь период наблюдения (с даты первичного обращения) по поводу травмы/заболевания, приведшего к утрате трудоспособности, заверенная лечебным учреждением. Копия медицинской карты должна быть заверена должностным лицом медицинского учреждения (главный врач, заместитель главного врача по лечебной работе, заместитель главного врача по КЭК (клинико-экспертной работе), председатель врачебной комиссии, начальник медицинской части и другие уполномоченные лица (с приложением документов, подтверждающих данные полномочия)) и печатью медицинского учреждения;
- для работающих Застрахованных копии закрытых листков нетрудоспособности, заверенные сотрудником отдела кадров/управления персоналом либо уполномоченным лицом (с приложением документов, подтверждающих данные полномочия) и печатью отдела кадров/управления персоналом организации, в которой работает Застрахованный;
- копия Акта о несчастном случае на производстве (форма Н1) или копия Акта расследования несчастного случая по пути на (с работы), заверенная сотрудником отдела кадров/управления персоналом либо уполномоченным лицом Страхователя (с приложением документов, подтверждающих данные полномочия) и печатью отделом кадров/управления персоналом (в случаях, если лицо считается застрахованным только на работе и по пути на/с работу/ы);
- оригинал документа (Постановление о возбуждении/отказе в возбуждении уголовного дела; справка о ДТП с приложениями по форме, утвержденной действующим Законодательством РФ/нормативными актами; решение судебного органа; справка МЧС), выданного соответствующим органом МВД, МЧС, прокуратуры, суда, в пределах компетенции которого находится установление факта и обстоятельств соответствующего события, или копия документа, заверенного должностным лицом и печатью МВД, МЧС, прокуратуры (в случае необходимости, а именно: ДТП, авиакатастрофы, железнодорожной катастрофы, происшествия на водном транспорте, пожара, противоправных действий);
- копия документа (паспорта или документа, его заменяющего), удостоверяющего личность получателя страховой выплаты, с отметкой о месте его жительства;
- результаты независимой экспертизы трудоспособности для Застрахованного (только для риска «Постоянная Полная утрата общей трудоспособности в результате несчастного случая и/или болезни»).