

УТВЕРЖДЕНЫ
Приказом ПАО «САК «ЭНЕРГОГАРАНТ»
от «*27*» *февраля* 2019 г. № *49*



Генеральный директор

С.К. Васильев

**ПРАВИЛА
ДОБРОВОЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО
СТРАХОВАНИЯ И СТРАХОВАНИЯ ЖИЗНИ И
ЗДОРОВЬЯ**

1. ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ

1.1. Публичное акционерное общество «Страховая акционерная компания «ЭНЕРГОГАРАНТ», именуемое в дальнейшем Страховщик, на основании настоящих Правил добровольного медицинского страхования и страхования жизни и здоровья (далее – Правила страхования) и действующего законодательства Российской Федерации заключает с дееспособными физическими лицами или юридическими лицами любых организационно-правовых форм, именуемыми в дальнейшем Страхователи, договоры добровольного страхования жизни и здоровья.

1.2. Основные термины, используемые в настоящих Правилах страхования:

1.2.1. **Несчастный случай** - фактически произошедшее в течение срока действия договора страхования, независимо от воли Страхователя, Застрахованного лица, Выгодоприобретателя, внезапное, кратковременное, непредвиденное, внешнее по отношению к Застрахованному лицу событие, характер, время и место которого могут быть однозначно определены, повлекшее за собой нарушение здоровья, трудоспособности или смерть Застрахованного лица, и не являющееся следствием заболевания или медицинских манипуляций (за исключением неправильных).

В рамках настоящих Правил страхования к последствиям несчастного случая относятся:

- травмы;
- случайные острые отравления бытовыми и промышленными ядами, ядовитыми растениями, лекарственными препаратами, недоброкачественными пищевыми продуктами (за исключением сальмонеллеза, дизентерии и других разновидностей пищевой токсикоинфекции);
- укусы ядовитых насекомых, змей и других животных; клещевой энцефалит, боррелиоз, а так же, если это особо предусмотрено договором страхования, иные заболевания, передающиеся клещами;
- столбняк;
- удушье вследствие случайного попадания в дыхательные пути инородного тела;
- утопление;
- анафилактический шок;
- неправильные медицинские манипуляции.

Несчастные случаи, произошедшие в результате террористического акта, считаются включенными в договор страхования, если его условиями не предусмотрено иное.

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

Указанные в п. 1.2.1 настоящих Правил события признаются несчастным случаем, только если это прямо указано в договоре страхования

1.2.2. **Травма** - фактически произошедшее в течение срока действия договора страхования нарушение структуры живых тканей и анатомической целостности органов, явившееся следствием одномоментного или кратковременного внешнего воздействия физических (за исключением электромагнитного и ионизирующего излучения) или химических факторов внешней среды, диагностированное на основании известных медицинской науке объективных симптомов.

Под травмами понимаются:

- механические повреждения (ушибы; растяжения; вывихи; переломы; разрывы (ранения) органов и тканей (в том числе раны – резанные, рваные, размозженные, ушибленные, рубленные, колотые, точечные), сдавливание тканей и внутренних органов);
- сотрясение головного мозга при сроках временной нетрудоспособности у работающих Застрахованных лиц или продолжительности лечения у неработающих Застрахованных лиц 10 и более дней;
- термические повреждения (ожоги, обморожения);
- химические повреждения;
- баротравмы;
- электротравмы.

Полный исчерпывающий список травм, по которым производятся страховые выплаты, указан в Таблицах размеров страховых выплат (Приложение 14 к настоящим Правилам).

1.2.3. **Неправильные медицинские манипуляции** - манипуляции, при которых медицинскими работниками допущены отступления от принятой медицинской наукой техники их производства, установленные компетентными органами, и приведшие к следующим негативным последствиям для здоровья Застрахованного лица: ушибу головного, спинного мозга, внутренних органов, перелому, вывиху костей, ранению, разрыву, термическому или химическому ожогу, отморожению, заражению крови, поражению электричеством, сдавливанию, полной или частичной потере органа и т.п.

1.2.4. **Случайное острое отравление*** - резко развивающиеся болезненные изменения и защитные реакции организма Застрахованного лица, вызванные одномоментным или кратковременным воздействием случайно поступившего из внешней среды внутрь организма химического или биологического вещества, обладающего токсическими (отравляющими) свойствами.

** **Примечание:** В рамках данных Правил страхования острое отравление бытовыми и промышленными ядами, ядовитыми растениями, лекарственными препаратами, недоброкачественными пищевыми продуктами (за исключением сальмонеллеза, дизентерии и других разновидностей пищевой токсикоинфекции), клещевой энцефалит, укусы ядовитых животных и насекомых, поражение электротоком, атмосферным электричеством, столбняк, признаются несчастным случаем только при стационарном лечении.*

1.2.5. **Болезнь (заболевание)** - развившееся в период действия договора страхования нарушение состояния здоровья Застрахованного лица, диагноз которого поставлен в период действия договора страхования квалифицированным медицинским работником на основании известных медицинской науке объективных симптомов, а также результатов специальных исследований, либо обострение в период действия договора страхования хронического заболевания, заявленного Страхователем (Застрахованным лицом) при заключении договора страхования в Заявлении на страхование и принятого Страхователем на страхование. Если это особо предусмотрено Договором страхования к болезни (заболеванию) относятся так же заражение инфекционной болезнью (инфекционное заболевание) - проникновение в организм Застрахованного конкретных болезнетворных микроорганизмов в течение срока страхования, определяемое специальными методами исследования с возможным последующим развитием у Застрахованного соответствующего инфекционного заболевания.

Инфекционное заболевание - диагностированное квалифицированным врачом на основании объективных симптомов и наступившее в течение срока страхования нарушение здоровья Застрахованного, явившееся следствием взаимодействия с поступившими в его организм в период действия Договора болезнетворными микробами, бактериями, вирусами, микроорганизмами.

К инфекционным заболеваниям относятся:

- геморрагическая лихорадка (независимо от вида);
- малярия;
- орнитоз;
- полиомиелит;
- иные инфекционные заболевания, указанные в Договоре страхования.

1.2.6. **Критическое заболевание (состояние)** - одно из тяжелых заболеваний (состояний) или последствий подобного заболевания (состояния), предусмотренных Приложением 1 к Дополнительным условиям № 6, значительно нарушающее жизненный уклад и ухудшающее качество жизни Застрахованного лица и характеризующееся неблагоприятным прогнозом в отношении его жизни.

1.2.7. **Временное расстройство здоровья Застрахованного лица** - патологическое состояние организма Застрахованного лица, возникшее в результате несчастного случая, заболевания при котором не оказание медицинской помощи и не проведение последующего лечения вызывает временное или постоянное ограничение или отсутствие физиологических функций поврежденных органов, тканей или всего организма застрахованного лица, и (или) утрату трудоспособности;

1.2.8. **Стационарное лечение** – госпитализация и следующее за ней лечение Застрахованного лица в стационаре, необходимость которых была вызвана произошедшим в период действия договора страхования несчастным случаем или болезнью (заболеванием).

1.2.9. **Хирургическая операция** - метод лечения и/или диагностики травм и болезней (заболеваний), проведение которого всегда сопровождается и/или связано со значительным нарушением целостности кожных покровов и/или слизистых оболочек.

1.2.10. **Лечебная и диагностическая манипуляция** – метод лечения и/или диагностики травм и болезней (заболеваний), не сопровождающийся либо сопровождающийся незначительным нарушением целостности кожных покровов и/или слизистых оболочек.

1.2.11. **Медицинская организация** - указанное в договоре страхования

- юридическое лицо любой организационно-правовой формы и формы собственности, осуществляющее медицинскую деятельность на основании полученной в установленном законодательном порядке лицензии;

- физические лица (врачи, фельдшера), осуществляющие профессиональную медицинскую деятельность на основании полученной в установленном законодательном порядке лицензии, диплома и сертификата специалиста установленной формы.

1.2.12. **Фармацевтическая организация** (предприятие) – указанное в договоре страхования юридическое лицо любой организационно-правовой формы и формы собственности или индивидуальный предприниматель, имеющее лицензию на право осуществления фармацевтической деятельности, осуществляющие оптовую либо розничную торговлю лекарственными средствами, изготовление и отпуск лекарственных средств Застрахованным лицам по рецептам, выписанным врачами (фельдшерами) медицинской организации.

1.2.13. **Сервисные компании** - сервисные или ассистанские компании и учреждения, имеющие договоры со Страховщиком по организации медицинских, экспертных, медико-транспортных и иных (в том числе медико-социальных) услуг.

1.2.14. **Медицинские услуги** - мероприятия или комплекс мероприятий, направленных на профилактику заболеваний, их диагностику и лечение, имеющих самостоятельное значение и определенную стоимость.

1.2.15. **Медико-транспортные услуги** – услуги, связанные с транспортировкой Застрахованного лица:

- медицинским транспортом или иным транспортным средством в ближайшую медицинскую организацию, а также при переводе из одной медицинской организации в другую, способом, определяемым медицинскими показаниями;

- адекватным состоянию здоровья Застрахованного лица транспортным средством, включая сопровождение (если такое сопровождение предписано врачом) до ближайшего к его постоянному месту жительства аэропорта или вокзала, или порта (далее - транспортного узла) на территории Российской Федерации или в стране постоянного проживания, при условии отсутствия на территории страхования возможностей для предоставления требуемой медицинской помощи, а также в случае, когда лечение может быть осуществлено или продолжено в месте постоянного проживания или в случае, когда расходы по пребыванию в стационаре на территории страхования могут превысить установленный договором страхования (полисом) и/или Правилами страхования лимит возмещения по данному риску.

Транспортировка проводится только при отсутствии медицинских противопоказаний.

1.2.16. **Услуги по репатриации:**

- репатриация останков, санкционированная (согласованная в письменном порядке) Сервисной компанией:

- для российских граждан и лиц без гражданства, постоянно проживающих на территории Российской Федерации, - до аэропорта или железнодорожной станции, ближайших к месту, где постоянно проживало Застрахованное лицо.

- для иностранных граждан и лиц без гражданства, постоянно проживающих за пределами территории Российской Федерации, – до международного транспортного узла, ближайшего к месту, где постоянно проживало Застрахованное лицо.

При этом Страховщик не оплачивает расходы на хранение тела и ритуальные услуги.

1.2.17. **Профилактические мероприятия** – комплекс мероприятий, направленных на сохранение и укрепление здоровья и включающих в себя формирование здорового образа жизни, предупреждение возникновения и/или распространения заболеваний, их ранее выявление, выявление причин и условий их возникновения и развития, а также направленных на устранение вредного влияния на здоровье человека факторов среды его обитания.

1.2.18. **Программа страхования** – совокупность видов, форм, условий и порядка предоставления медицинской и иной помощи Застрахованным лицам. Перечень медицинских и иных услуг, из числа перечисленных в соответствующей Программе страхования, формируется

для каждого Застрахованного лица при заключении Договора страхования на основании Общих условий Программ страхования и/или Общих условий специализированных программ страхования (Приложения 1 и 2 к настоящим Правилам), которые могут комбинироваться между собой в любом их сочетании, с учетом особенностей каждой из них и потребностей Страхователя.

1.2.19. **Период ожидания** – период времени с начала действия договора страхования, в течение которого случаи, произошедшие с Застрахованным лицом, не являются страховыми.

Период ожидания устанавливается в договоре страхования. В договоре страхования могут быть установлены разные периоды ожидания на разные риски и/или их сочетания.

1.2.20. **Территория страхования** – указанная в договоре страхования территория, в пределах которой распространяется действие страховой защиты в отношении Застрахованного лица.

Если Застрахованное лицо покидает территорию страхования, договор страхования в отношении него прекращает свое действие с момента выбытия Застрахованного лица с территории страхования.

Совершившееся событие, предусмотренное договором страхования, не может быть признано страховым случаем, если оно произошло за пределами территории страхования.

Если территория страхования не указана в договоре, то по умолчанию территорией страхования признается весь мир.

1.2.21. **Активный отдых** – способ проведения свободного времени, разновидность хобби, в процессе которого отдыхающий занимается видами деятельности, требующими активной физической работы организма в специально предназначенных для этого местах. Активный отдых чаще всего предполагает непрофессиональное занятие какими-либо видами спорта, объективно связанными с высокой вероятностью наступления несчастных случаев. По настоящим Правилам к видам активного отдыха могут быть отнесены зимние виды спорта: катание на санях, тюбинг, катание на коньках, бег на лыжах; спортивные игры: волейбол, футбол, бадминтон, хоккей, баскетбол, пейнтбол, боулинг, гольф, керлинг, бильярд, сквош, настольный теннис; посещение водных аттракционов, аквапарков, катание с водных горок, прыжки в воду; катание на лодках (гребных); передвижение (с любой целью, кроме соревнований) на мопедах, мотороллерах, скутерах, на роликах, на велосипеде, на скейтборде, иные виды физической активности. Точный перечень видов активного отдыха, при занятии которыми на Застрахованное лицо распространяется действие страховой защиты, указывается в Договоре страхования.

1.2.22. **Массовый спорт** – способ проведения свободного времени, путем организованных и/или самостоятельных занятий любительским спортом, а также участия в физкультурных и массовых спортивных мероприятиях в специально предназначенных для этого местах, объективно связанных с очень высокой вероятностью наступления несчастных случаев. По настоящим Правилам к видам массового спорта могут быть отнесены: армреслинг, аэробика, бейсбол, различные виды борьбы и единоборств, конный спорт, картинг, пейнбол, иные виды физической активности, связанные с очень высоким риском травматизма. Точный перечень видов массового спорта, при занятии которыми на Застрахованное лицо распространяется действие страховой защиты, указывается в Договоре страхования.

1.2.23. **Профессиональный спорт** – часть спорта, направленная на организацию и проведение спортивных соревнований, за участие в которых и подготовку к которым в качестве своей основной деятельности спортсмены получают вознаграждение от организаторов таких соревнований и/или заработную плату, либо, занятия, предполагающие наличие у участников особых навыков, степеней допуска, разрешений, определенных соответствующими регламентами, спортивных разрядов, специального оборудования (снаряжения). Точный перечень видов профессионального спорта, при занятии которыми на Застрахованное лицо распространяется действие страховой защиты, указывается в Договоре страхования.

1.2.24. **Спортивное соревнование** – состязание среди спортсменов или команд спортсменов по различным видам спорта (спортивным дисциплинам) в целях выявления лучшего участника состязания, проводимое по утвержденному его организатором положению (регламенту).

1.2.25. **Страховая выплата** - денежная сумма, которую Страховщик в соответствии с договором страхования обязан выплатить при наступлении страхового случая.

1.3. В рамках Правил страхования Страховщик осуществляет добровольное страхование, относящееся согласно принятой в законе «Об организации страхового дела в Российской

Федерации» классификации к виду страхования от несчастных случаев и болезней и к добровольному медицинскому страхованию.

2. СУБЪЕКТЫ СТРАХОВАНИЯ

2.1. Страхователь - дееспособное физическое лицо или юридическое лицо любой организационно-правовой формы и формы собственности, заключившее со Страховщиком договор страхования.

2.2. Страхователи вправе заключать договоры о страховании третьих лиц в пользу последних (далее по тексту – Застрахованные лица).

2.2.1. Застрахованное лицо – это физическое лицо в любом возрасте, чьи имущественные интересы, связанные с его жизнью, здоровьем и трудоспособностью, являются объектом страхования. В случае если договор страхования заключен Страхователем - физическим лицом в возрасте 18 лет и старше в свою пользу, на него распространяются права и обязанности Застрахованного лица, предусмотренные настоящими Правилами и договором страхования.

2.2.2. Застрахованное лицо, названное в договоре страхования, может быть заменено Страхователем другим лицом лишь с согласия этого Застрахованного лица (или его законного представителя) и Страховщика.

2.3. Договоры страхования могут заключаться как без предварительного медицинского освидетельствования, так и с предварительным медицинским освидетельствованием Застрахованных лиц в целях определения их принадлежности к группам риска для применения поправочных коэффициентов при расчете размеров страховой премии (страхового взноса).

3. ОБЪЕКТ СТРАХОВАНИЯ

3.1. Объектом страхования являются не противоречащие законодательству Российской Федерации имущественные интересы Страхователя (Застрахованного лица), связанные с

- оплатой организации и оказания медицинской и лекарственной помощи (медицинских услуг) и иных услуг вследствие расстройства здоровья Застрахованного лица или состояния Застрахованного лица, требующих организации и оказания таких услуг, а также проведения профилактических мероприятий, снижающих степень опасных для жизни и здоровья Застрахованного лица угроз и (или) устраняющих их;

- причинением вреда здоровью Застрахованного лица, а так же со смертью Застрахованного лица в результате несчастного случая или болезни.

4. СТРАХОВЫЕ РИСКИ И СТРАХОВЫЕ СЛУЧАИ

4.1. Страховым риском является предполагаемое событие, на случай наступления которого проводится страхование.

4.1.1. В части добровольного медицинского страхования страховым риском по настоящим Правилам страхования с учетом ограничений, предусмотренных в разделе 5 настоящих Правил страхования, разделе 4 Приложения 1 к настоящим Правилам страхования и/или договоре страхования, является предполагаемое событие, на случай наступления которого производится страхование, связанное с затратами на оказание медицинских и иных услуг (предусмотренных договором страхования и Программами страхования) при возникновении страхового случая.

Условия добровольного медицинского страхования указаны в Приложении 1 к Правилам страхования.

4.1.2. В части страхования от несчастных случаев и болезней страховыми рисками по настоящим Правилам страхования, с учетом ограничений, предусмотренных в разделе 5 настоящих Правил страхования, разделе 4 Приложения 2 к настоящим Правилам страхования, разделе 4 Приложения 3 и/или договоре страхования:

4.1.2.1. *временное расстройство здоровья Застрахованного лица (для неработающих Застрахованных лиц и детей в возрасте до 17 лет включительно)/ временная утрата Застрахованным лицом трудоспособности*, наступившее в результате последствий:

а) несчастного случая произошедшего в период действия договора страхования;

б) заболевания, впервые диагностированного в период действия договора страхования.

Страховая защита распространяется на случаи временного расстройства здоровья/временной утраты трудоспособности Застрахованного лица в результате событий, перечисленных в п. «а» или в п. «б», или всех перечисленных в настоящем пункте событий (в зависимости от условий договора страхования).

Условия страхования риска «временное расстройство здоровья/временной утраты трудоспособности Застрахованного лица» указаны в Приложении 2 к Правилам страхования.

4.1.2.2. телесные повреждения, полученные Застрахованным лицом в результате последствий несчастного случая, происшедшего в период действия договора страхования и предусмотренные соответствующей Таблицей размеров страховых выплат, указанной по соглашению Страховщика и Страхователя в договоре страхования, за исключением случаев, которые по соглашению Страховщика и Страхователя не являются страховыми случаями.

Условия страхования риска «телесные повреждения, полученные Застрахованным лицом» указаны в Приложении 2 к Правилам страхования.

4.1.2.3. постоянная утрата Застрахованным лицом трудоспособности - первичное установление инвалидности I, II, III группы (для Застрахованных лиц в возрасте старше 18 лет) или категории «ребенок-инвалид» (для Застрахованных лиц в возрасте от 1 года до 17 лет включительно), в результате последствий:

- а) несчастного случая произошедшего в период действия договора страхования;
- б) заболевания, впервые диагностированного в период действия договора страхования.

Первичное установление инвалидности I, II, III группы или присвоение категории «ребенок - инвалид» должно произойти в период действия договора страхования, либо, если это особо предусмотрено условиями договора страхования, в течение 1 (одного) года со дня наступления событий, указанных в пп. «а» или «б» настоящего пункта, либо в течение иного периода, указанного в договоре страхования.

Страховая защита распространяется на случаи первичного установления инвалидности I, II, III группы или присвоения категории «ребенок - инвалид» в результате событий, предусмотренных в п. «а» или в п. «б», или всех перечисленных в настоящем пункте событий (в зависимости от условий договора страхования).

4.1.2.4. смерть Застрахованного лица, наступившая в результате последствий:

- а) несчастного случая произошедшего в период действия договора страхования;
- б) заболевания, впервые диагностированного в период действия договора страхования.

Страховая защита распространяется на случаи смерти Застрахованного лица, наступившие в период действия договора страхования, либо, если это отдельно предусмотрено договором страхования, в течение 1 (одного) года со дня наступления событий, указанных в пп. «а» или всех перечисленных в настоящем пункте событий (в зависимости от условий договора страхования), либо в течение иного периода, указанного в договоре страхования.

Страховая защита распространяется на случаи смерти Застрахованного лица в результате событий, предусмотренных в п. «а» или в п. «б», или всех перечисленных в настоящем пункте событий (в зависимости от условий договора страхования).

Условия страхования рисков «первичное установление инвалидности» и «смерть Застрахованного лица» указаны в приложении 3 к Правилам страхования.

4.1.2.5. Стационарное лечение Застрахованного лица (в соответствии с дополнительными условиями № 4, являющимися неотъемлемой частью настоящих Правил);

4.1.2.6. Хирургические операции, лечебные и диагностические манипуляции (в соответствии с дополнительными условиями № 5, являющимися неотъемлемой частью настоящих Правил);

4.1.2.7. Критическое заболевание (состояние) (в соответствии с дополнительными условиями № 6, являющимися неотъемлемой частью настоящих Правил);

4.2. Страховым случаем является совершившееся событие, предусмотренное договором страхования, с наступлением которого возникает обязанность Страховщика произвести страховую выплату.

4.3. Страховым случаем по настоящим Правилам в части добровольного медицинского страхования является документально подтвержденное обращение Застрахованного лица или его представителя в течение срока действия договора страхования в медицинскую, фармацевтическую организацию, Сервисную и/ или иную компанию из числа предусмотренных Договором страхования или по согласованию со Страховщиком, для получения медицинских и иных услуг,

предусмотренных выбранной и указанной в договоре страхования Программой страхования, по поводу расстройства здоровья Застрахованного лица или состояния Застрахованного лица, требующих организации и оказания таких услуг, а также проведения профилактических мероприятий, снижающих степень опасных для жизни и здоровья Застрахованного лица угроз и (или) устраняющих их.

4.4. В договор страхования по соглашению Сторон могут быть включены как все, так и отдельные страховые риски, из числа перечисленных в п. 4.1 или любое их сочетание.

4.5. События, предусмотренные пунктом 4.1.2. признаются страховыми случаями, если они явились следствием несчастного случая и/или болезни (заболевания), произошедшего (впервые диагностированного) в период действия договора страхования, и подтверждены документами, выданными компетентными органами в установленном законом порядке (медицинскими учреждениями, ЗАГСом и т.д.).

5. ИСКЛЮЧЕНИЯ ИЗ СТРАХОВОГО ПОКРЫТИЯ

5.1. В любом случае не являются страховыми случаями события, наступившие в результате:

5.1.1. умышленных действий Страхователя, Застрахованного лица и/или Выгодоприобретателя;

5.1.2. совершения Застрахованным лицом противоправных действий;

5.1.3. использования Застрахованным лицом транспортного средства, устройства, механизма или оборудования при отсутствии у него соответствующих прав допуска к управлению, пользованию им, а также в результате передачи Застрахованным лицом управления указанными средствами (устройствами, механизмами или оборудованием) лицу, не имевшему соответствующих прав допуска или находившемуся в состоянии алкогольного, наркотического или токсического опьянения;

5.1.4. самоубийства (покушения на самоубийство) Застрахованного лица, если договор страхования действовал менее двух лет, за исключением случаев, когда он был доведен до такого состояния противоправными действиями третьих лиц, что должно быть подтверждено решениями соответствующих органов;

5.1.5. умышленных действий Страхователя и/или Застрахованного лица, направленных на потерю здоровья Застрахованного лица, в том числе членовредительства, за исключением случаев, когда Страхователь/Застрахованное лицо было доведено до такого состояния противоправными действиями третьих лиц, что должно быть подтверждено решениями соответствующих органов;

5.1.6. события, произошедшего во время нахождения Застрахованного лица в состоянии алкогольного, наркотического и/или токсического опьянения, а также факта употребления Застрахованным лицом алкоголя, токсических, наркотических, психотропных веществ, подтвержденного документами из лечебных учреждений, наркотических диспансеров, органов судмедэкспертизы, протоколов органов МВД и т.п., если компетентными органами не установлен факт их насильственного введения, ошибочного либо вынужденного употребления, и если данные обстоятельства прямо повлияли на наступление страхового случая;

5.1.7. действий Застрахованного лица, связанных с развившимся у него психическим заболеванием;

5.1.8. иных обстоятельств, предусмотренных договором страхования.

6. СТРАХОВАЯ СУММА

6.1. Страховой суммой является определенная договором страхования денежная сумма, исходя из которой, устанавливаются размеры страховой премии (страховых взносов) и страховой выплаты при наступлении страхового случая.

6.2. Размер страховой суммы устанавливается по соглашению между Страхователем и Страховщиком.

6.3. В договоре страхования могут устанавливаться:

- отдельные страховые суммы по каждому риску, включенному в договор страхования;
- общая страховая сумма по всем или по сочетанию рисков, включенных в договор страхования.

6.4. Страховая сумма может быть агрегатной и/или неагрегатной и устанавливаться по всем страховым рискам, каждому из них или их сочетанию.

6.4.1. Агрегатная страховая сумма - страховая сумма, указанная в договоре страхования, которая уменьшается на сумму произведенных Страховщиком страховых выплат.

При агрегатной страховой сумме общая сумма выплат страхового возмещения по всем страховым случаям, произошедшим за весь срок страхования, по всем рискам не может превышать установленной в договоре страхования страховой суммы.

6.4.2. Неагрегатная страховая сумма - страховая сумма, указанная в договоре страхования, которая не уменьшается после произведенной Страховщиком страховой выплаты.

При неагрегатной страховой сумме размер страхового возмещения по каждому страховому случаю (независимо от их числа в течение срока действия страхования), не может превышать размера страховой суммы, установленной в договоре страхования.

6.5. Если в договоре страхования прямо не указывается на применение агрегатной или неагрегатной страховой суммы, то по умолчанию применяется агрегатная страховая сумма.

6.6. Если Договор страхования заключается в отношении нескольких Застрахованных лиц, то страховая сумма может быть установлена одним из следующих способов:

6.6.1. страховая сумма устанавливается отдельно для каждого Застрахованного лица (в случае необходимости отдельно по каждому риску или по сочетанию рисков);

6.6.2. по «системе мест» - страховая сумма устанавливается на каждое Застрахованное лицо, исходя из общего количества посадочных мест в зрительном зале, стадионе, транспортном средстве. При этом в страховом полисе указывается количество мест, которое не может превышать количества посадочных мест, предусмотренных проектно-сметной документацией для данного зрительного зала, стадиона, техническими нормативами для данного транспортного средства.

6.6.3. исходя из количества максимально возможных ежедневных посещений (посетителей) спортивно-оздоровительной организации, в соответствии с техническими возможностями спортивно-оздоровительной организации. Данный показатель указывается Страхователем в заявлении о страховании.

6.7. По соглашению Сторон страховая сумма по договору может быть изменена в период действия договора страхования путем заключения дополнительного соглашения, с доплатой или возвратом части страховой премии.

6.8. Страховая сумма устанавливается в российских рублях. По соглашению сторон в договоре страхования страховая сумма может быть указана в иностранной валюте, эквивалентом которой является соответствующая сумма в рублях (в дальнейшем – страхование с валютным эквивалентом).

6.9. В договоре страхования (полисе) Стороны могут указать размер некомпенсируемой Страховщиком страховой выплаты - франшизу, освобождающую Страховщика от страховой выплаты, не превышающей определенный размер.

В договоре страхования (полисе) может быть предусмотрено применение условной, безусловной и/или временной франшизы.

6.10. При установлении безусловной (вычитаемой) франшизы Страховщик во всех случаях производит страховую выплату за вычетом величины франшизы.

6.11. При установлении условной (не вычитаемой) франшизы Страховщик не производит страховую выплату за вред, который равен или не превышает величину франшизы, но производит выплату полностью, если ее размер превышает величину франшизы.

6.12. Временная франшиза – период времени с момента вступления договора страхования в силу, в течение которого возникновение события, предусмотренного договором страхования, не признается страховым случаем.

6.13. Договором страхования могут быть предусмотрены иные виды франшиз.

7. СТРАХОВОЙ ТАРИФ. СТРАХОВАЯ ПРЕМИЯ (СТРАХОВЫЕ ВЗНОСЫ).

7.1. При определении размера страховой премии Страховщик применяет разработанные им страховые тарифы. Базовый тариф рассчитывается, исходя из срока страхования 1 год.

7.2. Страховщик определяет размер страхового тарифа, исходя из базового страхового тарифа, с учетом поправочных коэффициентов на основе андеррайтерской оценки в зависимости от объема ответственности Страховщика, возраста, пола, рода деятельности Застрахованного лица, его занятий помимо основной деятельности, состояния здоровья, условий проживания, времени действия страховой защиты, порядка расчета размера страховой выплаты, перечня травм, по которым производится страховая выплата, действующих цен на медицинские и иные услуги в конкретных медицинских организациях, предполагаемого количества обращений за этими услугами, заболеваемости населения в данном населенном пункте и иных обстоятельств.

7.3. Под страховой премией понимается плата за страхование, которую Страхователь обязан уплатить Страховщику в размере, в порядке и в сроки, установленные договором страхования.

7.4. По поручению Страхователя страховую премию может уплатить любое другое лицо, при этом никаких прав по договору страхования оно не приобретает.

Страхователь несет ответственность за действия такого лица.

7.5. Страховая премия уплачивается единовременно или в рассрочку (страховыми взносами) наличными деньгами в кассу или представителю Страховщика, либо безналичным перечислением на расчетный счет Страховщика. При уплате страховой премии в рассрочку Страховщик имеет право применять повышающий коэффициент.

При заключении договора страхования стороны могут оговорить иной порядок уплаты страховых взносов. При этом в договоре страхования (полисе) стороны определяют конкретный порядок уплаты платежа, а также ограничения и требования по срокам уплаты и размерам рассроченных страховых взносов, правомочия и ответственность сторон, связанные с уплатой рассроченных платежей.

7.6. При рассроченном порядке уплаты страховой премии в договоре страхования (полисе) стороны определяют конкретный порядок уплаты, а также ограничения и требования по срокам уплаты и размерам страховых взносов, правомочия и ответственность сторон, связанные с их уплатой.

7.7. Днем уплаты страховой премии (страхового взноса) наличными считается день уплаты страховой премии или страхового взноса в кассу или представителю Страховщика.

Днем уплаты страховой премии (страхового взноса) путем безналичных расчетов считается день поступления страховой премии или страхового взноса на расчетный счет Страховщика, если договором страхования не предусмотрено иное.

7.8. При не поступлении страховой премии (первого страхового взноса) в размере и сроки, определенные в договоре страхования, договор страхования считается не вступившим в силу, и поступившие денежные средства возвращаются Страхователю.

7.9. Если в договоре страхования не указано иное, то действует следующее условие: если при уплате страховой премии в рассрочку внесение очередного страхового взноса просрочено, то страхование, обусловленное договором, не распространяется на случаи, произошедшие с того момента, когда страховой взнос должен быть уплачен и до момента фактической уплаты всех просроченных взносов в полном объеме. В случае просрочки внесения очередного страхового взноса более чем на 30 календарных дней, договор считается прекращенным с 24 часов последнего из предоставленных Страхователю дней на оплату этого взноса.

Страховщик направляет Страхователю уведомление о прекращении договора.

Уплаченные денежные средства Страхователю не возвращаются.

7.10. Договором страхования полисом могут быть предусмотрены иные последствия неуплаты страховой премии (очередного страхового взноса) по вступившему в силу договору страхования (полису), в том числе:

- зачет суммы просроченного страхового взноса при определении размера страховой выплаты;
- изменение условий страхования соразмерно фактически уплаченным в установленный срок страховым взносам, в том числе пропорциональное сокращение срока страхования, пропорциональное снижение страховой суммы, введение или изменение размера франшизы;
- расторжение договора страхования и взыскание со страхователя неуплаченной части страховой премии за период действия договора страхования до даты его расторжения в судебном порядке;
- иные последствия, предусмотренные законодательством.

Если в качестве последствий договором страхования предусмотрено изменение условий страхования, то порядок такого изменения должен быть указан в договоре страхования.

7.10. При страховании на срок менее одного года страховая премия уплачивается в следующем проценте от годового размера исчисленной страховой премии (при этом неполный месяц считается за полный):

| от 15 дней до 1 мес. | 1 мес. | 2 мес. | 3 мес. | 4 мес. | 5 мес. | 6 мес. | 7 мес. | 8 мес. | 9 мес. | 10 мес. | 11 мес. |
|----------------------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|---------|---------|
| 15 | 20 | 30 | 40 | 50 | 60 | 70 | 75 | 80 | 85 | 90 | 95 |

7.11. Страховая премия (страховой взнос) устанавливается в российских рублях. По соглашению Сторон в договоре страхования страховая премия (страховой взнос) может быть указана в иностранной валюте, эквивалентом которой является соответствующая сумма в рублях.

В случаях, когда законодательством Российской Федерации разрешены расчеты между Сторонами договора в иностранной валюте, страховая премия (страховой взнос) может быть установлена, а также может быть оплачена Страхователем в иностранной валюте.

7.12. При страховании с валютным эквивалентом, страховая выплата осуществляется в рублях по курсу Центрального Банка Российской Федерации, установленному для соответствующей валюты на дату выплаты (перечисления).

8. СРОК СТРАХОВАНИЯ

8.1. Срок действия договора страхования устанавливается по соглашению между Страхователем и Страховщиком и указывается в договоре страхования (полисе).

8.2. Договор страхования, если в нем не предусмотрено иное, вступает в силу:

8.2.1. при уплате страховой премии или первого ее взноса наличными деньгами - с 00 часов 00 минут дня, указанного в договоре страхования как дата начала его действия, но не ранее 00 часов 00 минут дня, следующего за днем внесения денежных средств в кассу или их уплаты представителю Страховщика;

8.2.2. при уплате страховой премии или первого ее взноса путем перечисления денежных средств – с 00 часов 00 минут дня, указанного в договоре страхования как дата начала его действия, но не ранее 00 часов 00 минут дня, следующего за днем поступления средств на расчетный счет Страховщика.

9. ПОРЯДОК ЗАКЛЮЧЕНИЯ, ПРЕКРАЩЕНИЯ ДОГОВОРА СТРАХОВАНИЯ И ВНЕСЕНИЯ В НЕГО ИЗМЕНЕНИЙ И ДОПОЛНЕНИЙ

9.1. Договор страхования является соглашением между Страхователем и Страховщиком, в силу которого Страховщик обязуется при наступлении страхового случая произвести страховую выплату в пределах установленной страховой суммы, а Страхователь обязуется уплатить страховую премию (страховые взносы) в установленные договором страхования порядке, размере и сроки.

9.2. Договор страхования заключается в письменной форме и должен отвечать общим условиям действительности сделки, предусмотренным гражданским законодательством Российской Федерации. Несоблюдение письменной формы влечет недействительность договора страхования.

9.3. Договор страхования может быть заключен:

9.3.1. путем составления одного документа, подписанного сторонами, либо путем обмена документами.

9.3.2. путем вручения Страхователю (Застрахованному лицу) Договора страхования (полиса) оферты. В этом случае оплата страховой премии в полном размере является согласием Страхователя на заключение Договора страхования на предложенных Страховщиком условиях и подтверждает факт принятия Страхователем Договора страхования (полиса) – оферты.

9.4. При заключении договора страхования в отношении группы лиц к Договору страхования прилагается Список застрахованных лиц либо штатное расписание или иной аналогичный документ.

При страховании группы лиц определенной видовой принадлежности (пассажиры, посетители и т.п.) в качестве Застрахованного лица указывается его видовое наименование – «пассажир», «посетитель» и т.п.

9.5. В случае утраты Страхователем (Застрахованным лицом) договора страхования (страхового полиса), по письменному заявлению ему может быть выдан дубликат документа с соответствующей надписью. После выдачи дубликата утраченный договор страхования (страховой полис) считается недействительным, никакие претензии по нему не принимаются и никакие выплаты по нему не производятся.

9.6. Данные о Страхователе (Застрахованном лице), Выгодоприобретателе, которые стали известны Страховщику от кого бы то ни было в связи с заключением, исполнением и прекращением договора страхования, являются конфиденциальными. Такие данные могут быть использованы исключительно в целях страхования и не подлежат разглашению Страховщиком или его представителем, если иное не предусмотрено законодательством Российской Федерации.

9.7. При заключении договора Страхователь обязан сообщить Страховщику известные Страхователю обстоятельства, имеющие существенное значение для определения вероятности наступления страхового случая и размера возможных убытков от его наступления, если эти обстоятельства не известны и не должны быть известны Страховщику.

Существенными признаются обстоятельства, определенно оговоренные Страховщиком в стандартной форме договора страхования (страхового полиса) или в его письменном запросе или указанные по требованию Страховщика в анкете или заявлении, заполненном и подписанном Страхователем.

Если после заключения договора страхования будет установлено, что Страхователь сообщил Страховщику заведомо ложные сведения о вышеуказанных обстоятельствах, Страховщик вправе потребовать признания договора недействительным, за исключением случаев, когда обстоятельства, о которых умолчал Страхователь, уже отпали.

9.8. При заключении договора страхования Страховщик имеет право произвести предварительное анкетирование лица (лиц), подлежащего(-их) страхованию, а также по результатам анкетирования направить кандидата на страхование в медицинское учреждение для освидетельствования или потребовать предоставления выписки из истории болезни.

Если иное не оговорено Сторонами, оплата предварительного медицинского освидетельствования производится за счет Страхователя. Предварительное медицинское освидетельствование проводится в медицинском учреждении, имеющем соответствующую лицензию, по выбору Страховщика.

При отказе кандидата на страхование от заполнения анкеты и/или прохождения предварительного медицинского освидетельствования Страховщик вправе отказать в заключении Договора страхования в отношении данного кандидата.

9.9. Условия, содержащиеся в настоящих Правилах страхования и не включенные в текст договора страхования (страхового полиса) обязательны для Страхователя, если в договоре (страховом полисе) прямо указывается на применение таких Правил.

9.10. На основании статьи 943 ГК РФ при заключении договора страхования Страхователь и Страховщик могут договориться об изменении или исключении отдельных положений настоящих Правил и об их дополнении.

9.11. Договор страхования прекращается:

9.11.1. по истечении срока его действия;

9.11.2. по соглашению сторон;

9.11.3. в случае ликвидации Страховщика как юридического лица в порядке, установленном законодательством Российской Федерации;

9.11.4. в случае ликвидации Страхователя, являющегося юридическим лицом, с момента вступления в силу соответствующего решения, или смерти Страхователя, являющегося физическим лицом, если Застрахованное лицо или иное лицо в соответствии с действующим законодательством РФ не приняло на себя обязательства Страхователя, предусмотренные договором страхования;

9.11.5. в иных случаях, предусмотренных законодательством Российской Федерации, настоящими Правилами и договором страхования.

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

При этом Страхователь имеет право на часть страховой премии пропорционально времени, оставшемуся до окончания срока действия договора страхования.

9.13. При досрочном отказе Страхователя от договора уплаченная Страховщику страховая премия не подлежит возврату, если договором страхования не предусмотрено иное.

9.14. При досрочном прекращении договора страхования по требованию Страховщика, обусловленному невыполнением Страхователем условий договора, Страховщик имеет право на часть страховой премии пропорционально времени, в течение которого действовало страхование и возмещения понесенных Страховщиком расходов.

9.15. В конкретном договоре страхования или для группы договоров страхования Страховщик вправе разрабатывать и использовать определения отдельных страховых понятий, а также вносить дополнения, уточнения, изменения в вышеперечисленные определения, - в той мере, в какой это не противоречит действующему законодательству РФ.

9.16. Договор страхования считается заключенным на условиях, содержащихся в настоящих Правилах страхования, в том случае, если в договоре страхования прямо указывается на их применение и сами Правила страхования приложены к договору страхования. Вручение Страхователю Правил страхования при заключении договора страхования удостоверяется записью в договоре страхования.

9.17. Страховщик вправе на основе настоящих Правил страхования формировать Полисные условия страхования, страховые программы к отдельному договору страхования или отдельной группе договоров страхования, заключаемых на основе настоящих Правил страхования, ориентированные на конкретного Страхователя или сегмент Страхователей, - в той мере, в какой это не противоречит действующему законодательству РФ. Такие Полисные условия прилагаются к договору страхования и являются его неотъемлемой частью.

9.18. Страховщик вправе помимо Полисных условий создавать Специальные условия страхования, отражающие особенности отдельных программ страхования. Страховщик обязан

соблюдать при этом требования законодательства Российской Федерации в части внесения изменений в документы, явившиеся основанием для выдачи лицензии на страховую деятельность.

9.19. Страховщик вправе на основе образцов документов, представленных в Приложениях 5-11 к настоящим Правилам страхования, разрабатывать и использовать формы договоров страхования, заявлений на страхование и иных приложений к договорам страхования. Страховщик вправе в отдельном договоре или группе договоров изменять названия рисков, не меняя их сути.

9.20. При отказе Страхователя – физического лица от Договора страхования в течение срока, установленного Указанием Банка России от 20 ноября 2015 г. N 3854-У «О минимальных (стандартных) требованиях к условиям и порядку осуществления отдельных видов добровольного страхования» независимо от момента уплаты страховой премии, при отсутствии в данном периоде событий, имеющих признаки страхового случая, Страховщик возвращает Страхователю уплаченную страховую премию в следующем порядке:

В случае если Страхователь – физическое лицо отказался от Договора страхования в указанный период и до даты возникновения обязательств Страховщика по заключённому Договору страхования (далее - дата начала действия страхования), уплаченная страховая премия подлежит возврату Страховщиком Страхователю в полном объёме.

В случае если Страхователь – физическое лицо отказался от Договора страхования в указанный период, но после даты начала действия страхования, Страховщик при возврате уплаченной страховой премии Страхователю вправе удержать её часть пропорционально сроку действия Договора страхования, прошедшему с даты начала действия страхования до даты прекращения действия Договора страхования.

По обстоятельствам, указанным в настоящем пункте, Страховщик возвращает Страхователю – физическому лицу страховую премию в течение 10 (десяти) рабочих дней со дня получения письменного заявления Страхователя об отказе от Договора страхования. Днём возврата страховой премии является день её выдачи через кассу Страховщика наличными деньгами или день списания денежных средств с расчётного счёта Страховщика при выплате путём безналичного расчёта.

Не подлежит возврату страховая премия, уплаченная в части рисков, предусматривающих оплату оказанной гражданину Российской Федерации, находящемуся за пределами территории Российской Федерации, медицинской помощи и/или оплату возвращения его тела (останков) в Российскую Федерацию.

По обстоятельствам, указанным в настоящем пункте, Договор страхования считается прекратившим своё действие с даты получения Страховщиком письменного заявления Страхователя – физического лица об отказе от Договора страхования или иной даты, установленной по соглашению Сторон, но не позднее 14 (четырнадцати) календарных дней со дня его заключения.

10. ИЗМЕНЕНИЕ СТЕПЕНИ РИСКА

10.1. В период действия договора страхования Страхователь (Застрахованное лицо) обязан незамедлительно сообщать Страховщику о ставших ему известными существенных изменениях в обстоятельствах, сообщенных Страховщику при заключении договора страхования, если эти изменения могут существенно повлиять на изменение степени страхового риска. Если Страхователь не выполнит эту обязанность, то Страховщик вправе потребовать расторжения договора страхования и возмещения убытков, причиненных расторжением договора страхования, а при наступлении страхового случая Страховщик имеет право отказать в выплате по нему страхового возмещения.

10.2. Существенными изменениями признаются изменения, определенно оговоренные Страховщиком в договоре страхования (страховом полисе) или в письменном запросе или указанные по требованию Страховщика в анкете или заявлении, заполненном и подписанном Страхователем.

Существенными изменениями в обстоятельствах признаются, в частности:

- выявление у Застрахованного лица болезни (заболевания), не относящейся к перечню страховых случаев, но повлекшей за собой изменение состояния здоровья Застрахованного лица;
- смена Застрахованным лицом профессии или региона проживания;

- занятия Застрахованным лицом любым видом спорта на профессиональном уровне, включая участие в спортивных соревнованиях и тренировках;
- занятия Застрахованным лицом сопряженными с повышенной опасностью видами спорта на любительской, в том числе разовой основе, такими как авто-, мото-, велоспорт, воздушные виды спорта, включая парашютный спорт, альпинизм, горные лыжи, боевые единоборства, подводное плавание;
- участие в любых авиационных перелетах, за исключением полетов в качестве пассажира авиарейса, лицензированного для перевозки пассажиров и управляемого пилотом, имеющим соответствующий сертификат, а также непосредственное участие в военных маневрах, учениях, испытаниях военной техники или иных подобных операциях в качестве военнослужащего либо гражданского служащего.

10.3. Страховщик, уведомленный об обстоятельствах, влекущих увеличение степени риска, вправе потребовать изменения условий договора страхования и/или уплаты дополнительной страховой премии соразмерно увеличению степени риска.

Если Страхователь (Застрахованное лицо) возражает против изменения условий договора страхования или доплаты страховой премии, то в соответствии с Гражданским Кодексом РФ Страховщик вправе потребовать расторжения договора страхования.

Соглашение о расторжении договора страхования совершается в той же форме, что и договор страхования, обязательства сторон прекращаются с момента заключения соглашения о расторжении договора страхования, а при его расторжении в судебном порядке – с момента вступления в законную силу решения суда о расторжении договора страхования.

10.4. Независимо от того, наступило ли изменение степени риска или нет, Страховщик имеет право в течение срока действия договора страхования проверять правильность сообщенных ему Страхователем (Застрахованным лицом) сведений.

11. ПРАВА И ОБЯЗАННОСТИ СТОРОН

11.1. Страховщик обязан:

11.1.1. выдать Страхователю страховой полис и/или договор страхования и квитанцию установленной формы, если страховая премия была уплачена наличными деньгами;

11.1.2. при наступлении события, имеющего признаки страхового случая - произвести страховую выплату либо отсрочить выплату или отказать в выплате в случаях, предусмотренных настоящими Правилами и договором страхования, в течение оговоренного в договоре срока после получения всех необходимых документов;

11.1.3. не разглашать сведения о Страхователе (Застрахованном лице, Выгодоприобретателе) и их имущественном положении за исключением случаев, предусмотренных законодательством Российской Федерации.

11.2. Страхователь обязан:

11.2.1. уплатить страховую премию (страховые взносы) в размере, порядке и в срок, установленные в договоре страхования;

11.2.2. при заключении договора страхования сообщить Страховщику обо всех известных ему обстоятельствах, имеющих значение для оценки страхового риска (состояние здоровья, условия работы Застрахованных лиц и прочее);

11.2.3. в период действия договора страхования письменно сообщить Страховщику обо всех ставших ему известных обстоятельствах, существенно увеличивающих степень страхового риска в соответствии с п. 10.2 настоящих Правил.

11.2.4. Страхователь – юридическое лицо – при заключении договора страхования предоставить Страховщику список Застрахованных лиц, в сроки, предусмотренные договором страхования, обеспечить достоверность и правильность этих списков, а также сообщать Страховщику обо всех изменениях в этих списках, согласованных с Застрахованными лицами.

11.2.5. ознакомить Застрахованное лицо с условиями договора страхования, если по договору страхования Страхователь и Застрахованное лицо различаются;

11.2.6. проинформировать Застрахованное лицо о том, что его персональные данные, указанные в Договоре страхования, будут обрабатываться Страховщиком в целях исполнения Договора страхования в соответствии с Федеральным законом «О персональных данных» № 152-ФЗ от 27.07.2006 г.

11.3. Страховщик имеет право:

11.3.1. перед заключением договора страхования запросить от Страхователя или от лица, принимаемого на страхование, сведения, в том числе медицинского характера, и потребовать проведения медицинского обследования принимаемого на страхование лица для оценки состояния его здоровья или потребовать предоставления выписки из его амбулаторной карты;

11.3.2. в случае необходимости запросить дополнительные сведения от Страхователя, (Застрахованного лица, Выгодоприобретателя) или компетентных органов;

11.3.3. проверять достоверность сообщенных Страхователем (Застрахованным лицом) данных как предоставляемых при заключении договора страхования, так и в процессе исполнения договора страхования, любыми доступными ему способами, не противоречащими законодательству Российской Федерации;

11.3.4. проверять выполнение Страхователем (Застрахованным лицом) требований договора страхования;

11.3.5. оговорить в договоре страхования иной срок и порядок наступления своей ответственности по отдельным страховым рискам (сочетанию рисков);

11.3.6. потребовать признания договора страхования недействительным и применения последствий, предусмотренных законодательством Российской Федерации, если Страхователь при заключении договора страхования представил заведомо ложные сведения о себе и/или Застрахованном лице.

11.3.7. при наступлении события, имеющего признаки страхового случая, направлять при необходимости запросы в компетентные органы, медицинские и иные учреждения и организации об обстоятельствах наступления данного события.

11.3.8. если в связи с несчастным случаем, произошедшим с Застрахованным лицом, возбуждено уголовное дело, отсрочить страховую выплату до прекращения производства по делу или вступления в законную силу приговора суда.

11.4. Страхователь имеет право:

11.4.1. вносить по согласованию со Страховщиком в договор страхования изменения и дополнения, не противоречащие Правилам страхования и законодательству, оформленные в письменной форме и подписанные обеими сторонами;

11.4.2. заменить Застрахованное лицо на другое лицо с письменного согласия самого Застрахованного лица и Страховщика;

11.4.3. назначить Выгодоприобретателя для получения страховой выплаты в случае смерти Застрахованного лица, если договор страхования заключен Страхователем в свою пользу;

11.4.4. заменить Выгодоприобретателя, названного в договоре страхования, другим лицом, письменно уведомив об этом Страховщика и получив письменное согласие Застрахованного лица (или его представителей).

Выгодоприобретатель не может быть заменен другим лицом после того, как он выполнил какую-либо из обязанностей по договору страхования или предъявил Страховщику требование о страховой выплате.

11.4.5. в любое время расторгнуть договор страхования с обязательным письменным уведомлением об этом Страховщика не позднее, чем за 30 дней до даты предполагаемого расторжения, если договор не был прекращен по основаниям иным, чем наступление страхового случая;

11.4.6. получить дубликат договора страхования (страхового полиса) в случае его утраты.

11.5. При реорганизации Страхователя – юридического лица в период действия договора страхования его права и обязанности по этому договору с согласия Страховщика переходят к правопреемнику Страхователя в порядке, определяемом законодательством Российской Федерации.

11.6. В случае смерти Страхователя – физического лица, заключившего договор страхования в отношении другого лица, права и обязанности, определённые договором, переходят к этому лицу с его согласия. При невозможности выполнения этим лицом обязанностей по договору страхования его права и обязанности могут перейти к лицам, выполняющим в соответствии с законодательством Российской Федерации обязанности по охране прав и законных интересов Застрахованного лица.

11.7. Если в период действия договора страхования Страхователь судом признан недееспособным либо ограничен в дееспособности, права и обязанности такого Страхователя переходят к его опекуну или попечителю.

11.8. Права и обязанности Страхователя (Застрахованного лица, Выгодоприобретателя) по договору страхования не могут быть переданы кому бы то ни было без письменного согласия на это Страховщика.

11.9. Страховщик, Страхователь, Застрахованное лицо осуществляют другие права и исполняют другие обязанности, предусмотренные договором страхования и действующим законодательством Российской Федерации.

11.10. Все сообщения, предусмотренные условиями настоящих Правил и договора страхования, должны направляться Страхователем Страховщику в письменной форме, либо способами связи, обеспечивающими фиксирование сообщений, либо вручаться Страховщику под расписку.

12. ИЗМЕНЕНИЕ И ДОПОЛНЕНИЕ ДОГОВОРА СТРАХОВАНИЯ.

12.1. Изменение (дополнение) договора страхования возможно по соглашению сторон, если иное не предусмотрено законодательством или договором страхования, при существенном изменении обстоятельств, из которых стороны исходили при заключении данного договора.

Изменение обстоятельств признается существенным, когда они изменились настолько, что, если бы стороны могли это разумно предвидеть, договор страхования вообще не был бы ими заключен или был бы заключен на значительно отличающихся условиях.

12.2. Соглашение об изменении (дополнении) договора страхования совершается в той же форме, что и договор, если из закона, иных правовых актов, договора или обычаев делового оборота не вытекает иное.

12.3. При изменении (дополнении) договора страхования обязательства считаются измененными с момента заключения соглашения сторон об изменении (дополнении) договора, если иное не вытекает из соглашения или характера изменения договора страхования.

13. СТРАХОВАЯ ВЫПЛАТА.

13.1. В том случае, если при заключении договора страхования Застрахованному лицу установлена единая страховая сумма для всех включенных в договор рисков или по сочетанию рисков, при наступлении страхового случая страховые выплаты по договору страхования, независимо от их количества и причин, не могут превышать 100 % этой суммы.

13.2. Если при заключении договора страхования страховые суммы установлены Застрахованному лицу отдельно по каждому из рисков, при наступлении страхового случая страховые выплаты в связи со страховыми случаями, предусмотренными конкретным риском, независимо от их количества в течение срока действия договора страхования не могут превышать 100% страховой суммы, установленной для этого риска.

13.3. Предусмотренные договором страхования выплаты Страховщик производит независимо от всех видов пособий, пенсий и выплат, получаемых Застрахованным лицом по обязательному социальному страхованию и социальному обеспечению, трудовым и иным соглашениям, другим договорам страхования, заключенным с другими страховщиками и сумм, причитающихся им в порядке возмещения вреда.

13.4. При «страховании в эквиваленте» страховая выплата производится в рублях по курсу Центрального Банка Российской Федерации, установленному для соответствующей иностранной валюты на дату выплаты. Страховщик вправе установить максимальный курс для выплат. Под максимальным курсом для выплат понимается курс соответствующей иностранной валюты на дату заключения договора страхования, увеличенный на ожидаемый процент роста курса

соответствующей иностранной валюты, согласованной сторонами при заключении договора страхования. Если курс соответствующей иностранной валюты на дату страховой выплаты превысит максимальный курс для выплат, то размер страховой выплаты определяется исходя из максимального курса выплат.

14. ПЕРСОНАЛЬНЫЕ ДАННЫЕ.

14.1. Заключая договор страхования на основании настоящих Правил, Страхователь подтверждает свое согласие с тем, что Страховщик осуществляет обработку указанных в нем персональных данных Застрахованных физических лиц. Страхователь обязан получить от Застрахованных лиц письменные согласия на обработку Страховщиком и партнерами Страховщика их персональных данных, запрошенные в соответствии с законодательством Российской Федерации о персональных данных.

Под обработкой персональных данных в настоящих Правилах понимается: сбор, запись, систематизация, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), извлечение, использование, передача (распространение, предоставление, доступ), обезличивание, блокирование, удаление, уничтожение персональных данных, а также совершение иных действий с персональными данными физических лиц в статистических целях и в целях проведения анализа страховых рисков.

14.2. Заключая договор страхования на основании настоящих Правил, Страхователь также подтверждает согласие на информирование о других продуктах и услугах, а также об условиях продления правоотношений со Страховщиком.

14.3. Для осуществления вышеуказанных целей Страховщик имеет право передавать персональные данные, ставшие ему известными в связи с заключением и исполнением договора страхования, третьим лицам, с которыми у Страховщика заключены соответствующие соглашения, обеспечивающие надежное хранение и предотвращение незаконного разглашения (конфиденциальность) персональных данных.

14.4. Страховщик обязуется обеспечивать сохранность и неразглашение персональных данных Страхователя при использовании их в целях иных, нежели предусмотрены настоящей статьей.

14.5. Согласие на обработку персональных данных может быть отозвано субъектом персональных данных полностью или в части информирования о других продуктах и услугах, путем направления письменного заявления Страховщику способом, позволяющим достоверно установить дату получения данного заявления Страховщиком.

В случае полного отзыва субъектом персональных данных своего согласия на обработку персональных данных, действие договора страхования в отношении такого лица прекращается, а в случае отзыва такого согласия субъектом персональных данных, являющимся Страхователем, договор страхования прекращается полностью (за исключением случаев, когда согласно законодательству Российской Федерации для исполнения договора страхования согласия субъекта персональных данных на такую обработку не требуется). При этом действие договора страхования прекращается досрочно с даты получения Страховщиком соответствующего заявления об отзыве согласия на обработку персональных данных.

15. ПОРЯДОК РАЗРЕШЕНИЯ СПОРОВ

15.1. Споры, возникающие между Страховщиком и Страхователем по договору страхования, разрешаются путем переговоров с привлечением при необходимости специально созданной экспертной комиссии, а при невозможности достижения соглашения споры рассматриваются в судебном порядке, установленном действующим законодательством Российской Федерации.

15.2. При решении спорных вопросов положения договора страхования имеют преимущественную силу по отношению к настоящим Правилам.

Приложение № 1
к Правилам добровольного медицинского страхования
и страхования жизни и здоровья

УСЛОВИЯ ДОБРОВОЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ

1. ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ

1.1. На основании настоящих Условий Страховщик заключает со Страхователями договоры добровольного медицинского страхования, по условиям которых гарантирует организацию и финансирование медицинских и иных услуг определенного объема и качества Застрахованным лицам в соответствии с Программами страхования, которые формируются для каждого Застрахованного лица при заключении Договора страхования на основании Общих условий Программ страхования и/или Общих условий специализированных программ страхования (Приложения 1 и 2 к настоящим Условиям).

1.2. Основные термины, используемые в настоящих Условиях.

1.2.1. Страховой выплатой является оплата медицинских и иных услуг, оказанных Застрахованному лицу в соответствии с условиями договора добровольного медицинского страхования и Программами страхования.

2. ОБЪЕКТ СТРАХОВАНИЯ.

2.1. Объектом добровольного медицинского страхования являются имущественные интересы, связанные с оплатой организации и оказания медицинской и лекарственной помощи (медицинских услуг) и иных услуг вследствие расстройства здоровья Застрахованного лица или состояния Застрахованного лица, требующих организации и оказания таких услуг, а также проведения профилактических мероприятий, снижающих степень опасных для жизни и здоровья Застрахованного лица угроз и (или) устраняющих их.

3. СТРАХОВЫЕ РИСКИ И СТРАХОВЫЕ СЛУЧАИ

3.1. Страховым риском является предполагаемое событие, на случай наступления которого проводится страхование.

Страховым случаем является свершившееся событие, предусмотренное договором страхования, с наступлением которого возникает обязанность Страховщика произвести страховую выплату.

3.2. Страховым случаем является документально подтвержденное обращение Застрахованного лица или его представителя в течение срока действия договора страхования в медицинскую, фармацевтическую организацию, Сервисную и/ или иную компанию из числа предусмотренных Договором страхования или по согласованию со Страховщиком, для получения медицинских и иных услуг, предусмотренных выбранной и указанной в Договоре страхования Программой страхования, по поводу расстройства здоровья Застрахованного лица или состояния Застрахованного лица, требующих организации и оказания таких услуг, а также проведения профилактических мероприятий, снижающих степень опасных для жизни и здоровья Застрахованного лица угроз и (или) устраняющих их.

3.3. Объем медицинской помощи и иных услуг, оказываемых Застрахованному лицу медицинскими и иными учреждениями и оплачиваемыми Страховщиком по Договору страхования, определяется Договором страхования и/или выбранной Страхователем Программой страхования.

3.4. Медицинская помощь, предусмотренная Договором страхования и /или Программой страхования, полученная Застрахованным лицом в Медицинском учреждении в течение одних суток (24 часов) признается одним обращением Застрахованного лица за медицинской помощью.

4. ИСКЛЮЧЕНИЯ ИЗ СТРАХОВОГО ПОКРЫТИЯ

4.2. Не признаются страховыми случаями обращения Застрахованного лица в медицинскую, фармацевтическую организацию, Сервисную и/ или иную компанию, если целью обращений является:

4.2.1. лечение заболеваний, явившихся следствием воздействия ядерного взрыва, радиации или радиоактивного заражения, военных действий, а также маневров или иных военных мероприятий, гражданской войны, народных волнений всякого рода или забастовок, если иное не предусмотрено договором страхования.

4.2.2. оказание медицинских и иных услуг, не предусмотренных договором страхования.

4.3. Не является страховым случаем и не оплачивается Страховщиком:

4.3.1. получение лекарственных средств и изделий медицинского назначения в фармацевтической организации, не предусмотренной договором страхования;

4.3.2. получение лекарственных средств и изделий медицинского назначения на основании рецептов медицинских организаций, не предусмотренных договором страхования;

4.3.3. получение лекарственных средств и изделий медицинского назначения, не предусмотренных договором страхования;

4.3.4. получение лекарственных средств по рецепту не установленного образца или оформленному с нарушением установленных действующим законодательством Российской Федерации нормативных актов о порядке назначения лекарственных средств и выписывания рецептов на них;

4.3.5. получение лекарственных средств по рецепту с истекшим сроком действия или имеющему дату выписки, которая предшествует дате включения Застрахованного лица в Список Застрахованных лиц по договору страхования;

4.3.6. получение медицинских и иных услуг, если они являются по характеру экспериментальными или исследовательскими;

4.3.7. получение лекарственных средств и изделий медицинского назначения, медицинских и иных услуг, которые были оказаны по желанию Застрахованного лица, вопреки рекомендациям представителя медицинской организации и/или сервисной компании, предусмотренной договором страхования.

5. ЛИМИТЫ ОТВЕТСТВЕННОСТИ.

5.1. В пределах страховой суммы Страховщик вправе установить лимиты ответственности по каждой Программе страхования, в пределах Программы – лимит ответственности по отдельной медицинской услуге.

Если в договоре страхования установлен лимит ответственности по конкретной Программе, то общая сумма выплат по всем произошедшим в течение срока действия договора страховым случаям, в связи с которыми оказывались медицинские и иные услуги по данной Программе, не может превышать установленного лимита ответственности.

Если в договоре страхования установлен лимит ответственности по конкретной медицинской или иной услуге, то общая сумма выплат по всем произошедшим в течение срока действия договора страховым случаям, в связи с которыми оказывалась данная услуга, не может превышать установленного лимита ответственности.

6. ПРАВА И ОБЯЗАННОСТИ СТОРОН

6.1. Страховщик обязан:

6.1.1. Для реализации Программ страхования заключать двусторонние договоры с медицинскими и фармацевтическими организациями, сервисными компаниями.

6.1.2. Обеспечить контроль за объемом, сроками и качеством оказания медицинских услуг и лекарственного обеспечения Застрахованным лицам в соответствии с договором страхования и Программой добровольного медицинского страхования;

6.1.3. Не разглашать сведения о Страхователе и Застрахованном лице за исключением случаев, предусмотренных законодательством Российской Федерации;

6.1.4. Обеспечить организацию и оплату медицинских и иных услуг, предусмотренных договором страхования при наступлении страхового случая.

6.2. Страховщик имеет право:

6.2.1. При заключении договора страхования произвести или не проводить предварительное анкетирование кандидата (кандидатов) на страхование для оценки фактического состояния его (их) здоровья. При проведении анкетирования Страховщик по результатам

анкетирования может направить кандидата на страхование на медицинское освидетельствование или потребовать предоставления выписки из истории болезни.

6.2.2. Проверять достоверность сообщенных Страхователем данных как предоставляемых при заключении договора страхования, так и в процессе исполнения договора страхования;

6.2.3. Требовать от Застрахованного лица соблюдения всех предписаний лечащих врачей, полученных в ходе предоставления медицинских и иных услуг по договору страхования, соблюдать распорядок, установленный медицинской организацией и/или иной организацией из числа предусмотренных договором страхования;

6.2.4. При необходимости, вызванной увеличением страхового риска и стоимости медицинских и/или иных услуг, потребовать от Страхователя пересмотра условий договора страхования;

6.2.5. Принимать меры по установлению причин страхового случая;

6.2.6. Установить лимит ответственности по конкретной Программе или услуге;

6.2.7. Изменять размер страхового тарифа в зависимости от возраста, состояния здоровья Застрахованного лица, условий его труда и проживания, а также иных факторов, влияющих на степень риска.

6.2.8. Проверять в течение действия договора медицинскую документацию Страхователя (Застрахованного лица).

6.2.9. Отказать в оплате медицинских или иных услуг в соответствии с настоящими Условиями и условиями договора страхования.

6.3. Страхователь обязан:

6.3.1. Сообщить в течение срока, установленного в договоре страхования, Страховщику о наступлении страхового случая способом, указанным в договоре страхования;

6.3.2. Обеспечить сохранность документов по договору страхования;

6.3.3. Проинформировать Застрахованное лицо о том, что его персональные данные, указанные в Договоре страхования, будут обрабатываться Страховщиком в целях исполнения Договора страхования в соответствии с Федеральным законом «О персональных данных» № 152-ФЗ от 27.07.2006г.

6.4. Страхователь имеет право:

6.4.1. Требовать предоставления Застрахованным лицам в медицинских и фармацевтических организациях, сервисных компаниях, из числа предусмотренных договором страхования, медицинских и иных услуг, определенных в договоре страхования, в соответствии с условиями страхования и Программой добровольного медицинского страхования.

В случае непредставления указанных медицинских и иных услуг Страхователь должен немедленно известить Страховщика.

6.4.2. В течение срока действия договора страхования расширить перечень медицинских и иных услуг, гарантируемых по договору страхования, или повысить размер страховой суммы (лимита ответственности), заключив дополнительное соглашение к договору страхования и уплатив при этом дополнительную страховую премию.

6.5. Застрахованное лицо обязано:

6.5.1. Заботиться о сохранении своего здоровья, соблюдать предписания лечащего врача, полученные в ходе предоставления медицинских и иных услуг по договору страхования, соблюдать распорядок, установленный медицинской организацией и/или иной организацией из числа предусмотренных договором страхования;

6.5.2. Заботиться о сохранности страховых документов и не передавать их третьим лицам с целью получения ими медицинских и иных услуг по договору страхования. В противном случае Страховщик имеет право досрочно прекратить действие договора страхования в отношении данного Застрахованного лица

6.6. Застрахованное лицо имеет право:

6.6.1. Требовать предоставления медицинских и иных услуг в соответствии с условиями договора страхования и Программ страхования;

6.6.2. Сообщать Страховщику о случаях не предоставления или неполного и некачественного предоставления медицинских и иных услуг.

6.7. Все сообщения, предусмотренные условиями настоящих Условий и договора страхования, должны направляться Страхователем Страховщику в письменной форме, либо способами связи, обеспечивающими фиксирование сообщений, либо вручаться Страховщику под расписку.

6.8. Страховщик, Страхователь, Застрахованное лицо осуществляют другие права и исполняют другие обязанности, предусмотренные договором страхования и действующим законодательством РФ.

7. ПОРЯДОК И УСЛОВИЯ ОКАЗАНИЯ УСЛУГ ЗАСТРАХОВАННЫМ ЛИЦАМ И ОСУЩЕСТВЛЕНИЯ СТРАХОВЫХ ВЫПЛАТ

7.1. Для получения медицинских и иных услуг, предусмотренных Программой страхования/Договором страхования Застрахованное лицо должно обратиться в медицинскую и/или иную организацию, определенную Договором страхования или непосредственно к Страховщику по указанным им телефонам.

При отсутствии возможности оказания медицинских и иных услуг, предусмотренных Программой страхования в медицинской или иной организации, определенной в Договоре страхования, Страховщик организует их выполнение в иных организациях. Выбор организации производится Страховщиком.

7.2. Страховая выплата производится путем перечисления Страховщиком денежных средств на расчетный счет:

- медицинской организации (за оказанные медицинские услуги). Срок и порядок перечисления денежных средств устанавливается в договоре с медицинской организацией;
- фармацевтической организации (страховая выплата по лекарственному обеспечению производится на основании представленных фармацевтической организацией счетов и реестров);
- сервисной компании или иной компании, организовавшей получение Застрахованным лицом предусмотренных договором страхования услуг и оплатившей на месте эти расходы (срок и порядок перечисления денежных средств устанавливается в договоре с Сервисной компанией).

7.3. Выплата страхового возмещения может быть произведена лично Застрахованному лицу, если на это прямо указано в Договоре страхования, при условии, что обращение в медицинскую и/или иную организацию согласовано со Страховщиком. В том случае, если в Договоре страхования не предусмотрена возможность выплата страхового возмещения лично Застрахованного лица, то выплата производится согласно п. 8.2 настоящих Условий.

7.4. Для принятия Страховщиком решения об осуществлении страховой выплаты (п. 8.2 настоящих Условий), Застрахованное лицо должно в течение 30 дней со дня оказания медицинских и иных услуг (если иной срок не указан в Договоре страхования), предоставить Страховщику:

7.4.1. заявление по установленной Страховщиком форме;

7.4.2. оригинал документа, оформленного в соответствии с законодательством страны оказания медицинских услуг (или его копию), подтверждающего факт обращения данного Застрахованного лица за оказанием медицинских услуг, с указанием даты обращения за медицинской помощью, жалоб, данных объективного статуса, данных исследований, диагноза, срока лечения, назначений;

7.4.3. для возмещения стоимости оплаченных медицинских услуг - реестр оказанных медицинских услуг с указанием их наименования, количества, дат оказания и стоимости, оформленный в соответствии с законодательством страны оказания медицинских услуг;

7.4.4. для возмещения стоимости оплаченных лекарственных средств – оригиналы или копии рецептов из медицинской организации, куда Застрахованное лицо обращалось за получением медицинских услуг и врачом которой были назначены лекарственные средства;

7.4.5. для возмещения стоимости изделий медицинского назначения:

7.4.5.1. при оперативном лечении - оригиналы или копии документов из медицинской организации, куда Застрахованное лицо обращалось за получением медицинских услуг, с обоснованием лечащего врача о наличии медицинских показаний для использования данных изделий, а также документов, подтверждающих их использование (указание использованных расходных материалов в выписном эпикризе), оформленных в соответствии с законодательством страны оказания медицинских услуг;

7.4.5.2. при амбулаторном лечении - оригиналы или копии документов из медицинской организации, куда Застрахованное лицо обращалось за получением медицинских услуг, с обоснованием лечащего врача о наличии медицинских показаний для использования данных изделий, оформленных в соответствии с законодательством страны оказания медицинских услуг;

7.4.6. для возмещения стоимости оплаченных иных услуг - оригиналы или копии документов, подтверждающих факт обращения данного Застрахованного лица за оказанием ему иных услуг с указанием даты обращения, реестра оказанных услуг с указанием их наименования, количества, дат оказания и стоимости, оформленного в соответствии с законодательством страны оказания медицинских услуг;

7.4.7. оригиналы документов, подтверждающих оплату медицинских и иных услуг или приобретение лекарственных средств и/или изделий медицинского назначения (кассовые, товарные чеки, товарные накладные с указанием их наименования, количества и стоимости);

7.4.8. копию общегражданского паспорта Застрахованного лица (если Застрахованным лицом является несовершеннолетнее лицо, то дополнительно предоставляется копия общегражданского паспорта законного представителя Застрахованного лица, подавшего заявление от его имени, и копия свидетельства о рождении Застрахованного лица или копии документов, подтверждающих право действовать в интересах Застрахованного лица);

В том случае, если документы, указанные в п.п. 7.4.2 – 7.4.8 оформлены на иностранном языке, то они предоставляются вместе с нотариально заверенным переводом. Расходы по сбору указанных документов и их переводу оплачивает Страхователь (Застрахованное лицо).

7.5. В случае если представленные документы не содержат информацию, позволяющую однозначно определить, является ли обращение Застрахованного лица за медицинскими и иными услугами страховым случаем согласно договору страхования, Страховщик вправе с учетом конкретных обстоятельств события для подтверждения факта и причин наступления страхового случая, размера страховой выплаты, в письменной форме запросить у компетентных органов (медицинских организаций, органов внутренних дел, прокуратуры и других органов) предприятий, учреждений, организаций, в том числе медицинских, располагающих информацией об обстоятельствах произошедшего события, дополнительные документы, необходимые для принятия окончательного обоснованного решения, а также проводить обоснованную экспертизу представленных документов, самостоятельно выяснять причины и обстоятельства страхового случая.

7.6. После получения всех необходимых надлежащим образом оформленных документов и сведений (п.п. 7.3-7.5 настоящих Правил) Страховщик рассматривает их в течение 30 рабочих дней с даты получения последнего из документов (если иной срок не предусмотрен договором страхования). В течение указанного срока Страховщик:

- если случай признан страховым - составляет страховой акт и производит страховую выплату Страхователю (Застрахованному лицу) способом, согласованным при подаче заявления на страховую выплату. Конкретный порядок осуществления страховой выплаты указывается в страховом акте;

- если случай не признан страховым, принято решение об отказе в осуществлении страховой выплаты или выявлены предусмотренные законом основания для освобождения Страховщика от страховой выплаты - направляет письмом в адрес Страхователя (Застрахованного лица) обоснование принятого решения.

7.7. Днём страховой выплаты считается дата списания средств со счета Страховщика или выдачи наличных денег из кассы Страховщика.

Расходы по зачислению на счет и получению (списанию) со счета получателя подлежащих выплате сумм осуществляются за счет средств получателя.

7.8. В случае отказа Страхователя (Застрахованного лица) от предоставления запрашиваемых документов, Страховщик имеет право произвести страховую выплату в неоспариваемой части, подтвержденной предоставленными на момент выплаты документами, либо отказать в страховой выплате.

7.9. Страховщик проверяет соответствие оказываемых Застрахованному услуг оговоренному в Договоре страхования объему, сроки предоставления услуг и выполнение других

положений Договора страхования, а также проводит экспертизу качества оказанных услуг по своему усмотрению или по письменному заявлению Страхователя (Застрахованного).

7.10. Страховая выплата не может превышать установленной в Договоре страховой суммы и лимитов ответственности, и/или установленной для данного Застрахованного лица страховой суммы или лимита ответственности, указанных в договоре страхования.

7.11. Страховщик вправе отказать в страховой выплате в случаях:

7.11.1. сообщения Страхователем Страховщику заведомо ложных сведений, предоставляемых в письменном виде по запросу последнего;

7.11.2. в иных случаях, предусмотренных действующим законодательством Российской Федерации и условиями договора страхования.

8. ПРОЧЕЕ.

8.1. Если договором страхования не предусмотрено иное, то в остальном действуют Правила страхования.

ОБЩИЕ УСЛОВИЯ ДЛЯ ПРОГРАММ СТРАХОВАНИЯ

ОБЩИЕ УСЛОВИЯ ДЛЯ ПРОГРАММЫ

Амбулаторно-поликлиническая помощь

На основании настоящих Общих Условий Страховщик может формировать Программы страхования, предусматривающие оказание Застрахованному лицу комплекса профилактических, диагностических, лечебных, реабилитационных и иных мероприятий (из числа предусмотренных в раздел «I. Объем предоставляемых услуг») в амбулаторных условиях и/или в условиях дневного стационара.

I. Объем предоставляемых услуг:

- 1.1. Профессиональные услуги врачей различных специальностей.
- 1.2. Диагностические, лабораторные, функциональные и инструментальные исследования.
- 1.3. Вызов врача на дом.
- 1.4. Профессиональные услуги врачей различных специальностей, оказываемые в специально оборудованном помещении в офисе Страхователей.
- 1.5. Курсовое, инъекционное, восстановительное лечение по назначению врача, оказываемое в медицинской организации, на дому, в офисе Страхователя средним медицинским персоналом.
- 1.6. Медицинское освидетельствование и обследование с выдачей справок.
- 1.7. Стоматологическая (терапевтическая и хирургическая) помощь, ортодонтическая, ортопедическая.
- 1.8. Восстановительное лечение по назначению лечащего врача (физиолечение, массаж, иглорефлексотерапия, мануальная терапия, занятия ЛФК, бальнеологическое лечение и т.п.).
- 1.10. Медикаментозное лечение.
- 1.11. Услуги скорой и неотложной медицинской помощи, экстренная медицинская транспортировка в стационар.
- 1.12. Проведение врачебно-трудовой экспертизы.
- 1.13. Динамическое наблюдение за больными, взятыми на диспансерный учет.
- 1.14. Проведение диспансеризации, включая современные виды лабораторного и инструментального обследования.

II. Исключения из программы:

Страховщик не оплачивает медицинские услуги, оказываемые Застрахованному по поводу лечения нижеперечисленных заболеваний и связанных с ними осложнений:

- 2.1. Острая и хроническая лучевая болезни и их осложнения;
- 2.2. Венерические заболевания;
- 2.3. ВИЧ-инфекция;
- 2.4. Заболевания иммунной этиологии;
- 2.5. Особо опасные инфекции, в том числе: чума, холера, желтая лихорадка и др.;
- 2.6. Психические заболевания;
- 2.7. Алкоголизм, наркомания, токсикомания.

III. Дополнительные услуги в рамках амбулаторно-поликлинического обслуживания:

- 3.1. Иммунопрофилактика.
- 3.2. Профилактика осложнений заболевания, послужившего причиной обращения Застрахованного лица в медицинскую или иную организацию.
- 3.3. Сопровождение Застрахованного лица при проведении обследований и консультаций в медицинской организации персоналом медицинской организации.
- 3.4. Сопровождение несовершеннолетнего Застрахованного лица, Застрахованного лица, неспособного к самостоятельному передвижению и/или нуждающегося в посторонней помощи,

родителем, опекуном, законным представителем или иным лицом при оказании Застрахованному лицу медицинской помощи.

Данная услуга включает в себя организацию проезда одного сопровождающего лица до места оказания медицинской помощи и обратно, его проживания и питания в месте оказания медицинской помощи.

3.5. Услуги по доставке медикаментов.

3.6. Услуги по организации и предоставлению проживания и питания Застрахованного лица в период получения медицинских услуг в соответствии с Программой страхования, не входящие в состав медицинской услуги, однако требующиеся при оказании Застрахованному лицу медицинских услуг.

3.7. Услуги переводчика в период получения медицинских и иных услуг, предусмотренных Программой страхования.

3.8. Информационные и консультационные услуги, связанные с оказанием или организацией медицинской помощи в соответствии с Программой страхования.

3.9. Транспортировка (медицинская эвакуация), в том числе, организация проезда, Застрахованного лица в медицинскую организацию и обратно либо из одной организации в другую, включая медицинское сопровождение.

3.10. Услуги сиделки.

ОБЩИЕ УСЛОВИЯ ДЛЯ ПРОГРАММЫ

Стационарная помощь

На основании настоящих Общих Условий Страховщик может формировать Программы страхования, предусматривающие оказание Застрахованному лицу специализированной медицинской помощи (из числа предусмотренной в раздел «I. Объем предоставляемых услуг») в стационарных условиях.

I. Объем предоставляемых услуг:

- 1.1. Госпитализацию Застрахованного лица в стационарное отделение соответствующего профиля.
- 1.2. Предоставление комфортабельных условий пребывания в стационаре.
- 1.3. Пребывание в отделении интенсивной терапии, реанимационные мероприятия.
- 1.4. Обеспечение Застрахованному лицу всех необходимых консультативных и диагностических манипуляций.
- 1.5. Хирургическое и/или консервативное лечение, включая перевязки, введение лекарственных препаратов, расходный материал и т.п.
- 1.6. Медикаментозное лечение по назначению врача.
- 1.7. Восстановительные методы лечения по назначению лечащего врача (физиолечение, массаж, иглорефлексотерапия, мануальная терапия, занятия ЛФК, бальнеологическое лечение и т.п.).
- 1.8. Медицинское освидетельствование и обследование с выдачей справок.
- 1.9. Стоматологическая лечебная, терапевтическая и хирургическая помощь, ортодонтическая требующая госпитализации.
- 1.10. Услуги неотложной и скорой медицинской помощи.
- 1.11. Экстренная и плановая медицинская транспортировка в стационар; из стационара в стационар в период лечения; транспортировка из стационара после лечения.

II. Исключения из программы:

Страховщик не оплачивает медицинские услуги, оказываемые Застрахованному по поводу лечения нижеперечисленных заболеваний и связанных с ними осложнений:

- 2.1. Острая и хроническая лучевая болезни и их осложнения;
- 2.2. Венерические заболевания;
- 2.3. ВИЧ-инфекция;
- 2.4. Заболевания иммунной этиологии;
- 2.5. Особо опасные инфекции, в том числе: чума, холера, желтая лихорадка и др.;
- 2.6. Психические заболевания;
- 2.7. Алкоголизм, наркомания, токсикомания.

III. Дополнительные услуги в рамках стационарного обслуживания:

- 3.1. Питание.
- 3.2. Индивидуальный медицинский пост.
- 3.3. Услуги сиделки.
- 3.4. Сопровождение несовершеннолетнего Застрахованного лица, Застрахованного лица, неспособного к самостоятельному передвижению и/или нуждающегося в посторонней помощи, родителем, опекуном, законным представителем или иным лицом при оказании Застрахованному лицу медицинской помощи. Данная услуга включает в себя организацию проезда одного сопровождающего лица до места оказания медицинской помощи и обратно, его проживания и питания в месте оказания медицинской помощи.
- 3.5. Совместное нахождение родителя, опекуна, законного представителя или иного лица с несовершеннолетним Застрахованным лицом (ребенком) в стационарных условиях. Данная услуга включает в себя организацию предоставления одному сопровождающему лицу койко-места в стационаре без лечения, питание в стационаре стандартное. Количество койко-дней сопровождающего лица не может быть более количества койко-дней сопровождаемого лица.
- 3.6. Диспансеризация в условиях стационара, дневного стационара.
- 3.7. Профилактика осложнений заболевания, послужившего причиной госпитализации.
- 3.8. Услуги по организации и предоставлению проживания и питания Застрахованного лица в период получения медицинских услуг в соответствии с Программой страхования, не входящие в состав медицинской услуги, однако требующиеся при оказании Застрахованному лицу медицинских услуг.

- 3.9. Услуги переводчика в период получения медицинских и иных услуг, предусмотренных Программой страхования.
- 3.10. Информационные и консультационные услуги, связанные с оказанием или организацией медицинской помощи в соответствии с Программой страхования.
- 3.11. Сопровождение Застрахованного лица при проведении обследований и консультаций в медицинской организации персоналом медицинской организации.
- 3.12. Транспортировка (медицинская эвакуация), в том числе, организация проезда, Застрахованного лица в медицинскую организацию и обратно либо из одной организации в другую, включая медицинское сопровождение.

ОБЩИЕ УСЛОВИЯ ДЛЯ ПРОГРАММЫ

Медицинская реабилитация и санаторно-курортное лечение

На основании настоящих Общих Условий Страховщик может формировать Программы страхования, предусматривающие предоставление Застрахованному лицу услуг медицинской реабилитации и санаторно-курортного лечения (из числа предусмотренной в раздел «I. Объем предоставляемых услуг»).

Медицинская реабилитация - комплекс мероприятий медицинского и психологического характера, направленных на полное или частичное восстановление нарушенных и (или) компенсацию утраченных функций пораженного органа либо системы организма, поддержание функций организма в процессе завершения остро развившегося патологического процесса или обострения хронического патологического процесса в организме, а также на предупреждение, раннюю диагностику и коррекцию возможных нарушений функций поврежденных органов либо систем организма, предупреждение и снижение степени возможной инвалидности, улучшение качества жизни, сохранение работоспособности пациента и его социальную интеграцию в общество.

Медицинская реабилитация осуществляется в медицинских организациях и включает в себя комплексное применение природных лечебных факторов, лекарственной, немедикаментозной терапии и других методов.

Санаторно-курортное лечение включает в себя медицинскую помощь, осуществляемую медицинскими организациями (санаторно-курортными организациями) в профилактических, лечебных и реабилитационных целях на основе использования природных лечебных ресурсов, в том числе в условиях пребывания в лечебно-оздоровительных местностях и на курортах.

Санаторно-курортное лечение направлено на:

1) активацию защитно-приспособительных реакций организма в целях профилактики заболеваний, оздоровления;

2) восстановление и (или) компенсацию функций организма, нарушенных вследствие травм, операций и хронических заболеваний, уменьшение количества обострений, удлинение периода ремиссии, замедление развития заболеваний и предупреждение инвалидности в качестве одного из этапов медицинской реабилитации.

Порядок организации медицинской реабилитации и санаторно-курортного лечения, перечень медицинских показаний и противопоказаний для медицинской реабилитации и санаторно-курортного лечения утверждаются уполномоченным федеральным органом исполнительной власти.

I. Объем предоставляемых услуг:

1.1. Консультативные приемы врачей-специалистов.

1.2. Оформление медицинской документации.

1.3. Лабораторные исследования: общеклинические, биохимические исследования, иммунологические исследования, микробиологические исследования, цитологические исследования, генетические исследования, гистологические исследования.

1.4. Инструментальные исследования: функциональная диагностика, ультразвуковая диагностика, рентгенологические исследования, эндоскопические исследования.

1.5. Процедуры, манипуляции и методы лечения:

1.5.1. консервативное лечение по поводу заболевания, послужившего основанием для оказания санаторно-курортного и/или реабилитационно-восстановительного лечения, лечебные и диагностические манипуляции, экстракарпоральные методы лечения;

1.5.2. физиотерапевтическое лечение, восстановительное лечение, методы традиционной диагностики, методы традиционной терапии, лечение средствами природного происхождения, традиционные системы оздоровления, восстановительное аппаратное лечение.

1.6. Обеспечение лекарственными средствами и изделиями медицинского назначения, необходимыми при выполнении процедур и манипуляций.

1.7. Дополнительные услуги в рамках санаторно-курортного лечения и (или) реабилитационно-восстановительного лечения:

1.7.1. Пребывание в медицинском учреждении, оказывающем санаторно-курортное и реабилитационно-восстановительное лечение.

1.7.2. Диетическое питание.

1.7.3. Профилактика осложнений заболевания, послужившего причиной обращения Застрахованного лица за санаторно-курортным и (или) реабилитационно-восстановительным лечением.

1.7.4. Сопровождение Застрахованного лица при проведении обследований и консультаций в медицинской организации персоналом медицинской организации.

1.7.5. Сопровождение несовершеннолетнего Застрахованного лица, Застрахованного лица, неспособного к самостоятельному передвижению и/или нуждающегося в посторонней помощи, родителем, опекуном, законным представителем или иным лицом при оказании Застрахованному лицу медицинской помощи.

Данная услуга включает в себя организацию проезда одного сопровождающего лица до места оказания медицинской помощи и обратно, его проживания и питания в месте оказания медицинской помощи.

1.7.6. Совместное нахождение родителя, опекуна, законного представителя или иного лица с несовершеннолетним Застрахованным лицом (ребенком) в стационарных условиях. Данная услуга включает в себя организацию предоставления одному сопровождающему лицу койко-места в стационаре без лечения, питание в стационаре стандартное. Количество койко-дней сопровождающего лица не может быть более количества койко-дней сопровождаемого лица.

1.7.7. Услуги по организации и предоставлению проживания и питания Застрахованного лица в период получения медицинских услуг в соответствии с Программой страхования, не входящие в состав медицинской услуги, однако требующиеся при оказании Застрахованному лицу медицинских услуг.

1.7.8. Услуги переводчика в период получения медицинских и иных услуг, предусмотренных Программой страхования.

1.7.9. Информационные и консультационные услуги, связанные с оказанием или организацией медицинской помощи в соответствии с Программой страхования.

1.7.10. Транспортировка (медицинская эвакуация), в том числе, организация проезда, Застрахованного лица в медицинскую организацию и обратно либо из одной организации в другую, включая медицинское сопровождение.

1.7.11. Услуги сиделки.

II. Исключения из программы:

Страховщик не оплачивает медицинские услуги, оказываемые Застрахованному по поводу лечения нижеперечисленных заболеваний и связанных с ними осложнений:

- 2.1. Острая и хроническая лучевая болезни и их осложнения;
- 2.2. Венерические заболевания;
- 2.3. ВИЧ-инфекция;
- 2.4. Заболевания иммунной этиологии;
- 2.5. Особо опасные инфекции, в том числе: чума, холера, желтая лихорадка и др.;
- 2.6. Психические заболевания;
- 2.7. Алкоголизм, наркомания, токсикомания.

ОБЩИЕ УСЛОВИЯ ДЛЯ ПРОГРАММЫ

Обеспечение лекарственными средствами и изделиями медицинского назначения

На основании настоящих Общих Условий Страховщик может формировать Программы страхования, предусматривающие предоставление Застрахованному лицу услуг по организации обеспечения или частичную или полную компенсацию расходов на приобретение в фармацевтических организациях лекарственных препаратов и (или) изделий медицинского назначения, предписанных врачом медицинской организации, предусмотренного Договором страхования, (из числа предусмотренной в раздел «I. Объем предоставляемых услуг»).

I. Объем предоставляемых услуг

1. Обеспечение лекарственными средствами;
2. Обеспечение биологически активными добавками к пище;
3. Обеспечение изделиями медицинского назначения.
4. Дополнительные услуги – доставка лекарственных средств и/или изделий медицинского назначения к месту нахождения Застрахованного лица, если Застрахованное лицо по состоянию здоровья не имеет возможности самостоятельно получить их непосредственно в фармацевтической организации.

II. Исключения:

1. Медикаментозное лечение, связанное с протекающей беременностью при сроках свыше 8 недель.
2. Медикаментозное лечение с применением:
 - гомеопатических средств;
 - вакцин у детей (вне календарного плана) и взрослых с целью профилактических прививок;
 - питательных смесей и корректирующих добавок к питанию;
 - средств контрацепции всех видов;
 - средств для коррекции половой функции у мужчин;
 - средств диагностики, включая аппараты для измерения артериального давления;
 - изделий медицинского назначения и предметов по уходу за больными (кроме шприцов и перевязочного материала);
 - косметических и гигиенических средств, в т.ч. зубных паст;
 - средств медицинской реабилитации
3. Медикаментозное лечение, необходимость которого не подтверждена рецептом врача учреждения здравоохранения, предусмотренного договором страхования.
4. Медикаментозное лечение, которое будет использоваться при лечении Застрахованного в стационаре.

ОБЩИЕ УСЛОВИЯ ДЛЯ ПРОГРАММЫ «Медицинская транспортировка»

В соответствии с настоящими Общими условиями Страховщик может организовать и /или оплатить медико-транспортные услуги, предоставляемые Застрахованному лицу по поводу ухудшения состояния здоровья и/или состояния, требующего оказания медицинской помощи в случае, если необходимое лечение недоступно в месте нахождения Застрахованного лица.

Медико-транспортные услуги – услуги, связанные с транспортировкой Застрахованного лица:

- медицинским транспортом или иным транспортным средством в ближайшую медицинскую организацию, а также при переводе из одной медицинской организации в другую, способом, определяемым медицинскими показаниями;

- адекватным состоянию здоровья Застрахованного лица транспортным средством, включая сопровождение (если такое сопровождение предписано врачом) до ближайшего к его постоянному месту жительства аэропорта или вокзала, или порта (далее - транспортного узла) на территории Российской Федерации или в стране постоянного проживания, при условии отсутствия на территории страхования возможностей для предоставления требуемой медицинской помощи, а также в случае, когда лечение может быть осуществлено или продолжено в месте постоянного проживания или в случае, когда расходы по пребыванию в стационаре на территории страхования могут превысить установленный договором страхования (полисом) и/или Правилами страхования лимит возмещения по данному риску.

Транспортировка проводится только при отсутствии медицинских противопоказаний.

Страховщик по настоящей программе организует и /или оплачивает услуги по репатриации в случае его смерти Застрахованного лица.

Услуги по репатриации:

- репатриация останков, санкционированная (согласованная в письменном порядке) Сервисной компанией:

- для российских граждан и лиц без гражданства, постоянно проживающих на территории Российской Федерации, - до аэропорта или железнодорожной станции, ближайших к месту, где постоянно проживало Застрахованное лицо.

- для иностранных граждан и лиц без гражданства, постоянно проживающих за пределами территории Российской Федерации, – до международного транспортного узла, ближайшего к месту, где постоянно проживало Застрахованное лицо.

При этом Страховщик не оплачивает расходы на хранение тела и ритуальные услуги.

Для получения услуг по репатриации представитель Застрахованного лица должен обратиться к Страховщику по указанным в страховом полисе телефонам.

ОБЩИЕ УСЛОВИЯ ДЛЯ СПЕЦИАЛИЗИРОВАННОЙ ПРОГРАММЫ
«Врач офиса»

На основании настоящих Общих Условий Страховщик может формировать Программы страхования, предусматривающие оказание Застрахованному лицу квалифицированной медицинской помощи по месту работы – комплекса профилактических, диагностических, лечебных и мероприятий (из числа предусмотренной в раздел «I. Объем предоставляемых услуг»).

I. Объем предоставляемых услуг

- 1.1. Оказание первичной медицинской помощи;
- 1.2. Консультативные приемы (первичные и повторные) с оформлением медицинской документации, назначение курса лечения, рекомендации.
- 1.3. Оформление листков нетрудоспособности (открытие, продление, закрытие), выписка рецептов (кроме льготных), медицинских справок.
- 1.4. Мониторинг состояния здоровья.
- 1.5. Составление индивидуального плана реабилитации после перенесенных заболеваний (режим питания, коррекция физических нагрузок и ритма жизни).
- 1.6. Организация вызова бригады скорой, в том числе скорой специализированной, медицинской помощи в случаях, требующих срочного медицинского вмешательства в целях спасения жизни и сохранения здоровья Застрахованного лица при угрожающих жизни состояниях.
- 1.7. Динамическое наблюдение за состоянием здоровья Застрахованного лица в течение всего срока страхования.
- 1.8. Иммунопрофилактические мероприятия.

II. Исключения:

Страховщик не оплачивает медицинские услуги, оказываемые Застрахованному по поводу лечения нижеперечисленных заболеваний и связанных с ними осложнений, а так же любые услуги без медицинских показаний.

- Острая и хроническая лучевая болезни и их осложнения;
- ИППП (инфекции, передаваемые половым путем);
- ВИЧ-инфекция;
- Заболевания аутоиммунной этиологии;
- Особо опасные инфекции, в том числе: чума, холера, желтая лихорадка и др.;
- Психические заболевания;
- Алкоголизм, наркомания, токсикомания.

ОБЩИЕ УСЛОВИЯ ДЛЯ СПЕЦИАЛИЗИРОВАННОЙ ПРОГРАММЫ «Личный/семейный врач»

На основании настоящих Общих Условий Страховщик может формировать Программы страхования, предусматривающие оказание Застрахованному лицу квалифицированной медицинской помощи в амбулаторных условиях или по месту нахождения Застрахованного лица – комплекса профилактических, диагностических, лечебных и реабилитационных мероприятий (из числа предусмотренной в раздел «I. Объем предоставляемых услуг»).

I. Объем предоставляемых услуг

- 1.1. Наблюдение и лечение Застрахованного лица в период развития острых и обострения хронических заболеваний в амбулаторно-поликлинических условиях;
 - 1.2. Оказание Застрахованному лицу медицинской помощи на дому или по месту работы или по месту нахождения застрахованного по медицинским показаниям;
 - 1.3. Экспертиза временной нетрудоспособности, выдача и закрытие больничных листков и справок, выписка рецептов (кроме льготных);
 - 1.4. Выписка необходимой медицинской документации;
 - 1.5. Организация заборов материалов для лабораторных исследований в условиях поликлиники;
 - 1.6. Назначение необходимых амбулаторно-поликлинических услуг;
 - 1.7. Контроль за проведением лечебно-диагностических мероприятий в других лечебных учреждениях;
 - 1.8. Организация консилиумов врачей-специалистов и участие в этих консилиумах;
 - 1.9. Постоянный мониторинг состояния здоровья Застрахованного лица и составление индивидуальных оздоровительных и профилактических программ (рекомендации по санаторно - курортному лечению, по занятиям спортом, фитнесом, по здоровому образу жизни и питанию);
 - 1.10. Организация личным врачом вызова бригады скорой и неотложной медицинской помощи по показаниям;
 - 1.11. Активное посещение пациента личным врачом на дому после выезда скорой и неотложной медицинской помощи;
 - 1.12. Консультации личным врачом по телефону ежедневно без выходных;
- 2. Дополнительные амбулаторно – поликлинические и диагностические услуги**
- 2.1. Консультативно-диагностические приемы и наблюдение;
 - 2.2. Лабораторные исследования по назначению личного врача;
 - 2.3. Ультразвуковые исследования по медицинским показаниям;
 - 2.4. Рентгенологические исследования по медицинским показаниям, за исключением случаев, возникших в результате получения травмы, а так же ее последствий;
 - 2.5. Функциональная диагностика по медицинским показаниям;
 - 2.6. Подбор очков (не более одной процедуры за период страхования);
 - 2.7. Медицинские услуги, связанные с подготовкой к плановой госпитализации при наличии у Застрахованного программы, предусматривающей оказание ему плановой стационарной помощи и в случае направления врачом.

II. Исключения:

Страховщик не оплачивает медицинские услуги, оказываемые Застрахованному по поводу лечения нижеперечисленных заболеваний и связанных с ними осложнений, а так же любые услуги без медицинских показаний.

- Острая и хроническая лучевая болезни и их осложнения;
- ИППП (инфекции, передаваемые половым путем);
- ВИЧ-инфекция;
- Заболевания аутоиммунной этиологии;
- Особо опасные инфекции, в том числе: чума, холера, желтая лихорадка и др.;
- Психические заболевания;
- Алкоголизм, наркомания, токсикомания.

ОБЩИЕ УСЛОВИЯ ДЛЯ СПЕЦИАЛИЗИРОВАННОЙ ПРОГРАММЫ **«Дородовое наблюдение за беременными в амбулаторных условиях»**

На основании настоящих Общих Условий Страховщик может формировать Программы страхования, предусматривающие оказание Застрахованному лицу квалифицированной медицинской помощи по дородовому наблюдению в амбулаторных условиях – комплекса профилактических, диагностических, лечебных и реабилитационных мероприятий (из числа предусмотренной в раздел

«I. Объем предоставляемых услуг»).

I. Объем предоставляемых услуг

- 1.1. Приемы врача акушера-гинеколога: первичный прием; повторный прием через 7-10 дней с результатами анализов и заключениями специалистов;
- 1.2. Приемы врача-терапевта: первичный при первом обращении, повторный прием врача-терапевта
- 1.3. Приемы других врачей-специалистов:
 - 1.3.1. офтальмолог (первичный прием при первом обращении, повторный прием)
 - 1.3.2. стоматолог
 - 1.3.3. отоларинголог
- 1.4. Медицинская документация: ведение «Индивидуальной карты беременной и родильницы»; выдача «Обменной карты родильного дома, родильного отделения больницы»; оформление листка нетрудоспособности по беременности и родам в декретированные сроки.
- 1.5. Лабораторная диагностика:
 - 1.5.1. клинический анализ крови
 - 1.5.2. биохимический анализ крови
 - 1.5.3. коагулограмма
 - 1.5.5. общий анализ мочи при каждом посещении врача акушера-гинеколога до родов и однократно после родов;
 - 1.5.6. микроскопическое исследование отделяемого мочеполовых органов;
 - 1.5.7. цитологическое исследование соскобов с шейки матки;
 - 1.5.8. анализ крови на сифилис, ВИЧ, гепатиты В и С, обследование на наличие в крови антител к инфекциям TORCH-комплекса (однократно);
 - 1.5.9. ПЦР-диагностика мазков;
 - 1.5.10. анализ крови на ТТГ, гормоны щитовидной железы - Т4 свободный, антител и тиреоглобулину (однократно);
 - 1.5.11. скрининг генетической патологии - в соответствующие сроки по 1 разу в 1 и 2 триместрах;
- 1.6. Инструментальные методы исследований и пренатальная диагностика:
 - 1.6.1. УЗИ беременной;
 - 1.6.2. доплерографическое исследование маточно-плацентарно-плодового кровотока.
 - 1.6.3. ЭКГ.
- 2. Дополнительные услуги** (оказываются при наличии медицинских показаний строго по назначению лечащего врача):
 - 2.1. повторные приемы врача акушера-гинеколога или любого врача-специалиста
 - 2.2. прием врача-эндокринолога
 - 2.3. микроскопическое исследование отделяемого мочеполовых органов анализ мочи по Нечипоренко;
 - 2.4. определение титра резус-антител
 - 2.5. Дополнительные услуги в рамках амбулаторно-поликлинического обслуживания:
 - 2.5.1. Профилактические мероприятия, необходимые в период дородового наблюдения за беременными.
 - 2.5.2. Сопровождение Застрахованного лица при проведении обследований и консультаций в медицинской организации персоналом медицинской организации.

2.6. Услуги по организации и предоставлению проживания и питания Застрахованного лица в период получения медицинских услуг в соответствии с Программой страхования, не входящие в состав медицинской услуги, однако требующиеся при оказании Застрахованному лицу медицинских услуг.

2.7. Услуги по доставке медикаментов.

2.8. Услуги переводчика в период получения медицинских и иных услуг, предусмотренных Программой страхования.

2.9. Информационные и консультационные услуги, связанные с оказанием или организацией медицинской помощи в соответствии с Программой страхования.

2.10. Транспортировка (медицинская эвакуация), в том числе, организация проезда, Застрахованного лица в медицинскую организацию и обратно либо из одной организации в другую, включая медицинское сопровождение.

II. Исключения:

Страховщик не оплачивает медицинские услуги, оказываемые Застрахованному по поводу лечения нижеперечисленных заболеваний и связанных с ними осложнений, а так же любые услуги без медицинских показаний.

- Острая и хроническая лучевая болезни и их осложнения;
- ИППП (инфекции, передаваемые половым путем);
- ВИЧ-инфекция;
- Заболевания аутоиммунной этиологии;
- Особо опасные инфекции, в том числе: чума, холера, желтая лихорадка и др.;
- Психические заболевания;
- Алкоголизм, наркомания, токсикомания.

ОБЩИЕ УСЛОВИЯ ДЛЯ СПЕЦИАЛИЗИРОВАННОЙ ПРОГРАММЫ «Комплексное дородовое наблюдение за беременными»

На основании настоящих Общих Условий Страховщик может формировать Программы страхования, предусматривающие оказание Застрахованному лицу квалифицированной комплексной медицинской помощи по дородовому наблюдению – комплекса профилактических, диагностических, лечебных и реабилитационных мероприятий (из числа предусмотренной в раздел «I. Объем предоставляемых услуг»).

I. Объем предоставляемых услуг

1. Амбулаторно-поликлиническое обслуживание.

1.1. Приемы врача акушера-гинеколога: первичный прием; повторный прием через 7-10 дней с результатами анализов и заключениями специалистов;

1.2. Приемы врача-терапевта: первичный при первом обращении, повторный прием врача-терапевта

1.3. Приемы других врачей-специалистов:

1.3.1. офтальмолог (первичный прием при первом обращении, повторный прием)

1.3.2. стоматолог

1.3.3. отоларинголог

1.4. Медицинская документация: ведение «Индивидуальной карты беременной и родильницы»; выдача «Обменной карты родильного дома, родильного отделения больницы»; оформление листка нетрудоспособности по беременности и родам в декретированные сроки.

1.5. Лабораторная диагностика:

1.5.1. клинический анализ крови

1.5.2. биохимический анализ крови

1.5.3. коагулограмма

1.5.4. общий анализ мочи при каждом посещении врача акушера-гинеколога до родов и однократно после родов;

1.5.5. микроскопическое исследование отделяемого мочеполовых органов

1.5.6. цитологическое исследование соскобов с шейки матки

1.5.6. анализ крови на сифилис, ВИЧ, гепатиты В и С, обследование на наличие в крови антител к инфекциям TORCH-комплекса (однократно);

1.5.7. ПЦР-диагностика мазков

анализ крови на ТТГ, гормоны щитовидной железы - Т4 свободный, антител и тиреоглобулину (однократно);

1.5.8. скрининг генетической патологии - в соответствующие сроки по 1 разу в 1 и 2 триместрах,

2. Дополнительные услуги в рамках амбулаторно-поликлинического обслуживания:

2.1. Профилактические мероприятия, необходимые, в соответствии с медицинскими стандартами, в период беременности.

2.2. Сопровождение Застрахованного лица при проведении обследований и консультаций в медицинской организации персоналом медицинской организации.

2.3. Сопровождение Застрахованного лица, нуждающегося в посторонней помощи, иным лицом при оказании Застрахованному лицу медицинской помощи.

Данная услуга включает в себя организацию проезда одного сопровождающего лица до места оказания медицинской помощи и обратно, его проживания и питания в месте оказания медицинской помощи.

2.4. Услуги по доставке медикаментов.

2.5. Услуги по организации и предоставлению проживания и питания Застрахованного лица в период получения медицинских услуг в соответствии с Программой страхования, не входящие в состав медицинской услуги, однако требующиеся при оказании Застрахованному лицу медицинских услуг.

2.6. Услуги переводчика в период получения медицинских и иных услуг, предусмотренных Программой страхования.

2.7. Информационные и консультационные услуги, связанные с оказанием или организацией медицинской помощи в соответствии с Программой страхования.

2.8. Услуги сиделки.

2.9. Транспортировка (медицинская эвакуация), в том числе, организация проезда, Застрахованного лица в медицинскую организацию и обратно либо из одной организации в другую, включая медицинское сопровождение.

3. Услуги скорой, в том числе скорой специализированной, медицинской помощи:

3.1. Выезд бригады скорой, в том числе специализированной, медицинской помощи;

3.2. Первичный осмотр, проведение необходимой экспресс-диагностики в объеме медицинского оснащения автомобиля;

3.3. Оказание экстренной и неотложной медицинской помощи;

3.4. Обеспечение лекарственными средствами и изделиями медицинского назначения, необходимыми при выполнении процедур и манипуляций.

3.5. Медицинская эвакуация бригадой скорой, в том числе специализированной, медицинской помощи в медицинскую организацию, либо из одной организации в другую, с проведением во время транспортировки мероприятий по оказанию медицинской помощи, в том числе с применением медицинского оборудования.

3.6. Медицинская эвакуация наземным, авиационным, водным и другими видами транспорта в медицинскую организацию, либо из одной организации в другую, с проведением во время транспортировки мероприятий по оказанию медицинской помощи, в том числе с применением медицинского оборудования.

4. Услуги, оказываемые в условиях стационара или дневного стационара:

4.1. Приемы, консультации, манипуляции и другие профессиональные услуги врачей по: абдоминальной хирургии, акушерству и гинекологии, аллергологии и иммунологии, анестезиологии и реаниматологии, бактериологии, вирусологии, восстановительной медицине, гастроэнтерологии, гематологии, генетике, гериатрии, дерматовенерологии, диабетологии, диетологии, инфекционным болезням, кардиологии, клинической микологии, колопроктологии, косметологии (терапевтической), косметологии (хирургической), лечебной физкультуре и спортивной медицине, мануальной терапии, неврологии, нейрохирургии, нефрологии, онкологии, ортодонтии, оториноларингологии, офтальмологии, паразитологии, патологической анатомии, профпатологии, психиатрии, психиатрии-наркологии, психотерапии, пульмонологии, радиологии, ревматологии, рентгенологии, рефлексотерапии, сексологии, сердечно-сосудистой хирургии, стоматологии ортопедической, стоматологии терапевтической, стоматологии хирургической, сурдологии- оториноларингологии, терапии, токсикологии, торакальной хирургии, травматологии и ортопедии, традиционной медицины, трансфузиологии, ультразвуковой диагностике, урологии, физиотерапии, фтизиатрии, функциональной диагностике, хирургии, челюстнолицевой хирургии, эндокринологии, эндоскопии.

4.2. Оформление медицинской документации.

4.3. Лабораторные исследования: общеклинические, биохимические исследования, иммунологические исследования, микробиологические исследования, цитологические исследования, генетические исследования, гистологические исследования.

4.4. Инструментальные исследования: функциональная диагностика, ультразвуковая диагностика, рентгенологические исследования, эндоскопические исследования.

5. Процедуры, манипуляции и методы лечения:

5.1. лечебные и диагностические манипуляции, консервативные методы лечения, хирургические методы лечения (в том числе медицинский аборт), реанимационные мероприятия, экстракорпоральные методы лечения.

5.6. физиотерапевтическое лечение, восстановительное лечение, методы традиционной диагностики, методы традиционной терапии, лечение средствами природного происхождения,

традиционные системы оздоровления - в случаях, когда эти процедуры необходимы для лечения заболевания, послужившего причиной госпитализации.

6. Обеспечение лекарственными средствами, включая анестезиологические пособия, и изделиями медицинского назначения, необходимыми при выполнении процедур и манипуляций.

7. Дополнительные услуги в рамках стационарного обслуживания:

7.1. Пребывание в специализированном отделении стационара.

7.2. Питание.

7.3. Индивидуальный медицинский пост.

7.4. Услуги сиделки.

7.5. Профилактика осложнений в соответствии с медицинскими стандартами по поводу заболевания / состояния, послужившего причиной госпитализации.

7.6. Сопровождение Застрахованного лица при проведении обследований и консультаций в медицинской организации персоналом медицинской организации.

7.7. Сопровождение Застрахованного лица, нуждающегося в посторонней помощи, иным лицом при оказании Застрахованному лицу медицинской помощи.

Данная услуга включает в себя организацию проезда одного сопровождающего лица до места оказания медицинской помощи и обратно, его проживания и питания в месте оказания медицинской помощи.

7.8. Услуги по организации и предоставлению проживания и питания Застрахованного лица в период получения медицинских услуг в соответствии с Программой страхования, не входящие в состав медицинской услуги, однако требующиеся при оказании Застрахованному лицу медицинских услуг.

7.9. Услуги переводчика в период получения медицинских и иных услуг, предусмотренных Программой страхования.

7.10. Информационные и консультационные услуги, связанные с оказанием или организацией медицинской помощи в соответствии с Программой страхования.

7.11. Транспортировка (медицинская эвакуация), в том числе, организация проезда, Застрахованного лица в медицинскую организацию и обратно либо из одной организации в другую, включая медицинское сопровождение.

II. Исключения:

Страховщик не оплачивает медицинские услуги, оказываемые Застрахованному по поводу лечения нижеперечисленных заболеваний и связанных с ними осложнений, а так же любые услуги без медицинских показаний.

- Острая и хроническая лучевая болезни и их осложнения;
- ИППП (инфекции, передаваемые половым путем);
- ВИЧ-инфекция;
- Заболевания аутоиммунной этиологии;
- Особо опасные инфекции, в том числе: чума, холера, желтая лихорадка и др.;
- Психические заболевания;
- Алкоголизм, наркомания, токсикомания.

ОБЩИЕ УСЛОВИЯ ДЛЯ СПЕЦИАЛИЗИРОВАННОЙ ПРОГРАММЫ

«Родовспоможение»

На основании настоящих Общих Условий Страховщик может формировать Программы страхования, предусматривающие оказание Застрахованному лицу квалифицированной комплексной медицинской помощи по родовспоможению – комплекса профилактических, диагностических, лечебных и реабилитационных мероприятий (из числа предусмотренной в раздел «I. Объем предоставляемых услуг»).

I. Объем предоставляемых услуг

1. Услуги скорой, в том числе скорой специализированной медицинской помощи:

1.1. Выезд бригады скорой, в том числе специализированной, медицинской помощи;

1.2. Первичный осмотр, проведение необходимой экспресс-диагностики в объеме медицинского оснащения автомобиля;

1.3. Оказание экстренной и неотложной медицинской помощи;

1.4. Обеспечение лекарственными средствами и изделиями медицинского назначения, необходимыми при выполнении процедур и манипуляций.

1.5. Медицинская эвакуация бригадой скорой, в том числе специализированной, медицинской помощи в медицинскую организацию, либо из одной организации в другую, с проведением во время транспортировки мероприятий по оказанию медицинской помощи, в том числе с применением медицинского оборудования.

1.6. Медицинская эвакуация наземным, авиационным, водным и другими видами транспорта в медицинскую организацию, либо из одной организации в другую, с проведением во время транспортировки мероприятий по оказанию медицинской помощи, в том числе с применением медицинского оборудования.

2. Услуги, оказываемые в условиях стационара:

2.1. Приемы, консультации, манипуляции и другие профессиональные услуги врачей по: абдоминальной хирургии, акушерству и гинекологии, аллергологии и иммунологии, анестезиологии и реаниматологии, бактериологии, вирусологии, восстановительной медицине, гастроэнтерологии, гематологии, генетике, гериатрии, дерматовенерологии, диабетологии, диетологии, инфекционным болезням, кардиологии, клинической микологии, колопроктологии, косметологии (терапевтической), косметологии (хирургической), лечебной физкультуре и спортивной медицине, мануальной терапии, неврологии, нейрохирургии, нефрологии, онкологии, ортодонтии, оториноларингологии, офтальмологии, паразитологии, патологической анатомии, профпатологии, психиатрии, психиатрии-наркологии, психотерапии, пульмонологии, радиологии, ревматологии, рентгенологии, рефлексотерапии, сексологии, сердечно-сосудистой хирургии, стоматологии ортопедической, стоматологии терапевтической, стоматологии хирургической, сурдологии- оториноларингологии, терапии, токсикологии, торакальной хирургии, травматологии и ортопедии, традиционной медицины, трансфузиологии, ультразвуковой диагностике, урологии, физиотерапии, фтизиатрии, функциональной диагностике, хирургии, челюстнолицевой хирургии, эндокринологии, эндоскопии.

2.2. Оформление медицинской документации.

2.3. Лабораторные исследования: общеклинические, биохимические исследования, иммунологические исследования, микробиологические исследования, цитологические исследования, генетические исследования, гистологические исследования.

2.4. Инструментальные исследования: функциональная диагностика, ультразвуковая диагностика, рентгенологические исследования, эндоскопические исследования.

2.5. Процедуры, манипуляции и методы лечения:

-лечебные и диагностические манипуляции, родовспоможение, в том числе оперативное, реанимационные мероприятия, экстракорпоральные методы лечения.

-физиотерапевтическое лечение - в случаях, когда эти процедуры необходимы по состоянию здоровья роженицы.

2.6. Обеспечение лекарственными средствами, включая анестезиологические пособия, и изделиями медицинского назначения, необходимыми при выполнении процедур и манипуляций.

2.7. Пребывание в специализированном отделении стационара

3. Дополнительные услуги в рамках стационарного обслуживания:

3.1. Питание.

3.2. Послеродовое пребывание совместно с новорожденным ребенком (при отсутствии противопоказаний со стороны Застрахованной и ребенка), в том числе в случае возникновения послеродовых осложнений;

3.3. Консультативные приемы врачей-специалистов по акушерству и гинекологии, а также необходимое обследование по поводу состояний, возникших у застрахованного лица в послеродовом периоде (первые 28 дней после родов), включая лабораторные и ультразвуковые исследования.

3.4. Профилактика осложнений в соответствии с медицинскими стандартами по поводу заболевания / состояния, послужившего причиной госпитализации.

3.5. Услуги по организации и предоставлению проживания и питания Застрахованного лица в период получения медицинских услуг в соответствии с Программой страхования, не входящие в состав медицинской услуги, однако требующиеся при оказании Застрахованному лицу медицинских услуг.

3.6. Услуги переводчика в период получения медицинских и иных услуг, предусмотренных Программой страхования.

3.7. Информационные и консультационные услуги, связанные с оказанием или организацией медицинской помощи в соответствии с Программой страхования.

3.8. Сопровождение Застрахованного лица при проведении обследований и консультаций в медицинской организации персоналом медицинской организации.

3.9. Индивидуальный медицинский пост.

3.10. Услуги сиделки.

II. Исключения:

Страховщик не оплачивает медицинские услуги, оказываемые Застрахованному по поводу лечения нижеперечисленных заболеваний и связанных с ними осложнений, а так же любые услуги без медицинских показаний.

- Острая и хроническая лучевая болезни и их осложнения;
- ИППП (инфекции, передаваемые половым путем);
- ВИЧ-инфекция;
- Заболевания аутоиммунной этиологии;
- Особо опасные инфекции, в том числе: чума, холера, желтая лихорадка и др.;
- Психические заболевания;
- Алкоголизм, наркомания, токсикомания.

ОБЩИЕ УСЛОВИЯ ДЛЯ СПЕЦИАЛИЗИРОВАННОЙ ПРОГРАММЫ

«Высокие медицинские технологии»

На основании настоящих Общих Условий Страховщик может формировать Программы страхования, предусматривающие оказание Застрахованному лицу квалифицированной высокотехнологичной помощи (из числа предусмотренной в раздел «I. Объем предоставляемых услуг») в амбулаторных условиях, в условиях стационара или дневного стационара, в том числе скорой специализированной, медицинской помощи при одном или нескольких их перечисленных ниже состояний:

- Онкологические заболевания;
- Состояния, угрожающие жизни застрахованного лица, требующие применения трансплантации органов, тканей;
- Заболевания и состояния, требующие проведения эндопротезирования суставов;
- Заболевания, требующие проведения кардиохирургических операций;
- Заболевания и состояния, сопровождающиеся острой почечной или печеночной недостаточностью, требующие проведения гемодиализа, перитонеального диализа;
- Травмы позвоночника, полученные в период действия договора страхования, требующие проведения оперативного лечения;
- Черепно-мозговые травмы, полученные в период действия договора, требующие оперативного лечения;
- Острые и хронические вирусные гепатиты;
- Врожденные и наследственные заболевания, врожденные аномалии развития органов и тканей и их осложнения;
- Демиелинизирующие, экстрапирамидные и другие дегенеративные заболевания нервной системы, миастения;
- Системные заболевания соединительной ткани (склеродермия, системная красная волчанка, дерматомиозит, ревматическая полимиалгия), ревматоидный артрит, ревматическая болезнь, васкулиты;
- Сахарный диабет и его осложнения.

I. Объем предоставляемых услуг

1. Услуги, оказываемые в амбулаторных условиях:

1.2. Приемы, консультации, манипуляции и другие профессиональные услуги врачей по: акушерству и гинекологии, аллергологии-иммунологии, анестезиологии - реаниматологии, восстановительной медицине, гастроэнтерологии, гематологии, генетике, гериатрии, дерматовенерологии, диабетологии, диетологии, инфекционным болезням, кардиологии, клинической микологии, колопроктологии, косметологии, лечебной физкультуре и спортивной медицине, мануальной терапии, медико-социальной экспертизе, неврологии, нейрохирургии, нефрологии, общей врачебной практике (семейной медицине), онкологии, оториноларингологии, офтальмологии, паразитологии, пластической хирургии, применению методов традиционной медицины, профпатологии, психиатрии, психиатрии- наркологии, психотерапии, пульмонологии, радиологии, ревматологии, рентгенологии, рефлексотерапии, сексологии, сердечно-сосудистой хирургии, сурдологии- оториноларингологии, терапии, токсикологии, торакальной хирургии, травматологии- ортопедии, трансфузиологии, ультразвуковой диагностике, урологии, физиотерапии, фтизиатрии, функциональной диагностике, хирургии, челюстно-лицевой хирургии, эндокринологии, эндоскопии, эпидемиологии.

1.3. Оформление медицинской документации.

1.4. Лабораторные исследования: общеклинические, биохимические исследования, иммунологические исследования, микробиологические исследования, цитологические исследования, генетические исследования, гистологические исследования.

1.5. Инструментальные исследования: функциональная диагностика, ультразвуковая диагностика, рентгенологические исследования, эндоскопические исследования.

1.6. Процедуры, манипуляции и методы лечения:

- лечебные и диагностические манипуляции;
- изиотерапевтическое лечение, восстановительное лечение, методы традиционной диагностики, методы традиционной терапии, лечение средствами природного происхождения,

традиционные системы оздоровления, восстановительное аппаратное лечение, экстракорпоральные методы лечения, догоспитальная подготовка и последующее наблюдение.

1.7. Обеспечение лекарственными средствами и изделиями медицинского назначения, необходимыми при выполнении процедур и манипуляций.

2. Дополнительно для детей от 0 до 18 лет:

2.1. Приемы, консультации, манипуляции и другие профессиональные услуги врачей по: детской кардиологии; детской онкологии; детской урологии-андрологии; детской хирургии; детской эндокринологии; педиатрии.

3. Дополнительные услуги в рамках амбулаторно-поликлинического обслуживания:

3.1. Профилактика осложнений заболевания, послужившего причиной обращения Застрахованного лица в медицинскую или иную организацию.

3.2. Сопровождение Застрахованного лица при проведении обследований и консультаций в медицинской организации персоналом медицинской организации.

3.3. Сопровождение несовершеннолетнего Застрахованного лица, Застрахованного лица, неспособного к самостоятельному передвижению и/или нуждающегося в посторонней помощи, родителем, опекуном, законным представителем или иным лицом при оказании Застрахованному лицу медицинской помощи.

Данная услуга включает в себя организацию проезда одного сопровождающего лица до места оказания медицинской помощи и обратно, его проживания и питания в месте оказания медицинской помощи.

3.4. Услуги переводчика в период получения медицинских и иных услуг, предусмотренных Программой страхования.

3.5. Услуги по организации и предоставлению проживания и питания Застрахованного лица в период получения медицинских услуг в соответствии с Программой страхования, не входящие в состав медицинской услуги, однако требующиеся при оказании Застрахованному лицу медицинских услуг.

3.6. Информационные и консультационные услуги, связанные с оказанием или организацией медицинской помощи в соответствии с Программой страхования.

3.7. Транспортировка (медицинская эвакуация), в том числе, организация проезда, Застрахованного лица в медицинскую организацию и обратно либо из одной организации в другую, включая медицинское сопровождение.

4. Услуги скорой, в том числе скорой специализированной медицинской помощи:

4.1. Выезд бригады скорой, в том числе специализированной, медицинской помощи;

4.2. Первичный осмотр, проведение необходимой экспресс-диагностики в объеме медицинского оснащения автомобиля;

4.3. Оказание экстренной и неотложной медицинской помощи;

4.4. Обеспечение лекарственными средствами и изделиями медицинского назначения, необходимыми при выполнении процедур и манипуляций.

4.5. Медицинская эвакуация бригадой скорой, в том числе специализированной, медицинской помощи в медицинскую организацию, либо из одной организации в другую, с проведением во время транспортировки мероприятий по оказанию медицинской помощи, в том числе с применением медицинского оборудования.

4.6. Медицинская эвакуация наземным, авиационным, водным и другими видами транспорта в медицинскую организацию, либо из одной организации в другую, с проведением во время транспортировки мероприятий по оказанию медицинской помощи, в том числе с применением медицинского оборудования.

5. Услуги, оказываемые в условиях стационара:

5.1. Приемы, консультации, манипуляции и другие профессиональные услуги врачей по: абдоминальной хирургии, акушерству и гинекологии, аллергологии и иммунологии, анестезиологии и реаниматологии, бактериологии, вирусологии, восстановительной медицине, гастроэнтерологии, гематологии, генетике, гериатрии, дерматовенерологии, диабетологии, диетологии, инфекционным болезням, кардиологии, клинической микологии, колопроктологии, косметологии (терапевтической), косметологии (хирургической), лечебной физкультуре и спортивной медицине, мануальной терапии, неврологии, нейрохирургии, нефрологии, онкологии,

ортодонтии, оториноларингологии, офтальмологии, паразитологии, патологической анатомии, профпатологии, психиатрии, психиатрии-наркологии, психотерапии, пульмонологии, радиологии, ревматологии, рентгенологии, рефлексотерапии, сексологии, сердечно-сосудистой хирургии, стоматологии ортопедической, стоматологии терапевтической, стоматологии хирургической, сурдологии- оториноларингологии, терапии, токсикологии, торакальной хирургии, травматологии и ортопедии, традиционной медицины, трансфузиологии, ультразвуковой диагностике, урологии, физиотерапии, фтизиатрии, функциональной диагностике, хирургии, челюстнолицевой хирургии, эндокринологии, эндоскопии.

5.2. Дополнительно для детей от 0 до 18 лет: приемы, консультации, манипуляции и другие профессиональные услуги врачей по: детской кардиологии, детской онкологии, детской урологии-андрологии, детской хирургии, детской эндокринологии, неонатологии, педиатрии, стоматологии детской.

5.3. Оформление медицинской документации.

5.4. Лабораторные исследования: общеклинические, биохимические исследования, иммунологические исследования, микробиологические исследования, цитологические исследования, генетические исследования, гистологические исследования.

5.5. Инструментальные исследования: функциональная диагностика, ультразвуковая диагностика, рентгенологические исследования, эндоскопические исследования.

5.5. Процедуры, манипуляции и методы лечения:

- лечебные и диагностические манипуляции, консервативные методы лечения, хирургические методы лечения, реконструктивно-пластические операции, после проведения онкологических операций, реанимационные мероприятия, экстракорпоральные методы лечения, химиотерапия, лучевая терапия.

- физиотерапевтическое лечение, восстановительное лечение, методы традиционной диагностики, методы традиционной терапии, лечение средствами природного происхождения, традиционные системы оздоровления, восстановительное аппаратное лечение - в случаях, когда эти процедуры необходимы для лечения заболевания, послужившего причиной госпитализации.

5.6. Обеспечение лекарственными средствами, включая анестезиологические пособия, и изделиями медицинского назначения, необходимыми при выполнении процедур и манипуляций.

5.7. Пребывание в специализированном отделении стационара.

6. Дополнительные услуги в рамках стационарного обслуживания:

6.1. Питание.

6.2. Индивидуальный медицинский пост.

6.3. Услуги сиделки.

6.4. Совместное нахождение родителя, опекуна, законного представителя или иного лица с несовершеннолетним Застрахованным лицом (ребенком) в стационарных условиях.

Данная услуга включает в себя организацию предоставления одному сопровождающему лицу койко-места в стационаре без лечения, питание в стационаре стандартное. Количество койко-дней сопровождающего лица не может быть более количества койко-дней сопровождаемого лица.

6.5. Профилактика осложнений заболевания, послужившего причиной госпитализации.

6.6. Услуги по организации и предоставлению проживания и питания Застрахованного лица в период получения медицинских услуг в соответствии с Программой страхования, не входящие в состав медицинской услуги, однако требующиеся при оказании Застрахованному лицу медицинских услуг.

6.7. Услуги переводчика в период получения медицинских и иных услуг, предусмотренных Программой страхования.

6.8. Информационные и консультационные услуги, связанные с оказанием или организацией медицинской помощи в соответствии с Программой страхования.

6.9. Сопровождение Застрахованного лица при проведении обследований и консультаций в медицинской организации персоналом медицинской организации.

6.10. Сопровождение несовершеннолетнего Застрахованного лица, Застрахованного лица, неспособного к самостоятельному передвижению и/или нуждающегося в посторонней помощи, родителем, опекуном, законным представителем или иным лицом при оказании Застрахованному лицу медицинской помощи.

Данная услуга включает в себя организацию проезда одного сопровождающего лица до места оказания медицинской помощи и обратно, его проживания и питания в месте оказания медицинской помощи.

6.11. Транспортировка (медицинская эвакуация), в том числе, организация проезда, Застрахованного лица в медицинскую организацию и обратно либо из одной организации в другую, включая медицинское сопровождение.

6.12. Репатриация тела Застрахованного лица в случае его смерти. Под репатриацией тела понимается перевозка останков Застрахованного лица до ближайшего к его месту жительства международного аэропорта страны постоянного проживания, если Застрахованное лицо не является гражданином той страны, в которой произошла смерть, либо до ближайшего административного центра постоянного места жительства, если смерть Застрахованного лица произошла в стране, гражданином которой он является.

Данная услуга включает в себя организацию репатриации тела, подготовку тела, покупку необходимого для перевозки гроба, перевозку останков. Репатриация тела осуществляется в соответствии с международными стандартами. Услуги по организации похорон и погребению не являются застрахованными в рамках настоящих Условий.

7. Обеспечение лекарственными средствами и изделиями медицинского назначения по рецепту врача медицинской организации:

- 7.1. Обеспечение лекарственными средствами;
- 7.2. Обеспечение биологически активными добавками к пище;
- 7.3. Обеспечение изделиями медицинского назначения;
- 7.4. Дополнительные услуги в рамках настоящих Условий:

- доставка лекарственных средств и/или изделий медицинского назначения к месту нахождения Застрахованного лица, если Застрахованное лицо по состоянию здоровья не имеет возможности самостоятельно получить их непосредственно в учреждении, осуществляющем фармацевтическую деятельность, предоставляющем лекарственную помощь или реализующем изделия медицинского назначения.

II. Исключения:

Страховщик не оплачивает медицинские услуги, оказываемые Застрахованному по поводу лечения нижеперечисленных заболеваний и связанных с ними осложнений, а так же любые услуги без медицинских показаний:

- Острая и хроническая лучевая болезни и их осложнения;
- ИППП (инфекции, передаваемые половым путем);
- ВИЧ-инфекция;
- Заболевания аутоиммунной этиологии;
- Особо опасные инфекции, в том числе: чума, холера, желтая лихорадка и др.;
- Психические заболевания;
- Алкоголизм, наркомания, токсикомания.

ОБЩИЕ УСЛОВИЯ ДЛЯ СПЕЦИАЛИЗИРОВАННОЙ ПРОГРАММЫ **«Профилактика заболеваний»**

На основании настоящих Общих Условий Страховщик может формировать Программы страхования, предусматривающие оказание Застрахованному лицу квалифицированной комплексной медицинской помощи – комплекса профилактических, диагностических, лечебных и реабилитационных мероприятий (из числа предусмотренной в раздел «I. Объем предоставляемых услуг»).

I. Объем предоставляемых услуг:

1. Приемы, консультации, манипуляции и другие профессиональные услуги врачей по: акушерству и гинекологии, аллергологии-иммунологии, анестезиологии- реаниматологии, восстановительной медицине, гастроэнтерологии, гематологии, генетике, гериатрии, дерматовенерологии, диабетологии, диетологии, инфекционным болезням, кардиологии, клинической микологии, колопроктологии, косметологии, лечебной физкультуре и спортивной медицине, мануальной терапии, медико-социальной экспертизе, неврологии, нейрохирургии, нефрологии, общей врачебной практике (семейной медицине), онкологии, оториноларингологии, офтальмологии, паразитологии, пластической хирургии, применению методов традиционной медицины, профпатологии, психиатрии, психиатрии- наркологии, психотерапии, пульмонологии, радиологии, ревматологии, рентгенологии, рефлексотерапии, сексологии, сердечно-сосудистой хирургии, сурдологии- оториноларингологии, терапии, токсикологии, торакальной хирургии, травматологии- ортопедии, трансфузиологии, ультразвуковой диагностике, урологии, физиотерапии, фтизиатрии, функциональной диагностике, хирургии, челюстно-лицевой хирургии, эндокринологии, эндоскопии, эпидемиологии.

2. Оформление медицинской документации.

3. Лабораторные исследования: общеклинические, биохимические исследования, иммунологические исследования, микробиологические исследования, цитологические исследования, генетические исследования, гистологические исследования.

4. Инструментальные исследования: функциональная диагностика, ультразвуковая диагностика, рентгенологические исследования, эндоскопические исследования.

5. Процедуры, манипуляции и методы лечения:

6. Диагностические манипуляции.

7. Сбор медицинской информации, определение социально-бытовых условий и выявление факторов риска, влияющих на здоровье Застрахованного лица.

8. Проведение врачебной экспертизы состояния здоровья.

9. Иммунопрофилактика.

10. Профилактика осложнений заболевания в соответствии с медицинскими стандартами.

11. Проведение предварительных медицинских осмотров в соответствии нормативными актами Российской Федерации.

12. Проведение периодических медицинских осмотров в соответствии нормативными актами Российской Федерации.

13. Проведение предрейсовых и послерейсовых медицинских осмотров соответствии с нормативными актами Российской Федерации.

II. Исключения:

Страховщик не оплачивает медицинские услуги, оказываемые Застрахованному по поводу лечения нижеперечисленных заболеваний и связанных с ними осложнений, а так же любые услуги без медицинских показаний.

- Острая и хроническая лучевая болезни и их осложнения;
- ИППП (инфекции, передаваемые половым путем);
- ВИЧ-инфекция;
- Заболевания аутоиммунной этиологии;
- Особо опасные инфекции, в том числе: чума, холера, желтая лихорадка и др.;
- Психические заболевания;
- Алкоголизм, наркомания, токсикомания.

**УСЛОВИЯ
СТРАХОВАНИЯ РИСКА «ВРЕМЕННОЕ РАССТРОЙСТВО ЗДОРОВЬЯ/ВРЕМЕННАЯ
УТРАТА ТРУДОСПОСОБНОСТИ ЗАСТРАХОВАННОГО ЛИЦА, ТЕЛЕСНЫЕ
ПОВРЕЖДЕНИЯ, ПОЛУЧЕННЫЕ ЗАСТРАХОВАННЫМ ЛИЦОМ»**

1. ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ

1.1. На основании настоящих Условий Страховщик заключает со Страхователями договоры добровольного страхования рисков «временное расстройство здоровья/временная утрата трудоспособности застрахованного лица», «телесные повреждения, полученные Застрахованным лицом» .

2. СУБЪЕКТЫ СТРАХОВАНИЯ.

2.1. Договор страхования считается заключенным в пользу Застрахованного лица, если в договоре не названо в качестве Выгодоприобретателя другое лицо.

В случае смерти лица, застрахованного по договору, в котором не назван иной Выгодоприобретатель, Выгодоприобретателями признаются наследники Застрахованного лица по закону.

2.2. Если иное не предусмотрено договором страхования, на страхование не принимаются:

- инвалиды I группы;
- дети, которым установлена категория «ребенок-инвалид»;
- лица со стойкими нервными или психическими расстройствами, состоящие на учете в психоневрологическом или наркологическом диспансере;
- лица, состоящие на учете в онкологическом диспансере;
- лица, находящиеся в местах лишения свободы;
- лица, страдающие болезнью Дауна;
- лица, больные СПИДом и/или являющиеся носителями ВИЧ-инфекции.

2.3. Страховщик вправе принять решение о страховании указанных в п. 2.2 категорий физических лиц при условии установления ограничений на объем страхового покрытия, установления франшиз, а также применения повышающих коэффициентов к действующим тарифам с учетом степени риска.

2.4. Страховщик вправе предусмотреть дополнительные ограничения по приему на страхование для отдельных категорий физических лиц, связанные с их возрастом, полом, условиями проживания, профессиональной деятельностью.

2.5. Договоры страхования могут заключаться как без предварительного медицинского освидетельствования, так и с предварительным медицинским освидетельствованием Застрахованных лиц в целях определения их принадлежности к группам риска для применения поправочных коэффициентов при расчете размеров страховой премии (страхового взноса).

3. ОБЪЕКТ СТРАХОВАНИЯ.

3.1. Объектом страхования являются не противоречащие законодательству Российской Федерации имущественные интересы Страхователя (Застрахованного лица), связанные с причинением вреда их здоровью, а так же с их смертью в результате несчастного случая.

4. СТРАХОВЫЕ РИСКИ И СТРАХОВЫЕ СЛУЧАИ

4.1. Страховым риском по настоящим Условиям, с учетом ограничений, предусмотренных в разделе 5 Правил страхования, разделе 5 настоящих Условий и/или договоре страхования, является:

4.1.1. *временное расстройство здоровья Застрахованного лица (для неработающих Застрахованных лиц и детей в возрасте до 17 лет включительно)/ временная утрата Застрахованным лицом трудоспособности*, наступившее в результате последствий:

- а) несчастного случая произошедшего в период действия договора страхования;
- б) заболевания, впервые диагностированного в период действия договора страхования.

Страховая защита распространяется на случаи временного расстройства здоровья Застрахованного лица в результате событий, перечисленных в п. «а», или всех перечисленных в настоящем пункте событий (в зависимости от условий договора страхования).

4.1.2. телесные повреждения, полученные Застрахованным лицом в результате последствий несчастного случая, произошедшего в период действия договора страхования и предусмотренные соответствующей Таблицей размеров страховых выплат, указанной по соглашению Страховщика и Страхователя в договоре страхования, за исключением случаев, которые по соглашению Страховщика и Страхователя не являются страховыми случаями.

4.2. События, предусмотренные пунктом 4.1. признаются страховыми случаями, если они явились следствием несчастного случая и/или болезни (заболевания), произошедшего (впервые диагностированного) в период действия договора страхования, и подтверждены документами, выданными компетентными органами в установленном законом порядке (медицинскими учреждениями, ЗАГСом и т.д.)

4.3. Страхователем при заключении договора страхования могут быть выбраны следующие периоды действия страховой защиты:

- при исполнении Застрахованным лицом служебных обязанностей;
- при исполнении Застрахованным лицом служебных обязанностей, включая проезд к месту работы и обратно;
- на время нахождения Застрахованного лица в дошкольном учреждении, на занятиях в школе, в учреждении среднего специального или высшего образования и т.п.;
- 24 часа в сутки;
- иной период действия страховой защиты, прямо установленный в договоре страхования.

Если страхованию подлежат несколько групп лиц, представленных в договоре страхования отдельными списками, то по выбору Страхователя в условиях одного договора страхования для каждого списка лиц, подлежащих страхованию, Страхователь может выбрать любой из вариантов периода действия страховой защиты.

5. ИСКЛЮЧЕНИЯ ИЗ СТРАХОВОГО ПОКРЫТИЯ

5.1. Согласно настоящим Условиям, если иное не предусмотрено договором страхования (полисом), не являются страховыми рисками и не входят в объем страхового покрытия любые события, перечисленные в разделе 4 настоящих Условий, произошедшие вследствие следующих обстоятельств: :

5.1.1. воздействия ядерного взрыва, радиации или радиоактивного заражения, химической или биологической атак и их последствий, военных действий, а также маневров и иных военных мероприятий, гражданской войны, террористических актов, народных волнений всякого рода или забастовок, массовых беспорядков, введения чрезвычайного или особого положения по распоряжению военных и гражданских властей;

5.1.2. занятия Застрахованным лицом активным отдыхом, массовым спортом, профессиональным спортом.

5.1.3. участия в любых авиационных перелетах, за исключением полетов в качестве пассажира авиарейса, лицензированного для перевозки пассажиров и управляемого пилотом, имеющим соответствующий сертификат, а также непосредственного участия в военных маневрах, учениях, испытаниях военной техники или иных подобных операциях в качестве военнослужащего либо гражданского служащего

5.1.4. заболеваний и их последствий (в том числе с последствиями несчастного случая), имевшие место до начала или после окончания срока страхования, о которых Страховщик не был поставлен в известность заранее, до даты заключения Договора страхования, за исключением когда данный фактор риска был указан в Заявлении на страхование при заключении Договора страхования.

5.2. Не признаются страховыми случаи, наступившие в результате событий, указанных в п. 5.1. настоящих Условий, если эти события не были указаны в Заявлении на страхование и не был применен повышающий коэффициент при расчете страховой премии.

6. ВЗАИМООТНОШЕНИЯ СТОРОН ПРИ НАСТУПЛЕНИИ СОБЫТИЯ, ИМЕЮЩЕГО ПРИЗНАКИ СТРАХОВОГО СЛУЧАЯ

6.1. При наступлении события, имеющего признаки страхового случая, Страхователь (Застрахованное лицо) или иное лицо, действующее в его интересах, обязан:

6.1.1. сообщить Страховщику о случившемся любым доступным способом в течение 30 рабочих дней. Если Застрахованное лицо находилось на стационарном лечении, то сообщить Страховщику в течение 30 рабочих дней, следующих за днем:

- его выписки из стационара;
- перевода на амбулаторное лечение;
- перевода на инвалидность (присвоения категории «ребенок-инвалид»)

Договором страхования могут быть предусмотрены иные сроки уведомления Страховщика о событии, имеющем признаки страхового случая.

Указанная обязанность Страхователя также распространяется на:

- законных представителей Застрахованного лица, если его возраст не превышает 18 лет;
- Застрахованное лицо, если его возраст 18 лет и старше либо в случае приобретения им дееспособности до достижения совершеннолетия, договор страхования заключен в его пользу и страховым случаем является временное расстройство здоровья;
- Выгодоприобретателя или наследников Застрахованного лица, если наступила смерть Застрахованного лица.

6.1.2. предпринять все возможные, разумные и целесообразные меры с целью уменьшения вреда по происшедшему случаю;

6.1.3. соблюдать предписания лечащего врача, распорядок, установленный медицинской организацией;

6.1.4. совершать иные действия, предусмотренные законодательством Российской Федерации, Правилами страхования, настоящим Условием и договором страхования.

6.2. Для решения вопроса о признании наступившего с Застрахованным лицом события страховым случаем и о страховой выплате Страхователь (Застрахованное лицо, Выгодоприобретатель, наследники, законные представители Застрахованного лица) должен представить Страховщику:

6.2.1. заявление о страховой выплате установленного Страховщиком образца, с указанием следующих сведений:

- о договоре страхования/полисе, по которому предъявляется заявление (номер договора страхования/полиса, дата заключения договора страхования/полиса, срок страхования, программа страхования);

- о Застрахованном лице – ФИО, дата рождения, сведения о документе, удостоверяющем личность Застрахованного лица (наименование документа, серия и номер, орган, выдавший документ, дата выдачи документа);

- о Заявителе (Застрахованное лицо, Выгодоприобретатель, наследники, законные представители Застрахованного лица) - ФИО, дата рождения, сведения о документе, удостоверяющем личность Застрахованного лица (наименование документа, серия и номер, орган, выдавший документ, дата выдачи документа), почтовый адрес по месту прописки/фактического проживания, номер телефона, место работы и должность.

Если Выгодоприобретателем является юридическое лицо, то предоставляются сведения об организационно-правовой форме юридического лица, ИНН, сведения о государственной регистрации (дата государственной регистрации, наименование регистрирующего органа), адрес (место нахождения), указанный в ЕГРЮЛ, телефон/факс, сведения о лице, действующем от юридического лица.

- о событии, послужившем основанием для подачи Заявления о страховой выплате – дата, время и место события, обстоятельства наступления события, ФИО очевидцев/свидетелей события; ФИО врачей, проводивших первичное и последующее лечение, наименование и адреса медицинских учреждений; вид применяемого лечения.

- о способе получения страховой выплаты (через кассу Страховщика или перечислением с указанием полных банковских реквизитов).

При этом предъявляются документы, удостоверяющие личность заявителя, договор страхования (полис), акт о несчастном случае, составленный на предприятии (в случае получения производственной травмы), выписка из протокола органов внутренних дел (в случае, если несчастный случай стал следствием противоправных действий третьих лиц), а также:

6.2.2. документы, подтверждающие факт наступления страхового случая:

- оригинал или заверенная копия выписки (или выписной эпикриз) из истории болезни стационарного больного; а в случае амбулаторного лечения – оригинал выписки (справки) из медицинской карты Застрахованного лица с указанием диагноза и сроков пребывания на амбулаторном или стационарном лечении, и/или копия медицинской карты Застрахованного лица, заверенная печатью лечебного учреждения и/или копия справки о заключительном диагнозе пострадавшего от несчастного случая на производстве, заверенная подписью сотрудника отдела кадров и печатью организации;

- для работающих Застрахованных лиц копия закрытых листков нетрудоспособности, заверенные отделом кадров с места работы (для учащихся – заверенная образовательным учреждением копия формы 095/у или документ, её заменяющий);

- копия Акта о несчастном случае на производстве (форма Н1) или копия Акта расследования несчастного случая по пути на/с работу/ы, заверенная отделом кадров (в случаях, если лицо считается застрахованным только на работе и по пути на/с работу/ы);

- оригинал документа (справка, Постановление), выданный соответствующим органом МВД, МЧС, прокуратуры, или копия документа, заверенная печатью МВД, МЧС, прокуратуры (в случае необходимости, а именно: ДТП, авиакатастрофы, пожара, противоправных действий и т.п.);

- заключение рентгенологического и/или ультразвукового исследования, компьютерной и/или магнитно-резонансной томографии в зависимости от характера травмы, подтверждающего поставленный диагноз.

6.3. Страховщик имеет право запросить дополнительные документы, необходимые для принятия окончательного решения о признании (непризнании) данного события страховым случаем, а также проводить экспертизу представленных документов, подавать запросы в компетентные органы, самостоятельно выяснять причины и обстоятельства случившегося и совершать иные действия, направленные на выяснение причин и обстоятельств наступления события и принятие обоснованного решения в отношении этого события.

Непредставление документов в соответствии с настоящим разделом, а также дополнительно запрошенных Страховщиком, дает последнему право отказать в выплате страхового возмещения в части вреда, не подтвержденного такими документами.

6.4. Если событие произошло за пределами Российской Федерации, то Страховщику должны быть предоставлены медицинские документы, а так же документы компетентных органов, позволяющих установить факт наступления в период действия договора страхования страхового случая, определить характер повреждений, сроки лечения, лечебные и диагностические мероприятия с проставленным на них апостилем. Документы на иностранном языке предоставляются вместе с нотариально заверенным переводом. Расходы по сбору указанных документов и их переводу оплачивает Страхователь (Застрахованное лицо), Выгодоприобретатель.

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 (надорван, смят, стерт и т.д.), Страховщик вправе отложить решение о выплате до предоставления документов надлежащего качества.

6.5. Согласно п. 6 ст. 10 Закона РФ от 27.11.1992 № 4015-1 и в соответствии с условиями договора страхования Страховщик в счет страховой выплаты вправе организовать оказание медицинских услуг застрахованному лицу и оплатить медицинские услуги, оказанные застрахованному лицу.

При выборе Страхователем /Застрахованным лицом форму страховой выплаты в виде оплаты медицинских услуг Страховщик, Страхователь и Застрахованное лицо руководствуются положениями Приложения 1 к Правилам страхования.

7. ОПРЕДЕЛЕНИЕ РАЗМЕРА СТРАХОВОЙ ВЫПЛАТЫ.

7.1. Страховая выплата может быть произведена:

7.1.1. Застрахованному лицу;

7.1.2. Выгодоприобретателю;

7.1.3. Наследникам Застрахованного лица в случае:

- если Застрахованное лицо умерло, не получив причитающуюся ему страховую выплату;

- если Выгодоприобретатель умышленно лишил жизни Застрахованное лицо или умышленно причинил ему телесные повреждения, повлекшие его смерть;

- если Выгодоприобретатель не был назначен или умер ранее Застрахованного лица;
- если до принятия решения о страховой выплате наступила смерть Застрахованного лица и Выгодоприобретателя.

7.1.4. Законным представителям Застрахованного лица (в частности, родителям, попечителям, опекунам) – для лиц моложе 18 лет;

7.2. При наступлении с Застрахованным лицом страховых случаев, указанных в п. 4.1.1 «*временное расстройство здоровья Застрахованного лица (для неработающих Застрахованных лиц и детей в возрасте до 17 лет включительно)/ временная утрата Застрахованным лицом трудоспособности*» размер страховой выплаты определяется (если иного не предусмотрено договором страхования) в размере, установленном в договоре страхования (не ниже 0,05% и не более 2% от страховой суммы) за каждый день временного расстройства/временной утраты трудоспособности, начиная с 1-го или иного, указанного в договоре дня временного расстройства состояния здоровья/временной нетрудоспособности.

7.3. При наступлении с Застрахованным лицом страховых случаев, указанных в п. 4.1.2. «телесные повреждения, полученные Застрахованным лицом в результате несчастного случая», размер страховой выплаты рассчитывается (если иного не предусмотрено договором страхования) в соответствии с предусмотренным при заключении договора страхования вариантом Таблиц размеров страховых выплат (Приложение 14).

При этом, если травма, указанная в документе из лечебно-профилактического учреждения, входит в перечень травм, поименованных в Таблицах размеров страховых выплат, то размер страховой выплаты определяется как

$$P = S \cdot r$$

где P – размер страховой выплаты,

S – единая страховая сумма или страховая сумма по риску «временная утрата трудоспособности (временное нарушение состояния здоровья, травматическое повреждение Застрахованного лица)», указанная в договоре страхования

r – значение (в %%), указанное в Таблицах размеров страховых выплат.

7.3.1. В договоре страхования могут быть предусмотрены иные варианты осуществления страховой выплаты по данному риску и соответствующий ему перечень необходимых документов.

Договором страхования может быть установлен максимальный период времени, оплачиваемый в связи с одним страховым случаем. Дата окончания периода, за который производится страховая выплата, может не совпадать с датой окончания периода страхования.

8. ПОРЯДОК И УСЛОВИЯ ОСУЩЕСТВЛЕНИЯ СТРАХОВЫХ ВЫПЛАТ

8.1. Решение о страховой выплате или об отказе в выплате принимается Страховщиком в течение 10 рабочих дней со дня получения всех необходимых документов, указанных в разделе 8, если договором не предусмотрено иное.

8.2. Страховщик вправе отсрочить решение о выплате страхового возмещения в случае возбуждения по факту наступления события уголовного дела, до момента вступления в законную силу решения суда или приостановления производства по делу.

8.3. Если иное не предусмотрено договором страхования, страховая выплата производится Страховщиком в течение 10 рабочих дней с момента принятия решения о страховой выплате, путем перечисления на счет заявителя в банке или наличными деньгами из кассы Страховщика - по желанию получателя, а также иным способом - по соглашению Сторон.

Днем выплаты считается дата списания средств со счета Страховщика или выдачи наличных денег из кассы Страховщика.

8.4. Если Страхователем /Застрахованным лицом в качестве формы страховой выплаты выбрана оплата медицинских услуг, то при определении суммы выплаты и порядка выплаты Страховщик, Страхователь и Застрахованное лицо руководствуются положениями Приложения 1 к Правилам страхования.

9. ПРАВА И ОБЯЗАННОСТИ СТОРОН

9.1. При осуществлении страховой выплаты в виде оплаты медицинских услуг в дополнение к разделу 11 Правил страхования Страховщик обязан:

9.1.1. Для реализации Программ страхования заключать двусторонние договоры с медицинскими и фармацевтическими организациями, сервисными компаниями.

9.1.2. Обеспечить контроль за объемом, сроками и качеством оказания медицинских услуг Застрахованным лицам в соответствии с договором страхования и Программой страхования;

9.1.3. Обеспечить организацию и оплату медицинских иных услуг, предусмотренных договором страхования при наступлении страхового случая.

9.2. В дополнение к разделу 11 Правил страхования Страховщик имеет право:

9.2.1. при наступлении события, имеющего признаки страхового случая, направлять при необходимости запросы в компетентные органы, медицинские и иные учреждения и организации об обстоятельствах наступления данного события.

9.2.2. если в связи с несчастным случаем, произошедшим с Застрахованным лицом, возбуждено уголовное дело, отсрочить страховую выплату до прекращения производства по делу или вступления в законную силу приговора суда.

9.3. При осуществлении страховой выплаты в виде оплаты медицинских услуг в дополнение к разделу 11 Правил страхования Страховщик имеет право:

9.3.1. Требовать от Застрахованного лица соблюдения всех предписаний лечащих врачей, полученных в ходе предоставления медицинских и иных услуг по договору страхования, соблюдать распорядок, установленный медицинской организацией и/или иной организацией из числа предусмотренных договором страхования;

9.3.2. При необходимости, вызванной увеличением страхового риска и стоимости медицинских и/или иных услуг, потребовать от Страхователя пересмотра условий договора страхования;

9.3.3. Принимать меры по установлению причин страхового случая;

9.3.4. Установить лимит ответственности по конкретной Программе или услуге;

9.3.5. Изменять размер страхового тарифа в зависимости от возраста, состояния здоровья Застрахованного лица, условий его труда и проживания, а также иных факторов, влияющих на степень риска.

9.3.6. Проверять в течение действия договора медицинскую документацию Страхователя (Застрахованного лица).

9.3.7. Отказать в оплате медицинских или иных услуг в соответствии с Правилами страхования, настоящими Условиями и условиями договора страхования.

9.4. Страхователь обязан:

9.4.1. Обеспечить сохранность документов по договору страхования;

9.4.2. Проинформировать Застрахованное лицо о том, что его персональные данные, указанные в Договоре страхования, будут обрабатываться Страховщиком в целях исполнения Договора страхования в соответствии с Федеральным законом «О персональных данных» № 152-ФЗ от 27.07.2006г.

9.4. При осуществлении страховой выплаты в виде оплаты медицинских услуг в дополнение к разделу 11 Правил страхования Страхователь имеет право:

9.4.1. Требовать предоставления Застрахованным лицам в медицинских организациях, сервисных компаниях, из числа предусмотренных договором страхования, медицинских и иных услуг, определенных в договоре страхования, в соответствии с условиями страхования и Программой страхования.

В случае непредоставления указанных медицинских и иных услуг Страхователь должен немедленно известить Страховщика.

9.4.2. В течение срока действия договора страхования расширить перечень медицинских и иных услуг, гарантируемых по договору страхования, или повысить размер страховой суммы (лимита ответственности), заключив дополнительное соглашение к договору страхования и уплатив при этом дополнительную страховую премию.

9.5. Застрахованное лицо обязано:

9.5.1. Заботиться о сохранении своего здоровья, соблюдать предписания лечащего врача, полученные в ходе предоставления медицинских и иных услуг по договору страхования,

соблюдать распорядок, установленный медицинской организацией и/или иной организацией из числа предусмотренных договором страхования;

9.5.2. Заботиться о сохранности страховых документов и не передавать их третьим лицам с целью получения ими медицинских и иных услуг по договору страхования. В противном случае Страховщик имеет право досрочно прекратить действие договора страхования в отношении данного Застрахованного лица

9.6. При осуществлении страховой выплаты в виде оплаты медицинских услуг в дополнение к разделу 11 Правил страхования Застрахованное лицо имеет право:

9.6.1. Требовать предоставления медицинских и иных услуг в соответствии с условиями договора страхования и Программ страхования;

9.6.2. Сообщать Страховщику о случаях не предоставления или неполного и некачественного предоставления медицинских и иных услуг.

10. ПРОЧЕЕ.

10.1. Если договором страхования не предусмотрено иное, в отношении страхования риска *« временное расстройство здоровья Застрахованного лица (для неработающих Застрахованных лиц и детей в возрасте до 17 лет включительно)/ временная утрата Застрахованным лицом трудоспособности» и «телесные повреждения, полученные Застрахованным лицом»* в остальном действуют Правила страхования

УСЛОВИЯ
СТРАХОВАНИЯ РИСКОВ «ПЕРВИЧНОЕ УСТАНОВЛЕНИЕ ИНВАЛИДНОСТИ» И
«СМЕРТЬ ЗАСТРАХОВАННОГО ЛИЦА»

1. ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ

1. Настоящие Условия определяют порядок и условия заключения, исполнения и прекращения договоров страхования рисков «первичное установление инвалидности» и «смерть застрахованного лица».

2. СУБЪЕКТЫ СТРАХОВАНИЯ

2.1. Выгодоприобретатель – физическое или юридическое лицо, названное в договоре страхования в качестве получателя страховой выплаты с письменного согласия Застрахованного лица.

Выгодоприобретателем может быть дееспособное лицо:

- для застрахованного лица моложе 18 лет – сам Застрахованный, если он достиг возраста 16 лет и его дееспособность признана в соответствии со статьей 27 ГК РФ, либо законный представитель Застрахованного лица (в частности, - родители, попечители или опекуны)

- для Застрахованных лиц в возрасте 18 лет и старше – сам Застрахованный, либо другое физическое лицо или юридическое лицо, названное в договоре страхования в качестве получателя страховой выплаты, - с письменного согласия Застрахованного лица.

2.2. Страхователь вправе назначить (заменить) Выгодоприобретателя (-лей) в договоре страхования другим лицом (-ами), письменно уведомив об этом Страховщика. Назначение (замена) Выгодоприобретателя допускается лишь с письменного согласия Застрахованного лица (или его законного представителя).

2.3 Выгодоприобретатель не может быть заменен другим лицом после того, как выполнил какую-либо из обязанностей по договору страхования или предъявил Страховщику требование о страховой выплате.

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

3. ПЕРИОД СТРАХОВОЙ ЗАЩИТЫ

3.1. Страхователем при заключении договора страхования могут быть выбраны следующие периоды действия страховой защиты:

- при исполнении Застрахованным лицом служебных обязанностей;
- при исполнении Застрахованным лицом служебных обязанностей, включая проезд к месту работы и обратно;
- на время нахождения Застрахованного лица в дошкольном учреждении, на занятиях в школе, в учреждении среднего специального или высшего образования и т.п.;
- 24 часа в сутки;
- иной период действия страховой защиты, прямо установленный в договоре страхования.

Если страхованию подлежат несколько групп лиц, представленных в договоре страхования отдельными списками, то по выбору Страхователя в условиях одного договора страхования для каждого списка лиц, подлежащих страхованию, Страхователь может выбрать любой из вариантов периода действия страховой защиты.

4. ИСКЛЮЧЕНИЯ ИЗ СТРАХОВОГО ПОКРЫТИЯ

4.1. Согласно настоящим Условиям, если иное не предусмотрено договором страхования (полисом), в дополнение к разделу 5 Правил страхования не являются страховыми рисками и не

входят в объем страхового покрытия любые события, перечисленные в разделе 4 настоящих Условий, произошедшие вследствие следующих обстоятельств: :

4.1.1. воздействия ядерного взрыва, радиации или радиоактивного заражения, химической или биологической атак и их последствий, военных действий, а также маневров и иных военных мероприятий, гражданской войны, террористических актов, народных волнений всякого рода или забастовок, массовых беспорядков, введения чрезвычайного или особого положения по распоряжению военных и гражданских властей;

4.1.2. занятия Застрахованным лицом активным отдыхом, массовым спортом, профессиональным спортом.

4.1.3. участия в любых авиационных перелетах, за исключением полетов в качестве пассажира авиарейса, лицензированного для перевозки пассажиров и управляемого пилотом, имеющим соответствующий сертификат, а также непосредственного участия в военных маневрах, учениях, испытаниях военной техники или иных подобных операциях в качестве военнослужащего либо гражданского служащего

4.1.4. заболеваний и их последствий (в том числе с последствиями несчастного случая), имевшие место до начала или после окончания срока страхования, о которых Страховщик не был поставлен в известность заранее, до даты заключения Договора страхования, за исключением когда данный фактор риска был указан в Заявлении на страхование при заключении Договора страхования.

4.2. Не признаются страховыми случаи, наступившие в результате событий, указанных в п. 4.1. настоящих Условий, если эти события не были указаны в Заявлении на страхование и не был применен повышающий коэффициент при расчете страховой премии.

5. ВЗАИМООТНОШЕНИЯ СТОРОН ПРИ НАСТУПЛЕНИИ СОБЫТИЯ, ИМЕЮЩЕГО ПРИЗНАКИ СТРАХОВОГО СЛУЧАЯ

5.1. При наступлении события, имеющего признаки страхового случая, Страхователь (Застрахованное лицо) или иное лицо, действующее в его интересах, обязан:

5.1.1. сообщить Страховщику о случившемся любым доступным способом в течение 30 рабочих дней. Если Застрахованное лицо находилось на стационарном лечении, то сообщить Страховщику в течение 30 рабочих дней, следующих за днем:

- его выписки из стационара;
- перевода на амбулаторное лечение;
- перевода на инвалидность (присвоения категории «ребенок-инвалид»)

Договором страхования могут быть предусмотрены иные сроки уведомления Страховщика о событии, имеющем признаки страхового случая.

Указанная обязанность Страхователя также распространяется на:

- законных представителей Застрахованного лица, если его возраст не превышает 18 лет;

- Застрахованное лицо, если его возраст 18 лет и старше либо в случае приобретения им дееспособности до достижения совершеннолетия, договор страхования заключен в его пользу и страховым случаем является постоянная утрата трудоспособности (временное или стойкое нарушение здоровья);

- Выгодоприобретателя или наследников Застрахованного лица, если наступила смерть Застрахованного лица.

5.1.2. предпринять все возможные, разумные и целесообразные меры с целью уменьшения вреда по происшедшему случаю;

5.1.3. соблюдать предписания лечащего врача, распорядок, установленный медицинской организацией;

5.1.4. совершать иные действия, предусмотренные законодательством Российской Федерации, настоящими Правилами и договором страхования.

5.2. Для решения вопроса о признании наступившего с Застрахованным лицом события страховым случаем и о страховой выплате Страхователь (Застрахованное лицо, Выгодоприобретатель, наследники, законные представители Застрахованного лица) должен представить Страховщику:

5.2.1. заявление о страховой выплате установленного Страховщиком образца, с указанием следующих сведений:

- о договоре страхования/полисе, по которому предъявляется заявление (номер договора страхования/полиса, дата заключения договора страхования/полиса, срок страхования, программа страхования);

- о Застрахованном лице – ФИО, дата рождения, сведения о документе, удостоверяющем личность Застрахованного лица (наименование документа, серия и номер, орган, выдавший документ, дата выдачи документа);

- о Заявителе (Застрахованное лицо, Выгодоприобретатель, наследники, законные представители Застрахованного лица) - ФИО, дата рождения, сведения о документе, удостоверяющем личность Застрахованного лица (наименование документа, серия и номер, орган, выдавший документ, дата выдачи документа), почтовый адрес по месту прописки/фактического проживания, номер телефона, место работы и должность.

Если Выгодоприобретателем является юридическое лицо, то предоставляются сведения об организационно-правовой форме юридического лица, ИНН, сведения о государственной регистрации (дата государственной регистрации, наименование регистрирующего органа), адрес (место нахождения), указанный в ЕГРЮЛ, телефон/факс, сведения о лице, действующем от юридического лица.

- о событии, послужившем основанием для подачи Заявления о страховой выплате – дата, время и место события, обстоятельства наступления события, ФИО очевидцев/свидетелей события; ФИО врачей, проводивших первичное и последующее лечение, наименование и адреса медицинских учреждений; вид применяемого лечения.

- о способе получения страховой выплаты (через кассу Страховщика или перечислением с указанием полных банковских реквизитов).

При этом предъявляются документы, удостоверяющие личность заявителя, договор страхования (полис), акт о несчастном случае, составленный на предприятии (в случае получения производственной травмы), выписка из протокола органов внутренних дел (в случае, если несчастный случай стал следствием противоправных действий третьих лиц), а также:

5.2.2. документы, подтверждающие факт наступления страхового случая:

5.2.2.2. в связи с **первичным установлением инвалидности** :

- справка МСЭК об установлении группы инвалидности или категории «ребенок-инвалид» (либо нотариально заверенную копию);

- копия направления на медико-социальную экспертизу, заверенная печатью лечебного учреждения, выдавшего направление и/или копия медицинской карты Застрахованного лица, заверенная печатью лечебного учреждения и/или оригинал выписки из истории болезни (медицинской карты) Застрахованного лица, содержащей информацию об имевшихся у Застрахованного лица до заключения договора страхования профессиональных, общих хронических заболеваниях, злокачественных новообразованиях, в том числе заболеваниях крови (в случае установления инвалидности в результате заболевания);

- копии закрытых листков нетрудоспособности, заверенные отделом кадров с места работы Застрахованного лица;

- копия Акта о несчастном случае на производстве (форма Н1) или копия Акта расследования несчастного случая по пути на/с работу/ы, заверенная отделом кадров (в случаях, если лицо считается застрахованным только на работе и по пути на/с работу/ы);

- оригинал документа (справка, Постановление), выданный соответствующим органом МВД, МЧС, прокуратуры, или копия документа, заверенная печатью МВД, МЧС, прокуратуры (в случае необходимости, а именно: ДТП, авиакатастрофы, пожара, противоправных действий и т.п.);

5.2.2.3. **в случае смерти Застрахованного лица** :

- свидетельство ЗАГСа о смерти Застрахованного лица или его нотариально заверенную копию;

- оригинал справки (нотариально заверенную копию) о смерти с указанием причины смерти и/или копия заключительной части акта судебно-медицинской экспертизы с результатами судебно-химических и других исследований, заверенная печатью органов МВД или прокуратуры;

выписка из медицинской карты амбулаторного больного, содержащая информацию об имевшихся у Застрахованного лица до заключения настоящего Договора профессиональных, общих заболеваниях, злокачественных новообразованиях, в том числе заболеваниях крови (в случае смерти в результате заболевания), другие документы, подтверждающие причину наступления страхового случая.

- копии закрытых листков нетрудоспособности, заверенные отделом кадров с места работы Застрахованного лица;

- копия Акта о несчастном случае на производстве (форма Н1) или копия Акта расследования несчастного случая по пути на/с работу/ы, заверенная отделом кадров (в случаях, если лицо считается застрахованным только на работе и по пути на/с работу/ы);

- оригинал документа (справка, Постановление), выданный соответствующим органом МВД, МЧС, прокуратуры, или копия документа, заверенная печатью МВД, МЧС, прокуратуры (в случае необходимости, а именно: ДТП, авиакатастрофы, пожара, противоправных действий и т.п.);

- оригинал распоряжения Застрахованного лица о назначении получателя страховой выплаты (Выгодоприобретателя) в случае своей смерти или оригинал (нотариально заверенная копия) свидетельства о праве на наследство, выданного нотариальной конторой.

5.2.2.4. другие документы, подтверждающие причины и обстоятельства наступления несчастного случая или болезни (заболевания).

5.3. Страховщик имеет право запросить дополнительные документы, необходимые для принятия окончательного решения о признании (непризнании) данного события страховым случаем, а также проводить экспертизу представленных документов, подавать запросы в компетентные органы, самостоятельно выяснять причины и обстоятельства случившегося и совершать иные действия, направленные на выяснение причин и обстоятельств наступления события и принятие обоснованного решения в отношении этого события.

Непредставление документов в соответствии с настоящим разделом, а также дополнительно Запрошенных Страховщиком, дает последнему право отказать в выплате страхового возмещения в части вреда, не подтвержденного такими документами.

5.4. Если событие произошло за пределами Российской Федерации, то Страховщику должны быть предоставлены медицинские документы, а так же документы компетентных органов, позволяющих установить факт наступления в период действия договора страхования страхового случая, определить характер повреждений, сроки лечения, лечебные и диагностические мероприятия с проставленным на них апостилем. Документы на иностранном языке предоставляются вместе с нотариально заверенным переводом. Расходы по сбору указанных документов и их переводу оплачивает Страхователь (Застрахованное лицо), Выгодоприобретатель.

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 (надорван, смят, стерт и т.д.), Страховщик вправе отложить решение о выплате до предоставления документов надлежащего качества.

6. ОПРЕДЕЛЕНИЕ РАЗМЕРА СТРАХОВОЙ ВЫПЛАТЫ.

6.1. Страховая выплата может быть произведена:

6.1.1. Застрахованному лицу;

6.1.2. Выгодоприобретателю;

6.1.3. Наследникам Застрахованного лица в случае:

- если Застрахованное лицо умерло, не получив причитающуюся ему страховую выплату;

- если Выгодоприобретатель умышленно лишил жизни Застрахованное лицо или умышленно причинил ему телесные повреждения, повлекшие его смерть;

- если Выгодоприобретатель не был назначен или умер ранее Застрахованного лица;

- если до принятия решения о страховой выплате наступила смерть Застрахованного лица и Выгодоприобретателя.

6.1.4. Наследникам Выгодоприобретателя, если после смерти Застрахованного лица последовала смерть Выгодоприобретателя, и он не успел получить причитающуюся ему страховую выплату.

6.1.5. Законным представителям Застрахованного лица (в частности, родителям, попечителям, опекунам) – для лиц моложе 18 лет;

6.1.6. На основании доверенности, оформленной в установленном законодательством порядке.

6.4. При наступлении с Застрахованным лицом страховых случаев, указанных в п.4.1.2.3. Правил страхования, размер страховой выплаты рассчитывается следующим образом:

При установлении Застрахованному лицу группы (категории) инвалидности страховая выплата производится Застрахованному лицу одновременно, исходя из страховой суммы,

определенной договором страхования, и в зависимости от группы инвалидности, устанавливаемой на основании медицинского заключения врача и заключения МСЭК:

- при I (первой) группе инвалидности - в размере до 100% от страховой суммы;
- при II (второй) группе инвалидности – в размере до 100% от страховой суммы;
- при III (третьей) группе инвалидности – в размере до 100% от страховой суммы;
- при установлении категории «ребенок-инвалид» - в размере до 100% от страховой суммы.

6.4.1. В связи с установлением группы (категории) инвалидности Застрахованному лицу страховая выплата производится:

- за вычетом суммы ранее произведенной выплаты, если она была произведена в связи с несчастным случаем или болезнью (заболеванием), послужившим причиной (одной из причин) установления инвалидности, при условии, что страховая сумма была установлена единой по всем рискам;

- независимо от суммы выплат, ранее произведенных в связи со страховыми случаями, предусмотренными иными рисками, при условии, что страховые суммы были установлены отдельно для каждого риска.

В том случае, если страховая сумма была установлена единой по всем рискам, общий размер страховых выплат в связи с несчастным случаем или болезнью (заболеванием), и установленной Застрахованному лицу в связи с этим событием группой (категорией) инвалидности не может превышать размера страховой выплаты, предусмотренного на случай установления соответствующей группы (категории) инвалидности.

Если в связи с установлением группы (категории) инвалидности Застрахованному лицу была выплачена часть страховой суммы, и в период действия договора страхования, после переосвидетельствования, эта группа инвалидности была изменена на группу, при установлении которой договором предусмотрен больший размер страховой выплаты, дополнительная выплата производится в сумме, составляющей разность между указанным большим размером и размером ранее произведенной выплаты.

6.4.2. Суммарный размер страховых выплат в связи с установлением Застрахованному лицу группы (категории) инвалидности не может превышать размера, предусмотренного договором страхования для наиболее тяжелой из установленных групп.

6.4.3. В договоре страхования могут быть предусмотрены иные варианты осуществления страховой выплаты по данному риску и соответствующий ему перечень необходимых документов.

6.5. При наступлении с Застрахованным лицом страховых случаев, указанных в п. 4.1.2.4. .2 Правил страхования, размер страховой выплаты производится в размере 100% от страховой суммы за вычетом выплат в связи со страховыми случаями, предусмотренными подпунктами 4.1.2.1., 4.1.2.2. и 4.1.2.3 если они производились, при условии, что страховая сумма была установлена единой по всем рискам. Общий размер страховых выплат по договору не может превышать установленного для Застрахованного лица размера единой страховой суммы.

Если страховые суммы были установлены отдельно по каждому из включенных в договор рисков, а смерть Застрахованного лица наступила до истечения 72 часов с момента наступления несчастного случая или болезни (заболевания), страховая выплата производится только в размере, предусмотренном для риска смерти.

6.5.1. В договоре страхования могут быть предусмотрены иные варианты осуществления страховой выплаты по данному риску и соответствующий ему перечень необходимых документов.

6.6. В том случае, если при заключении договора страхования Застрахованному лицу установлена единая страховая сумма для всех включенных в договор рисков или по сочетанию рисков, при наступлении страхового случая страховые выплаты по договору страхования, независимо от их количества и причин, не могут превышать 100 % этой суммы.

6.7. Если при заключении договора страхования страховые суммы установлены Застрахованному лицу отдельно по каждому из рисков, при наступлении страхового случая страховые выплаты в связи со страховыми случаями, предусмотренными конкретным риском, независимо от их количества в течение срока действия договора страхования не могут превышать 100% страховой суммы, установленной для этого риска.

7. ПОРЯДОК И УСЛОВИЯ ОСУЩЕСТВЛЕНИЯ СТРАХОВЫХ ВЫПЛАТ

7.1. Решение о страховой выплате или об отказе в выплате принимается Страховщиком в течение 10 рабочих дней со дня получения всех необходимых документов, указанных в разделе 5, если договором не предусмотрено иное.

7.2. Страховщик вправе отсрочить решение о выплате страхового возмещения в случае возбуждения по факту наступления события уголовного дела, до момента вступления в законную силу решения суда или приостановления производства по делу.

7.3. Если иное не предусмотрено договором страхования, страховая выплата производится Страховщиком в течение 10 рабочих дней с момента принятия решения о страховой выплате, путем перечисления на счет заявителя в банке или наличными деньгами из кассы Страховщика - по желанию получателя, а также иным способом - по соглашению Сторон.

Днем выплаты считается дата списания средств со счета Страховщика или выдачи наличных денег из кассы Страховщика.

7.4. Предусмотренные договором страхования выплаты Страховщик производит независимо от всех видов пособий, пенсий и выплат, получаемых Застрахованным лицом по обязательному социальному страхованию и социальному обеспечению, трудовым и иным соглашениям, другим договорам страхования, заключенным с другими страховщиками и сумм, причитающихся им в порядке возмещения вреда.

7.5. При «страховании в эквиваленте» страховая выплата производится в рублях по курсу Центрального Банка Российской Федерации, установленному для соответствующей иностранной валюты на дату выплаты. Страховщик вправе установить максимальный курс для выплат. Под максимальным курсом для выплат понимается курс соответствующей иностранной валюты на дату заключения договора страхования, увеличенный на ожидаемый процент роста курса соответствующей иностранной валюты, согласованный сторонами при заключении договора страхования. Если курс соответствующей иностранной валюты на дату страховой выплаты превысит максимальный курс для выплат, то размер страховой выплаты определяется исходя из максимального курса выплат.

8. ПРОЧЕЕ.

8.1. Если договором страхования не предусмотрено иное, в отношении страхования рисков *«первичное установление инвалидности»* и *«смерть Застрахованного лица»* в остальном действуют Правила страхования

Приложение № 4
к Правилам добровольного медицинского страхования
и страхования жизни и здоровья

УСЛОВИЯ СТРАХОВАНИЯ РИСКА «СТАЦИОНАРНОЕ ЛЕЧЕНИЕ»

1. По договору страхования, заключенному в соответствии с Правилами добровольного медицинского страхования и страхования жизни и здоровья и настоящими Дополнительными условиями, Страховщик предоставляет Застрахованному лицу страховую защиту по риску «Стационарное лечение».

2. Страховым случаем является факт стационарного лечения Застрахованного лица в случае госпитализации в период действия договора страхования либо в течение 4 (четырёх) месяцев с даты причинения вреда здоровью Застрахованного лица в результате:

а) несчастного случая, в том числе явившегося следствием неправильных медицинских манипуляций;

б) болезни (заболевания).

3. Страховая защита распространяется на случаи стационарного лечения Застрахованного лица в результате событий, указанных в пп. «а», или всех перечисленных в настоящем пункте событий (в зависимости от условий договора страхования).

4. Страховая выплата производится в размере, установленном в договоре страхования (не ниже 0,05% и не более 2% от страховой суммы) за каждый день стационарного лечения Застрахованного лица, начиная с 1-го или иного, указанного в договоре, дня стационарного лечения.

5. Договором страхования может быть установлен максимальный период стационарного лечения Застрахованного лица, оплачиваемый в связи с одним страховым случаем. Дата окончания периода, за который производится страховая выплата, может не совпадать с датой окончания срока действия договора страхования.

6. При наступлении события, имеющего признаки страхового случая, Страхователь (Застрахованное лицо) или иное лицо, действующее в его интересах, обязан:

6.1. сообщить Страховщику о случившемся любым доступным способом в течение 30 рабочих дней. Если Застрахованное лицо находилось на стационарном лечении, то сообщить Страховщику в течение 30 рабочих дней, следующих за днем:

- его выписки из стационара;

- перевода на амбулаторное лечение;

- перевода на инвалидность (присвоения категории «ребенок-инвалид»)

Договором страхования могут быть предусмотрены иные сроки уведомления Страховщика о событии, имеющем признаки страхового случая.

6.2. Для решения вопроса о признании наступившего с Застрахованным лицом события страховым случаем и о страховой выплате Страхователь (Застрахованное лицо, Выгодоприобретатель, наследники, законные представители Застрахованного лица) должен представить Страховщику:

6.2.1. заявление о страховой выплате установленного Страховщиком образца, с указанием следующих сведений:

- о договоре страхования/полисе, по которому предъявляется заявление (номер договора страхования/полиса, дата заключения договора страхования/полиса, срок страхования, программа страхования);

- о Застрахованном лице – ФИО, дата рождения, сведения о документе, удостоверяющем личность Застрахованного лица (наименование документа, серия и номер, орган, выдавший документ, дата выдачи документа);

- о Заявителе (Застрахованное лицо, Выгодоприобретатель, наследники, законные представители Застрахованного лица) - ФИО, дата рождения, сведения о документе, удостоверяющем личность Застрахованного лица (наименование документа, серия и номер, орган,

выдавший документ, дата выдачи документа), почтовый адрес по месту прописки/фактического проживания, номер телефона, место работы и должность.

Если Выгодоприобретателем является юридическое лицо, то предоставляются сведения об организационно-правовой форме юридического лица, ИНН, сведения о государственной регистрации (дата государственной регистрации, наименование регистрирующего органа), адрес (место нахождения), указанный в ЕГРЮЛ, телефон/факс, сведения о лице, действующем от юридического лица.

- о событии, послужившем основанием для подачи Заявления о страховой выплате – дата, время и место события, обстоятельства наступления события, ФИО очевидцев/свидетелей события; ФИО врачей, проводивших первичное и последующее лечение, наименование и адреса медицинских учреждений; вид применяемого лечения.

- о способе получения страховой выплаты (через кассу Страховщика или перечислением с указанием полных банковских реквизитов).

При этом предъявляются документы, удостоверяющие личность заявителя, договор страхования (полис), акт о несчастном случае, составленный на предприятии (в случае получения производственной травмы), выписка из протокола органов внутренних дел (в случае, если несчастный случай стал следствием противоправных действий третьих лиц), а также:

6.2.2. документы, подтверждающие факт наступления страхового случая:

- оригинал или заверенная копия выписки (или выписной эпикриз) из истории болезни стационарного больного; а в случае амбулаторного лечения – оригинал выписки (справки) из медицинской карты Застрахованного лица с указанием диагноза и сроков пребывания на амбулаторном или стационарном лечении, и/или копия медицинской карты Застрахованного лица, заверенная печатью лечебного учреждения и/или копия справки о заключительном диагнозе пострадавшего от несчастного случая на производстве, заверенная подписью сотрудника отдела кадров и печатью организации;

- для работающих Застрахованных лиц копия закрытых листков нетрудоспособности, заверенные отделом кадров с места работы (для учащихся – заверенная образовательным учреждением копия формы 095/у или документ, её заменяющий);

- копия Акта о несчастном случае на производстве (форма Н1) или копия Акта расследования несчастного случая по пути на/с работу/ы, заверенная отделом кадров (в случаях, если лицо считается застрахованным только на работе и по пути на/с работу/ы);

- оригинал документа (справка, Постановление), выданный соответствующим органом МВД, МЧС, прокуратуры, или копия документа, заверенная печатью МВД, МЧС, прокуратуры (в случае необходимости, а именно: ДТП, авиакатастрофы, пожара, противоправных действий и т.п.);

- заключение рентгенологического и/или ультразвукового исследования, компьютерной и/или магнитно-резонансной томографии в зависимости от характера травмы, подтверждающего поставленный диагноз.

7. Страховщик имеет право запросить дополнительные документы, необходимые для принятия окончательного решения о признании (непризнании) данного события страховым случаем, а также проводить экспертизу представленных документов, подавать запросы в компетентные органы, самостоятельно выяснять причины и обстоятельства случившегося и совершать иные действия, направленные на выяснение причин и обстоятельств наступления события и принятие обоснованного решения в отношении этого события.

Непредставление документов в соответствии с настоящим разделом, а также дополнительно запрошенных Страховщиком, дает последнему право отказать в выплате страхового возмещения в части вреда, не подтвержденного такими документами.

8. Если событие произошло за пределами Российской Федерации, то Страховщику должны быть предоставлены медицинские документы, а так же документы компетентных органов, позволяющих установить факт наступления в период действия договора страхования страхового случая, определить характер повреждений, сроки лечения, лечебные и диагностические мероприятия с проставленным на них апостилом. Документы на иностранном языке предоставляются вместе с нотариально заверенным переводом. Расходы по сбору указанных документов и их переводу оплачивает Страхователь (Застрахованное лицо), Выгодоприобретатель.

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 (надорван, смят, стерт и т.д.), Страховщик вправе отложить решение о выплате до предоставления документов надлежащего качества.

9. Если договором страхования не предусмотрено иное, в отношении страхования риска «Стационарное лечение» в остальном действуют Правила страхования.

УСЛОВИЯ СТРАХОВАНИЯ РИСКА «ХИРУРГИЧЕСКИЕ ОПЕРАЦИИ, ЛЕЧЕБНЫЕ И ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ МАНИПУЛЯЦИИ»

1. По договору страхования, заключенному в соответствии с Правилами добровольного медицинского страхования и страхования жизни и здоровья и настоящими Дополнительными условиями, Страховщик предоставляет Застрахованному лицу страховую защиту по риску «Хирургические операции, лечебные и диагностические манипуляции».

2. Страховым случаем являются хирургические операции, лечебные и диагностические манипуляции, предусмотренные Таблицей размеров страховых выплат в связи с хирургическими операциями, лечебными и диагностическими манипуляциями по поводу травм и болезней (заболеваний) (Приложение 14) и фактически проведенные Застрахованному лицу в период действия договора страхования в связи с:

- несчастным случаем, в том числе явившимся следствием неправильных медицинских манипуляций;
- болезнью (заболеваниями).

3. При заключении договора страхования Таблица размеров страховых выплат в связи с хирургическими операциями, лечебными и диагностическими манипуляциями по поводу травм и болезней (заболеваний) (Приложение 14) может быть укорочена. Конкретный вариант Таблицы размеров страховых выплат в связи с хирургическими операциями, лечебными и диагностическими манипуляциями по поводу травм и болезней (заболеваний) указывается в договоре страхования. Хирургические операции, лечебные и диагностические манипуляции, не указанные в Таблице размеров страховых выплат в связи с хирургическими операциями, лечебными и диагностическими манипуляциями по поводу травм и болезней (заболеваний), упомянутых в договоре страхования, не являются страховым случаем.

Страховая выплата не производится по хирургическим операциям, лечебным и диагностическим манипуляциям, не предусмотренным в приложенной к договору страхования Таблице размеров страховых выплат в связи с хирургическими операциями, лечебными и диагностическими манипуляциями по поводу травм и болезней (заболеваний).

4. При наступлении событий, предусмотренных пунктом 2 настоящих Дополнительных условий, страховая выплата производится в соответствии с Таблицей размеров страховых выплат в связи с хирургическими операциями, лечебными и диагностическими манипуляциями по поводу травм и болезней (заболеваний), указанной в договоре, или в размере, установленном в договоре страхования (не ниже 0,05% и не более 2% от страховой суммы) за каждый день нахождения Застрахованного лица в стационаре, начиная с дня проведения хирургической операции, лечебной и диагностической манипуляции или иного, указанного в договоре дня.

5. При наступлении события, имеющего признаки страхового случая, Страхователь (Застрахованное лицо) или иное лицо, действующее в его интересах, обязан:

5.1. сообщить Страховщику о случившемся любым доступным способом в течение 30 рабочих дней. Если Застрахованное лицо находилось на стационарном лечении, то сообщить Страховщику в течение 30 рабочих дней, следующих за днем:

- его выписки из стационара;
- перевода на амбулаторное лечение;
- перевода на инвалидность (присвоения категории «ребенок-инвалид»)

Договором страхования могут быть предусмотрены иные сроки уведомления Страховщика о событии, имеющем признаки страхового случая.

5.2. Для решения вопроса о признании наступившего с Застрахованным лицом события страховым случаем и о страховой выплате Страхователь (Застрахованное лицо, Выгодоприобретатель, наследники, законные представители Застрахованного лица) должен представить Страховщику:

5.2.1. заявление о страховой выплате установленного Страховщиком образца, с указанием следующих сведений:

- о договоре страхования/полисе, по которому предъявляется заявление (номер договора страхования/полиса, дата заключения договора страхования/полиса, срок страхования, программа страхования);

- о Застрахованном лице – ФИО, дата рождения, сведения о документе, удостоверяющем личность Застрахованного лица (наименование документа, серия и номер, орган, выдавший документ, дата выдачи документа);

- о Заявителе (Застрахованное лицо, Выгодоприобретатель, наследники, законные представители Застрахованного лица) - ФИО, дата рождения, сведения о документе, удостоверяющем личность Застрахованного лица (наименование документа, серия и номер, орган, выдавший документ, дата выдачи документа), почтовый адрес по месту прописки/фактического проживания, номер телефона, место работы и должность.

Если Выгодоприобретателем является юридическое лицо, то предоставляются сведения об организационно-правовой форме юридического лица, ИНН, сведения о государственной регистрации (дата государственной регистрации, наименование регистрирующего органа), адрес (место нахождения), указанный в ЕГРЮЛ, телефон/факс, сведения о лице, действующем от юридического лица.

- о событии, послужившем основанием для подачи Заявления о страховой выплате – дата, время и место события, обстоятельства наступления события, ФИО очевидцев/свидетелей события; ФИО врачей, проводивших первичное и последующее лечение, наименование и адреса медицинских учреждений; вид применяемого лечения.

- о способе получения страховой выплаты (через кассу Страховщика или перечислением с указанием полных банковских реквизитов).

При этом предъявляются документы, удостоверяющие личность заявителя, договор страхования (полис), акт о несчастном случае, составленный на предприятии (в случае получения производственной травмы), выписка из протокола органов внутренних дел (в случае, если несчастный случай стал следствием противоправных действий третьих лиц), а также:

5.2.2. документы, подтверждающие факт наступления страхового случая:

- протокол хирургического вмешательства; медицинские документы, подтверждающие факт хирургической операции, лечебных и/или диагностических манипуляций, проведенных Застрахованному лицу в период действия договора страхования.

- оригинал или заверенная копия выписки (или выписной эпикриз) из истории болезни стационарного больного; а в случае амбулаторного лечения – оригинал выписки (справки) из медицинской карты Застрахованного лица с указанием диагноза и сроков пребывания на амбулаторном или стационарном лечении, и/или копия медицинской карты Застрахованного лица, заверенная печатью лечебного учреждения и/или копия справки о заключительном диагнозе пострадавшего от несчастного случая на производстве, заверенная подписью сотрудника отдела кадров и печатью организации;

- для работающих Застрахованных лиц копия закрытых листков нетрудоспособности, заверенные отделом кадров с места работы (для учащихся – заверенная образовательным учреждением копия формы 095/у или документ, её заменяющий);

- копия Акта о несчастном случае на производстве (форма Н1) или копия Акта расследования несчастного случая по пути на/с работу/ы, заверенная отделом кадров (в случаях, если лицо считается застрахованным только на работе и по пути на/с работу/ы);

- оригинал документа (справка, Постановление), выданный соответствующим органом МВД, МЧС, прокуратуры, или копия документа, заверенная печатью МВД, МЧС, прокуратуры (в случае необходимости, а именно: ДТП, авиакатастрофы, пожара, противоправных действий и т.п.);

- заключение рентгенологического и/или ультразвукового исследования, компьютерной и/или магнитно-резонансной томографии в зависимости от характера травмы, подтверждающего поставленный диагноз.

6. Страховщик имеет право запросить дополнительные документы, необходимые для принятия окончательного решения о признании (непризнании) данного события страховым случаем, а также проводить экспертизу представленных документов, подавать запросы в компетентные органы, самостоятельно выяснять причины и обстоятельства случившегося и совершать иные действия, направленные на выяснение причин и обстоятельств наступления события и принятие обоснованного решения в отношении этого события.

Непредставление документов в соответствии с настоящим разделом, а также дополнительно запрошенных Страховщиком, дает последнему право отказать в выплате страхового возмещения в части вреда, не подтвержденного такими документами.

7. Если событие произошло за пределами Российской Федерации, то Страховщику должны быть предоставлены медицинские документы, а так же документы компетентных органов, позволяющих установить факт наступления в период действия договора страхования страхового случая, определить характер повреждений, сроки лечения, лечебные и диагностические мероприятия с проставленным на них апостилем. Документы на иностранном языке предоставляются вместе с нотариально заверенным переводом. Расходы по сбору указанных документов и их переводу оплачивает Страхователь (Застрахованное лицо), Выгодоприобретатель.

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 (надорван, смят, стерт и т.д.), Страховщик вправе отложить решение о выплате до предоставления документов надлежащего качества.

8. Договором страхования может быть установлен максимальный период нахождения Застрахованного лица в стационаре, начиная с дня проведения хирургической операции, лечебной и диагностической манипуляции или иного, указанного в договоре дня, оплачиваемый в связи с одним страховым случаем. Дата окончания периода, за который производится страховая выплата, может не совпадать с датой окончания срока действия договора страхования.

9. Если договором страхования не предусмотрено иное, в отношении страхования риска «Хирургические операции, лечебные и диагностические манипуляции» в остальном действуют Правила страхования.

УСЛОВИЯ
СТРАХОВАНИЯ РИСКА «КРИТИЧЕСКОЕ ЗАБОЛЕВАНИЕ (СОСТОЯНИЕ)»

1. По договору страхования, заключенному в соответствии с Правилами добровольного медицинского страхования и страхования жизни и здоровья и настоящими Дополнительными условиями, Страховщик предоставляет Застрахованному лицу страховую защиту по риску «Критическое заболевание (состояние)».

2. На страхование принимаются лица в возрасте до 65 лет. Если иное не предусмотрено договором, договор страхования автоматически прекращается при достижении Застрахованным лицом 65 лет. Страховщик вправе расширить возрастной предел для Застрахованного лица.

3. При заключении договора страхования Страховщик имеет право назначить потенциальному Застрахованному лицу медицинское освидетельствование в необходимом для определения степени риска объеме.

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

4. Страховым случаем является установление диагноза критического заболевания (состояния), предусмотренного Приложением 1 к настоящим Дополнительным условиям, впервые диагностированного (наступившего) у Застрахованного лица в период действия договора страхования (в т.ч. посмертно диагностированного), либо последствия такого заболевания или состояния.

Страховым случаем не является впервые диагностированное (наступившее) критическое заболевание (состояние), если оно явилось следствием предшествовавших заболеваний и/или операций, указанных в Приложении 1 к настоящим Дополнительным условиям.

5. Договором страхования может быть установлен период ожидания, до истечения которого диагностирование (наступление) критического заболевания (состояния) не будет расцениваться как страховой случай.

Независимо от данного периода ожидания отдельные периоды ожидания могут устанавливаться для конкретных заболеваний или состояний.

При пролонгации договора страхования период ожидания в отношении лица, застрахованного ранее по договору, может быть отменен по соглашению Сторон.

6. Датой наступления события, имеющего признаки страхового случая, является дата установления диагноза медицинским специалистом, имеющим необходимую квалификацию. Это событие не является страховым случаем, если оно наступило в течение установленного в договоре страхования периода ожидания.

7. Действие договора в части страхования риска «Критическое заболевание (состояние)» прекращается в 00 часов 00 минут дня, следующего за днем наступления страхового случая.

8. При наступлении события, имеющего признаки страхового случая, Страхователь (Застрахованное лицо) или иное лицо, действующее в его интересах, обязан:

8.1. сообщить Страховщику о случившемся любым доступным способом в течение 30 рабочих дней. Если Застрахованное лицо находилось на стационарном лечении, то сообщить Страховщику в течение 30 рабочих дней, следующих за днем:

- его выписки из стационара;
- перевода на амбулаторное лечение;
- перевода на инвалидность (присвоения категории «ребенок-инвалид»)

Договором страхования могут быть предусмотрены иные сроки уведомления Страховщика о событии, имеющем признаки страхового случая.

8.2. Для решения вопроса о признании наступившего с Застрахованным лицом события страховым случаем и о страховой выплате Страхователь (Застрахованное лицо, Выгодоприобретатель, наследники, законные представители Застрахованного лица) должен представить Страховщику:

8.2.1. заявление о страховой выплате установленного Страховщиком образца, с указанием следующих сведений:

- о договоре страхования/полисе, по которому предъявляется заявление (номер договора страхования/полиса, дата заключения договора страхования/полиса, срок страхования, программа страхования);

- о Застрахованном лице – ФИО, дата рождения, сведения о документе, удостоверяющем личность Застрахованного лица (наименование документа, серия и номер, орган, выдавший документ, дата выдачи документа);

- о Заявителе (Застрахованное лицо, Выгодоприобретатель, наследники, законные представители Застрахованного лица) - ФИО, дата рождения, сведения о документе, удостоверяющем личность Застрахованного лица (наименование документа, серия и номер, орган, выдавший документ, дата выдачи документа), почтовый адрес по месту прописки/фактического проживания, номер телефона, место работы и должность.

Если Выгодоприобретателем является юридическое лицо, то предоставляются сведения об организационно-правовой форме юридического лица, ИНН, сведения о государственной регистрации (дата государственной регистрации, наименование регистрирующего органа), адрес (место нахождения), указанный в ЕГРЮЛ, телефон/факс, сведения о лице, действующем от юридического лица.

- о событии, послужившем основанием для подачи Заявления о страховой выплате – дата, время и место события, обстоятельства наступления события, ФИО очевидцев/свидетелей события; ФИО врачей, проводивших первичное и последующее лечение, наименование и адреса медицинских учреждений; вид применяемого лечения.

- о способе получения страховой выплаты (через кассу Страховщика или перечислением с указанием полных банковских реквизитов).

При этом предъявляются документы, удостоверяющие личность заявителя, договор страхования (полис), акт о несчастном случае, составленный на предприятии (в случае получения производственной травмы), выписка из протокола органов внутренних дел (в случае, если несчастный случай стал следствием противоправных действий третьих лиц), а также:

8.2.2. документы, подтверждающие факт наступления страхового случая:

- медицинские документы лечебно-профилактического, клинического или иного лечебного учреждения, содержащие квалифицированное заключение специалиста в соответствующей области медицины (кардиолога, невропатолога, нефролога, онколога, кардиохирурга и т.д.);

-оригинал выписки из истории болезни (медицинской карты) Застрахованного лица, содержащей информацию об имевшихся у Застрахованного лица до заключения договора страхования профессиональных, общих хронических заболеваниях, злокачественных новообразованиях, в том числе заболеваниях крови (в случае установления инвалидности в результате заболевания);

- документы МСЭ (если имеются).

- для работающих Застрахованных лиц копия закрытых листков нетрудоспособности, заверенные отделом кадров с места работы (для учащихся – заверенная образовательным учреждением копия формы 095/у или документ, её заменяющий);

- копия Акта о несчастном случае на производстве (форма Н1) или копия Акта расследования несчастного случая по пути на/с работу/ы, заверенная отделом кадров (в случаях, если лицо считается застрахованным только на работе и по пути на/с работу/ы);

- оригинал документа (справка, Постановление), выданный соответствующим органом МВД, МЧС, прокуратуры, или копия документа, заверенная печатью МВД, МЧС, прокуратуры (в случае необходимости, а именно: ДТП, авиакатастрофы, пожара, противоправных действий и т.п.);

- заключение рентгенологического и/или ультразвукового исследования, компьютерной и/или магнитно-резонансной томографии в зависимости от характера травмы, подтверждающего поставленный диагноз.

9. Страховщик имеет право запросить дополнительные документы, необходимые для принятия окончательного решения о признании (непризнании) данного события страховым

случаем, а также проводить экспертизу представленных документов, подавать запросы в компетентные органы, самостоятельно выяснять причины и обстоятельства случившегося и совершать иные действия, направленные на выяснение причин и обстоятельств наступления события и принятие обоснованного решения в отношении этого события.

Непредставление документов в соответствии с настоящим разделом, а также дополнительно запрошенных Страховщиком, дает последнему право отказать в выплате страхового возмещения в части вреда, не подтвержденного такими документами.

10. Если событие произошло за пределами Российской Федерации, то Страховщику должны быть предоставлены медицинские документы, а так же документы компетентных органов, позволяющих установить факт наступления в период действия договора страхования страхового случая, определить характер повреждений, сроки лечения, лечебные и диагностические мероприятия с проставленным на них апостилем. Документы на иностранном языке предоставляются вместе с нотариально заверенным переводом. Расходы по сбору указанных документов и их переводу оплачивает Страхователь (Застрахованное лицо), Выгодоприобретатель.

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 (надорван, смят, стерт и т.д.), Страховщик вправе отложить решение о выплате до предоставления документов надлежащего качества.

11. Страховщик вправе потребовать проведения медицинской экспертизы и медицинского обследования Застрахованного лица в медицинских учреждениях, указанных Страховщиком, а Застрахованное лицо обязано их пройти.

12. Страховщик вправе отложить решение вопроса о страховой выплате в связи с развитием и диагностикой у Застрахованного лица критического заболевания (состояния) до получения от назначенного Страховщиком врача-эксперта заключения, подготовленного на основании представленных и дополнительно полученных медицинских документов.

13. Страховая выплата производится по первому установленному Застрахованному лицу в течение срока действия договора страхования диагнозу и осуществляется одновременно в размере страховой суммы по данному страховому риску Договором страхования может быть установлен иной размер страховой выплаты.

После осуществления Страховщиком страховой выплаты договор страхования прекращается (в данной части страхования по рису «Критические заболевания состояния» или полностью согласно условиям договора страхования) и в дальнейшем не возобновляется.

13. Если договором страхования не предусмотрено иное, в отношении страхования риска «Критическое заболевание (состояние)» в остальном действуют Правила страхования.

Приложение 1

к Дополнительным условиям № 6

ПЕРЕЧЕНЬ КРИТИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ (СОСТОЯНИЙ)

| Статья | Наименование критического заболевания | Определение критического заболевания |
|--------|---------------------------------------|--|
| 1 | РАК | Диагностированное врачом-специалистом (онкологом) новообразование, морфологически (гистологически) определенное и подтвержденное как злокачественное, с инвазивным ростом (и способностью к метастазированию (или без наличия метастазов, если это прямо оговорено в договоре страхования*)). Диагноз должен быть подтвержден данными инструментальных обследований (биопсия, специфические лабораторные маркеры). Исключения: <i>Из определения критического заболевания в целях настоящего страхования исключаются:</i> 1. Злокачественные опухоли кожи и меланома, максимальная толщина которой в соответствии с |

| | | |
|---|-------------------------|---|
| | | <p>гистологическим заключением меньше 1,5 мм или которая не превышает уровень T3N(0)M(0) по международной классификации TNM, гистологически подтвержденные с использованием метода Бреслоу;</p> <p>2. Любые предопухолевые заболевания;</p> <p>3. Карцинома <i>in situ</i> (преинвазивный или интраэпителиальный рак), в том числе шейки матки;</p> <p>4. Саркома Капоши и другие опухоли, связанные с ВИЧ-инфекцией или СПИДом;</p> <p>5. Рак предстательной железы стадии T1 (включая T1a и T1b) по классификации TNM;</p> <p>6. Базальноклеточная карцинома и плоскоклеточная карцинома;</p> <p>7. Папиллярная микрокарцинома щитовидной железы;</p> <p>8. Неинвазивный папиллярный рак мочевого пузыря, гистологически описанный как имеющий стадию TaN0M0 или меньше;</p> <p>9. Злокачественные опухоли любой локализации на стадиях: T0NxMx, TisNxMx, T0N0M0, TisN0M0, T1N0M0, при любой степени гистопатологической дифференцировки G.</p> <p>Договор страхования может предусматривать осуществление страховой выплаты в случаях, указанных в разделе «Исключения» настоящей Статьи.</p> <p>Примечание: Особые условия частичной страховой выплаты (далее – Особые условия)* могут быть предусмотрены договором страхования в зависимости от стадии рака, впервые диагностированного в течение срока страхования, на следующих условиях:</p> <p>1. Выплата в размере от 10 до 25% страховой суммы (процент страховой суммы указывается в договоре страхования)*: Злокачественные новообразования, диагностированные на любой стадии (по классификации TNM) и в любой локализации, включая все формы лейкозов и лимфом.</p> <p>2. Выплата в размере 50% страховой суммы**: Злокачественные новообразования, I-II стадии (злокачественные опухоли без отдаленных метастазов и без поражения регионарных лимфатических узлов по классификации TNM, от G2 до G4), а также хронические лейкозы и не злокачественные виды лимфом.</p> <p>3. Выплата в размере 100% страховой суммы***: Злокачественные новообразования, III-IV стадии (злокачественные опухоли III и IV стадии – опухоль с наличием отдаленных метастазов, с поражением или без поражения регионарных лимфатических узлов, любой степени G).</p> |
| 2 | ИНФАРКТ МИОКАРДА | <p>Диагностированное врачом-специалистом (кардиологом) остро возникшее состояние или обострение хронического заболевания, характеризующееся ишемическим некрозом сердечной мышцы, развивающимся в результате острой недостаточности коронарного кровообращения (несоответствие перфузии миокарда его потребностям) и проявляющееся следующими диагностическими критериями:</p> <ul style="list-style-type: none"> – Типичная боль в центральной части грудной клетки, возможно иррадиирующая в левую руку или лопатку, и – Новые изменения на ЭКГ <p>И повлекшее за собой обязательную госпитализацию и/или стационарное лечение сроком не менее 2 (двух) недель, подтвержденные документально. Диагноз должен быть подтвержден данными инструментальных обследований (ЭКГ, ЭХО-КГ, лабораторные показатели).</p> <p>Исключения: Из определения критического заболевания в целях настоящего страхования исключается:</p> <p>1. Инфаркт миокарда с увеличением показателей</p> |

| | | |
|---|-------------------------------------|--|
| | | <p>Тропонина I или T в крови без изменения сегмента ST;</p> <p>2. Стабильная/нестабильная стенокардия;</p> <p>3. Безболевого инфаркт миокарда и не-Q инфаркт миокарда во всех локализациях.</p> |
| 3 | ИНСУЛЬТ | <p>Диагностированное врачом-специалистом (неврологом) острое нарушение мозгового кровообращения, вследствие цереброваскулярной патологии, характеризующееся внезапным (в течение нескольких минут, часов) появлением очаговой и/или общемозговой неврологической симптоматики, сохраняющейся длительное время (более 3 (трех) месяцев) и приводящее к стойким неврологическим нарушениям (снижению) функции (как минимум одной) конечности.</p> <p>Оценка указанных состояний, может быть произведена не ранее чем через 3 (три) месяца после инсульта.</p> <p>Диагноз должен быть подтвержден данными инструментальных обследований (КТ, МРТ или аналогичными).</p> <p>Исключения: Из определения критического заболевания в целях настоящего страхования исключаются:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Транзиторная ишемическая атака; 2. Церебральные изменения как следствие неврологического дефицита, мигрени, гипоксии или травмы; 3. Травматическое повреждение головного мозга; 4. Лакунарные инсульты без неврологической симптоматики. |
| 4 | ПОЧЕЧНАЯ НЕДОСТАТОЧНОСТЬ | <p>Диагностированная врачом-специалистом (нефрологом) терминальная стадия хронической почечной недостаточности - патологический симптомокомплекс, обусловленный резким уменьшением числа и функции нефронов, что приводит к нарушению экскреторной и инкреторной функции обеих почек, расстройству всех видов обмена веществ, кислотно-щелочного равновесия, деятельности всех органов и систем организма, требующий регулярного проведения процедуры гемодиализа или трансплантации почки.</p> <p>Диагноз должен быть подтвержден данными инструментальных и лабораторных обследований.</p> <p>Исключения: Из определения критического заболевания в целях настоящего страхования исключаются:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Почечная недостаточность в стадии компенсации; 2. Почечная недостаточность в отсутствие необходимости в постоянном гемодиализе или трансплантации почки. |
| 5 | АОРТОКОРОНАРНОЕ ШУНТИРОВАНИЕ | <p>Рекомендованная и проведенная врачом-специалистом (кардиохирургом) операция аортокоронарного шунтирования (операция прямой реваскуляризации миокарда открытым доступом торакотомией или лапаротомией), заключающимся в наложении анастомозов между аортой и участком пораженной коронарной артерии) с целью коррекции стеноза или окклюзии одной или нескольких коронарных артерий.</p> <p>Необходимость проведения операции должна быть подтверждена результатами коронарной ангиографии.</p> <p>Исключения: Из определения критического заболевания в целях настоящего страхования исключаются все нехирургические методы воздействия</p> |

| | | |
|---|---|---|
| | | (вмешательства), в том числе: эндоскопические манипуляции, ангиопластика, лечение лазером и прочие интраартериальные техники. |
| 6 | ТРАНСПЛАНТАЦИЯ ЖИЗНЕННО ВАЖНЫХ ОРГАНОВ | <p>Рекомендованная врачом-специалистом (хирургом-трансплантологом) и перенесенная в качестве реципиента операция трансплантации органа (сердца, легкого, печени, поджелудочной железы (исключая трансплантацию только островков Лангерганса), костного мозга, почки) или органокомплекса, обусловленная финальной стадией органной недостаточности в связи с имевшимися ранее генетическими и метаболическими заболеваниями нарушившими нормальное функционирование органа.</p> <p>Исключения: Из определения критического заболевания в целях настоящего страхования исключается пересадка других органов, а также частей органов или тканей.</p> |
| 7 | ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ЗАБОЛЕВАНИЙ АОРТЫ | <p>Рекомендованное и проведенное врачом-специалистом (сосудистым хирургом/кардиохирургом) оперативное лечение, проведенное открытым доступом (торакотомией или лапаротомией) - с целью лечения хронического заболевания аорты (восстановления участка сужения, расслоения, обструкции или/и аневризмы грудного и брюшного отделов аорты, за исключением ветвей) посредством иссечения и замены дефектной части аорты трансплантатом.</p> <p>Операция должна быть обусловлена медицинскими показаниями специалиста – кардиолога и должна являться наиболее соответствующим данному случаю лечением.</p> <p>Исключения: Из определения критического заболевания в целях настоящего страхования исключаются: 1. Лечение, выполненное из «мини-доступов»; 2. Все малоинвазивные процедуры, такие как катетеризация, лазер, ангиопластика и другие эндоваскулярные технологии исследования и лечения.</p> |
| 8 | ПЕРЕСАДКА КЛАПАНОВ СЕРДЦА/ХИРУРГИЯ КС | <p>Рекомендованное и проведенное врачом-специалистом (кардиологом или кардиохирургом) оперативное лечение открытым доступом (торакотомией) с целью протезирования (полной замены) сердечного клапана вследствие развития стеноза или недостаточности или комбинации этих состояний для восстановления функции клапанов сердца.</p> <p>Диагноз должен быть подтвержден результатами инструментальных исследований, необходимых для диагностики данного заболевания.</p> <p>Исключения: Из определения критического заболевания в целях настоящего страхования исключаются: 1. Вальвулотомия; 2. Вальвулопластика; 3. Другие виды лечения, проводимые без пересадки (замены) клапанов.</p> |
| 9 | БАЛЛОННАЯ АНГИОПЛАСТИКА И КОРОНАРНОЕ СТЕНТИРОВАНИЕ, КОРОНАРНАЯ ДИЛАТАЦИЯ | <p>Рекомендованная и проведенная врачами-специалистами (кардиохирургом/кардиологом, сосудистым хирургом) операция чрезкожной транслюминальной баллонной ангиопластики и/или стентирование коронарных артерий для устранения стеноза или окклюзии двух и/или более коронарных артерий при степени стеноза каждой из коронарных артерий более 70% (семидесяти процентов). Необходимость проведения операции должна быть подтверждена результатами коронарной ангиографии с указанием степени стеноза коронарных артерий и медицинскими документами подтверждающими наличие признаков нестабильной стенокардии.</p> <p>Исключения: Из определения критического заболевания в целях</p> |

| | | |
|----|---|--|
| | | <p><i>настоящего страхования исключаются:</i></p> <ol style="list-style-type: none"> <i>1. Баллонная ангиопластика (дилатация) и/или стентирование одной коронарной артерии;</i> <i>2. Баллонная ангиопластика (дилатация) и/или стентирование коронарных артерий для устранения стеноза (сужения) менее 70% (семидесяти процентов) просвета коронарных артерий;</i> <i>3. Лазерное лечение (ангиопластика) коронарных артерий, другие нехирургические процедуры.</i> |
| 10 | КОРОНАРНАЯ или ЛАЗЕРНАЯ АТЕРЭКТОМИЯ | <p>Рекомендованная и проведенная врачами-специалистами (кардиохирургом/кардиологом, сосудистым хирургом) чрезкожная, транслюминальная коронарная операции по удалению атеросклеротических бляшек, являвшихся прямой причиной частичного (более 70% (семидесяти процентов) или полного стеноза двух и более коронарных артерий.</p> <p>Необходимость проведения операции должна быть подтверждена результатами коронарной ангиографии с указанием степени стеноза коронарных артерий и медицинским документами подтверждающими наличие признаков нестабильной стенокардии.</p> <p>Исключения: <i>Из определения критического заболевания в целях настоящего страхования исключаются:</i></p> <ol style="list-style-type: none"> <i>1. Коронарная или лазерная атерэктомия одной коронарной артерии;</i> <i>2. Коронарная или лазерная атерэктомия для устранения стеноза (сужения) менее 70% (семидесяти процентов) просвета коронарных артерий.</i> |
| 11 | АПЛАСТИЧЕСКАЯ АНЕМИЯ или ЗЛОКАЧЕСТВЕННАЯ АНЕМИЯ | <p>Диагностированное врачом-специалистом (гематологом) хроническое системное заболевание, характеризующееся стойким нарушением функции костного мозга в виде полной аплазии, что выражается анемией, нейтропенией и тромбоцитопенией, требующей одного или нескольких из следующих видов лечения:</p> <ul style="list-style-type: none"> – Заместительной трансфузионной терапии компонентов крови; – Применение препаратов, стимулирующих работу костного мозга; – Иммуносупрессивной терапии; – Трансплантации костного мозга. <p>Диагноз должен быть подтвержден результатами инструментальных исследований, включающих биопсию костного мозга.</p> |
| 12 | ВИЧ-ИНФИЦИРОВАНИЕ ВСЛЕДСТВИЕ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ (МЕДИЦИНСКОЙ) ДЕЯТЕЛЬНОСТИ | <p>Инфицирование Вирусом Иммунодефицита Человека (ВИЧ) или диагностика Синдрома Приобретенного Иммунодефицита (СПИД) как прямое следствие заражения в результате случайного и непреднамеренного происшествия, имевшего место в процессе выполнения стандартных профессиональных (медицинских) обязанностей, при этом сероконверсия ВИЧ-инфекции должна происходить в рамках 6 (шести) месяцев от момента заражения и учреждение, в котором произошло инфицирование, признает свою ответственность (или признано компетентными органами ответственным) по факту заражения Застрахованного.</p> <p>Застрахованный в обязательном порядке в течение 7 (семи) суток должен уведомить Страховщика о случае (прецеденте), который может привести к инфицированию и приложить отрицательный результат теста на ВИЧ, произведенный до этого случая.</p> <p>Исключения: <i>Из определения критического заболевания в целях настоящего страхования исключаются:</i></p> <ol style="list-style-type: none"> <i>1. Все остальные случаи инфицирования ВИЧ, включая инфицирование в следствии половых контактов;</i> <i>2. Введение лекарственных и наркотических</i> |

| | | |
|----|---|--|
| | | <p>препаратов без назначения врача.</p> <p>Примечание: Право на страховую выплату в связи с заражением ВИЧ в результате профессиональной деятельности утратится в случае, если будет обнаружен способ лечения СПИДа, или последствий инфицирования вирусом ВИЧ, или если появится медицинская процедура, позволяющая предотвратить развитие СПИДа.</p> |
| 13 | ВИЧ – ИНФИЦИРОВАНИЕ ВСЛЕДСТВИЕ ПЕРЕЛИВАНИЯ КРОВИ | <p>Инфицирование Вирусом Иммунодефицита Человека (ВИЧ) или диагностика Синдрома Приобретенного Иммунодефицита (СПИД) как прямое следствие проведенного по медицинским показаниям переливания крови у Застрахованного не являющегося больным гемофилией, при этом, учреждение, в котором было произведено переливание крови, ставшее причиной инфицирования, признает свою ответственность (или ответственность учреждения признана компетентными органами) по факту заражения Застрахованного.</p> <p>Исключения: <i>Из определения критического заболевания в целях настоящего страхования исключаются:</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Все остальные случаи инфицирования ВИЧ, включая инфицирование в следствии половых контактов; 2. Введение лекарственных и наркотических препаратов без назначения врача; 3. Все случаи инфицирования лиц больных гемофилией. <p>Примечание: Право на страховую выплату в связи с заражением ВИЧ в результате переливания крови утратится в случае, если будет обнаружен способ лечения СПИДа, или последствий инфицирования вирусом ВИЧ, или если появится медицинская процедура, позволяющая предотвратить развитие СПИДа.</p> |
| 14 | ПОЛИОМИЕЛИТ | <p>Диагностированное врачами специалистами (инфекционистом и неврологом) острое инфицирование полиовирусом с поражением серого вещества спинного мозга и развитием паралитического полиомиелита, сопровождающегося нарушением двигательных функций и дыхательной недостаточностью в течение подряд 3 (трех) месяцев.</p> <p>Окончательный диагноз должен быть подтвержден документально и результатами инструментальных исследований, доказывающих присутствие вируса полиомиелита и поражения серого вещества спинного мозга.</p> <p>Исключения: <i>Из определения Критического заболевания в целях настоящего страхования исключаются случаи:</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Заболевание любой другой формой полиомиелита, исключаяющей развитие поражения серого вещества спинного мозга и паралича; 2. Случаи развития паралича, не являющиеся следствием острого полиомиелита и инфицирования полиовирусом. |
| 15 | ПАРАЛИЧ | <p>Диагностированная врачом-специалистом (неврологом) полная и необратимая потеря двигательной функции двух и более конечностей по причине поражения, заболевания или травмы спинного мозга.</p> <p>Диагноз должен быть документально подтвержден результатами инструментальных исследований на протяжении более 3 (трех) месяцев.</p> <p>Исключения: <i>Из определения критического заболевания в целях настоящего страхования исключаются:</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Паралич при синдроме Гийена-Барре. 2. Следствия травмы, полученной Застрахованным в состоянии алкогольного опьянения 1 (одно) промилле и более, наркотического и токсического |

| | | |
|----|---------------------------|---|
| | | <i>опьянения.</i> |
| 16 | РАССЕЯННЫЙ СКЛЕРОЗ | <p>Диагностированное врачом-специалистом (неврологом) хроническое, прогрессирующее заболевание нервной системы с ремитирующим течением, характеризующееся демиелинизацией белого вещества головного и спинного мозга и одновременным поражением нескольких различных отделов нервной системы и проявляющееся как минимум одним из следующих обстоятельств:</p> <ul style="list-style-type: none"> – Присутствием неврологических нарушений, проявляющихся непрерывно в течение, по меньшей мере, шести месяцев; – Два и более документально подтвержденных эпизода с промежутками не менее одного месяца; – Один и более документально подтвержденный эпизод при наличии характерных изменений в цереброспинальной жидкости, в также результатов магниторезонансной томографии, специфическими для данного заболевания. <p>Диагноз должен быть подтвержден наличием типичных клинических симптомов характерных для демиелинизации и нарушений моторной и сенсорной функций, а также результатами инструментальных исследований (МРТ).</p> |
| 17 | БОЛЕЗНЬ ПАРКИНСОНА | <p>Диагностированное врачом-специалистом (неврологом) хроническое прогрессирующее дегенеративное заболевание центральной нервной системы с дегенерацией нейронов в области мозга, вызывающей снижение уровней дофамина в различных частях мозга и клинически проявляющееся нарушением произвольных движений в виде постоянной невозможности самостоятельно выполнять три и более элементарных бытовых действий:</p> <ul style="list-style-type: none"> – Мыться (способность самостоятельно 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 в пределах дома или в пределах этажа), самостоятельно регулировать экскреторные функции; – Есть/пить (но не готовить пищу). <p>Описанные состояния должны быть подтверждены медицинскими документами, по меньшей мере, в течение 3 (трех) месяцев.</p> <p>Исключения: <i>Из определения критического заболевания в целях настоящего страхования исключаются:</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Все формы болезни Паркинсона за исключением идиопатической или первичной формы болезни Паркинсона; 2. Все формы болезни Паркинсона поддающиеся медикаментозной коррекции и лечению. |
| 18 | МЫШЕЧНАЯ ДИСТРОФИЯ | <p>Диагностированное врачом-специалистом заболевание: мышечная дистрофия Дюшенна, Беккера, или конечностно-поясная мышечная дистрофия, проявляющиеся в виде постоянной невозможности самостоятельно выполнять три и более элементарных бытовых действий:</p> <ul style="list-style-type: none"> – Мыться (способность самостоятельно 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 в пределах дома или в пределах этажа), самостоятельно регулировать экскреторные функции; – Есть/пить (но не готовить пищу). <p>Описанные состояния должны быть подтверждены медицинскими документами, по меньшей мере, в течение 3 (трех) месяцев.</p> <p>Диагноз должен быть подтвержден результатами биопсии</p> |

| | | |
|----|---|---|
| | | мышцы со значением КФК. |
| 19 | ЗАБОЛЕВАНИЯ МОТОНЕЙРОНОВ | <p>Диагностированное врачом-специалистом (неврологом) заболевание вызванное дегенерацией или гибелью двигательных нейронов спинного и головного мозга, контролирующей двигательную активность и проявляющееся в состоянии полной прикованности к постели и неспособности подняться с кровати самостоятельно без посторонней помощи или постоянной невозможности самостоятельно выполнять три и более элементарных бытовых действий:</p> <ul style="list-style-type: none"> – Мыться (способность самостоятельно 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 в пределах дома или в пределах этажа), самостоятельно регулировать экскреторные функции. – Есть/пить (но не готовить пищу). <p>Описанные выше состояния должны быть подтверждены медицинскими документами, по меньшей мере, в течение 3 (трех) месяцев.</p> <p>Заболевание мотонейронов включает в себя спинальную мышечную атрофию, прогрессирующий бульбарный паралич, боковой амиотрофический склероз и первичный боковой склероз.</p> <p>Диагноз должен быть подтвержден результатами инструментальных обследований.</p> |
| 20 | БАКТЕРИАЛЬНЫЙ МЕНИНГИТ | <p>Диагностированное врачом-специалистом (неврологом и инфекционистом), острое воспаление оболочек головного и спинного мозга, проявляющееся характерными клиническими симптомами, приводящее к стойкой неврологической недостаточности и выражающееся состоянием полной прикованности к постели и неспособности подняться с кровати самостоятельно без посторонней помощи или постоянной невозможности самостоятельно выполнять три и более элементарных бытовых действий:</p> <ul style="list-style-type: none"> – Мыться (способность самостоятельно 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 в пределах дома или в пределах этажа), самостоятельно регулировать экскреторные функции; – Есть/пить (но не готовить пищу). <p>Описанные состояния должны быть подтверждены медицинскими документами, по меньшей мере, в течение 3 (трех) месяцев.</p> <p>Диагноз должен быть подтвержден результатами специфических инструментальных исследований (исследование крови и спинномозговой жидкости), КТ или МРТ головного мозга.</p> <p>Исключения: <i>Из определения критического заболевания в целях настоящего страхования исключаются:</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. <i>Бактериальный менингит, вызванный ВИЧ инфекцией;</i> 2. <i>Бактериальный менингит, возникший на фоне хронической инфекции, включая туберкулезную инфекцию.</i> |
| 21 | БОЛЕЗНЬ АЛЬЦГЕЙМЕРА (В ВОЗРАСТЕ ДО 65 ЛЕТ) | <p>Диагностированное врачом-специалистом (неврологом), подтвержденное результатами когнитивных и инструментальных исследований (компьютерная, магнитно-резонансная или позитронная эмиссионная томография головного мозга), дегенеративное заболевание центральной нервной системы, в возрасте до 65 (шестидесяти пяти) лет и характеризующееся</p> |

| | | |
|----|----------------------|---|
| | | <p>прогрессирующим снижением интеллекта, расстройством памяти и изменением поведения.</p> <p>Заболевание должно проявляться в постоянной невозможности самостоятельно выполнять три и более элементарных бытовых действий:</p> <ul style="list-style-type: none"> – Мыться (способность самостоятельно 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 в пределах дома или в пределах этажа), самостоятельно регулировать экскреторные функции; – Есть/пить (но не готовить пищу). <p>Или требовать наблюдения и постоянного присутствия специального персонала по уходу.</p> <p>Описанные выше условия должны быть подтверждены медицинскими документами, по меньшей мере, в течение 3 (трех) месяцев.</p> <p>Исключения: Из определения критического заболевания в целях настоящего страхования исключаются:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Деменция или болезнь Альцгеймера, вызванная употреблением алкоголя, наркотиков или лекарственных препаратов; 2. Деменция, вызванная поражениями ЦНС неорганического характера (например, неврозы или психические заболевания); 3. Деменция при Болезни Пика; 4. Деменция при системных заболеваниях (например, гипотиреозидизм, недостаточность витамина В12 или фолиевой кислоты, гиперкальциемия, нейросифилис, ВИЧ-инфекция, тяжелая органная недостаточность и др.); 5. Вторичная деменция, т.е. обусловленная иными причинами – общесоматическими заболеваниями (инфекционными, интоксикационными, метаболическими, эндокринными) или иными церебральными процессами (энцефалиты, травма головного мозга, субдуральная гематома и др.). |
| 22 | ПОТЕРЯ ЗРЕНИЯ | <p>Диагностированное врачом-специалистом (офтальмологом) клинически подтвержденное, впервые возникшее, необратимое состояние, характеризующееся неспособностью воспринимать зрительные стимулы, из-за патологических изменений в глазах, зрительных нервах или в головном мозге вследствие заболевания или травмы.</p> <p>Клинически установленная и подтвержденная медицинскими документами - способность к зрению, меньше, чем 3/60 (три шестидесятых) или сужение поля зрения до 10 (десяти) градусов.</p> <p>Диагноз должен быть документально подтвержден результатами инструментальных исследований на протяжении более 3 (трех) месяцев.</p> <p>Исключения: Из определения критического заболевания в целях настоящего страхования исключаются следствия травмы, полученной Застрахованным в состоянии алкогольного опьянения 1 (одно) промилле и более, наркотического и токсического опьянения.</p> |
| 23 | ПОТЕРЯ СЛУХА | <p>Диагностированное врачом-специалистом и подтвержденное данными инструментальных исследований состояние полной постоянной двухсторонней потере слуха со слуховым порогом более 90 дБ (девяносто децибел), наступившее вследствие острого заболевания или травмы.</p> <p>Диагноз должен быть установлен только при наличии результатов проведенного обследования, характерного для данного заболевания.</p> <p>Исключения: Из определения критического заболевания в целях настоящего страхования исключаются:</p> |

| | | |
|----|---|--|
| | | <p>1. Врожденная глухота;</p> <p>2. Синдром Ваарденбурга;</p> <p>3. Синдром Ашера, синдром Альпорта;</p> <p>4. Нейрофиброматоз типа II;</p> <p>5. Другие наследственные заболевания, сопровождающиеся глухотой;</p> <p>6. Следствия травмы, полученной Застрахованным в состоянии алкогольного опьянения 1 (одно) промилле и более, наркотического и токсического опьянения.</p> |
| 24 | ПОТЕРЯ РЕЧИ | <p>Диагностированная врачами-специалистами (отоларингологом и неврологом) полная и необратимая потеря способности говорить вследствие повреждения или заболевания голосовых связок, наличие которых должно быть документально подтверждено регулярными наблюдениями и осмотрами в течение 6 (шести) и более месяцев врачом-специалистом (отоларингологом).</p> <p>Исключения: Из определения критического заболевания в целях настоящего страхования исключается потеря речи психогенного характера.</p> |
| 25 | ДОБРОКАЧЕСТВЕННАЯ ОПУХОЛЬ ГОЛОВНОГО МОЗГА | <p>Диагностированная врачом-специалистом (неврологом) и подтвержденное данными инструментальных исследований (КТ или МРТ) опасная для жизни доброкачественная опухоль головного мозга, которая может быть растущей и неоперабельной, или удаление которой под общей анестезией, вызвало постоянное неврологическое расстройство, психическую симптоматику, припадки (в том числе эпилептические), двигательную или сенсорную недостаточность на протяжении более 3 (трех) месяцев и имеющее соответствующее документальное подтверждение.</p> <p>Исключения: Из определения критического заболевания в целях настоящего страхования исключаются:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Кисты головного мозга любой локализации; 2. Гранулемы; 3. Сосудистые мальформации и пороки развития сосудов; 4. Гематомы и кальцификаты; 5. Опухоли гипофиза и спинного мозга. |
| 26 | НЕЙРОХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ЗАБОЛЕВАНИЙ ЦНС И АРТЕРИЙ ГОЛОВНОГО МОЗГА | <p>Рекомендованное и проведенное врачом-специалистом (нейрохирургом) оперативное лечение, проведенное открытым доступом (краниотомией, трепанацией, ламинэктомией) – с целью лечения следующих заболеваний:</p> <ul style="list-style-type: none"> – артериальные аневризмы сосудов головного мозга (подтвержденные результатами КТ, МРТ и заключением сосудистого хирурга), – доброкачественные опухоли спинного мозга (подтвержденные результатами МРТ и наличием стойкой неврологической симптоматики более 3 (трех) месяцев), – злокачественные опухоли гипофиза (подтвержденные заключением эндокринолога и нейрохирурга, результатами МРТ или КТ и наличием соответствующей симптоматики). <p>Установленный диагноз должен быть подтвержден врачами специалистами и данными специальных методов исследования (КТ, МРТ) и др.</p> <p>Операция должна быть обусловлена медицинскими показаниями и являться наиболее соответствующим данному случаю лечением.</p> <p>Исключения: Из определения критического заболевания в целях настоящего страхования исключаются:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Операции на ЦНС проводимые эндоскопически или малоинвазивные процедуры; 2. Нейрохирургические операции при доброкачественных опухолях гипофиза; 3. Операции обусловленные наличием врожденной и приобретено патологии структур позвоночника |

| | | |
|----|--|--|
| | | (позвонков, межпозвонковых дисков) в т.ч. декомпрессионные при наличии неврологической симптоматики. |
| 27 | КОМА | <p>Диагностированное врачом-специалистом (неврологом), наиболее значительная степень патологического торможения центральной нервной системы, характеризующееся бессознательным состоянием, с отсутствием ответной реакции на окружающие внешние раздражители или внутренние потребности организма, сохраняющиеся на протяжении длительного промежутка времени (более 2 (двух) месяцев), с использованием систем жизнеобеспечения, по меньшей мере, в течение 96 (девятидесяти шести) часов подряд и более, и имеющее следствием постоянную неврологическую симптоматику. Диагноз должен быть подтвержден результатами осмотра и проведенного обследования, характерного для данного заболевания (оценка по шкале Глазго менее 8 (восемь) баллов).</p> <p>Исключения: Из определения критического заболевания в целях настоящего страхования исключается кома, вызванная или полученная на фоне употребления алкоголя, наркотиков или лекарственных препаратов.</p> <p>Примечание: Данное заболевание не может быть включено в договор страхования в список критических заболеваний вместе с заболеванием АПАЛЛИЧЕСКИЙ СИНДРОМ или ВЕГЕТАТИВНОЕ СОСТОЯНИЕ.</p> |
| 28 | АПАЛЛИЧЕСКИЙ СИНДРОМ или ВЕГЕТАТИВНОЕ СОСТОЯНИЕ | <p>Диагностированный врачом-специалистом комплекс психоневрологических расстройств, проявляющийся как полная утрата функций коры полушарий головного мозга, при сохранности основных вегетативных функций и функции ствола мозга. Возникшее состояние должно быть напрямую связано с полным органическим разрушением коры головного мозга, при сохранении структур ствола мозга. Окончательный диагноз должен быть подтвержден врачом-специалистом (нейрохирургом/неврологом), а также результатами специальных исследований (КТ, МРТ или позитронная эмиссионная томография головного мозга), типичными для данного заболевания. Данное состояние должно быть подтверждено медицинскими документами, подтверждающими отсутствие положительной динамики в течение 3 (трех) и более месяцев подряд.</p> <p>Исключения: Из определения критического заболевания в целях настоящего страхования исключается развитие состояния вызванного или полученного на фоне употребления алкоголя, наркотиков или лекарственных препаратов.</p> <p>Примечание: Данное заболевание не может быть включено в договор страхования в список критических заболеваний вместе с заболеванием КОМА.</p> |
| 29 | ОБШИРНЫЕ ОЖОГИ | <p>Диагностированное врачом-специалистом открытое повреждение или деструкция кожи, ее придатков, слизистых оболочек термическими, химическими, электрическими и радиационным факторами или сочетанными факторами.</p> <p>Обширными считаются ожоги:</p> <ul style="list-style-type: none"> – глубокие ожоги (по степени начиная с III) с площадью поражения более 20% (двадцати процентов) поверхности тела и требующие в обязательном порядке хирургического лечения и восстановления кожного покрова путем кожной пластики. – ожоги дыхательных путей II или III степени тяжести, обязательно сопряженные с развитием в течение 1 (одного) месяца полиорганной (сердечно-легочной) |

| | | |
|----|------------------------------|---|
| | | <p>недостаточности и тяжелой бронхопневмонии.</p> <p>– сочетанные ожоги, по степени тяжести соответствующие глубоким ожогам поверхности тела (начиная с IIIВ) и площадью поражения более 20% (двадцати процентов) поверхности тела, сочетающиеся с ожогами дыхательных путей II или III степени, в соответствии с определением указанным выше.</p> <p>Диагнозы должны быть подтверждены документально включая результаты измерения площади ожога определенным «Правилем девяток» (или с помощью аналогичного инструмента).</p> <p>Исключения: Из определения критического заболевания в целях настоящего страхования исключаются:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Ожоги, полученные в состоянии алкогольного опьянения 1 (одно) промилле и более, в состоянии наркотического и токсического опьянения, связанные с употреблением лекарственных препаратов без предписания врача; 2. Суицидальные и умышленные случаи; 3. Ожоги верхних дыхательных путей I или II степени не сопряженные с развитием полиорганной недостаточности и тяжелой бронхопневмонии; 4. Поверхностные ожоги (степенью до IIIВ); 5. Глубокие ожоги, степенью начиная с IIIВ с площадью поражения менее 20% (двадцати процентов) тела или соответствующие средней и легкой степени травмы по тяжести для жизни |
| 30 | ПОТЕРЯ КОНЕЧНОСТЕЙ | <p>Рекомендованная и проведенная врачом-специалистом (травматологом/хирургом) операция-ампутация обеих верхних конечностей или обеих нижних конечностей или одной верхней и одной нижней конечности в области выше уровня локтя или выше коленного сустава. Необходимость в проведении ампутации должна быть подтверждена документально. В случае ампутации по медицинским показаниям или в следствии заболевания, возникшего в период действия договора страхования* и подтвержден врачом-специалистом (травматологом/хирургом и сосудистым хирургом). В случае ампутации, необходимость которой возникла в результате несчастного случая, факт несчастного случая должен быть подтвержден соответствующими документами.</p> <p>Исключения: Из определения Критического заболевания в целях настоящего страхования исключаются:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Потеря конечностей, произошедшая на фоне или в результате употребления алкоголя, наркотиков или лекарственных препаратов, а так же потеря конечности в следствия травмы, полученной Застрахованным в состоянии алкогольного опьянения 1 (одно) промилле и более, наркотического и токсического опьянения; 2. Потеря конечности в следствии суицидальной попытки или умышленное причинение вреда здоровью. <p>*Диагноз заболевания, связанного с нарушением трофики конечности, должен быть установлен в период действия договора страхования и являться прямой причиной ампутации по медицинским показаниям, при отсутствии возможности к сохранению конечности.</p> |
| 31 | ТЯЖЕЛАЯ ТРАВМА ГОЛОВЫ | <p>Диагностированные врачами-специалистами (невролог и травматолог) тяжелые повреждение костей черепа или мягких тканей (ткани мозга, сосуды, нервы, мозговые оболочки), сопровождающаяся нарушением функций головного мозга и подтвержденная специалистом, а также результатами специальных исследований (КТ или МРТ головного мозга), и проявляющаяся длительным присутствием (более 3 (трех) месяцев подряд) указанной</p> |

| | | |
|----|--------------------------------------|--|
| | | <p>ниже симптоматики связанной с нарушением элементарных функций и вынужденным нахождением в лежачем положении при неспособности подняться с кровати самостоятельно без посторонней помощи или постоянной невозможности самостоятельно выполнять три и более элементарных бытовых действий:</p> <ul style="list-style-type: none"> – Мыться (способность самостоятельно 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 в пределах дома или в пределах этажа), самостоятельно регулировать экскреторные функции; – Есть/пить (но не готовить пищу). <p>Описанные выше состояния должны быть подтверждены медицинскими документами, по меньшей мере, в течение 3 (трех) месяцев.</p> <p>Исключения: Из определения критического заболевания в целях настоящего страхования исключаются:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Травмы головы, вызванные или полученные на фоне употребления алкоголя, наркотиков или лекарственных препаратов. 2. Следствия травмы, полученной Застрахованным в состоянии алкогольного опьянения 1 (одно) промилле и более, наркотического и токсического опьянения. |
| 32 | ЭНЦЕФАЛИТ | <p>Диагностированная врачом-специалистом (неврологом) группа заболеваний бактериальной, вирусной или иной этиологии, характеризующихся тяжелым течением, связанные с воспалением центральных структур головного мозга (полушарий головного мозга, ствола мозга или мозжечка), подтвержденное соответствующими специалистами и результатами исследований (анализом цереброспинальной жидкости, КТ или МРТ головного мозга).</p> <p>Заболевание должно иметь тяжелое течение, связанное с потерей возможности к самостоятельному выполнению трех и более элементарных бытовых действий (см ниже) и привести к значительным осложнениям, длящимся не менее 6 (шести) месяцев, которые включают в себя стойкие неврологические нарушения (слабоумие, эмоциональную лабильность, слепоту, глухоту, нарушения речи, гемиплегию или паралич) Перечень элементарных бытовых действий</p> <ul style="list-style-type: none"> – Мыться (способность самостоятельно 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 в пределах дома или в пределах этажа), самостоятельно регулировать экскреторные функции; – Есть/пить (но не готовить пищу). <p>Исключения: Из определения критического заболевания в целях настоящего страхования исключается энцефалит, развившийся на фоне ВИЧ-инфекции.</p> |
| 33 | МОЛНИЕНОСНЫЙ ВИРУСНЫЙ ГЕПАТИТ | <p>Диагностированная врачом-специалистом (гепатологом) тяжелая форма гепатита, сопровождающаяся обширным некрозом ткани печени, признаками острой печеночной недостаточности и печеночной энцефалопатии, не связанная с предшествующими хроническими заболеваниями печени.</p> <p>Диагноз должен быть подтвержден результатами инструментальных и медицинских исследований, при обязательном наличии следующих признаков:</p> <ul style="list-style-type: none"> – Некроз ткани печени, поражающий все доли печени, стремительное уменьшение размеров печени, |

| | | |
|----|---|--|
| | | <p>подтвержденное результатами соответствующих исследования (ультразвуковое исследование, КТ, МРТ, биопсия);</p> <ul style="list-style-type: none"> – Стремительно падающие показатели функции печени (значение альбумина <3,5 г/дл); – Нарастающая желтуха (показатель билирубина >2 мг/дл или >35 мкмоль/л). – Печеночная энцефалопатия; – Асцит средней и тяжелой степени тяжести. <p>Исключения: Из определения критического заболевания в целях настоящего страхования исключается развитие острого некроза ткани печени, признаков острой печеночной недостаточности и печеночной энцефалопатии вызванное употреблением алкоголя, наркотических или лекарственных препаратов.</p> <p>Примечание: Данное заболевание не может быть включено в договор страхования в список критических заболеваний вместе с заболеванием ТЕРМИНАЛЬНАЯ СТАДИЯ ЗАБОЛЕВАНИЯ ПЕЧЕНИ.</p> |
| 34 | ТЕРМИНАЛЬНАЯ СТАДИЯ ЗАБОЛЕВАНИЯ ПЕЧЕНИ | <p>Диагностированная врачом-специалистом (гепатологом) поражение печени тяжелой степени, приводящее к обширному некрозу ткани печени (циррозу), печеночной недостаточности и печеночной энцефалопатии.</p> <p>Диагноз должен соответствовать степени В или С по классификации Чайлд-Пью, а так же, в обязательном порядке, быть подтвержден результатами инструментальных и медицинских исследований, при обязательном наличии следующих признаков поражения печени соответствующих всем следующим критериям:</p> <ul style="list-style-type: none"> – Нарастающая и постоянная желтуха (показатель билирубина >2 мг/дл или >35 мкмоль/л); – Асцит средней и тяжелой степени тяжести. – Стремительно падающие показатели функции печени (значение альбумина <3,5 г/дл); – Печеночная энцефалопатия. <p>Исключения: Из определения критического заболевания в целях настоящего страхования исключается:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Стадия А цирроз по классификации Чайлд-Пью; 2. Развитие заболевания печени и/или цирроза вследствие употребления алкоголя, наркотических или лекарственных препаратов. <p>Примечание: Данное заболевание не может быть включено в договор страхования в список критических заболеваний вместе с заболеванием МОЛНИЕНОСНЫЙ ВИРУСНЫЙ ГЕПАТИТ.</p> |
| 35 | СИСТЕМНАЯ КРАСНАЯ ВОЛЧАНКА | <p>Диагностированная врачом-специалистом тяжелая форма течения впервые выявленного системного аутоиммунного заболевания соединительной ткани с преимущественным поражением почек («люпус-нефрит») и морфологическими изменениями ткани почек, соответствующими классу III, IV, V, VI в соответствии с классификацией ВОЗ.</p> <p>Исключения: Из определения критического заболевания в целях настоящего страхования исключаются все другие заболевания соединительной ткани, имеющие аналогичные клинические проявления.</p> |
| 36 | РЕВМАТОИДНЫЙ АРТРИТ | <p>Диагностированная врачом-специалистом (ревматологом) тяжелая форма течения впервые выявленного системного аутоиммунного заболевания соединительной ткани с преимущественным поражением мелких суставов, морфологическими изменениями ткани внутренних органов (почки, селезенка) и проявляющееся в постоянной невозможности самостоятельно выполнять три и более элементарных бытовых действий:</p> |

| | | |
|----|---|---|
| | | <p>– Мыться (способность самостоятельно мыться в душе или в ванне), одеваться (снимать или надевать на себя одежду, застегиваться или расстегиваться);</p> <p>– Соблюдать личную гигиену (пользоваться туалетом, поддерживать приемлемый уровень гигиены);</p> <p>– Подвижность (способность передвигаться в пределах дома или в пределах этажа), самостоятельно регулировать экскреторные функции;</p> <p>– Есть/пить (но не готовить пищу).</p> <p>Описанные выше состояния должны быть подтверждены медицинскими документами, по меньшей мере, в течение 3 (трех) месяцев подряд.</p> <p>Диагноз должен быть подтвержден заключением врача специалиста, подтверждающим наличие заболевания более 3 (трех) месяцев, результатами инструментальных и лабораторных исследований (показатели СОЭ, ревматоидный фактор, АЦЦП, анти-ЦЦП).</p> <p>Исключения: Из определения критического заболевания в целях настоящего страхования исключается:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Повторные ревматоидные атаки; 2. Другие заболевания суставов и соединительной ткани. <p>Примечание: Страховая выплата по данному заболеванию производится однократно, во время действия договора страхования и прекращает платежи, независимо от числа ревматоидных атак.</p> |
| 37 | КАРДИОМИОПАТИЯ | <p>Диагностированное врачом-специалистом (кардиологом) заболевание сердца (миокарда) характеризующееся поражением миокарда в отсутствии патологии коронарных артерий, артериальной гипертензии и поражений клапанного аппарата, подтвержденное результатами специальных исследований (эхокардиография). При этом должны наблюдаться нарушения функции желудочков, имеющие следствием недостаточность не ниже III функционального класса (ФК) по классификации Нью-Йоркской Ассоциации кардиологов (NYHA).</p> <p>Описанные выше состояния должны быть подтверждены медицинскими документами, по меньшей мере, в течение 3 (трех) месяцев.</p> <p>Исключения: Из определения критического заболевания в целях настоящего страхования исключаются:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Алкогольная кардиомиопатия (кардиомиопатия возникшая в результате токсического действия этанола на миокард), 2. Кардиомиопатия, вызванная приемом лекарственных, наркотических и токсических препаратов без назначения квалифицированным врачом. |
| 38 | ТЕРМИНАЛЬНАЯ СТАДИЯ ЗАБОЛЕВАНИЯ ЛЕГКИХ | <p>Диагностированное врачом-специалистом (пульмонологом) постоянное тяжелое поражение дыхательной системы с частичной утратой функции и требующее постоянной кислородной терапии, а также соответствующее всем нижеперечисленным критериям:</p> <p>– Стойкое снижение объема форсированного выдоха за одну секунду (ОФВ1, FEV1) до значений менее 1 литра (проба Тиффно).</p> <p>– Стойкое снижение парциального напряжения кислорода в артериальной крови (РаО2) до значений менее 55 мм Т.ст.</p> |
| 39 | САХАРНЫЙ ДИАБЕТ (I тип, инсулинозависимый) | <p>Диагностированное врачом-специалистом (эндокринологом) заболевание, характеризующееся абсолютной недостаточностью инсулина и требующее регулярной заместительной терапии, связанной с ежедневными (многократными) инъекциями инсулина.</p> <p>Наличие заболевание должно быть подтверждено медицинскими документами в течение, по меньшей мере, 3 (трех) месяцев, содержащими полный диагноз заболевания, описание истории заболевания, клинической картины и результатов лабораторных методов исследования.</p> |

| | | |
|----|---|--|
| | | <p>Исключения: Из определения критического заболевания в целях настоящего страхования исключаются:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Развитие заболевания в следствии употребления алкоголя, наркотических, токсических и лекарственных препаратов без назначения квалифицированным врачом; 2. Сахарный диабет II типа; 3. Несахарный диабет. |
| 40 | ЛУЧЕВАЯ БОЛЕЗНЬ | <p>Диагностированное врачом-специалистом (гематологом), впервые возникшее в течение срока действия страхования. поражение органов кроветворения, нервной системы, желудочно-кишечного тракта, других органов развившееся в результате одномоментного действия ионизирующего излучения в дозах, превышающих допустимые.</p> <p>Диагноз должен быть подтвержден документально в том числе результатами инструментальных и медицинских исследований и соответствовать одной или нескольким из указанных клинических форм:</p> <ul style="list-style-type: none"> – Костномозговая; – Кишечная; – Токсемическая (сосудистая); – Церебральная. <p>Исключения: Из определения критического заболевания в целях настоящего страхования исключаются диагностирование хронической лучевой болезни.</p> |
| 41 | ПЕРВИЧНАЯ ЛЕГОЧНАЯ ГИПЕРТЕНЗИЯ | <p>Диагностированное врачом-специалистом (кардиологом) в период действия договора страхования заболевание, характеризующееся повышением артериального давления в легочных артериях и легочных капиллярах с увеличением легочного кровотока или увеличением сопротивления легочных сосудов с развитием правожелудочковой недостаточности.</p> <p>Диагноз должен быть подтвержден результатами инструментальных исследований - измерения среднего давления в легочной артерии в покое при катетеризации сердца (20 мм рт.ст. и выше), результатами эхокардиографии и иметь документальное подтверждение наличия клинического проявления признаков гипертрофии правого желудочка или дилатации и признаков недостаточности правых отделов сердца, в течение 3 (трех) месяцев или более.</p> <p>Исключения: Из определения критического заболевания в целях настоящего страхования исключаются:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Любые формы заболевания имеющие документальное подтверждение менее 3 (трех) месяцев; 2. Развитие заболевания в следствии употребления алкоголя, наркотических, токсических и лекарственных препаратов без назначения квалифицированным врачом. |
| 42 | ПРОГРЕССИРУЮЩАЯ ИЛИ СИСТЕМНАЯ СКЛЕРОДЕРМИЯ | <p>Диагностированная врачом-специалистом (ревматологом) тяжелая форма течения впервые выявленного системного прогрессирующего заболевания, в основе которого лежит воспалительное поражение мелких сосудов всего организма, с последующими фиброзно-склеротическими изменениями кожи (маскообразность лица и изменения кожи конечностей), опорно-двигательного аппарата и внутренних органов (почек, сердца и легких) и развитием синдрома Рейно. Диагноз должен быть подтвержден результатами инструментальных и медицинских исследований и предоставлять документальное подтверждение наличия клинических проявлений более 3 (трех) месяцев.</p> <p>Исключения: Из определения критического заболевания в целях настоящего страхования исключаются все другие заболевания соединительной ткани имеющие</p> |

| | | |
|----|---|--|
| | | <i>аналогичные клинические проявления.</i> |
| 43 | ТУБЕРКУЛЕЗ | <p>Диагностированное врачом-специалистом (фтизиатром) инфекционное бактериальное заболевание, вызванное микобактерией туберкулеза (<i>Mycobacterium tuberculosis</i>), поражающее легкие и другие органы. Заболевание должно иметь одну из указанных форм:</p> <ul style="list-style-type: none"> – Гематогенный диссеминированный туберкулёз; – Острый милиарный туберкулёз; – Очаговый (ограниченный) туберкулёз; – Инфильтративный туберкулёз; – Казеозная пневмония; – Туберкулёма легких; – Кавернозный туберкулёз; – Фиброзно-кавернозный туберкулёз; – Цирротический туберкулёз <p>Диагноз, в обязательном порядке должен быть подтверждено медицинскими документами отражающими наличие указанной формы заболевания в течение 6 (шести) месяцев и более, и включающие данные инструментальных исследований (КТ и флюорография), результаты специфических проб (проба Манту), результаты лабораторных исследований (ВК+), результатами молекулярно-генетического анализа (метод ПЦР) и данные описывающие характерную клиническую картину (длительный кашель с мокротой и кровохарканьем, стойкая лихорадка, слабость, ночная потливость, значительное похудение).</p> <p>Исключения: Из определения критического заболевания в целях настоящего страхования исключаются:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Любые формы заболевания имеющие документальное подтверждение менее 6 (шести) месяцев или не потребовавшие назначения специфического лечения; 2. Любые формы заболевания не имеющие постоянного выделения возбудителя в окружающую среду и/или с периодическим выделением (ВК-). <p>Примечание: В числе документов на страховую выплату должны быть предоставлены направления или результаты прохождения специфического лечения в том числе хирургического.</p> |
| 44 | ГРАНУЛЕМАТОЗ (Гранулематоз Вегенера) | <p>Диагностированное врачом-специалистом аутоиммунное гранулематозное воспаление стенок сосудов, захватывающее мелкие и средние кровеносные сосуды: капилляры, вены, артериолы и артерии, с вовлечением верхних дыхательных путей, глаз, почек, лёгких и других органов.</p> <p>Диагноз должен быть подтвержден результатами инструментальных и лабораторных исследований, включая данные лабораторных исследований на наличие в крови классических антинейтрофильных цитоплазматических антител (кАНЦА) и подробным описанием формы заболевания (локальную и генерализованную) с указанием характерной и свойственной данному заболеванию клинической картины.</p> <p>Исключения: Из определения критического заболевания в целях настоящего страхования исключаются все другие заболевания соединительной ткани имеющие аналогичные клинические проявления.</p> |
| 45 | ИДИОПАТИЧЕСКИЙ ФИБРОЗИРУЮЩИЙ АЛЬВЕОЛИТ | <p>Диагностированное врачом-специалистом (пульмонологом) заболевание, характеризующееся диффузным поражением лёгочного интерстиция с последующим развитием пневмосклероза и дыхательной недостаточности, гипертензии малого круга кровообращения и лёгочного сердца.</p> <p>Диагноз должен быть подтвержден результатами инструментальных исследований (КТ, МРТ, бронхоальвеолярный лаваж или сканирование с галлием-</p> |

| | | |
|--|--|---|
| | | <p>67) с отображением наличия характерных признаков (картина «сотового лёгкого»), а так же подробным описанием клинической картины признаков дыхательной недостаточности (в том числе наличие аускультативного феномена-инспираторной крепитации сравнимое с "треском целлофана" или замком-молнией), легочного сердца (диффузный серо-пепельный цианоз, усиление II тона над легочной артерией, тахикардия, S3 галоп, набухание шейных вен, периферические отеки), снижение массы тел и характерной картины.</p> <p>Исключения: Из определения критического заболевания в целях настоящего страхования исключаются: 1. Другие заболевания легочной и соединительной ткани имеющие аналогичные клинические проявления.</p> |
|--|--|---|

ПРИЛОЖЕНИЕ №7
к Правилам добровольного медицинского
страхования и страхования жизни и здоровья

БАЗОВЫЕ ГОДОВЫЕ ТАРИФНЫЕ СТАВКИ
для секции Добровольное медицинское страхование
(в % от страховой суммы)

| Программа страхования | <i>Tb (руб. со 100 рублей страховой</i> |
|--|---|
| 1. Амбулаторно-поликлиническая помощь | 0.83 |
| 1.1. Стоматологическая помощь | 0.23 |
| 1.2. Поликлиническая помощь | 0.68 |
| 2. Стационарная помощь | 0.54 |
| 3. Медицинская реабилитация и санаторно-курортное лечение | 0.90 |
| 4. Обеспечение лекарственными средствами и изделиями медицинского назначения | 52.87 |
| 5. Медицинская транспортировка | 0.37 |
| 6. Врач офиса | 0.11 |
| 7. Личный/семейный врач | 0.21 |
| 8. Дородовое наблюдение за беременными в амбулаторных условиях | 33.92 |
| 9. Комплексное дородовое наблюдение за беременными | 35.46 |
| 10. Родовспоможение | 43.15 |
| 11. Высокие медицинские технологии | 0.13 |
| 12. Профилактика заболеваний | 0.30 |

При комбинации программ страхования (видов помощи) базовые тарифы суммируются. Страховщик вправе применять к базовым годовым тарифным ставкам повышающие и понижающие коэффициенты в зависимости от влияния различных факторов на степень страхового риска.

1.1. Поправочные коэффициенты³ в зависимости от состояние здоровья застрахованных лиц:

| Наименование медицинской программы | Группы здоровья ¹ | | |
|--|------------------------------|------|------|
| | Д-1 | Д-2 | Д-3 |
| 1. Амбулаторно-поликлиническая помощь | 1,00 | 1,70 | 2,20 |
| 2. Стационарная помощь | 1,00 | 1,75 | 2,65 |
| 3. Медицинская реабилитация и санаторно-курортное лечение | 0,55 | 1,00 | 1,90 |
| 4. Обеспечение лекарственными средствами и изделиями медицинского назначения | 1,00 | 1,70 | 2,35 |
| 5. Медицинская транспортировка | 1,00 | 1,65 | 2,18 |
| 6. Врач офиса | 0,80 | 1,03 | 1,89 |
| 7. Личный/семейный врач | 0,80 | 1,74 | 2,64 |
| 8. Дородовое наблюдение за беременными в амбулаторных условиях | 1,00 | 1,70 | 2,34 |
| 9. Комплексное дородовое наблюдение за беременными | 1,00 | 1,70 | 2,18 |
| 10. Родовспоможение | 1,00 | 1,74 | 2,64 |
| 11. Высокие медицинские технологии | 1,00 | 1,70 | 2,34 |
| 12. Профилактика заболеваний | 1,00 | 1,10 | 1,90 |

¹ Группа здоровья «Д-1» – в основном здоровые лица, не предъявляющие жалоб и не имеющие хронических заболеваний, обращающиеся в лечебно-профилактическое учреждение с профилактической и лечебно-диагностической целью в случае возникновения острого заболевания;

Группа здоровья «Д-2» – лица с установленным диагнозом хронического заболевания (или нескольких заболеваний) редко рецидивирующего или благоприятного течения;

Группа здоровья «Д-3» – лица, имеющие установленные диагнозы одного или нескольких хронических заболеваний с часто рецидивирующим течением.

1.2. Поправочные коэффициенты³ в зависимости от пола и возраста застрахованных лиц:

| | Возраст застрахованного лица, лет | | | | | | | | | | | | | | | | |
|------|-----------------------------------|------|------|------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|------|
| | < 1 | 1-2 | 3-4 | 5-9 | 10-14 | 15-17 | 18-24 | 25-29 | 30-34 | 35-39 | 40-44 | 45-49 | 50-54 | 55-59 | 60-64 | 65-69 | >69 |
| Муж. | 1,58 | 1,05 | 1,03 | 1,00 | 0,97 | 0,93 | 0,95 | 0,96 | 0,97 | 0,99 | 1,00 | 1,01 | 1,03 | 1,04 | 1,05 | 1,07 | 1,58 |
| Жен. | 1,56 | 1,02 | 1,01 | 0,98 | 0,95 | 0,92 | 0,95 | 0,96 | 0,97 | 0,99 | 1,00 | 1,01 | 1,02 | 1,03 | 1,04 | 1,05 | 1,56 |

1.3. Поправочные коэффициенты² в зависимости от срока страхования:

| до 3 мес. | от 3 до 6 мес. | 6 мес. | 7 мес. | 9 мес. | 10 мес. | 11 мес. |
|-----------|----------------|--------|--------|--------|---------|---------|
| 0,30 | 0,65 | 0,70 | 0,80 | 0,85 | 0,90 | 0,95 |

1.4. Поправочные коэффициенты в зависимости от ценового уровня ЛПУ:

| Уровень цен в ЛПУ | Диапазон ³ поправочного коэффициента |
|---------------------------|---|
| Низкая ценовая категория | [0,4 - 0,8] |
| Средняя ценовая категория | (0,8 - 4,0] |
| Высокая ценовая категория | (4,0 - 8,0] |

Страховщик производит котировку, исходя из среднего возраста застрахованных, и применяет поправочные коэффициенты с учетом характера распределения застрахованных лиц по ценовым категориям ЛПУ, группам здоровья и программам страхования.

1.5. Поправочные коэффициенты в зависимости от частоты изменения прейскуранта ЛПУ:

| Частота изменения прейскуранта ЛПУ | Диапазон ³ поправочного коэффициента |
|------------------------------------|---|
| Реже, чем один раз в 90 дней | [0,4 - 0,8] |
| Один раз в 31-90 дней | (0,8 - 4,0] |
| Один раз в 30 дней и чаще | (4,0 - 8,0] |

1.6. Поправочные коэффициенты в зависимости от фактического размера страховой суммы

Базовые тарифные ставки по всем программам страхования рассчитаны для базовых страховых сумм, указанных в нижеприведенной таблице.

| Программа страхования | Базовая страховая сумма |
|--|-------------------------|
| 1. Амбулаторно-поликлиническая помощь | 6 000 000 |
| 1.1. Стоматологическая помощь | 1 500 000 |
| 1.2. Поликлиническая помощь | 4 500 000 |
| 2. Стационарная помощь | 4 500 000 |
| 3. Медицинская реабилитация и санаторно-курортное лечение | 3 000 000 |
| 4. Обеспечение лекарственными средствами и изделиями медицинского назначения | 300 000 |
| 5. Медицинская транспортировка | 1 500 000 |
| 6. Врач офиса | 1 500 000 |
| 7. Личный/семейный врач | 1 500 000 |
| 8. Дородовое наблюдение за беременными в амбулаторных условиях | 3 000 000 |
| 9. Комплексное дородовое наблюдение за беременными | 3 000 000 |
| 10. Родовспоможение | 3 000 000 |
| 11. Высокие медицинские технологии | 1 500 000 |
| 12. Профилактика заболеваний | 1 000 000 |

Если фактическая страховая сумма отличается от базовой страховой суммы, то к тарифу применяется поправочный коэффициент:

| Отношение фактической страховой суммы по договору страхования к базовой страховой сумме | Диапазон поправочного коэффициента ³ |
|---|---|
| <1,00 | (1,00-9,90] |

² Установлены в соответствии с Правилами страхования (п. 7.4).

³ Установлены путем экспертных оценок.

| | |
|------------|---------------|
| 1,00-5,00 | (0,20-1,00] |
| 5,00-10,00 | (0,07-0,20] |
| >10,00 | [0,03-0,07] |

1.7. Поправочные коэффициенты в зависимости от характера производственной деятельности:

| Характер производственной деятельности | Поправочные⁴ коэффициенты |
|--|---|
| Добыча полезных ископаемых | 2,0 |
| Обрабатывающие производства | 1,6 |
| Производство и распределение электроэнергии, газа и воды | 1,5 |
| Строительство | 0,6 |
| Транспорт | 1,1 |
| Связь | 0,1 |
| Иное | 1,0 |

1.8. Поправочные коэффициенты в зависимости от региона страхования:

| Регион страхования | Поправочные⁵ коэффициенты |
|-----------------------------------|---|
| Центральный федеральный округ | 0,94 |
| Северо-Западный федеральный округ | 1,05 |
| Южный федеральный округ | 0,86 |
| Приволжский федеральный округ | 1,10 |
| Уральский федеральный округ | 1,05 |
| Сибирский федеральный округ | 1,05 |
| Дальневосточный федеральный округ | 1,00 |

2. БАЗОВЫЕ ГОДОВЫЕ ТАРИФНЫЕ СТАВКИ для секции Страхование жизни и здоровья

| СТРАХОВОЙ РИСК | | $t^{\text{б}}$ (годовой) |
|---|--------------------|--------------------------|
| | Выплаты: за 1 день | |
| <i>Временная утрата трудоспособности в результате несчастного случая/Временное расстройство здоровья Застрахованного лица в результате несчастного случая</i> | 0,2 % | 0.48 |
| <i>Временная утрата трудоспособности в результате несчастного случая/Временное расстройство здоровья Застрахованного лица в результате несчастного случая – и/или болезни</i> | 0,2 % | 0.81 |
| <i>Телесные повреждения, полученные Застрахованным лицом в результате последствий несчастного случая</i> | | 0,44 |
| <i>Постоянная утрата трудоспособности - инвалидность I, II, III группы, первично установленная в результате несчастного случая</i> | | 0.13 |
| <i>Категория «ребенок-инвалид», первично установленная в результате несчастного случая</i> | | 0.11 |
| <i>Пост. утрата трудоспособности - инвалидность I, II, III группы, первично установленная в результате несчастного случая и/или болезни /заболев.</i> | | 0.51 |
| <i>Категория «ребенок-инвалид», первично установленная в результате несчастного случая или болезни /заболевания</i> | | 0.32 |
| <i>Смерть застрахованного лица, наступившая в период действия договора страхования в результате несчастного случая</i> | | 0.41 |
| <i>Смерть застрахованного лица, наступившая в период действия договора страхования в результате несчастного случая и/или болезни/заболевания</i> | | 1,09 |
| <i>Стационарное лечение Застрахованного лица в результате несчастного случая и/или болезни</i> | | 0,55 |

⁴ Установлены на основе данных из стат. сборника "Здравоохранение в России 2007" (Таблицы 6.29, 6.30).

⁵ Установлены на основе данных из стат. сборника "Здравоохранение в России 2007" (Таблица 2.27).

| | | |
|---|-----------------------------------|-------------|
| <u>Хирургические</u> операции, лечебные и диагностические манипуляции | Выплаты: за 1 день или по таблице | |
| | 0,2 % | 0,59 |
| | По Таблице | 0,99 |
| <u>Критическое заболевание (состояние)</u> | | 0,61 |

Коэффициенты, применяемые к базовому тарифу

2.1. Поправочные коэффициенты к базовым страховым тарифам в зависимости от профессиональной деятельности (К1):

| Профессия / специальность | Коэффициент (К1) |
|---|------------------|
| 1 категория – сидячие профессии с редкими перемещениями; профессии, связанные с контролем физического и ручного труда; рабочие фабрик малой степени риска (агент по недвижимости, агент страховой, архитектор, бухгалтер, врач, дизайнер, инженер, кассир (кроме кассиров обменного пункта), менеджер, массажист, косметолог, переводчик, программист, продавец, секретарь, фотограф и т.п.) | 1,0 |
| 2 категория – работники ручного труда в мастерских и на промышленных предприятиях; работники физического труда; охранники; водители (автомеханик, археолог, ветеринарный врач, водитель, геодезист, животновод, заправщик, инструктор по автовождению, рабочие на металлорежущих, деревообрабатывающих станках, крановщик, монтажник/сборщик (кроме высотных работ), машинист, сторож, охранник, оператор котельни, пекарь, кинолог, токарь, спортивный инструктор, фермер т.п.) | 1,5 |
| 3 категория – профессии повышенной степени риска (водолаз, геолог, инкассатор, каскадер, кассир обменного пункта, крановщик, монтажник на высотных работах, летчик, пиротехник, пожарный, полицейский, промышленный альпинист, спасатель, стюард/ стюардесса, строитель, электромонтер и т.п.) | 2,0 |
| 4 категория – профессии особо высокой степени риска Работники, связанные с производством, испытанием, использованием и хранением взрывчатых, отравляющих, ядовитых веществ и газов, пиротехники и т.п. | 2,5 |

2.2. Поправочные коэффициенты к базовым страховым тарифам в зависимости от занятости Застрахованным лицом профессиональным спортом (К2):

| Занятость в профессиональном спорте | Коэффициент (К2) |
|---|------------------|
| Лицо не занимается спортом, либо занимается спортом не профессионально (любительский спорт) | 1,00 |
| Лицо занимается профессиональным видом (видами) спорта | 2,00 |

2.3. Поправочные коэффициенты к базовым страховым тарифам в зависимости вида спорта, которым занимается Застрахованное лицо (К3):

| № группы | Степень риска | Любительский спорт | Коэффициент (К3) |
|----------|--|--|------------------|
| I | Низкая | Бадминтон, бильярд, гольф, городки, дартс, настольный теннис, плавание, радиоспорт, ракетомодельный спорт, спортивное ориентирование, судомодельный спорт, шахматы, шашки и т.п. | 1,10 |
| II | Средняя | Акробатика, армспорт, баскетбол, батут, бейсбол, биатлон, большой теннис, виндсерфинг, велоспорт, водное поло, волейбол, гандбол, гребля, конькобежный спорт, конный спорт, легкая атлетика, лыжные гонки, мини-футбол, парусный спорт, пейнтбол, прыжки в воду, спортивный туризм, стрельба, танцевальный спорт, фехтование, фигурное катание, футбол, футзал, хоккей на траве, художественная гимнастика и т.п. | 1,25 |
| III | Высокая | Бокс, все виды борьбы и восточных единоборств, горнолыжный спорт, многоборье, рукопашный бой, сноуборд, спортивная гимнастика, тяжелая атлетика, хоккей с шайбой, и т.п. | 1,50 |
| IV | Очень высокая | Дельтапланеризм, альпинизм, регби, скалолазание, подводные и подземные виды спорта, прыжки с трамплина, прыжки с парашютом, автототоспорт, фристайл-акробатика, планеризм и т.п. | 1,90 |
| V | Любые виды спорта, профессиональный спорт, участие в официально проводимых соревнованиях | Занятия спортом, относящиеся хотя бы к одному из перечисленных ниже критериев: - профессиональный спорт – занятия спортом, направленные на организацию и проведение спортивных соревнований, за участие в которых и подготовку к которым в качестве своей основной деятельности спортсмены получают вознаграждение от организаторов таких соревнований и/или заработную плату; - любые виды любительского спорта, не вошедшие в группы I и 4; - участие в официально проводимых соревнованиях | 2 |

2.4. Поправочные коэффициенты к базовым страховым тарифам в зависимости от периода ответственности (К4):

| Период ответственности | Коэффициент (К4) |
|--|------------------|
| 24 часа в сутки | 1,00 |
| В период выполнения служебных обязанностей, исключая дорогу | 0,40-1,00 |
| В период выполнения служебных обязанностей, включая дорогу | 0,50-1,00 |
| Во время поездки | 0,45-1,00 |
| В период занятия спортом | 0,05-5,00 |
| При иных периодах ответственности, указанных в договоре страхования (во время нахождения на определенной территории, в определенный период времени или при условии наступления иных обстоятельств, указанных в договоре) | 0,10-5,00 |

2.5. Поправочные коэффициенты в зависимости от процента выплаты от страховой суммы за каждый день нетрудоспособности

| Процент выплаты от страховой суммы за каждый день нетрудоспособности, % | Коэффициент (К5) |
|---|------------------|
| 0,10 | 0,80 |
| 0,20 | 1,00 |
| 0,30 | 1,20 |
| 0,40 | 1,60 |
| 0,50 | 2,00 |
| 0,60 | 2,40 |
| 0,70 | 2,80 |
| 0,80 | 3,20 |
| 0,90 | 3,60 |
| 1,00 | 4,00 |
| 1,50 | 4,20 |
| 2,00 | 4,80 |

2.6. Поправочные коэффициенты в зависимости от пола и возраста Застрахованного лица

| Возраст Застрахованного лица | Коэффициент (К6) | | |
|------------------------------|------------------|------------------|--------------------|
| | Мужчины | Женщины | Независимо от пола |
| До 45 лет включительно | 1,00 | 0,92 | 1,00 |
| 45 – 50 лет | [1,01.....2,00] | [1,00.....1,50] | [1,00.....1,80] |
| 51 – 55 лет | (2,00.....3,20] | (1,50.....2,00] | (1,80.....2,40] |
| 56 – 60 лет | (3,20.....4,70] | (2,00.....2,60] | (2,40.....4,40] |
| 60 – 75 лет | (4,60.....5,60] | (2,60.....5,00] | (4,40.....5,20] |
| Более 75 лет | (5,60.....10,00] | (5,00.....10,00] | (5,20.....10,00] |

3. Иные поправочные коэффициенты в зависимости от условий и факторов, влияющих на степень страхового риска

3.1. При установлении в договоре отдельных страховых сумм по рискам общий размер страховой премии по договору страхования определяется суммированием страховых премий, полученных умножением отдельных страховых сумм на соответствующие страховые тарифы по каждому застрахованному риску. Если по двум и более рискам в договоре страхования установлена единая страховая сумма, то соответствующие базовые тарифы суммируются, и к их сумме может применяться поправочный коэффициент (0,9 – 1,1), учитывающий одновременное действие данных рисков на застрахованное лицо при единой страховой сумме. При этом общий размер страховой премии по договору страхования определяется умножением единой страховой суммы на страховой тариф по совокупности рисков, указанных в договоре страхования.

3.2. При страховании на несколько дней (например, на срок от 1 до 14 дней: на время командировок, спортивных соревнований, общественных и других краткосрочных мероприятий) страховая премия рассчитывается по формуле:

$$П = \frac{П_{Г} \cdot t}{365} \cdot К,$$

где $П_{Г}$ – страховая премия за 1 год страхования, рассчитанная на нормальную степень страхового риска;

t – количество дней страхования; $К$ – поправочный коэффициент (0,1-10,0), учитывающий специфические факторы риска: регион и условия пребывания, характер спортивных, общественных и иных мероприятий, дальность и другие характеристики поездки, виды используемого транспорта, прочие существенные компоненты риска.

3.3. Если страховая сумма в договоре страхования устанавливается неагрегатной, то к базовым тарифным ставкам следует применять поправочный коэффициент 1,2.

3.4. В соответствии с Правилами страхования, страховая премия может уплачиваться единовременно или в рассрочку. При уплате страховой премии в рассрочку к базовому страховому

тарифу применяется повышающий коэффициент (1,01-1,2), зависящий от инфляционных ожиданий, срока страхования, количества и сроков платежей.

3.5. При заключении договора страхования с франшизой размер страховой премии уменьшается на 0,5 - 10% в зависимости от вида и размера франшизы.

3.6. Коэффициенты для поощрения стажа договора (при отсутствии выплат) установлены на основе результатов анализа соответствующей практики страховых компаний и представлены в следующей таблице:

| Стаж договора | на 2-й год | на 3-й и более годы |
|---------------------------------------|------------|---------------------|
| Коэффициент к базовой тарифной ставке | 0,95 | 0,9 |

3.7. Если при заключении договора страхования доля вознаграждения за заключение договора страхования (КВ) не равна среднему значению КВ по портфелю, определенному расчетной структурой тарифной ставки, то применяется система поправочных коэффициентов к страховым тарифам за счет изменения доли вознаграждения за заключение договора страхования (КВ) в структуре брутто-премии:

| | | | | | | | | | | |
|---|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|
| Доля КВ в структуре тарифной ставки, в % | 0 | 5 | 10 | 15 | 20 | 25 | 30 | 35 | 40 | 45 |
| Размер коэффициента | 0,40 | 0,48 | 0,50 | 0,55 | 0,60 | 0,65 | 0,70 | 0,75 | 0,80 | 0,85 |
| Доля КВ в структуре тарифной ставки, в % | 50 | 55 | 60 | 65 | 70 | 75 | 80 | 85 | 90 | 95 |
| Размер коэффициента | 0,90 | 0,96 | 1 | 1,22 | 1,35 | 1,55 | 1,70 | 1,9 | 1,95 | 2,0 |

3.8. Помимо этого, страховщик вправе применять к базовой тарифной ставке поправочный коэффициент (0,05 – 10,0), определяемый на основе андеррайтерской оценки статистики несчастных случаев и заболеваемости населения на территории проживания застрахованного лица, его пола, возраста, профессии, характера увлечений, состояния здоровья, условий проживания, времени действия страховой защиты, порядка расчета и размера страховой выплаты, перечня травм, по которым производится страховая выплата, количества лиц, застрахованных по одному договору и других обстоятельств.

3.9. С целью окончательного выравнивания обязательств страхователя с обязательствами страховщика в отдельно взятом договоре страхования, андеррайтер дополнительно оценивает максимально-возможный относительный убыток - Possible maximum loss (PML/S^*) по конкретному договору страхования, где S^* - страховая сумма в конкретном договоре страхования. Результат оценки сопоставляется с отношением средней выплаты к средней страховой сумме $\zeta = (S_v / S)$, рекомендованным Методикой расчета тарифных ставок по рисковому видам страхования, утвержденной распоряжением Росстрахнадзора от 8 июля 1993 г. N 02-03-36. для применения в имущественном страховании. В результате получается уточняющий поправочный коэффициент:

$$K = \frac{PML}{S^* \cdot \zeta}$$

Итоговый фактический тариф Т рассчитывается путем умножения базового тарифа на значения поправочных коэффициентов, учитывающих влияние совокупности факторов на степень страхового риска.

ПРИЛОЖЕНИЕ № 8
к Правилам добровольного медицинского страхования
и страхования жизни и здоровья
(образец проекта)

ЗАЯВЛЕНИЕ - МЕДИЦИНСКАЯ АНКЕТА
КАНДИДАТА НА СТРАХОВАНИЕ

1. **Ф.И.О. СТРАХОВАТЕЛЯ** (инициатора страхования) _____
 2. **Паспортные данные №** _____ **выдан** _____
 3. **Адрес регистрации** _____, **тел.** _____
 4. **Ф.И.О. КАНДИДАТА НА СТРАХОВАНИЕ** _____
 5. **Наименование лечебного учреждения** (в котором хотели бы застраховаться) _____

(!далее данные заполняются на кандидата на страхование)

- Пол _____ Дата рождения _____ Рост _____ см Вес _____ кг
 6. **Фактическое место жительства** (город, район, улица, дом, квартира, подъезд, этаж, код, телефон) _____
 7. **Страховались ли Вы ранее, если «Да», то укажите:**
 Наименование страх. компании _____, срок страхования с _____ по _____
 Наименование _____
 поликлиники _____,
 больницы _____
 8. **Дата и заключение врача** Вашей консультации или обследования в течение последних 12 месяцев:

| Специальность врача | Лечебное учреждение | Дат а | Заключение специалиста |
|------------------------|------------------------|-------|------------------------|
| | | | |
| | | | |

9. **Проходили ли Вы стационарное лечение за последние 5 лет, если «Да», то укажите:**

| Лечебное учреждение | отделение | Дата (месяц, год) | Диагноз | Название операции |
|------------------------|-----------|-------------------------|---------|-------------------|
| | | | | |
| | | | | |

10. **Рекомендован ли Вам прием каких-либо лекарственных препаратов, если «Да», укажите:**

| Заболевание | Название препарата | Дата назначения (месяц, год) | Доза |
|-------------|--------------------|---------------------------------|------|
| | | | |
| | | | |
| | | | |

11. **Рекомендовано ли Вам постоянное (диспансерное) наблюдение врача, если «Да», укажите:**

Специальность врача (ей) _____, с какого времени _____, по поводу какого заболевания _____

12. **Были ли у Вас ранее выявлены следующие заболевания, если «Да», то укажите диагноз:**

Опухоли (доброкачественная, злокачественная) _____, когда установлен _____

Болезни крови _____, когда установлен _____

Диабет _____, когда установлен _____

Гипертония _____, когда установлен _____

Туберкулез _____, когда установлен _____

Бронхиальная астма _____, когда установлен _____

Мочекаменная болезнь _____, когда установлен _____

13. **Имеете ли Вы или имели в прошлом группу инвалидности, если «Да», укажите:**

Причину инвалидности _____

Группу инвалидности _____

Дату установления _____

Дату снятия _____

14. Помимо вышеуказанных, были ли у Вас другие симптомы заболеваний, расстройств, травм, по поводу которых Вы лечились у врача, если «Да», то с изменениями в каких органах или системах это связано:

Сердце и сосуды _____

Легкие и грудная клетка _____

Мозг и нервная система _____

Печень поджелудочная железа, желчный пузырь, пищевод, желудок, кишечник и прямая кишка _____

Почки, мочевой пузырь, предстательная железа и органы малого таза _____

Череп, позвоночник, суставы, кости _____

Уши, носоглотка, глаза _____

15. Имеете ли Вы иные патологические изменения в организме (кроме перечисленных выше), которые были выявлены у Вас при обследовании за последние 5 лет?

16. Имели ли Вы ранее или имеете сейчас профессиональные вредности на работе, если «Да», укажите: какие _____

При выявлении хронического заболевания, не отмеченного в анкете, но существовавшего до момента заключения договора страхования, Страховщик имеет право приостановить действие страхового полиса.

Я, _____, информирован и согласен с тем, что в случае предоставления мной в анкете неверной информации или сокрытия данных о состоянии моего здоровья, Страховщик вправе изменить объем ответственности по оплате медицинских услуг, предусмотренных страховым полисом, в соответствии с изменившимися обстоятельствами.

Я настоящим заявлением разрешаю любому врачу медицинских учреждений, имеющих информацию о моей истории заболеваний, моем физическом и психическом состоянии, диагнозе, лечении и прогнозе, предоставлять ее в случае необходимости в распоряжение врача-эксперта страховой компании.

Я разрешаю использовать эту информацию только для решения вопросов, связанных с Договором добровольного медицинского страхования.

Подпись кандидата на страхование: _____

В соответствии с ФЗ РФ от 27.07.2006 г. № 152-ФЗ «О персональных данных»,

Я _____ даю своё согласие ПАО «САК «ЭНЕРГОГАРАНТ» на обработку (любые действия (операции) с моими персональными данными, включая сбор, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), использование, распространение (в том числе передачу), обезличивание, блокирование, уничтожение персональных данных) своей волей и в своем интересе.

Обработка моих персональных данных будет осуществляться с целью исполнения договора страхования, застрахованным лицом по которому я являюсь, в течение срока с момента подписания настоящего заявления и не позднее 5 (пяти) лет после прекращения договора страхования.

Перечень персональных данных на обработку которых я даю своё согласие: любая информация относящаяся ко мне, в том числе мои фамилия, имя, отчество, год, месяц, дата и место рождения, адрес, семейное, социальное, имущественное положение, профессия, доходы, другая информация. Настоящее согласие на обработку персональных данных может быть отозвано мной путем направления письменного заявления в ПАО «САК «ЭНЕРГОГАРАНТ».

Подпись кандидата на страхование: _____

Подпись Страхователя: _____

Дата: « _____ » _____ 20__ г.

Представитель

Страховщика: _____ / _____ /

Примечание: При отсутствии положительных ответов, просьба, в соответствующих графах отвечать «**Нет**».

ПРИЛОЖЕНИЕ № 9
к Правилам добровольного медицинского страхования
и страхования жизни и здоровья
(образец проекта)

МЕДИЦИНСКАЯ АНКЕТА ДЛЯ ДЕТЕЙ
(заполняется родителями)

1. **Ф.И.О. СТРАХОВАТЕЛЯ (инициатора страхования/родителя)** _____

2. Паспортные данные № _____ выдан кем _____ дата выдачи _____

3. **Ф.И.О. РЕБЕНКА** _____

4. Пол _____ Дата рождения _____ Рост _____ см Вес _____ кг

5. Место жительства (город, улица, дом, квартира, код, домашний телефон) _____

6. Был ли застрахован ребенок ранее, если «Да», укажите:

- Наименование с/компании: _____

- Наименование поликлиники: _____

7. Имеются ли хронические заболевания у родителей, если «Да», укажите:

У отца: _____

у матери: _____

8. Болел ли ребенок острыми и инфекционными болезнями, если «Да», укажите какими, в каком возрасте: _____

9. Имеются ли у ребенка хронические заболевания, если «Да», укажите:

а) какое: _____

б) в каком лечебном учреждении наблюдается: _____

в) каким специалистом: _____

10. Укажите дату последней консультации ребенка врачом: _____

Заключение: _____

11. Дата и заключение врача Вашей консультации или обследования в течение последних 12 месяцев:

| Специальность врача | Лечебное учреждение | Дата | Заключение специалиста |
|---------------------|---------------------|------|------------------------|
| | | | |
| | | | |
| | | | |

12. Находился ли ребенок в стационаре за последние 2 года, если «Да», то укажите:

| Лечебное учреждение | отделение | Дата (месяц, год) | Диагноз | Название операции |
|---------------------|-----------|-------------------|---------|-------------------|
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

13. Получает ли ребенок в настоящее время каких-либо лекарственных препараты, если «Да», укажите:

| Заболевание | Название препарата | Дата назначение (месяц, год) | Доза |
|-------------|--------------------|------------------------------|------|
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

14. Проведены ли ребенку профилактические прививки:

а) Соответственно возрасту: _____

б) Имелся ли длительный постоянный медицинский отвод от прививок, если «Да», укажите причины: _____

Имеет или имел в прошлом ребенок группу инвалидности, если «Да», укажите:

причину инвалидности _____

группу инвалидности _____

дату установления _____

дату снятия _____

При выявлении хронического заболевания, не отмеченного в анкете, но существовавшего до момента страхования, Страховщик оставляет за собой право приостановить действие страхового полиса. Если при анализе Ваших ответов у эксперта возникнут вопросы о состоянии Вашего здоровья, при согласии с Ваше стороны, ребенку может быть проведено дополнительное медицинское обследование в лечебном учреждении за Ваш счет.

Я, отец (мать) ф.и.о. _____, информирован(а) и согласен(на) с тем, что в случае предоставления мной в анкете неверной информации или сокрытия данных о состоянии здоровья моего ребенка, Страховщик вправе изменить объем ответственности по оплате медицинских услуг, предусмотренных страховым полисом., в соответствии с изменившимися обстоятельствами.

Я настоящим заявлением разрешаю любому врачу или другим медицинским работникам медицинских учреждений, имеющих информацию о физическом и психическом состоянии, диагнозе, лечении и прогнозе заболеваний моего ребенка, предоставлять ее в случае необходимости в распоряжение врача-эксперта страховой компании.

Я разрешаю Страховщику использовать эту информацию только для решения вопросов, связанных с исполнением Договора добровольного медицинского страхования.

В соответствии с ФЗ РФ от 27.07.2006 г. № 152-ФЗ «О персональных данных»,

Я, _____ даю своё согласие ПАО «САК «ЭНЕРГОГАРАНТ» на обработку (любые действия (операции) с персональными данными моего ребенка, включая сбор, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), использование, распространение (в том числе передачу), обезличивание, блокирование, уничтожение персональных данных) своей волей и в своем интересе.

Обработка персональных данных моего ребенка будет осуществляться с целью исполнения договора страхования, застрахованным лицом по которому он является, в течение срока с момента подписания настоящего заявления и не позднее 5 (пяти) лет после прекращения договора страхования.

Перечень персональных данных на обработку которых я даю своё согласие: любая информация относящаяся к моему ребенку, в том числе его фамилия, имя, отчество, год, месяц, дата и место рождения, адрес, другая информация.

Настоящее согласие на обработку персональных данных может быть отозвано мной путем направления письменного заявления в ПАО «САК «ЭНЕРГОГАРАНТ».

Подпись Страхователя (отец, мать): _____

Дата: « _____ » _____ 20__ г.

Представитель

Страховщика: _____ / _____ /

Примечание: При отсутствии положительных ответов, просьба, в соответствующих графах отвечать «**Нет**».

ПРИЛОЖЕНИЕ № 10
к Правилам добровольного медицинского страхования
и страхования жизни и здоровья
(образец проекта)

ДОГОВОР № _____.
ДОБРОВОЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ

г. Москва

" ____ " ____ 20__ г.

ПАО «Страховая акционерная компания «ЭНЕРГОГАРАНТ», лицензия СЛ № 1834 от 01.02.2016 г., выданная ЦБ РФ, именуемое в дальнейшем Страховщик, в лице _____, действующего на основании _____, с одной стороны, и _____, именуемое в дальнейшем Страхователь, в лице _____, действующего на основании _____, с другой стороны, заключили на основании Заявления на страхование настоящий Договор о нижеследующем:

1. ПРЕДМЕТ И ОБЩИЕ УСЛОВИЯ ДОГОВОРА

1.1. Настоящий Договор заключен на основании Правил добровольного медицинского страхования и страхования жизни и здоровья ПАО «САК «ЭНЕРГОГАРАНТ» (приложение № 1 к настоящему Договору).

1.2. Предметом настоящего Договора является добровольное медицинское страхование граждан, именуемых в дальнейшем Застрахованные лица, за счет средств Страхователя.

1.3. Объектом добровольного медицинского страхования являются имущественные интересы, связанные с оплатой организации и оказания медицинской и лекарственной помощи (медицинских услуг) и иных услуг вследствие расстройства здоровья Застрахованного лица или состояния Застрахованного лица, требующих организации и оказания таких услуг, а также проведения профилактических мероприятий, снижающих степень опасных для жизни и здоровья Застрахованного лица угроз и (или) устраняющих их.

1.4. Общая численность Застрахованных лиц на момент заключения настоящего Договора составляет ____ (_____) человек. Список Застрахованных лиц (приложение 2 к настоящему Договору) является неотъемлемой частью Договора. Внесение Страхователем любых изменений в списочный состав Застрахованных лиц прекращается за 3 месяца до окончания срока действия настоящего Договора.

1.5. Все изменения и дополнения к настоящему Договору действительны, если они выполнены в письменной форме и подписаны обеими сторонами.

2. СТРАХОВЫЕ СЛУЧАИ. ИСКЛЮЧЕНИЯ ИЗ СТРАХОВОГО ПОКРЫТИЯ

2.1. По настоящему Договору страховым случаем является документально подтвержденное обращение Застрахованного лица в соответствии с условиями настоящего Договора страхования и в течение срока его действия в медицинскую, фармацевтическую организацию и/или сервисную компанию из числа предусмотренных настоящим Договором страхования, в связи с наступлением следующих событий (страховых рисков):

- заболеваний;
- обострений хронических заболеваний;
- травм, отравлений;
- иных нарушений состояния здоровья,

требующих оказания медицинской помощи и/или предоставления лекарственного обеспечения и иных услуг в рамках Страховой программы (Приложение 3 к настоящему Договору) и в соответствии с Исключениями из Страховой программы (Приложение 3 к настоящему Договору), являющихся неотъемлемой частью Договора.

2.2. Не признаются страховыми случаями события, указанные в п. 2.1., если они явились следствием:

- 2.2.1. самоубийства, попытки самоубийства Застрахованного лица;
- 2.2.2. умышленных действий Страхователя или Застрахованного лица, направленных на потерю здоровья Застрахованного лица, в том числе членовредительства, за исключением случаев, когда Страхователь/Застрахованное лицо было доведено до такого состояния противоправными действиями третьих лиц, что должно быть подтверждено решениями соответствующих органов;
- 2.2.3. алкогольного, наркотического или токсического опьянения Застрахованного лица;
- 2.2.4. совершения Застрахованным лицом противоправных действий, что должно быть подтверждено решениями соответствующих органов.

2.3. Не признаются страховыми случаями обращения Застрахованного лица в медицинскую организацию, если целью обращений является:

2.3.1. лечение заболеваний, явившихся следствием воздействия ядерного взрыва, радиации или радиоактивного заражения, военных действий, а также маневров или иных военных мероприятий, гражданской войны, народных волнений всякого рода или забастовок.

2.3.2. оказание медицинских и иных услуг, не предусмотренных настоящим Договором страхования и Страховой программой.

2.4. Не является страховым случаем:

2.4.1. получение лекарственных средств и изделий медицинского назначения в фармацевтической организации, не предусмотренной настоящим Договором страхования;

2.4.2. получение лекарственных средств и изделий медицинского назначения на основании рецептов медицинских организаций, не предусмотренных настоящим Договором страхования;

2.4.3. получение лекарственных средств и изделий медицинского назначения, не предусмотренных настоящим Договором страхования;

2.4.4. получение лекарственных средств по рецепту не установленного образца или оформленному с нарушением установленных действующим законодательством Российской Федерации нормативных актов о порядке назначения лекарственных средств и выписывания рецептов на них;

2.4.5. получение лекарственных средств по рецепту с истекшим сроком действия или имеющему дату выписки, которая предшествует дате включения Застрахованного лица в Список Застрахованных лиц по договору страхования;

2.4.6. получение медицинских и иных услуг, если они являются по характеру экспериментальными или исследовательскими;

2.4.7. получение лекарственных средств и изделий медицинского назначения, медицинских и иных услуг, которые были оказаны по желанию Застрахованного лица, вопреки рекомендациям представителя медицинской организации, предусмотренной настоящим Договором.

3. СТРАХОВАЯ СУММА, СТРАХОВАЯ ПРЕМИЯ.

3.1. Все расчеты по настоящему Договору производятся в рублях.

3.2. Размер индивидуальной страховой премии составляет:

| № программы | Индивидуальная страховая премия, рублей | Кол-во человек | Сумма страховой премии по программам, рублей |
|--------------|---|----------------|--|
| Программа №1 | | | |
| Итого: | | | |

3.3. К кандидатам на медицинское страхование по настоящему Договору, обладающим факторами, повышающими степень риска Страховщика, применяются повышающие коэффициенты к базовой страховой премии. Факторами, повышающими степень риска Страховщика, являются возраст Застрахованного лица, состояние здоровья на момент заключения Договора.

| Возраст, лет | Коэффициент |
|--------------|-------------|
| Старше 60 | |
| Старше 65 | |
| Старше 69 | |

| Состояние здоровья | Коэффициент |
|---|-------------|
| Наличие у кандидата на страхование следующих заболеваний: диабет 1-го, 2-го типа, хронические заболевания почек различной этиологии; хронические заболевания легких, бронхиальная астма, перенесенные инфаркт миокарда, инсульт головного мозга | |

К кандидатам на страхование, имеющим два параметра, повышающих размер страховой премии применяется максимальный коэффициент - ____.

3.4. Указанные факторы, повышающие степень риска Страховщика, должны быть отражены Страхователем в Списке Застрахованных лиц (Приложение 2 к настоящему Договору).

3.5. Общая страховая сумма по настоящему договору составляет _____ (_____) рублей.

Общая сумма выплат по всем произошедшим в течение срока действия настоящего Договора страховым случаям не может превышать общей страховой суммы, указанной в п. 3.5. настоящего Договора страхования.

3.6. Общая страховая премия по настоящему Договору составляет (_____) рублей.

3.7. Оплата страховой премии в размере, указанном в п. 3.6. производится единовременно (или в рассрочку: по полугодиям, поквартально) в течение 5 рабочих дней со дня подписания настоящего Договора, путем перечисления денежных средств на расчетный счет Страховщика.

3.8. При неуплате Страхователем страховой премии (первого страхового взноса) в размере и сроки, указанные в п. 3.6., 3.7., настоящий Договор считается несостоявшимся и Страховщик не несет по нему никаких обязательств.

3.9. Если при уплате премии в рассрочку внесение очередного страхового взноса просрочено, то страхование, обусловленное настоящим Договором, не распространяется на случаи, произошедшие с того момента, когда страховой взнос должен быть уплачен и до момента фактической уплаты всех просроченных взносов в полном объеме. В случае просрочки внесения очередного страхового взноса более чем на 30 календарных дней, настоящий Договор считается прекращенным с 24 часов последнего из предоставленных Страхователю дней на оплату этого взноса.

Страховщик направляет Страхователю уведомление о прекращении договора.
Уплаченные денежные средства Страхователю не возвращаются.

3.10. Повышение стоимости медицинских услуг лечебно-профилактическими учреждениями, предусмотренными настоящим Договором, не может служить основанием для пересмотра Страховщиком размера страховой премии в течение срока действия Договора.

4. СРОК ДЕЙСТВИЯ ДОГОВОРА

4.1. Договор вступает в силу по истечении _____ рабочих дней со дня поступления указанной в настоящем Договоре суммы страховой премии на расчетный счет Страховщика или оплате Страхователем страховой премии наличными деньгами представителю Страховщика, и действует в течение 12 месяцев. Факт вступления Договора в силу удостоверяется выдачей Страховщиком Страхователю полисов-сертификатов каждому Застрахованному лицу.

4.2. Настоящий Договор прекращается в следующих случаях:

- 4.2.1. по истечении срока его действия;
- 4.2.2. исполнения Страховщиком обязательств по настоящему Договору в полном объеме – исчерпанию страховой суммы;
- 4.2.3. по требованию Страхователя или Страховщика, а также по соглашению сторон;
- 4.2.4. ликвидации Страховщика в установленном законодательством Российской Федерации порядке;
- 4.2.5. ликвидации Страхователя, являющегося юридическим лицом, с момента вступления в силу соответствующего решения, если Застрахованный или иное лицо в соответствии с

действующим законодательством РФ не принял на себя обязательства Страхователя, предусмотренные настоящим Договором страхования;

4.2.6. в случае смерти всех Застрахованных по настоящему Договору лиц;

4.2.7. в случае признания судом настоящего Договора страхования недействительным;

4.2.8. в других случаях, предусмотренных действующим законодательством Российской Федерации и настоящим Договором.

4.3. Если Застрахованное лицо обратилось за медицинскими и/или иными услугами в период действия настоящего Договора и на момент окончания срока действия настоящего Договора Застрахованное лицо находится на амбулаторном либо на стационарном лечении, то оказание и оплата медицинских и иных услуг по поводу данного заболевания производится:

- в амбулаторных условиях: на острый период заболевания - до закрытия больничного листа;

- при экстренной госпитализации – до выписки из стационара;

- при плановой госпитализации – до окончания срока действия настоящего Договора;

- в остальных случаях - до окончания срока действия настоящего Договора.

4.4. Договор может быть расторгнут досрочно по требованию Страхователя или Страховщика, а также по соглашению Сторон. О намерении досрочного прекращения настоящего Договора стороны обязаны уведомить друг друга, не позднее, чем за 30 дней до предполагаемой даты прекращения Договора.

4.5. При досрочном прекращении настоящего Договора по требованию Страховщика, обусловленному невыполнением Страхователем условий настоящего Договора, возврат страховых взносов производится за не истекший срок действия настоящего Договора за вычетом понесенных Страховщиком расходов.

4.6. Настоящий Договор страхования прекращается до наступления срока, на который он был заключен, если после его вступления в силу возможность наступления страхового случая отпала, и существование страхового риска прекратилось по обстоятельствам иным, чем страховой случай. В этом случае, Страховщик возвращает Страхователю часть страховой премии (уплаченные взносы) за не истекший срок действия настоящего Договора, за вычетом расходов на ведение страхования.

5. ПРАВА И ОБЯЗАННОСТИ СТОРОН

5.1. Страховщик обязан:

5.1.1. Ознакомить Страхователя со Страховой программой (Приложение 3 к настоящему Договору);

5.1.2. Прикрепить на медицинское обслуживание Застрахованных лиц согласно списку (Приложение 2 к настоящему Договору) к лечебно-профилактическим учреждениям, указанным в Страховой программе;

5.1.3. Выдать Страхователю полисы-сертификаты в течение 10 рабочих дней с момента получения страховой премии (ее первого взноса) на расчетный счет Страховщика;

5.1.4. Обеспечить контроль за объемом, сроками и качеством оказания медицинских услуг Застрахованным лицам;

5.1.5. Не разглашать сведения о Страхователе и Застрахованном лице за исключением случаев, предусмотренных законодательством Российской Федерации;

5.2. Страховщик имеет право:

5.2.1. Проверять сообщенную Страхователем (Застрахованным лицом) информацию, как предоставляемую при заключении настоящего Договора страхования, так и в процессе исполнения настоящего Договора страхования, а также выполнение Страхователем (Застрахованным лицом) условий настоящего Договора;

5.2.2. Досрочно прекратить настоящий Договор в случае невыполнении Страхователем (Застрахованным лицом) условий настоящего Договора, в порядке, предусмотренном п. 4.6. настоящего Договора.

5.2.3. В случае невозможности оказания медицинских услуг в лечебно-профилактическом учреждении, предусмотренном Страховой программой, направить Застрахованное лицо в другое лечебно-профилактическое учреждение.

5.2.4. Не позднее 5 рабочих дней со дня получения письменного уведомления Страхователя о дополнительных кандидатах на медицинское страхование Страховщик вправе принять решение об увеличении численности Застрахованных лиц или отказать кандидатам в медицинском страховании;

При принятии решения об увеличении численности Застрахованных лиц Страховщик производит расчет страховой премии и выставляет счет Страхователю на дополнительную страховую премию.

5.2.5. Отказать в принятии на медицинское обслуживание в медицинское учреждение вновь Застрахованных лиц или их замене в случае, если это медицинское учреждение прекратило или ограничило оказание медицинской помощи.

5.2.6. Проверять в течение действия настоящего Договора медицинскую документацию Страхователя (Застрахованного лица).

5.2.7. Досрочно расторгнуть Договор в одностороннем порядке в случаях не уведомления Страхователем об обстоятельствах, указанных в п.п. 5.3.8. настоящего Договора.

5.3. Страхователь обязан:

5.3.1. Предоставить Страховщику достоверную информацию, необходимую для заключения и исполнения настоящего Договора, а также связанную с действием настоящего Договора.

5.3.2. Передать Страховщику в течение _____ рабочих дней после подписания настоящего Договора Список Застрахованных лиц в двух экземплярах, составленный по установленной Страховщиком форме (Приложение № 2 к настоящему Договору);

5.3.3. Уплатить страховую премию в размере, порядке и в срок, указанные в п.п. 3.6. и 3.7. настоящего Договора;

5.3.4. Ознакомить Застрахованных лиц с условиями настоящего Договора;

5.3.5. Обеспечить выполнение Застрахованными лицами обязанностей по настоящему Договору (п. 5.5);

5.3.6. Сообщить Страховщику в письменной форме о намерении:

- заменить Застрахованное лицо, указанное в Списке Застрахованных лиц, другим лицом, не позднее, чем за 15 рабочих дней до предполагаемой даты замены. Замена Застрахованного лица может быть произведена исключительно с его письменного согласия;

- застраховать дополнительное количество лиц.

Список вновь принимаемых на страхование лиц Страхователь обязан предоставить в письменном виде, с указанием их состояния здоровья, согласно п. 3.3 настоящего Договора.

5.3.7. Если при замене Застрахованного лица повышается степень риска по Договору, Страхователь обязан произвести доплату страховой премии в течение 5 рабочих дней после получения от Страховщика письменного уведомления со счетом на дополнительную страховую премию.

5.3.8. Незамедлительно, в письменной форме, сообщать Страховщику об изменении своих банковских реквизитов, юридического и фактического места нахождения, номеров контактных телефонов, телефаксов, а также об изменении фамилии Застрахованных лиц, контактного телефона, адреса фактического жительства.

5.3.9. Вернуть Страховщику полисы - сертификаты Застрахованных лиц во всех случаях досрочного прекращения действия настоящего Договора;

5.3.10. Незамедлительно, но не позднее трех дней как это стало известно, информировать Страховщика о факторах, влияющих на увеличение страхового риска, в том числе и по обстоятельствам, указанным в п. 3.3 и п. 3.4. настоящего Договора, как по отношению к одному Застрахованному лицу, так и в отношении нескольких Застрахованных лиц;

5.3.11. Проинформировать Застрахованное лицо о том, что его персональные данные, указанные в Договоре страхования, будут обрабатываться Страховщиком в целях исполнения Договора страхования в соответствии с Федеральным законом «О персональных данных» № 152-ФЗ от 27.07.2006г.

5.4. Страхователь имеет право:

5.4.1. Требовать предоставления Застрахованным лицам в медицинских и фармацевтических организациях, сервисных компаниях, из числа предусмотренных Страховой программой, медицинских и иных услуг в соответствии с условиями страхования и Страховой программой.

В случае непредоставления или некачественного предоставления указанных медицинских и иных услуг Страхователь должен известить об этом Страховщика.

5.4.2. С согласия Страховщика заключить Дополнительное соглашение к настоящему Договору при необходимости застраховать дополнительное количество лиц, уплатив за них дополнительную страховую премию по ценам, действующим на момент заключения Дополнительного соглашения;

5.4.3. Заменить Застрахованное лицо в период действия настоящего Договора с его письменного согласия.

Замена Застрахованного лица оформляется в письменном виде Дополнительным соглашением к настоящему Договору;

Внесение Страхователем любых изменений в списочный состав Застрахованных лиц прекращается за 3 месяца до окончания срока действия настоящего Договора.

5.5. Застрахованные лица обязаны:

5.5.1. Соблюдать условия настоящего Договора;

5.5.2. Для получения временного пропуска в лечебно-профилактическое учреждение предъявить при первом обращении за медицинской помощью полис - сертификат и документы, удостоверяющие личность.

5.5.3. Заботиться о сохранении своего здоровья, соблюдать предписания лечащего врача, полученные в ходе предоставления медицинских и иных услуг по настоящему Договору страхования, соблюдать распорядок, установленный медицинской организацией и/или иной организацией из числа предусмотренных Страховой программой;

5.5.4. Заботиться о сохранности страховых документов и не передавать их третьим лицам с целью получения ими медицинских и иных услуг по настоящему Договору. В противном случае Страховщик имеет право досрочно прекратить действие настоящего Договора в отношении данного Застрахованного лица.

5.5.5. Незамедлительно сообщать Страхователю об изменении своей фамилии, контактного телефона, адреса фактического жительства;

5.5.6. Заблаговременно сообщить Страховщику об отмене забронированного посещения врача или вызова врача на дом;

5.5.7. Сообщить Сторонам настоящего Договора достоверные данные о своем состоянии здоровья.

5.6. Застрахованные лица имеют право:

5.6.1. Сообщать Страховщику в письменном виде о случаях непредоставления, неполного или некачественного предоставления медицинских и иных услуг;

5.6.2. При утрате полиса - сертификата или временного пропуска в лечебно-профилактическое учреждение незамедлительно известить об этом, соответственно, Страховщика или лечебно-профилактическое учреждение. Утраченные документы признаются недействительными и не могут являться основанием для получения медицинских и иных услуг в соответствии со Страховой программой. Взамен утраченных документов Застрахованному лицу выдаются их дубликаты в течение 5 рабочих дней с момента письменного уведомления Страховщика об утере.

6. ОБСТОЯТЕЛЬСТВА НЕПРЕОДОЛИМОЙ СИЛЫ

6.1. При возникновении обстоятельств непреодолимой силы (стихийных бедствий, воздействий ядерного взрыва, радиации или радиоактивного заражения, военных действий, а также маневров или иных военных мероприятий, гражданской войны, народных волнений всякого рода или забастовок, действий государственных органов, изменений законодательства и др.) препятствующих выполнению обязательств СТОРОНАМИ по настоящему Договору, Стороны освобождаются от своих обязательств по этому Договору.

7. ПОРЯДОК РАЗРЕШЕНИЯ СПОРОВ

7.1. Споры, возникающие между Страхователем и Страховщиком по настоящему Договору, разрешаются путем переговоров.

7.2. При недостижении соглашения споры рассматриваются в судебном порядке, установленном действующим законодательством Российской Федерации.

8. ИНЫЕ УСЛОВИЯ

8.1. Отношения сторон, не предусмотренные настоящим Договором, регулируются действующим законодательством Российской Федерации.

8.2. В случае расхождений между условиями Правил добровольного медицинского страхования Страховщика и положениями настоящего Договора преимущественную силу имеют положения настоящего Договора.

8.3. Все изменения и дополнения к настоящему Договору действительны, если они выполнены в письменной форме и подписаны обеими сторонами.

Настоящий Договор составлен и подписан в двух экземплярах, имеющих равную юридическую силу. Один экземпляр Договора находится у Страхователя, другой - у Страховщика.

9. ЮРИДИЧЕСКИЕ АДРЕСА И БАНКОВСКИЕ РЕКВИЗИТЫ СТОРОН

| | <i>СТРАХОВЩИК</i> | <i>СТРАХОВАТЕЛЬ</i> |
|-----------------------|---|----------------------------|
| | ПАО «Страховая акционерная компания «ЭНЕРГОГАРАНТ» | |
| Адрес | | |
| Банковские реквизиты: | | |

СТРАХОВЩИК

СТРАХОВАТЕЛЬ

//

/

/

М.П.

М.П.

(образец проекта)

СПИСОК ЗАСТРАХОВАННЫХ ЛИЦ

| № | Ф.И.О. | Дата рождения | Адрес (фактического проживания) | | | | | | | | Телефон дом. | Телефон раб. | Место работы, должность | № Программы | Хрон. заболевания; Коэффициент |
|---|--------|---------------|---------------------------------|-------|-----|------|-----|------|------|-----|--------------|--------------|-------------------------|-------------|--------------------------------|
| | | | Город, область | Улица | Дом | Корп | Кв. | Под. | Этаж | Код | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | |

СТРАХОВЩИК

_____ /

М.П.

СТРАХОВАТЕЛЬ

_____ /

М.П.

ПРИЛОЖЕНИЕ № 10
к Правилам добровольного медицинского страхования
и страхования жизни и здоровья
(образец проекта)

СТРАХОВОЙ ПОЛИС № _____
ДОБРОВОЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ

Настоящий Полис удостоверяет факт заключения Договора добровольного медицинского страхования на условиях Правил добровольного медицинского страхования и страхования жизни и здоровья, утвержденных приказом ПАО «САК «ЭНЕРГОГАРАНТ» № _____ от _____ г. По настоящему Полису страховым случаем является документально подтвержденное обращение Застрахованного лица в соответствии с условиями Договора страхования и в течение срока его действия в медицинскую, фармацевтическую организацию и/или сервисную компанию из числа предусмотренных настоящим Полисом, в связи с наступлением следующих событий (страховых рисков): заболеваний; обострений хронических заболеваний; травм, отравлений; иных нарушений состояния здоровья, требующих оказания медицинской помощи и/или предоставления лекарственного обеспечения и иных услуг в рамках Страховой программы и в соответствии с Исключениями из Страховой программы, являющихся неотъемлемой частью настоящего Полиса.

| | |
|-----------------------------------|--|
| Страхователь (Ф.И.О.) | |
| Адрес по месту регистрации | |
| Телефон | |

| № | Ф.И.О. Застрахованного лица | Дата рождения | Адрес | Телефон |
|----|-----------------------------|---------------|-------|---------|
| 1. | | | | |
| 2. | | | | |

УСЛОВИЯ ДОГОВОРА

| Программа добровольного медицинского страхования / Вид помощи | Медицинская организация/Фармацевтическая организация/ Сервисная компания | Страховая сумма |
|---|--|-----------------|
| | | |
| | | |

| | | | |
|--|--------------|-------------------------------|--|
| Индивидуальная базовая страховая премия по настоящему Полису составляет | _____ ()РУБ. | Коэффициент: | |
| | | По возрасту: | |
| | | По состоянию здоровья: | |
| | | ИТОГО: | |
| Общая страховая премия по настоящему Полису составляет | | _____ ()РУБ | |

| Порядок оплаты | Дата платежа | Общая страховая премия (взнос), РУБ |
|----------------|--|-------------------------------------|
| Единовременно | | |
| 1. взнос | | |
| 2. взнос | Уплатить до _____ в размере _____ () РУБ | |

Франшиза: _____

При неуплате Страхователем суммы первого страхового взноса в указанные размер и сроки, настоящий Полис считается несостоявшимся и Страховщик не несет по нему никаких обязательств.

При неуплате Страхователем очередного страхового взноса в установленные настоящим Полисом сроки, Страховщик вправе предложить Страхователю уменьшить страховую сумму и лимиты ответственности по настоящему Полису страхования пропорционально уплаченным взносам, оформив эти изменения в виде Дополнительного соглашения к настоящему Полису страхования.

| | |
|---|-------------|
| Общая страховая сумма по настоящему Полису составляет сумму в валюте РФ, эквивалентную | _____ ()РУБ |
|---|-------------|

Общая сумма выплат по всем страховым случаям за весь срок действия настоящего Полиса не может превышать страховой суммы.

| | |
|------------------------------|--|
| Срок действия полиса: | с «__» _____ 20__ г. по «__» _____ 20__ г. |
|------------------------------|--|

Все изменения и дополнения к настоящему Полису действительны только в случае, если они выполнены в письменной форме и подписаны обеими сторонами.

| СТРАХОВАТЕЛЬ: | СТРАХОВЩИК: |
|--------------------|---|
| Ф.И.О. | Ф.И.О.: _____ |
| Паспортные данные: | Доверенность: № _____ от «__» _____ 20__ г. |
| Подпись: | Подпись: _____ М.П. |

(образец проекта)

СТРАХОВАЯ ПРОГРАММА

Объектом страхования являются не противоречащие законодательству Российской Федерации имущественные интересы Застрахованного лица, связанные с его затратами на получение медицинских и иных услуг, предусмотренных Страховой программой, при возникновении страхового случая.

Перечень медицинских услуг, являющихся страховыми случаями, по которым Страховщиком гарантирована оплата в рамках Страховой программы (далее Программа):

Стоматологическая помощь

Вызов врача на дом

Личный врач

Скорая помощь

Стационарная помощь

ИСКЛЮЧЕНИЯ ИЗ СТРАХОВОЙ ПРОГРАММЫ:

Страховым случаем не является обращение Застрахованного лица:

- в лечебно-профилактическое учреждение до вступления в силу или после прекращения действия настоящего договора страхования (полиса);
- лечебно-профилактическое учреждение, не указанное в настоящем договоре страхования (полисе);
- за оказанием медицинских услуг, не предусмотренных Программой, в частности таких медицинских услуг как: подготовка к протезированию, протезирование зубов, ортодонтическая помощь, лечение патологии мягких тканей полости рта и пародонта (гингивит, пародонтит, пародонтоз), восстановление коронки зуба с помощью анкерного штифта; подбор методов контрацепции (в том числе введение и удаление ВМС), ведение беременности, родов, прерывание беременности (в том числе миниаборт); нейрохирургия; кардиохирургия; проведение гемодиализа; косметология, в том числе стоматологическая; посещение бассейна, сауны, солярия, тренажерного зала; вакцинация взрослых; нетрадиционные методы лечения, в том числе диагностика и лечение по Фоллю, иридодиагностика и т.п.; медицинские услуги, проведенные с профилактической целью; для оформления санаторно-курортной карты, справок в бассейн, для поступления в дошкольные и учебные заведения т.п.
- за оказанием медицинских услуг в связи с лечением следующих заболеваний: онкологические заболевания; сахарный диабет; заболевания, связанные с врожденной и наследственной патологией; заболевания органов и тканей, требующие их трансплантации или протезирования; системные заболевания соединительной ткани (коллагенозы, васкулиты и др.); туберкулез; саркоидоз; муковисцидоз; миеломная болезнь; острая и хроническая лучевая болезнь и ее осложнения; эпилепсия; сексуальные расстройства; бесплодие; импотенция; венерические заболевания; ВИЧ-инфекция; особо опасные инфекции; психиатрические заболевания и их прямые осложнения (возникшие в связи с заболеваниями психической природы - травмы, ожоги и т.д.); наркологические заболевания и их последствия, вирусные гепатиты; генерализованные формы микоплазмоза, уреоплазмоза и др.

Факторы, повышающие степень риска Страховщика (применяются повышающие коэффициенты к базовой страховой премии): Факторами, повышающими степень риска Страховщика, являются возраст Застрахованного лица, состояние здоровья на момент заключения Договора: **Возраст:** старше 60 лет- коэфф. ____; старше 65 – коэфф. ____; старше 69 - коэфф. ____; **Состояние здоровья:** наличие у кандидата на страхование следующих заболеваний: диабет 1-го, 2-го типа, хронические заболевания почек различной этиологии; хронические заболевания легких, бронхиальная астма, перенесенные инфаркт миокарда, инсульт головного мозга – применяется коэффициент **2**. К кандидатам на страхование, имеющим два параметра, повышающих размер страховой премии применяется максимальный коэффициент - ____ **3**. На страхование не принимаются инвалиды I-ой группы.

Настоящий договор страхования прекращается в следующих случаях:

- Истечения срока его действия;
- Исполнения Страховщиком обязательств по настоящему договору страхования (полису) в полном объеме – исчерпания страховой суммы;
- В других случаях, предусмотренных законодательством Российской Федерации и настоящим договором страхования (полисом).

Если Застрахованное лицо обратилось за медицинской помощью в период действия настоящего договора страхования (полиса) и на момент окончания срока действия настоящего договора страхования (полиса) находится на амбулаторном либо на стационарном лечении, то оказание и оплата медицинских услуг по поводу данного заболевания производится:

- в амбулаторных условиях: на острый период заболевания - до закрытия больничного листа;
- при экстренной госпитализации – до ликвидации состояния, угрожающего жизни на основании заключения лечащего врача и выписки из стационара;
- в остальных случаях - до окончания срока действия настоящего Договора.

Страховщик обязан:

- Прикрепить на медицинское обслуживание Застрахованное лицо к лечебно-профилактическим учреждениям, указанным в Полисе;
- Ознакомить Страхователя со Страховой Программой;
- Обеспечить контроль за объемом, сроками и качеством оказания медицинских услуг Застрахованному лицу;
- Не разглашать сведения о Страхователе и Застрахованном лице за исключением случаев, предусмотренных законодательством Российской Федерации;

Страховщик имеет право:

- Досрочно прекратить действие настоящего договора страхования (полиса) в случае невыполнения Страхователем (Застрахованным лицом) его условий. О намерении досрочно прекратить настоящий договор страхования (полис) Страховщик письменно уведомляет Страхователя о причинах и сроках прекращения. Страхователю возвращается уплаченная страховая премия за истекший срок действия настоящего договора страхования (полиса) за вычетом понесенных Страховщиком расходов;
- Отказать в оплате медицинских услуг в случаях, перечисленных в Исключениях из Страховой программы.

- Проверять сообщенную Страхователем (Застрахованным лицом) информацию, медицинскую документацию Страхователя (Застрахованного лица), выполнение Страхователем (Застрахованным лицом) условий настоящего договора страхования (полиса);
- В случае невозможности оказания медицинских услуг в лечебно-профилактическом учреждении, предусмотренном настоящим договором страхования (полисом), направить Застрахованное лицо в другое лечебно-профилактическое учреждение.
- Досрочно расторгнуть настоящий договор страхования (полис) в одностороннем порядке в случаях не уведомления Страхователем о состоянии здоровья Застрахованных лиц на момент заключения Договора страхования.
- При выявлении в течение действия настоящего договора страхования (полиса) у Застрахованного лица хронических заболеваний с тяжелым течением, требующих постоянного диспансерного наблюдения, стационарного лечения, а также перенесших инсульт и инфаркт - потребовать оплаты дополнительной страховой премии в размере до 100% от базовой стоимости программы;
- В случае невозможности оказания медицинских услуг в лечебно-профилактическом учреждении, предусмотренном Страховой программой, направить Застрахованное лицо в другое лечебно-профилактическое учреждение;

Страхователь обязан:

- Уплатить страховую премию в размере и в сроки, указанные в настоящем договоре страхования (полисе);
- Ознакомить Застрахованных лиц с условиями настоящего договора страхования (полиса);
- Обеспечить выполнение Застрахованными лицами обязанностей по настоящему договору страхования (полису);
- Предоставить Страховщику достоверную информацию, необходимую для заключения и исполнения Договора, а также связанную с действием Договора;
- Информировать Страховщика в течение 3 дней о факторах, влияющих на увеличение страхового риска;

Страхователь имеет право:

- Требовать предоставления Застрахованным лицам медицинских услуг в объеме и на условиях, предусмотренных настоящим Договором, в _____ следующих _____ лечебно-профилактических учреждениях: _____

В случае не предоставления или некачественного предоставления таких услуг Страхователь должен известить об этом Страховщика;

Застрахованные лица обязаны:

- Соблюдать условия настоящего договора страхования (полиса);
- Соблюдать предписания лечащего врача, полученные в ходе предоставления медицинских услуг, и распорядок, установленный лечебно-профилактическим учреждением;
- Заботиться о сохранности настоящего договора страхования (полиса), не передавать его другим лицам с целью получения ими медицинских услуг;
- При утрате договора страхования (полиса) незамедлительно известить об этом, Страховщика. Утраченные документы признаются недействительными и не могут являться основанием для получения медицинских услуг в соответствии с настоящим договором страхования (полисом). Взамен утраченных документов Застрахованному лицу в течение 5 рабочих дней с момента письменного уведомления Страхователем об утере выдаются их дубликаты.

Застрахованные лица имеют право:

- Сообщать Страховщику в письменном виде о случаях непредставления, неполного или некачественного предоставления медицинских услуг.

Круглосуточная информационно-сервисная служба ПАО САК «Энергогарант» - тел. 737-03-03.

| | |
|------------------------------|---|
| СТРАХОВАТЕЛЬ: | СТРАХОВЩИК: |
| Ф.И.О. Паспортные данные: | Ф.И.О.: _____ Доверенность: № _____ от «__» _____ 200__ г. |
| Подпись: | Подпись: _____ М.П. |

ПРИЛОЖЕНИЕ № 11
к Правилам добровольного медицинского страхования
и страхования жизни и здоровья
(образец проекта)

ДОГОВОР № _____
ДОБРОВОЛЬНОГО СТРАХОВАНИЯ ЖИЗНИ И ЗДОРОВЬЯ

г. Москва

« ____ » _____ 20__ г.

ПАО «Страховая акционерная компания «ЭНЕРГОГАРАНТ», именуемое в дальнейшем Страховщик, (лицензия СЛ № 1834 от 01.02.2016 г.), в лице _____, действующего (ей) на основании Доверенности № _____, с одной стороны, и _____, именуемое в дальнейшем Страхователь, в лице _____, действующего на основании _____, с другой стороны, заключили настоящий договор (далее – Договор) о нижеследующем:

1. ПРЕДМЕТ ДОГОВОРА

1.1. Настоящий Договор заключен на основании добровольного медицинского страхования и страхования жизни и здоровья, утвержденных Приказом № _____ от «__» _____ 2017 г. Текст вышеуказанных Правил в электронном виде размещен по адресу www.energogarant.ru.

1.2. Предметом Договора является добровольное страхование от несчастных случаев и болезней граждан (работников Страхователя), именуемых в дальнейшем Застрахованные лица, за счет средств Страхователя.

1.3. Объектом страхования являются не противоречащие законодательству Российской Федерации имущественные интересы Застрахованных лиц, связанные с причинением вреда их здоровью, а так же с их смертью в результате несчастного случая или болезни.

1.4. Договор заключен по письменному заявлению Страхователя (Приложение № 1 к Договору).

1.5. Список Застрахованных лиц (Приложение № 2 к Договору) является неотъемлемой частью Договора.

Все изменения, касающиеся численности Застрахованных лиц, как в меньшую, так и в большую сторону, а также порядок перерасчета страховой премии в связи с изменением числа Застрахованных лиц осуществляются по согласованию Сторон и оформляются дополнительным соглашением, которое является неотъемлемой частью Договора.

1.7. Период действия страховой защиты: 24 часа в сутки.

1.8. Территорией страхования является Российская Федерация.

2. СТРАХОВЫЕ РИСКИ И СТРАХОВЫЕ СЛУЧАИ

2.1. Страховым риском является предполагаемое событие, на случай наступления, которого проводится страхование.

2.2. Страховыми рисками по Договору являются (необходимое отметить)::

2.2.1. **временное расстройство здоровья Застрахованного лица**, наступившая в результате последствий

- а) несчастного случая произошедшего в период действия договора страхования;
- б) заболевания, впервые диагностированного в период действия договора страхования.

2.2.2. **первичное установление инвалидности**, в результате

- а) несчастного случая произошедшего в период действия договора страхования;
- б) заболевания, впервые диагностированного в период действия договора страхования.

Установление постоянной утраты трудоспособности - инвалидности I, II, III группы должно произойти в период действия договора страхования.

2.2.3. **смерть Застрахованного лица**, наступившая в результате последствий:

- а) несчастного случая произошедшего в период действия договора страхования;
- б) заболевания, впервые диагностированного в период действия договора страхования.

Страховая защита распространяется на случаи смерти Застрахованного лица, наступившие в период действия договора страхования.

Вариант 2.2. События, предусмотренные п.п. 2.2.2 и 2.2.3 Договора признаются страховыми случаями, если они наступили в течение одного года со дня наступления несчастного случая или диагностирования заболевания. (данная оговорка может быть включена в договор по согласованию Страхователя со Страховщиком и учтена при определении страхового тарифа).

2.3. По настоящему Договору под **Несчастливым случаем понимается** фактически произошедшее в течение срока действия договора страхования, независимо от воли Страхователя, Застрахованного лица, Выгодоприобретателя, внезапное, кратковременное, непредвиденное, внешнее по отношению к Застрахованному лицу событие, характер, время и место которого могут быть однозначно определены, повлекшее за собой нарушение здоровья, трудоспособности или смерть Застрахованного лица, и не являющееся следствием заболевания или медицинских манипуляций (за исключением неправильных).

В рамках настоящего Договора страхования к последствиям несчастного случая относятся:

- травмы;
- случайные острые отравления бытовыми и промышленными ядами, ядовитыми растениями, лекарственными препаратами, недоброкачественными пищевыми продуктами (за исключением сальмонеллеза, дизентерии и других разновидностей пищевой токсикоинфекции);
- укусы ядовитых насекомых, змей и других животных;
- клещевой энцефалит, боррелиоз;
- столбняк;
- удушье вследствие случайного попадания в дыхательные пути инородного тела;
- утопление;
- анафилактический шок;
- неправильные медицинские манипуляции.

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

2.4. Под болезнью (заболеванием) понимается развившееся в период действия договора страхования нарушение состояния здоровья Застрахованного лица, не вызванное несчастным случаем, , диагноз которого поставлен в период действия договора страхования квалифицированным медицинским работником на основании известных медицинской науке объективных симптомов, а также результатов специальных исследований, либо обострение в период действия договора страхования хронического заболевания, заявленного Страхователем (Застрахованным лицом) при заключении договора страхования в Заявлении на страхование и принятого Страхователем на страхование.

2.5. Перечисленные в п.п. 2.2.1 - 2.2.3 Договора случаи признаются страховыми при условии, что они явились следствием несчастного случая/ болезни, происшедшего/диагностированной в период действия Договора, и подтверждены соответствующими медицинскими, правоохранительными и иными компетентными органами в установленном законодательством порядке

Страховщик не несет ответственности за несчастные случаи/болезни, происшедшие с Застрахованным лицом/ диагностированные Застрахованному лицу до вступления в силу Договора.

2.6. Страховым случаем является совершившееся событие, предусмотренное Договором, с наступлением которого возникает обязанность Страховщика произвести страховую выплату.

2.7. Не признаются страховыми вышеуказанные случаи, произошедшие в результате:

2.7.1. События, произошедшего во время нахождения Застрахованного лица в состоянии алкогольного, наркотического и/или токсического опьянения, а также факта употребления Застрахованным лицом алкоголя, токсических, наркотических, психотропных веществ, если

компетентными органами не установлен факт их насильственного введения, ошибочного либо вынужденного употребления, и если данные обстоятельства прямо повлияли на наступление страхового случая;

2.7.2. Самоубийства (покушения на самоубийство) Застрахованного лица, а также умышленных действий Страхователя (Застрахованного лица), направленных на потерю здоровья Застрахованного лица, в том числе членовредительства, за исключением случаев, когда Страхователь (Застрахованное лицо) было доведено до такого состояния противоправными действиями третьих лиц, что должно быть подтверждено решениями соответствующих органов;

2.7.3. Совершения Застрахованным лицом противоправных действий;

В целях настоящего Договора под противоправными действиями понимаются деяния, влекущие за собой уголовную ответственность в соответствии с действующим законодательством.

2.7.4. Использования Застрахованным лицом транспортного средства, механического устройства, аппарата, прибора или другого оборудования при отсутствии у него соответствующих прав допуска, а также в результате передачи Застрахованным лицом управления лицу, не имевшему соответствующих прав допуска или находившемуся в состоянии алкогольного, наркотического или токсического опьянения;

2.7.5. Умышленных действий Страхователя (Застрахованного лица) и/или Выгодоприобретателя;

2.7.6. Действий Застрахованного лица, связанных с развившимся у него психическим заболеванием;

2.7.7. Занятий Застрахованным лицом любым видом спорта на профессиональном уровне, включая участие в спортивных соревнованиях и тренировках;

2.7.8. Военных действий, маневров или иных военных мероприятий, гражданской войны, народных волнений всякого рода, забастовок, массовых беспорядков, введения чрезвычайного или особого положения по распоряжению военных и гражданских властей;

2.7.9. Прямого или косвенного воздействия ядерного взрыва, радиации или радиоактивного заражения, химической или биологической атак и их последствий.

3. СТРАХОВАЯ СУММА И СТРАХОВАЯ ПРЕМИЯ

3.1. Страховой суммой является определенная Договором денежная сумма, исходя из которой устанавливаются размеры страховой премии и страховой выплаты. Страховой премией является плата за страхование, которую Страхователь обязан внести Страховщику в соответствии с Договором.

3.2. Общая страховая сумма и страховая премия устанавливаются в следующих размерах:

3.2.1. общая страховая сумма – _____ рублей (_____ рублей);

3.2.2. страховая премия – _____ рублей (_____ рублей).

3.3. Индивидуальная страховая сумма для каждого Застрахованного лица устанавливается в размере _____ рублей (_____ рублей).

Вариант: 3.3.: Индивидуальные страховые суммы для каждого Застрахованного лица устанавливаются в соответствии со списком Застрахованных лиц (Приложение № 2 к Договору).

3.4. Страховая премия уплачивается Страхователем одновременно путем перечисления на расчетный счет Страховщика в течение ____ рабочих дней с даты подписания Договора.

Вариант: 3.4.: Страховая премия уплачивается в рассрочку, путем перечисления денежных средств на расчетный счет Страховщика:

1-й взнос в размере _____ (_____) рублей в течение ____ рабочих дней с даты подписания Договора;

2-й взнос в размере _____ (_____) рублей не позднее _____;

3.5. В случае неуплаты страховой премии в размере и сроки, указанные в п. 3.4., Договор считается не вступившим в силу, и Страховщик не несет по нему никаких обязательств.

Вариант: 3.5.: В случае неуплаты Страхователем страховой премии в размере и в сроки, указанные в пункте 3.4.:

1-го страхового взноса – Договор считается не вступившим в силу;

2-го страхового взноса – досрочно прекращенным. При этом уплаченная часть страховой премии возврату не подлежит.

4. СРОК ДЕЙСТВИЯ ДОГОВОРА

4.1. Срок действия Договора 12 месяцев:

с « ___ » _____ г. по « ___ » _____ г.

4.2. Ответственность Страховщика по страховым выплатам по Договору начинается с 00 часов дня, следующего за днем поступления страховой премии на расчетный счет Страховщика в соответствии с п.п. 3.2.2. и 3.4., но не ранее даты, указанной в п.4.1. как дата начала действия Договора, и действует до 24 часов последнего дня истечения срока действия Договора.

5. ОБЯЗАННОСТИ СТОРОН

5.1. Страховщик обязан:

5.1.1. Произвести страховую выплату или принять решение об отказе в выплате в течение ___ рабочих дней после получения всех необходимых документов согласно п.п. 6.5 - 6.6 Договора;

5.1.2. Не разглашать сведения о Страхователе и его имущественном положении, за исключением случаев, предусмотренных законодательством Российской Федерации;

5.1.3. Совершать другие действия, предусмотренные Договором и законодательством Российской Федерации.

5.2. Страхователь обязан:

5.2.1. Ознакомить Застрахованных лиц с Договором.

5.2.2. Предоставить Страховщику список Застрахованных лиц в течение ___ рабочих дней с даты подписания Договора.

5.2.3. Уплатить страховую премию в течение ___ рабочих дней с даты подписания Договора;

5.2.4. При заключении Договора сообщить Страховщику обо всех известных ему обстоятельствах, влияющих на степень риска (состояние здоровья, условия работы Застрахованных лиц).

При увеличении степени риска в течение срока действия Договора Страховщик вправе потребовать изменения условий Договора или уплаты дополнительной страховой премии за период изменения в степени риска с оформлением дополнительного соглашения к Договору.

При несогласии Страхователя на изменение условий Договора или уплату дополнительной страховой премии Страховщик вправе досрочно прекратить настоящий Договор с момента увеличения степени риска.

5.2.5. При наступлении события, имеющего признаки страхового случая, любым доступным способом сообщить о случившемся Страховщику в течение 30 рабочих дней, или, если Застрахованное лицо находилось на стационарном лечении, то в течение 30 рабочих дней, следующих за днем его выписки из стационара на работу, амбулаторное лечение или перевода на инвалидность;

Указанная обязанность Страхователя распространяется на Застрахованное лицо, если страховым случаем является временная или постоянная утрата трудоспособности, либо на Выгодоприобретателя или наследников Застрахованного лица, если наступила смерть Застрахованного лица.

5.2.6. В соответствии с ФЗ РФ от 27.07.2006 г. № 152-ФЗ «О персональных данных» Страхователь получает и передает Страховщику согласие застрахованных лиц на обработку Страховщиком персональных данных этих застрахованных лиц.

Страхователь обеспечивает за свой счет защиту Страховщика от любых претензий и исков застрахованных лиц, связанных с обработкой их персональных данных.

В случае предъявления Страховщику претензий или судебных исков со стороны застрахованных лиц в связи с обработкой их персональных данных Страхователь несет полную ответственность за убытки, которые понесет Страховщик.

5.2.7. Совершать другие действия, предусмотренные Договором и законодательством Российской Федерации.

6. ПОРЯДОК И УСЛОВИЯ ОСУЩЕСТВЛЕНИЯ СТРАХОВЫХ ВЫПЛАТ

6.1. При наступлении страхового случая Страховщик производит страховую выплату в порядке и на условиях, предусмотренных Договором:

6.1.1. Страховая выплата по риску «временное расстройство здоровья Застрахованного лица» составляет ___ % от индивидуальной страховой суммы данного Застрахованного лица (п. 3.3 настоящего договора) за каждый день временного расстройства здоровья, начиная с ___ дня, но не более ___ дней по каждому страховому случаю, произошедшему с Застрахованным лицом в период действия Договора.

Страховая выплата производится Застрахованному лицу.

6.1.2. Страховая выплата в связи с первичным установлением инвалидности в результате несчастного случая или болезни составляет:

- при установлении I группы - 100 %;
- при установлении II группы - 70 %;
- при установлении III группы - 50 %

от индивидуальной страховой суммы данного Застрахованного лица в соответствии с п. 3.3. Договора.

Страховая выплата производится Застрахованному лицу.

6.1.3. В связи со смертью Застрахованного лица в результате несчастного случая или болезни страховая выплата производится в размере 100% от индивидуальной страховой суммы, установленной для данного Застрахованного лица в соответствии с п. 3.3. Договора.

Страховая выплата производится Выгодоприобретателю, а если он не указан - наследникам Застрахованного лица.

Страховая выплата производится наследникам Застрахованного лица, а не Выгодоприобретателю, указанному в Договоре, если:

- Застрахованное лицо и Выгодоприобретатель умерли одновременно;
- Выгодоприобретатель умер раньше Застрахованного лица и не был заменен на другое лицо.

6.2. Все страховые выплаты согласно п.п. 6.1.1-6.1.3 Договора производятся согласно действующему законодательству Российской Федерации.

6.3. Общая сумма страховых выплат согласно п.п. 6.1.1-6.1.3 Договора за один или несколько страховых случаев, происшедших с Застрахованным лицом в период действия Договора, не может превышать индивидуальной страховой суммы, установленной для этого Застрахованного лица в соответствии с п.3.3 Договора.

6.4. Страховая выплата может быть произведена представителю Застрахованного лица на основании доверенности, оформленной в установленном законодательством порядке.

6.5. Для получения страховой выплаты Застрахованное лицо или его представитель (п.6.4 Договора) должен обратиться к Страховщику с заявлением. При этом им должны быть представлены документы, удостоверяющие личность заявителя, доверенность (при получении выплаты представителем Застрахованного лица), акт о несчастном случае, составленный на предприятии (в случае получения производственной травмы), выписка из протокола органов внутренних дел (в случае, если несчастный случай стал следствием противоправных действий третьих лиц), а также:

- по временной утрате трудоспособности - документы из лечебно-профилактического учреждения с указанием диагноза и срока нетрудоспособности (справка, подтверждающая факт обращения за медицинской помощью в связи с несчастным случаем, листок нетрудоспособности, выписка из истории болезни/амбулаторной карты и прочие документы). При этом диагноз, установленный Застрахованному лицу, должен быть подтвержден в том числе и объективными данными инструментальных методов исследования;

- в связи с наступлением постоянной утраты трудоспособности - справку МСЭК (либо нотариально заверенную копию), выписку из истории болезни из медицинского учреждения, направившего на медико-социальную экспертизу, выписку из медицинской карты амбулаторного больного, содержащую информацию об имевшихся или отсутствующих у Застрахованного лица до заключения Договора профессиональных, общих хронических заболеваниях, злокачественных новообразованиях, в том числе заболеваниях крови;

- связи со смертью Застрахованного лица - свидетельство ЗАГСа о смерти Застрахованного лица (либо нотариально заверенную копию), медицинское заключение о смерти Застрахованного лица, выданное компетентными органами, выписку из медицинской карты амбулаторного больного, содержащую информацию об имевшихся или отсутствующих у Застрахованного лица до заключения Договора профессиональных, общих хронических заболеваниях, злокачественных новообразованиях, в том числе заболеваниях крови. Наследники Застрахованного лица представляют помимо вышеуказанных документов свидетельство о праве на наследство, выданное нотариальной конторой (либо его нотариально заверенную копию).

При этом нотариально заверенные копии принимаются Страховщиком при предоставлении оригиналов документов на обозрение.

6.6. Для принятия решения о страховой выплате/отказе в страховой выплате Страховщик имеет право запросить дополнительные документы, необходимые для принятия окончательного решения о признании (непризнании) данного события страховым случаем, а также проводить экспертизу представленных документов, подавать запросы в компетентные органы, самостоятельно выяснять причины и обстоятельства случившегося и совершать иные действия, направленные на выяснение причин и обстоятельств наступления события и принятие обоснованного решения в отношении этого события.

6.7. В течение __ рабочих дней после получения всех необходимых для установления факта наступления страхового случая документов (п.п. 6.5. - 6.6.) Страховщик производит страховую выплату либо направляет в письменном виде Застрахованному лицу (Выгодоприобретателю и/или наследникам Застрахованного лица) мотивированный отказ в выплате.

6.8. В случае возбуждения уголовного дела в связи с несчастным случаем, произошедшим с Застрахованном лицом, Страховщик имеет право отсрочить принятие решения о страховой выплате до вынесения решения судом или прекращения уголовного дела.

6.9. Основаниями для отказа в страховой выплате являются случаи, перечисленные в п.п. 2.7 Договора, а также:

- 6.9.1. Сообщение Страхователем заведомо ложных сведений о состоянии здоровья Застрахованного лица, его возрасте, условиях и характере его работы и иных сведений, сообщенных в письменном виде Страхователем Страховщику по запросу последнего;

- 6.9.2. Непредставление документов и сведений, подтверждающих факт наступления страхового случая, либо представление заведомо ложных документов и сведений;

6.9.3. Другие случаи, предусмотренные Договором и действующим законодательством Российской Федерации.

7. ПОРЯДОК ПРЕКРАЩЕНИЯ И ИЗМЕНЕНИЯ ДОГОВОРА

7.1. Договор прекращается:

7.1.1. По истечении срока его действия;

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

7.1.3. По требованию Страхователя. В этом случае уплаченная Страховщику страховая премия в соответствии со ст. 958 Гражданского кодекса Российской Федерации не подлежит возврату.

7.1.4. В других случаях, предусмотренных законодательством Российской Федерации и Договором.

7.2. При досрочном прекращении Договора стороны обязаны письменно уведомить друг друга не менее чем за 30 дней до предполагаемой даты прекращения Договора, если иное не предусмотрено Договором.

7.3. Все изменения и дополнения к Договору действительны только в случае, если они выполнены в письменной форме и подписаны обеими сторонами.

8. ПОРЯДОК РАЗРЕШЕНИЯ СПОРОВ

8.1. Отношения сторон, не предусмотренные Договором, регулируются действующим законодательством Российской Федерации.

8.2. Споры, возникающие между Страхователем и Страховщиком по Договору, разрешаются путем переговоров.

8.3. При не достижении соглашения споры рассматриваются в судебном порядке, установленном действующим законодательством Российской Федерации.

Настоящий Договор составлен и подписан в двух экземплярах, имеющих одинаковую силу. Один экземпляр Договора находится у Страхователя, другой - у Страховщика.

9. ЮРИДИЧЕСКИЕ АДРЕСА И БАНКОВСКИЕ РЕКВИЗИТЫ СТОРОН

| Страховщик: | Страхователь: |
|---|----------------------------------|
| ПАО "САК "ЭНЕРГОГАРАНТ" | |
| 115035, Москва, Садовническая наб., 23 | |
| | |
| | |
| _____/_____/_____ М.П. | _____/_____/_____ М.П. |

ЗАЯВЛЕНИЕ НА СТРАХОВАНИЕ

1. Полное юридическое название предприятия (учреждения)
2. Ф.И.О. руководителя (или ответственного представителя администрации)
3. Адрес

4. Телефон

5. Факс

6. e-mail

7. Банковские реквизиты:

| | | | |
|---------|--|-----|--|
| Банк | | ИНН | |
| Р/ счет | | КПП | |
| К/счет | | БИК | |

8. Вопросы Заявителю:

| | |
|--|---|
| <p>А. Были ли сотрудники Вашего предприятия застрахованы от несчастных случаев и болезней в последние 5 лет. Если «да», то, сколько страховых случаев было с сотрудниками Вашего предприятия?</p> | <p><input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет В течение какого срока действовал договор страхования? _____ лет Кол-во страховых случаев: _____ Травма: _____ Инвалидность в результате НС: _____ Инвалидность в результате болезни: _____ Смерть в результате НС: _____ Смерть в результате болезни: _____</p> |
| <p>Б. Были ли у Вас на предприятии за последние 5 лет несчастные случаи с той же категорией граждан, к которой относятся кандидаты на страхование?*</p> | <p><input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет</p> |

9. Список всех подразделений и род их деятельности:

| Категория Застрахованных лиц | Количество человек |
|---|--------------------|
| 1 Лица, деятельность которых связана с работой в офисе или учреждении | |
| 2 Лица, деятельность которых связана с производственным процессом | |
| 3 Лица, деятельность которых связана с повышенной опасностью | |
| 4 Лица, деятельность которых связана с особой опасностью | |

10. Средний возраст сотрудников, подлежащих страхованию: _____ лет.

11. Соотношение муж/жен у сотрудников, подлежащих страхованию: ____ / ____ %.

12. Срок страхования: с «__» _____ 20__ г. по «__» _____ 20__ г.

13. Территория страхования: _____
(Российская Федерация или весь мир)

14. Страховая защита на время: _____
(24 часа в сутки или при выполнении трудовых обязанностей)

15. Индивидуальная страховая сумма (страховая сумма на каждого Застрахованного): _____ рублей.

| | |
|---|--|
| 16. Страховые риски | 17. Общая страховая сумма, руб. |
| <input type="checkbox"/> <i>смерть в результате несчастного случая или болезни</i> <input type="checkbox"/> <i>постоянная утрата трудоспособности в результате несчастного случая или болезни</i> <input type="checkbox"/> <i>временная утрата трудоспособности в результате несчастного случая</i> | |

18. Порядок уплаты взносов: **единовременно/в рассрочку (нужное подчеркнуть).**

Я заявляю, что сведения, указанные мной в заявлении, являются правдивыми и полными. Я ознакомлен и принимаю Условия страхования. Я согласен (согласна) с тем, что договор страхования вступает в силу не ранее уплаты страховой премии. Прошу заключить договор страхования на указанных выше условиях.

Заявитель: _____
(должность, подпись)

Дата: «__» _____ 20__ г.

М.П.

**Приложение № 2 к Договору добровольного
страхования жизни и здоровья
№ _____ от "___" _____ 20__ г.
(Образец проекта)**

СПИСОК ЗАСТРАХОВАННЫХ ЛИЦ

| № | Ф.И.О. | Дата рождения | Паспортные данные | Адрес | *Согласен на обработку моих персональных данных /подпись Застрахованного лица/ | Согласен за замену меня в списке Застрахованных лиц в связи с увольнением /подпись Застрахованного лица/ | Выгодоприобретатель на случай смерти | |
|----|--------|---------------|-------------------|-------|--|--|--------------------------------------|------------------------------|
| | | | | | | | ФИО | Подпись Застрахованного лица |
| 1. | | | | | | | | |
| 2. | | | | | | | | |
| 3. | | | | | | | | |
| 4. | | | | | | | | |
| 5. | | | | | | | | |

*В соответствии с ФЗ РФ от 27.07.2006 г. № 152-ФЗ «О персональных данных»,

Я даю своё согласие ПАО «САК «ЭНЕРГОГАРАНТ» (115035 г.Москва, Садовническая набережная д. 23) на обработку (любые действия (операции) с моими персональными данными, включая сбор, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), использование, распространение (в том числе передачу), обезличивание, блокирование, уничтожение персональных данных) своей волей и в своем интересе.

Обработка моих персональных данных будет осуществляться с целью исполнения договора страхования, застрахованным лицом по которому я являюсь, в течение срока с момента подписания настоящего заявления и не позднее 5 (пяти) лет после прекращения договора страхования.

Перечень персональных данных на обработку которых я даю своё согласие: любая информация, относящаяся ко мне, в том числе мои фамилия, имя, отчество, год, месяц, дата и место рождения, адрес, семейное, социальное, имущественное положение, образование, профессия, доходы, другая информация.

Настоящее согласие на обработку персональных данных может быть отозвано мной путем направления письменного заявления в ПАО «САК «ЭНЕРГОГАРАНТ».

В представленном списке нет инвалидов I и II групп, а также лиц, состоящих на учете в онкологическом, психо-неврологическом, наркологическом диспансере.

От Страхователя _____

(должность, подпись)

«___» _____ 20__ г.

М.П.

ПРИЛОЖЕНИЕ № 12
к Правилам добровольного медицинского страхования
и страхования жизни и здоровья
(образец проекта)

ПОЛИС ДОБРОВОЛЬНОГО СТРАХОВАНИЯ ЖИЗНИ И ЗДОРОВЬЯ

№ _____ от «___» _____ 20__ г.

Настоящий Полис удостоверяет факт заключения в стандартной форме Договора добровольного страхования от несчастных случаев и болезней в соответствии с лицензией СЛ № 1834 от 01.02.2016 г., выданной ЦБ РФ и Правилами добровольного страхования от несчастных случаев и болезней № ___ от _____ 2017 г. Текст вышеуказанных Правил в электронном виде размещен по адресу www.energogarant.ru.

СТРАХОВАТЕЛЬ:

Фамилия: _____
 Имя: _____
 Отчество: _____
 Паспорт (номер): _____ кем и когда выдан: _____
 Адрес регистрации: _____
 Телефон: _____ e-mail: _____

ЗАСТРАХОВАННЫЕ ЛИЦА: взрослые и дети в количестве _____ человек в соответствии со Списком Застрахованных лиц от «___» _____ 2017 г., прилагаемым к настоящему Полису (Приложение № 2).

Индивидуальная страховая сумма на каждое Застрахованное лицо (единая по рискам) - _____ рублей.

Занятия спортом, вид спорта: нет да - **указать вид спорта!!!**

ВЫГОДОПРИБРЕТАТЕЛЬ (на случай смерти):

Фамилия, Имя, Отчество: **Наследники Застрахованного лица или законные представители Застрахованного лица (родители, попечители, опекуны).**

Настоящим Полисом предусматривается страховая выплата при наступлении в течение срока действия Полиса страховых случаев по рискам, выбранным из следующего перечня:

| Страховые риски | Размер страховой выплаты | Общая страховая сумма, руб. | Страховая премия, руб. |
|---|---|-----------------------------|------------------------|
| <input checked="" type="checkbox"/> временное расстройство здоровья Застрахованного лица | ___ % за каждый день временного расстройства здоровья | | |
| <input checked="" type="checkbox"/> Постоянная утрата трудоспособности Застрахованного лица (инвалидность I, II, III группы) / Присвоение категории «ребенок-инвалид», первично установленная Застрахованному лицу в результате несчастного случая в период действия настоящего Полиса либо в течение одного года со дня несчастного случая | I группа - 100 %, II группа - 70 %, III группа - 50 %, категория «ребенок-инвалид» - 100 % от страховой суммы | | |
| <input checked="" type="checkbox"/> Смерть Застрахованного лица в результате последствий несчастного случая, произошедшего в период действия настоящего Полиса | 100 % от страховой суммы | | |
| ИТОГО: | | | |
| Итого к оплате (прописью): _____ | | | |

Форма и порядок уплаты страховой премии: _____
Период действия страховой защиты: _____

Срок действия полиса с _____ **по** _____

Днем оплаты страховой премии (страхового взноса) считается дата оплаты наличными деньгами в кассу Страховщика или зачисления денежных средств на расчетный счет Страховщика, при оплате путем безналичным расчетом.

Настоящий Полис вступает в силу с 00 часов 00 минут дня, следующего за днем оплаты страховой премии или первого страхового взноса.

Действие настоящего Полиса заканчивается в 24 часа дня, указанного как день окончания срока действия настоящего Полиса.

Особые условия:

Приложения: 1. Список Застрахованных лиц; 2. Таблица размеров страховых выплат.

Подписывая настоящий Страхователь:

- подтверждает, что на момент подписания настоящего Полиса Застрахованные лица не являются лицами, которым установлена инвалидность I, II, III группы или категория «ребенок-инвалид», а также не состоят на учете в онкологическом, психоневрологическом, наркологическом диспансерах.
- дает согласие на обработку персональных данных, указанных в настоящем Полисе, в соответствии с Федеральным законом «О персональных данных» № 152-ФЗ от 27.07.2006 г.

| | |
|----------------------|------------------------------|
| СТРАХОВАТЕЛЬ: | ОТ ИМЕНИ СТРАХОВЩИКА: |
| Ф.И.О.: | Должность: |
| Подпись: | Ф.И.О.: |
| | Доверенность: |
| | Подпись: _____ М.П. |

ЗАЯВЛЕНИЕ НА СТРАХОВАНИЕ

Страховщик не вправе разглашать полученные им в результате своей профессиональной деятельности сведения о состоянии здоровья и имущественном положении Страхователя (Застрахованного лица). За нарушение тайны страхования Страховщик несет ответственность в соответствии со статьями 139 и 150 Гражданского кодекса Российской Федерации.

1. Данные о Страхователе:

| | |
|---------------------------------------|--|
| Фамилия, имя, отчество | |
| Дата рождения | |
| Гражданство | |
| Место постоянного проживания, телефон | |
| Паспорт | |
| Место работы и должность | |

2. Данные о Застрахованном лице:

| | |
|---------------------------------------|--|
| Фамилия, имя, отчество | |
| Дата рождения | |
| Гражданство | |
| Место постоянного проживания, телефон | |
| Паспорт | |
| Место работы и должность | |

3. По воле Застрахованного в случае его смерти страховая выплата по Договору страхования будет произведена следующему Выгодоприобретателю*:

| | |
|------------------------------|--|
| Фамилия, имя отчество | |
| Адрес постоянного проживания | |
| Паспортные данные: | |

Подпись Застрахованного: _____

Если Выгодоприобретатель не назначен, страховая выплата в случае смерти Застрахованного будет произведена его наследникам.

4. Страховая защита на время: _____

(24 часа, на производстве)

| | |
|---|--|
| 5. Страховые риски | 6. Общая страховая сумма по договору единая/отдельные (ненужное зачеркнуть) |
| <input type="checkbox"/> смерть вследствие несчастного случая | |
| <input type="checkbox"/> постоянная утрата трудоспособности вследствие несчастного случая | |
| <input type="checkbox"/> временная утрата трудоспособности вследствие несчастного случая | |

7. Порядок уплаты взносов: _____

(единовременно/ в рассрочку)

8. АНКЕТА ЗАСТРАХОВАННОГО ЛИЦА

| | |
|--|---|
| 1.Связан ли ваш род занятий с повышенным риском: Работа на высоте свыше 15 м, работа на море, работа под водой, работа в нефтяной и газовой промышленности, работы под землей, работа с взрывчатыми, опасными химическими веществами или составами, работа в охранных органах, работа в качестве охранника или сотрудника безопасности, другая работа, связанная с повышенным риском. | <input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет Указать риск: |
| 2. Бываете или намереваетесь ли вы бывать в командировках или других поездках в местах вооруженных конфликтов и военных действий | <input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет Указать место: |
| 3. Занимаетесь ли Вы спортом на профессиональном уровне? | <input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет Указать вид спорта: |
| 4. Занимаетесь ли вы в качестве хобби: автоспортом, мотоспортом, любыми видами конного спорта, воздушного спорта, альпинизмом, спелеологией, любыми видами боевых единоборств, подводным плаванием, парусным спортом, горными/водными лыжами, стрельбой, другими увлечениями, связанными с повышенным риском? | <input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет Указать вид хобби: |
| 5. Были ли Вы связаны с радиоактивными материалами и | <input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет |

| | |
|--|---|
| подвергались ли облучению выше установленных норм? | |
| 6. Имеете ли Вы или имели в прошлом группу инвалидности? | <input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет Если да, то укажите группу _____ _____ Причину _____ _____ Если имели в прошлом, то укажите, когда снята: _____ |
| 7. Страдаете ли Вы или страдали когда-либо следующими заболеваниями или недомоганиями: | |
| А) какими-либо нервными заболеваниями, психическими расстройствами (эпилепсией, временной потерей сознания, параличом, состояниями депрессии, бессонницей и т.п.)? | <input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет диагноз: _____ |
| Б) любыми заболеваниями сердца (например, ишемической болезнью сердца, пороком сердца, инфарктом миокарда, ревматизмом, болями в области грудины, нарушением сердечного ритма и т.п.)? | <input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет диагноз: _____ |
| В) любыми заболеваниями сердечно-сосудистой системы (гипертонической болезнью, инсультом, сердечно-сосудистой недостаточностью, нарушением кровообращения ...)? | <input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет диагноз: _____ _____ (в случае гипертонической болезни укажите степень) |
| Г) любыми эндокринными заболеваниями (сахарным диабетом, заболеваниями щитовидной железы, и т.п.) | <input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет диагноз: _____ |
| Д) новообразованиями (злокачественными или доброкачественными)? | <input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет диагноз: _____ |
| Е) заболеваниями крови и кроветворных органов (анемией, увеличением лимфатических узлов и т.п.)? | <input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет диагноз: _____ |
| Ж) заболеваниями желудочно-кишечного тракта (печени, поджелудочной железы, желчного пузыря, желудка, кишечника, прямой кишки)? | <input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет диагноз: _____ |
| З) заболеваниями почек или мочеполовой системы, органов малого таза? | <input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет диагноз: _____ |
| И) заболеваниями органов дыхания (астмой, бронхитом, пневмонией, туберкулезом, и т.п.)? | <input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет диагноз: _____ |
| К) снижением зрения свыше 5 диоптрий или заболеваниями глаз? | <input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет диагноз: _____ |
| Л) заболеваниями опорно-двигательного аппарата (мышц, костей, суставов, позвоночника)? | <input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет диагноз: _____ |
| М) аллергическими заболеваниями | <input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет диагноз: _____ |
| 8. Состоите ли Вы на диспансерном учете у врачей специалистов? Если да, то, с какого времени и по поводу, какого заболевания? | <input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет специалист: _____ _____ заболевание: _____ _____ |
| 9. Находились ли Вы на стационарном лечении за последние 5 лет? | <input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет. Если да, то укажите: Название стационара _____ _____ Диагноз _____ _____ |
| 10. Проводились ли Вам когда-либо оперативные вмешательства? | <input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет. Если да, то укажите Название мед. Учреждения _____ |

| | |
|--|---|
| | Причину _____ |
| 11. Исследовали ли Вы кровь в связи со СПИДом или заболеваниями, передающимися половым путем, включая гепатиты? | <input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет. Если да, то укажите: дату _____ последнего исследования _____ заболевание, на предмет которого проводилось _____ результат _____ |
| 12. Производилось ли Вам переливание крови? Вводились ли Вам препараты, содержащие продукты крови? | <input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет Подробнее: |
| 13. Принимали или принимаете ли Вы разного рода седативные (снотворные) вещества, транквилизаторы (антидепрессанты) или наркотические вещества в лечебных или иных целях? | <input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет Подробнее: |
| 14. Кто-либо из Ваших близких родственников (родители, родные братья и сестры) страдал или умер в возрасте до 60 лет от диабета, туберкулеза, рака, инсульта, гипертонической болезни, заболеваний сердца, крови или почек, психических расстройств? | <input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет Подробнее: |
| 15. Адрес и номер поликлиники, где Вы состоите на постоянном учете | |
| 16. Адрес и номер поликлиники, куда Вы обращались за медицинской помощью в течение последнего года? | |
| 17. Застрахована ли Ваша жизнь в Компании «Энергогарант» или других страховых компаниях? | <input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет Если да, укажите страховую сумму: |

Я подтверждаю, что информация, сообщенная мною в Анкете, соответствует действительности.

Я разрешаю врачам-экспертам Страховщика знакомиться со всеми историями болезни, амбулаторными картами и другими медицинскими документами, свидетельствующими о состоянии моего здоровья, а также снимать с них копии до заключения договора страхования, в период его действия и в течение двух лет после наступления страхового случая. Я освобождаю врачей и медицинские учреждения, располагающие информацией (документами) о состоянии моего здоровья от ответственности за разглашение врачебной тайны врачам-экспертам Страховщика.

Я предупрежден (а) о том, что сообщение мною ложных сведений о состоянии моего здоровья является основанием для отказа в страховой выплате.

В соответствии с ФЗ РФ от 27.07.2006 г. № 152-ФЗ «О персональных данных»,

Я, _____, _____
(ФИО Застрахованного лица) (ФИО

Выгодоприобретателя)

даю своё согласие ПАО «САК «ЭНЕРГОГАРАНТ» (115035 г.Москва, Садовническая набережная д. 23) на обработку (любые действия (операции) с моими персональными данными, включая сбор, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), использование, распространение (в том числе передачу), обезличивание, блокирование, уничтожение персональных данных) своей волей и в своем интересе.

Обработка моих персональных данных будет осуществляться с целью исполнения договора страхования, застрахованным лицом (выгодоприобретателем) по которому я являюсь, в течение срока с момента подписания настоящего заявления и не позднее 5 (пяти) лет после прекращения договора страхования.

Перечень персональных данных на обработку которых я даю своё согласие: любая информация относящаяся ко мне, в том числе мои фамилия, имя, отчество, год, месяц, дата и место рождения, адрес, семейное, социальное, имущественное положение, образование, профессия, доходы, другая информация.

Настоящее согласие на обработку персональных данных может быть отозвано мной путем направления письменного заявления в ПАО «САК «ЭНЕРГОГАРАНТ».

Подпись Застрахованного лица: _____/_____/_____

Подпись Выгодоприобретателя (если назначен): _____/_____/_____

Я ознакомлен и принимаю Условия страхования.

Я согласен (согласна) с тем, что договор страхования / страховой полис вступает в силу не ранее уплаты страховой премии.

Прошу заключить договор страхования/страховой полис на указанных выше условиях.

Подпись Страхователя: _____ / _____ /

Дата: « ____ » _____ 200

г.

ПРИЛОЖЕНИЕ № 13
к Правилам добровольного медицинского страхования
и страхования жизни и здоровья
(образец проекта)

В ПАО «САК «ЭНЕРГОГАРАНТ»

от _____
Фамилия, имя, отчество (полностью)

Паспортные данные: _____
серия № выдан

Почтовый адрес: _____

Место работы: _____

Телефоны: _____
дом. моб.

ЗАЯВЛЕНИЕ НА СТРАХОВУЮ ВЫПЛАТУ

В связи с несчастным случаем (заболеванием) прошу произвести страховую выплату по Договору добровольного страхования жизни и здоровья № _____ от «__» _____ 20__ г.

Застрахованный (ая) _____
Фамилия, имя, отчество (полностью)

Дата несчастного случая, диагностирования заболевания " __ " _____ 20__ г.

Подробное описание обстоятельств несчастного случая (заболевания): _____

В связи с чем наступило:

- временное расстройство здоровья с «__» _____ 20__ г. по «__» _____ 20__ г.;
- инвалидность _____ группы;

Прилагаемые документы, подтверждающие факт несчастного случая (заболевания):

1. _____
2. _____
3. _____

Страховую выплату прошу произвести:

| Наличными через кассу страховщика (копия паспорта прилагается) | * | На мой расчетный счет (банковские реквизиты прилагаются) |
|---|-----------------------------------|---|
| <p>Настоящим заявлением я разрешаю любому медицинскому работнику или учреждению, имеющему информацию о моей истории заболевания, физическом и психическом состоянии, диагнозе, лечении и прогнозе состояния здоровья, предоставлять ее в случае необходимости страховой компании ПАО САК "ЭНЕРГОГАРАНТ".</p> <p>Это разрешение действительно в течение одного года, начиная с даты несчастного случая. Копия этого разрешения в такой же степени действительна, как и ее оригинал.</p> <p>Я разрешаю ПАО САК "ЭНЕРГОГАРАНТ" использовать эту информацию только для решения вопросов, связанных с признанием данного случая страховым и определения размера страховой выплаты.</p> | | |
| _____ <small>(Ф.И.О. Застрахованного)</small> | _____ <small>(подпись)</small> | «__» _____ 20__ г. |

От отдела страхования от несчастных случаев и болезней заявление принял:
 _____ «__» _____ 20__ г.
(должность, Ф.И.О.) (подпись)

От отдела урегулирования убытков заявление принял:
 _____ «__» _____ 20__ г.
(должность, Ф.И.О.) (подпись)

В связи со страховым случаем дополнительно запрошены следующие документы:

1. _____
 2. _____
- _____ «__» _____ 20__ г.
(должность, Ф.И.О.) (подпись)

Запрос на дополнительные документы получил
 _____ «__» _____ 20__ г.
(должность, Ф.И.О.) (подпись)

ТАБЛИЦЫ РАЗМЕРОВ СТРАХОВЫХ ВЫПЛАТ (в % от страховой суммы)

Таблица № 1

ТАБЛИЦА СТРАХОВЫХ ВЫПЛАТ ПРИ ТРАВМАТИЧЕСКИХ ПОВРЕЖДЕНИЯХ

| № п/п | Характер повреждения | Размер страховой выплаты в % от страховой суммы |
|-------|---|---|
| | <u>КОСТИ ЧЕРЕПА, НЕРВНАЯ СИСТЕМА:</u> | |
| 1 | Перелом костей черепа: 1.наружной пластинки костей свода 2.свода 3.основания 4.свода и основания 5.при открытых переломах | 5 10 20 25 +5 |
| 2 | Травматическое внутримозговое кровоизлияние: 1. субарахноидальное 2. эпидуральная гематома 3. субдуральная гематома 4. при проведении трепанации черепа | 15 20 25 + 10 |
| 3 | Размножение вещества головного мозга | 50 |
| 4 | Ушиб головного мозга | 10 |
| 5 | Сотрясение головного мозга при сроках лечения у взрослых 14 и более дней, у детей - 10 и более дней | 5 |
| 6 | Острое отравление бытовыми и промышленными ядами, ядовитыми растениями, лекарственными препаратами, недоброкачественными пищевыми продуктами (за исключением сальмонеллеза, дизентерии и других разновидностей пищевой токсикоинфекции), клещевой энцефалит (иные заболевания, передающиеся при укусе/присасывании клеща, указанные в договоре страхования), укусы ядовитых животных и насекомых, поражение электротоком, атмосферным электричеством, столбняк, при стационарном лечении: 1. до 7 дней включительно 2. до 21 дня включительно 3. до 30 дней включительно 4. свыше 30 дней * Примечание: Выплата производится только при проведении стационарного лечения. | 5 10 15 25 |
| 7 | Повреждение спинного мозга на любом уровне, а также конского хвоста: - 1.сотрясение 2.ушиб 3.частичный разрыв, сдавление 4.полный разрыв | 5 10 40 100 |
| 8 | Травматическое повреждение черепно-мозговых нервов. | 10 |
| 9 | Травматическое повреждение шейного, плечевого, поясничного, крестцового сплетений: 1.травматический плексит 2.частичный разрыв сплетений 3.полный разрыв сплетений | 10 30 60 |
| 10 | Травматическое повреждение периферических нервов (на уровне локтевого сустава, лучезапястного сустава, коленного сустава, голеностопного сустава, предплечья, плеча, бедра, голени): 1.частичный разрыв 2.полный разрыв | 5 10 |
| | <u>ОРГАН ЗРЕНИЯ:</u> | |
| 11 | Перелом дна глазницы: 1.проникающее в полость черепа 2.не проникающее в полость черепа | 10 5 |

| | | |
|-------|--|-------------------------|
| 12 | Травматическое повреждение зрительного нерва, повлекшее за собой: | |
| | 1. Сужение поля зрения одного глаза неконцентрическое | 10 |
| | 2. Сужение поля зрения одного глаза концентрическое | 15 |
| | 3. Паралич аккомодации одного глаза, выпадение половины поля зрения (гемианопсия), повреждение мышц глазного яблока (травматическое косоглазие, птоз, диплопия). | 15 |
| | *Примечание: При возникновении одного из осложнений, предусмотренных в п.12 страховая выплата производится однократно по соответствующему пункту. При возникновении нескольких осложнений, указанных в данном пункте, страховое вознаграждение выплачивается однократно по максимальной ставке. | |
| 13 | Пульсирующий экзофтальм одного глаза | 20 |
| 14 | Проникающее ранение глазного яблока | 10 |
| 15 | Нарушение функции слезопроводящих путей одного глаза | 5 |
| 16 | Ожоги II - III степени, непроникающие ранения глазного яблока, гемофтальм, смещение хрусталика, немагнитные инородные тела глазного яблока и глазницы, конъюнктивит, кератит, рубцы оболочек глазного яблока, эрозия роговицы | 5 |
| 17 | Повреждение глаза, повлекшее за собой полную потерю зрения единственного глаза, обладавшего любым зрением, или обоих глаз, обладавших зрением не ниже 0,01 | 100 |
| 17.1. | Снижение остроты зрения в результате травмы | согласно Таблице 1.2 |
| | <u>ОРГАН СЛУХА:</u> | |
| 18 | Травматическая ампутация ушной раковины, повлекшая за собой: | |
| | 1. Рубцовую деформацию или отсутствие ее до 1/3 | 5 |
| | 2. Отсутствие ее на 1/3 | 10 |
| | 3. Полное ее отсутствие | 15 |
| 19 | Травматическое повреждение слухового нерва, повлекшее за собой снижение слуха: | |
| | 1. Шепотная речь от 1 до 3 метров | 5 |
| | 2. Шепотная речь до 1 метра | 15 |
| | 3. Полная глухота | 25 |
| 20 | Разрыв барабанной перепонки, наступивший в результате травмы, без снижения слуха *Примечание: Разрыв барабанной перепонки при переломах основания черепа отдельно не оплачивается. | 5 |
| | <u>ДЫХАТЕЛЬНАЯ СИСТЕМА:</u> | |
| 21 | Перелом костей носа, передней стенки лобной, гайморовой пазухи: | |
| | 1. без смещения 2. со смещением | 5 10 |
| 22 | Травматическое повреждение, разрыв легкого, подкожная эмфизема, гемоторакс, пневмоторакс, посттравматическая пневмония, посттравматический экссудативный плеврит, инородное тело грудной полости: | |
| | 1. одностороннее 2. двухстороннее | 10 15 |
| 23 | Травматическое повреждение легкого, повлекшее за собой: | |
| | 1. удаление части, доли легкого 2. удаление легкого | 30 60 |
| 24 | Перелом грудины | 5 |
| 25 | Переломы ребер: | |
| | 1. одного ребра 2. множественные переломы ребер (два и более) – выплаты суммируется (по 3% за каждое ребро), но не более 15% | 3 |
| 26 | Проникающее ранение грудной клетки, торакотомия по поводу травмы: | |
| | 1. при отсутствии повреждения органов грудной полости | 10 |
| | 2. при повреждении органов грудной полости | 20 |
| | *Примечание: Если в связи с повреждением грудной клетки было произведено удаление легкого или его части, то п. 26 не применяется | |
| 27 | 1. Повреждение гортани, трахеи, перелом подъязычной кости, щитовидного хряща, | 10 |
| | 2. Бронхоскопия с целью удаления инородного тела | 10 |
| 28 | Повреждение гортани, трахеи, подъязычной кости, щитовидного хряща, потребовавшее проведения трахеостомии и повлекшее за собой: | |
| | 1. осиплость голоса, ношение трахеостомической трубки не более 3-х месяцев после травмы | 15 |
| | 2. потерю голоса, ношение трахеостомической трубки не более 6-ти месяцев после травмы | 20 |
| | 3. постоянное (более 9-ти месяцев) ношение трахеостомической трубки | 30 |
| | <u>СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТАЯ СИСТЕМА:</u> | |
| 29 | Травматическое повреждение сердца (ушиб): | |
| | 1. с кровоизлиянием в сердечную сумку (гемоперикард) | 25 |
| | 2. без кровоизлияния в сердечную сумку | 15 |
| | 3. травматический разрыв сосочковой мышцы, клапанов | 15 |
| | 4. травма сердца с повреждением его оболочек или крупных магистральных сосудов | 25 |

| | | |
|--|---|----|
| 30 | 1.Травматическое повреждение магистральных сосудов, повлекшее за собой сосудистую недостаточность | 25 |
| | 2.Травматическое повреждение магистральных сосудов, не повлекших за собой сосудистую недостаточность | 15 |
| | *Примечание: К крупным магистральным сосудам относятся: аорта, легочная, безымянная, сонная артерии, внутренние яремные вены, верхняя и нижняя полые вены, воротная вена, а также магистральные сосуды, обеспечивающие кровоснабжение внутренних органов. | |
| | 3.Травматическое повреждение периферических сосудов, повлекшее за собой сосудистую недостаточность. | 20 |
| 30 | 4.Травматическое повреждение периферических сосудов, не повлекшее за собой сосудистую недостаточность | 10 |
| | *Примечание: К крупным периферическим сосудам относятся: подключичные, подмышечные, плечевые, локтевые и лучевые артерии, подвздошные, бедренные, подколенные, передние и задние большеберцовые артерии, плечеголовые, подключичные, подмышечные, бедренные и подколенные вены. | |
| 31 | Анафилактический шок | 10 |
| <u>ОРГАНЫ ПИЩЕВАРЕНИЯ:</u> | | |
| 32 | Травматическое повреждение челюстей: | |
| | 1.перелом скуловой кости | 5 |
| | 2.перелом или вывих челюсти | 5 |
| | 3.двойной перелом челюсти | 10 |
| * Примечание: Если при переломе альвеолярного отростка имеется потеря зубов, то за его перелом страховая выплата не производится. При переломах верхней и нижней челюстей, а также при переломах обеих скуловых костей страховая выплата производится с учетом повреждения каждой из них, путем суммирования. | | |
| 33 | Травматическое повреждение челюсти, повлекшие за собой: | |
| | 1.отсутствие части челюсти | 30 |
| | 2.отсутствие челюсти | 50 |
| *Примечание: В размере страховой выплаты по данному пункту учтена и потеря зубов, поэтому страховая выплата по п. 35 в этом случае не производится. | | |
| 34 | Повреждение языка, повлекшее за собой: - | |
| | 1.отсутствие языка на уровне дистальной трети (кончика) | 15 |
| | 2.отсутствие языка на уровне средней трети | 30 |
| | 3.на уровне корня, полное отсутствие | 40 |
| 35 | Потеря зубов: | |
| | 1.одного зуба | 5 |
| | 2.2-3 зубов | 10 |
| | 3.4-6 зубов | 15 |
| | 4.7-9 зубов | 20 |
| | 5.10 и более зубов | 25 |
| *Примечание: Потерей зуба считается перелом или отлом более 1/4 коронки зуба. При повреждении в результате травмы несъемных протезов и имплантированных зубов, страховая выплата производится за каждый зуб несъемного протеза. При повреждении в результате травмы съемных протезов, страховая выплата производится только за повреждение опорных зубов. | | |
| 36 | Травматическое повреждение (ранение, разрыв, ожог) полости рта, пищевода, желудка, кишечника. | 10 |
| 37 | Повреждение пищевода, вызвавшее: | |
| | 1.сужение пищевода | 20 |
| | 2. непроходимость пищевода (при наличии гастростомы), а также состояние после пластики пищевода. | 40 |
| *Примечание: Страховая выплата по п. 37 производится не ранее, чем через 6 месяцев со дня травмы. Ранее этого срока, страховая выплата осуществляется предварительно по п.36. | | |
| 38 | Повреждение органов пищеварения, повлекшее за собой: | |
| | 1. рубцовое сужение (деформацию) желудка, кишечника, заднепроходного отверстия | 20 |
| | 2.кишечный свищ, свищ поджелудочной железы | 30 |
| | 3.противоестественный задний проход (калостомы) | 50 |
| *Примечание: При осложнениях, предусмотренных в подпунктах 1,2,3, страховая выплата производится не ранее, чем через 6 месяца после повреждения. При возникновении одного из осложнений, предусмотренных в п.38. страховая выплата осуществляется однократно по соответствующему пункту. При возникновении нескольких осложнений, указанных в данном пункте, страховая выплата производится однократно по максимальной ставке. | | |
| 39 | Травматическое повреждение печени | |
| | 1.подкапсульный разрыв печени, не потребовавший оперативного вмешательства | 5 |
| | 2.разрыв печени, в связи с которым произведено хирургическое вмешательство | 10 |
| 3.удаление части печени в связи с травмой | 20 | |
| 40 | Удаление желчного пузыря в связи с травмой | 15 |
| 41 | Повреждение селезенки, повлекшее за собой: | |
| | 1.подкапсульный разрыв селезенки, не потребовавший оперативного вмешательства | 5 |
| 2.удаление селезенки | 20 | |
| 42 | Повреждение желудка, поджелудочной железы, кишечника, повлекшие за собой: | |
| | 1.удаление до 1/3 желудка, 1/3 кишечника | 30 |
| | 2.удаление 1/2 желудка, до1/3 хвоста поджелудочной железы, до 1/2 кишечника | 40 |
| | 3.удаление 2/3 желудка, 2/3 кишечника, 2/3 тела поджелудочной железы | 60 |
| 4.удаление желудка, 2/3 поджелудочной железы, кишечника | 80 | |

| | | |
|----|--|--|
| 43 | <p>Проведение диагностической лапаротомии</p> <p>*Примечание: Если страховая выплата производится по п.п. 39, 40, 41, 42, то п.43 не применяется.</p> <p>Если при лапаротомии будет установлено, что был поврежден болезненно измененный орган и произведено частичное или полное его удаление в связи с имевшимся ранее заболеванием, то страховая выплата осуществляется только по п. 43.</p> | 5 |
| | <u>МОЧЕПОЛОВАЯ СИСТЕМА:</u> | |
| 44 | <p>Травматическое повреждение почки, повлекшее за собой:</p> <p>1.подкапсульный разрыв почки, не потребовавший оперативного вмешательства</p> <p>2.ушивание почки</p> <p>3.удаление части почки</p> <p>4.удаление почки</p> | 10 50 25 50 |
| 45 | <p>Повреждение органов мочевыделительной системы, повлекшее за собой: -</p> <p>1.уменьшение объема мочевого пузыря</p> <p>2.сужение мочеточника, мочеиспускательного канала</p> <p>3.непроходимость мочеточника, мочеиспускательного канала, мочеполовые свищи.</p> <p>*Примечание: По пункту 45 страховая выплата производится только в том случае, если перечисленных заболеваний не было у застрахованного на момент травмы. Если в результате травмы наступит нарушение нескольких органов мочевыделительной системы, размер страховой выплаты определяется по одному из подпунктов п.45, учитывающему наиболее тяжелые последствия повреждения.</p> <p>Страховая выплата по п. 45 выплачивается не ранее чем через 6 месяцев после травмы.</p> | 10 15 25 |
| 46 | <p>Травматическое повреждение мочеполовой системы, повлекшее:</p> <p>1.удаление (потерю) одного яичника, трубы и яичника</p> <p>2.удаление (потерю) двух яичников или двух труб</p> <p>3.удаление (потерю) матки с трубами</p> <p>4.удаление (потерю) матки у женщины в возрасте до 40 лет</p> <p>5.удаление (потерю) матки у женщины в возрасте от 40 до 50 лет</p> <p>6.удаление (потерю) матки у женщины в возрасте от 50 лет и старше</p> <p>7.ампутацию части полового члена</p> <p>8.ампутацию всего полового члена</p> <p>9. ампутацию одного яичка</p> <p>10.ампутацию обоих яичек</p> | 15 25 40 40 25 15 20 40 10 25 |
| | <u>МЯГКИЕ ТКАНИ:</u> | |
| 47 | <p>1. ушибы (с развитием кровоподтека и гематомы), резаные (инфицированные), рваные (инфицированные), укушенные (инфицированные) раны мягких тканей волосистой части головы, лица, шеи, туловища, верхних и нижних конечностей, повлекшие за собой потерю трудоспособности или временное нарушение состояния здоровья в результате несчастного случая, подтвержденное квалифицированным врачом и потребовавшее лечения в амбулаторных или стационарных условиях в период действия договора страхования от 14 дней и более.</p> <p>2. повреждение мягких тканей лица, век, переднее - боковой поверхностей шеи, подчелюстной области, повлекшее за собой после заживления развитие рубцовых изменений, нарушающих внешний облик.</p> <p>*Примечание: Для осуществления страховой выплаты по п.п. 47.2. обязательно соответствующее заключение эксперта -косметолога-хирурга. Страховая выплата производится не ранее, чем через 6 месяцев после травмы, при условии полного заживления раневых поверхностей!!! Если нарушение внешнего облика произошло в результате переломов лицевых костей и перелома челюсти или оперативного лечения в связи с такими переломами, то страховая выплата осуществляется и за перелом, и за нарушение внешнего облика путем суммирования.</p> | 3 15 |
| 48 | <p>Травматическое повреждение (кроме термических ожогов и обморожений) мягких тканей волосистой части головы, туловища, верхних и нижних конечностей, с наложением швов, повлекшее за собой образование рубцов после эпителизации раны, площадью:</p> <p>1. от 4% до 10% поверхности тела</p> <p>2. 10% поверхности тела и более</p> <p>*Примечание: При открытых переломах костей и оперативных вмешательствах в этой связи, выплата за образование рубцовой ткани не осуществляется.</p> <p>Страховая выплата по п. 48. производится не ранее, чем через 6 месяцев после травмы, при условии полной эпителизации раны.</p> <p><i>1% поверхности тела равен площади ладонной поверхности кисти и пальцев. Эта площадь определяется в квадратных сантиметрах путем умножения длины кисти, измеряемой от лучезапястного сустава до верхушки ногтевой фаланги III пальца на ее ширину, измеряемую на уровне головок II – V пястных костей (без учета I пальца).</i></p> <p><i>При определении площади рубцов следует учитывать и рубцы, образовавшиеся на месте взятия для замещения пораженного участка кожи кожного трансплантата.</i></p> | 10 20 |
| 49 | Ожоговая болезнь, ожоговый шок. | 10 |
| 50 | Ожоги и обморожения: <u>СОГЛАСНО ТАБЛИЦАМ № 2 И № 3</u> | |
| | <u>ПОЗВОНОЧНИК:</u> | |
| 51 | <p>Перелом или вывих тел, дужек и суставных отростков позвонков:</p> <p>1.одного-двух</p> <p>2.трех-пяти</p> <p>3.шести и более</p> | 10 20 30 |

| | | |
|---|--|--------------------------|
| 52 | Частичный или полный разрыв межпозвоночных связок, подвывих позвонков | 5 |
| 53 | Перелом поперечных или остистых отростков: 1. одного-двух 2. трех и более | 5 10 |
| 54 | Перелом крестца, копчика, вывих копчиковых позвонков | 10 |
| 55 | Удаление копчика в связи с травмой | 15 |
| <u>ВЕРХНЯЯ КОНЕЧНОСТЬ, ЛОПАТКА, КЛЮЧИЦА:</u> | | |
| 56 | Перелом лопатки, ключицы, полный или частичный разрыв акромиально-ключичного, грудино-ключичного сочленений: 1. перелом одной кости или разрыв одного сочленения 2. перелом двух костей, разрыв двух сочленений или перелом одной кости и разрыв одного сочленения 3. разрыв двух сочленений и перелом одной кости, перелом двух костей и разрыв одного сочленения 4. при несросшемся переломе, образовании ложного сустава. При несросшемся переломе, ложном суставе страховая выплата производится не ранее 9 месяцев со дня травмы. *Примечание: При проведении оперативного лечения в связи с указанными повреждениями в п. 56 + 10%. | 5 10 15 +5 |
| <u>ПЛЕЧЕВОЙ СУСТАВ:</u> | | |
| 57 | Повреждения в области плечевого сустава: 1. разрыв сухожилий, капсулы сустава, отрывы костных фрагментов, перелом большого бугорка плечевой кости, перелом суставной впадины лопатки, подвывих плеча при сроке лечения 14 и более дней, 2. частичный разрыв (растяжение) связок при сроке лечения 14 и более дней 3. первичный вывих плеча 4. перелом головки, анатомической, хирургической шейки плеча 5. перелом и вывих плеча *Примечание: При проведении оперативного лечения в связи с указанными повреждениями в п. 57 + 10%. При первичном вывихе плеча оплата производится без учета разрыва капсулы сустава. | 5 5 10 15 15 |
| 58 | Повреждение плечевого сустава, повлекшее за собой: 1. умеренное ограничение движений в плечевом суставе (отведение плеча вперед и в сторону 120 -150 , отведение назад 20°-30°) 2. значительное ограничение движений в плечевом суставе (отведение плеча вперед или в сторону 75 -115 , назад- 10°-15°) 3. резкое ограничение движений в плечевом суставе (отведение плеча вперед или в сторону - менее 75°, отведение назад - менее 10°) 4. отсутствие движения в суставе (анкилоз) *Примечание: Страховая выплата по осложнениям, перечисленным в п.58 производится не ранее, чем через 6 месяцев после травмы. Если в связи с травмой плечевого сустава производилась страховая выплата по п. 57, а затем возникли осложнения, перечисленные в п.58, страховая выплата осуществляется дополнительно, в соответствии с одним из подпунктов п. 58. | 5 10 15 30 |
| <u>ПЛЕЧО</u> | | |
| 59 | Перелом плеча на любом уровне (кроме области локтевого и плечевого суставов): 1. без смещения 2. со смещением | 10 15 |
| 60 | Перелом плечевой кости, осложнившийся образованием ложного сустава *Примечание: Страховая выплата производится по п. 60 не ранее чем, через 9 месяцев после получения травмы. | 20 |
| 61 | Травматическая ампутация верхней конечности или тяжелое повреждение ее, приведшее к ампутации: 1. плеча на любом уровне 2. плеча с лопаткой, ключицей или их частью 3. единственной конечности на уровне плеча | 65 70 100 |
| <u>ЛОКТЕВОЙ СУСТАВ:</u> | | |
| 62 | Повреждение области локтевого сустава: 1. перелом, вывих лучевой или локтевой кости, отрывы костных фрагментов (в том числе надмышелков плеча), частичный разрыв (растяжение) связок при лечении не менее 14 дней 2. вывих предплечья 3. внутрисуставный перелом плечевой кости *Примечание: Если в результате травмы локтевого сустава наступят переломы разных костей или их вывих, то страховая выплата производится с учетом каждого из повреждений путем суммирования. | 5 7 15 |
| 63 | Повреждение области локтевого сустава, повлекшее за собой: 1. умеренное ограничение движений в локтевом суставе (сгибание - 50°-60°, разгибание - 170°-160°) 2. значительное ограничение движений в локтевом суставе (сгибание - 65 -90 , разгибание - 155°-140) 3. резкое ограничение движений в локтевом суставе (сгибание - менее 90 , разгибание - менее 140). 4. отсутствие движений в локтевом суставе (анкилоз) *Примечание: Страховая выплата по п. 63 осуществляется не ранее чем через 6 месяцев после травмы дополнительно к страховой выплате, произведенной по п.62. | 5 15 20 30 |
| <u>ПРЕДПЛЕЧЬЕ:</u> | | |
| 64 | Перелом костей предплечья (кроме области суставов): 1. одной кости | 10 15 |

| | | |
|----|--|--|
| | 2.двух костей, перелом одной кости и вывих другой | |
| 65 | Перелом одной или обеих костей предплечья, осложнившийся образованием ложного сустава: - 1.одной кости 2.обеих костей *Примечание: При ложном суставе страховая выплата производится дополнительно, не ранее 9 месяцев со дня травмы. Внутрисуставные переломы и отрывы костных фрагментов не дают основания для осуществления страховой выплаты по п. 64.5В этом случае страховая выплата производится по п. 62 с учетом состояния функции сустава. | 15 20 |
| 66 | Травматическая ампутация или тяжелое повреждение, приведшее к ампутации предплечья: 1.на любом уровне 2.единственной верхней конечности на любом уровне *Примечание: При страховой выплате по п. 66 дополнительные страховые выплаты за послеоперационные рубцы не производятся. | 60 100 |
| 67 | <u>ЛУЧЕЗАПЯСТНЫЙ СУСТАВ:</u> Повреждение области лучезапястного сустава: 1.перелом лучевой или локтевой кости, 2.перелом лучевой кости и отрыв шиловидного отростка локтевой 3.перелом кости (костей) запястья, кроме ладьевидной 4.перелом ладьевидной кости 5.перелом-вывих или вывих кисти 6.полный или частичный разрыв (растяжение) связок при сроке лечения 14 дней и более *Примечание: Если в результате травмы наступят повреждения, перечисленные в разных подпунктах п. 67, то страховая выплата производится по каждому из них путем суммирования. | 5 10 5 10 15 5 |
| 68 | Повреждение лучезапястного сустава, повлекшее за собой: 1.умеренное ограничение движений в лучезапястном суставе (сгибание и разгибание - 30°-40°) 2.значительное ограничение движений в лучезапястном суставе (сгибание и разгибание - 20 -25) 3.резкое ограничение движений в лучезапястном суставе (сгибание и разгибание - 0 - 15) 4.отсутствие движений в лучезапястном суставе (анкилоз) 5.несросшийся перелом (ложный сустав) ладьевидной кости *Примечание: Страховая выплата по п. 68 производится дополнительно к страховой выплате по п.67 не ранее чем через 6 месяцев после травмы. Страховая выплата в связи с несросшимся переломом ладьевидной кости выплачивается не ранее, чем через 6 месяцев после травмы. | 5 10 15 20 10 |
| 69 | Перелом пястной кости: 1.первого пальца 2.второго, третьего, четвертого, пятого пальцев – 1,5% за каждый палец | 3 1,5 за каждый палец |
| 70 | Травматическая ампутация или тяжелое повреждение кисти, приведшее к ее ампутации: - 1.на уровне пястных костей или запястья 2.кисти единственной руки *Примечание: При осуществлении страховой выплаты по п. 70 дополнительная страховая выплата за послеоперационные рубцы не производится | 60 100 |
| 71 | <u>Первый (большой) палец кисти</u> Повреждение первого пальца: 1. перелом, вывих фаланги (фаланг) пальца, повреждение сухожилия разгибателя, травматическое удаление ногтевой пластинки или хирургическое ее удаление вследствие травмы 2. повреждение сухожилия сгибателя | 5 7 |
| 72 | Повреждение пальца, повлекшее за собой отсутствие движений в двух суставах *Примечание: Страховая выплата по п. 72 производится дополнительно к страховой выплате, осуществленной по п. 71 не ранее чем через 6 месяцев после травмы. | 10 |
| 73 | Травматическая ампутация пальца или повреждение, повлекшее за собой ампутацию пальца на уровне: - 1. ногтевой фаланги или межфалангового сустава 2. основной фаланги, пястнофалангового сустава (потеря пальца) 3. пястной кости | 8 12 16 |
| 74 | <u>Второй, третий, четвертый, пятый пальцы кисти</u> 1. повреждение второго, третьего, четвертого или пятого пальцев: перелом, вывих фаланги (фаланг) пальца, повреждение сухожилия разгибателя, травматическое удаление ногтевой пластинки или хирургическое удаление ее вследствие травмы 2. повреждение сухожилия сгибателя | 2 за каждый палец 5 за каждый палец |

| | | |
|--|---|--|
| 75 | <p>Повреждение пальцев, повлекшее за собой: - ограничение движений в</p> <p>1. в каждом суставе (в одном или более суставах)</p> <p>2. отсутствие движений в каждом суставе (в одном или более суставах)</p> <p>*Примечание: Страховая выплата по п. 75 производится дополнительно к страховой выплате, осуществленной п. 74, не ранее, чем через 6 месяцев после травмы.</p> | <p>1,5 за каждый палец</p> <p>3 за каждый палец</p> |
| 76 | <p>Травматическая ампутация пальца или повреждение, повлекшее за собой ампутацию пальца на уровне: -</p> <p>1.ногтевой фаланги (потеря фаланги)</p> <p>2.средней фаланги (потеря двух фаланг)</p> <p>3.основной фаланги (потеря пальца)</p> <p>4.пястной кости</p> <p>5.травматическая ампутация или повреждение, повлекшее за собой ампутацию всех пальцев одной кисти</p> | <p>5</p> <p>10</p> <p>15</p> <p>20</p> <p>40</p> |
| <u>НИЖНЯЯ КОНЕЧНОСТЬ. ТАЗОБЕДРЕННЫЙ СУСТАВ:</u> | | |
| 77 | <p>Перелом костей таза:</p> <p>1. перелом крыла подвздошной кости</p> <p>2. перелом лонной, седалищной кости, тела подвздошной кости</p> <p>3. перелом двух и более костей</p> | <p>5</p> <p>10</p> <p>20</p> |
| 78 | <p>Разрыв лонного, крестцово-подвздошного сочленения: -</p> <p>1.одного сочленения</p> <p>2. двух сочленений</p> <p>3. трех сочленений</p> | <p>10</p> <p>15</p> <p>20</p> |
| 79 | <p>Повреждение области тазобедренного сустава: -</p> <p>1.отрыв костного фрагмента (фрагментов)</p> <p>2.вывих бедра</p> <p>3.изолированный перелом вертела (вертелов)</p> <p>4.перелом головки, шейки бедра, вертлужной впадины (в том числе с центральным вывихом бедра)</p> <p>5.полный или частичный разрыв (растяжение) связок при сроках лечения 14 дней и более</p> <p>*Примечание: Если в результате одной травмы наступят различные повреждения тазобедренного сустава, страховая выплата производится по п. 79 за каждое из них, путем суммирования, но в сумме не более 25%.</p> | <p>5</p> <p>10</p> <p>10</p> <p>20</p> <p>10</p> |
| 80 | <p>Повреждение тазобедренного сустава, повлекшее за собой: -</p> <p>1.ограничение движений в тазобедренном суставе</p> <p>2.отсутствие движений в тазобедренном суставе</p> <p>*Примечание: Страховая выплата по п. 80 производится дополнительно к страховой выплате, произведенной по пунктам 77-79, не ранее, чем через 9 месяцев после травмы.</p> | <p>20</p> <p>40</p> |
| <u>БЕДРО:</u> | | |
| 81 | <p>Перелом бедра на любом уровне (за исключением области суставов):</p> <p>1.без смещения отломков</p> <p>2.со смещением отломков</p> | <p>10</p> <p>15</p> |
| 82 | <p>Перелом бедра, осложнившийся образованием ложного сустава (несросшегося перелома), не ранее, чем через 9 месяцев после травмы.</p> <p>*Примечание: При проведении оперативного лечения по пунктам 81 и 82 + 10%</p> | <p>20</p> |
| 83 | <p>Травматическая ампутация или тяжелое повреждение, приведшее к ампутации бедра на любом уровне: -</p> <p>1.одной конечности</p> <p>2. единственной конечности</p> | <p>70</p> <p>100</p> |
| <u>КОЛЕННЫЙ СУСТАВ:</u> | | |
| 84 | <p>Повреждение области коленного сустава:</p> <p>1.перелом надмыщелка (надмыщелков) бедра, отрыв костного фрагмента (фрагментов), перелом межмыщелкового возвышения большеберцовой кости</p> <p>2.повреждение мениска (менисков)</p> <p>3.перелом или вывих надколенника</p> <p>4.перелом мыщелка (мышцелков) большеберцовой кости</p> <p>5.перелом костей, составляющих коленный сустав (дистальный эпифиз бедра и проксимальный эпифиз большеберцовой кости), вывих голени</p> <p>6. частичный разрыв (растяжение) связок при сроках лечения 14 дней и более</p> <p>7. полный разрыв (растяжение)связок при сроках лечения 14 дней и более</p> <p>*Примечание: При сочетании различных повреждения коленного сустава страховая выплата производится однократно в соответствии с одним из подпунктов п..84, предусматривающим наиболее тяжелое повреждение. При проведения оперативного лечения по пункту 84 + 10%</p> | <p>10</p> <p>10</p> <p>10</p> <p>10</p> <p>15</p> <p>5</p> <p>10</p> |
| 85 | <p>Повреждение коленного сустава, повлекшее за собой отсутствие движения в суставе</p> <p>*Примечание: Страховая выплата по п. 85 производится дополнительно не ранее чем 9 месяцев после травмы.</p> | <p>35</p> |
| <u>ГОЛЕНЬ:</u> | | |
| 86 | <p>Перелом костей голени:</p> <p>1.малоберцовой кости</p> <p>2.большеберцовой кости</p> <p>3.обеих костей</p> | <p>5</p> <p>15</p> <p>20</p> |

| | | |
|----|---|----|
| 87 | <p>Перелом одной или обеих костей голени, осложнившийся образованием ложного сустава (несросшегося перелома), не ранее, чем через 9 месяцев после травмы: -</p> <p>1. малоберцовой кости 10 2. большеберцовой кости 15 3. обеих костей 25</p> <p>*Примечание: При проведении оперативного лечения в связи с указанными повреждениями в п. 87 + 10%.</p> | |
| 88 | <p>Травматическая ампутация или тяжелое повреждение, приведшее к ампутации голени</p> <p>1. на уровне верхней, средней или нижней трети 50 2. на уровне коленного сустава (экзартикуляция) 70 3. единственной конечности на уровне голени или коленного сустава 100</p> | |
| 89 | <p style="text-align: center;"><u>ГОЛЕНОСТОПНЫЙ СУСТАВ:</u></p> <p>Повреждение голеностопного сустава:</p> <p>1. полный или частичный разрыв (растяжение) связок со сроком лечения не менее 14 дней 5 2. перелом одной из лодыжек или края большеберцовой кости 5 3. перелом обеих лодыжек, перелом лодыжек с краем большеберцовой кости, разрыв дистального межберцового синдесмоза 10 4. перелом одной или обеих лодыжек с краем большеберцовой кости, разрывом дистального межберцового синдесмоза и подвывихом (вывихом) стопы. 15</p> <p>*Примечание: При проведении оперативного лечения в связи с указанными повреждениями в п.89 + 10%</p> | |
| 90 | <p>Повреждение голеностопного сустава, повлекшее за собой:</p> <p>1. значительное ограничение движений в голеностопном суставе 10 2. отсутствие движений в голеностопном суставе 15 3. отсутствие движений (артродез) в одном из суставов стопы - подтаранном, поперечном суставе в предплюсневом или предплюсне-плюсневом 15</p> <p>*Примечание: Страховая выплата по п. 90 производится дополнительно к страховой выплате по п. 89 не ранее чем через 9 месяцев после травмы.</p> | |
| 91 | <p>Повреждение ахиллова сухожилия:</p> <p>1. при консервативном лечении 5 2. при оперативном лечении 10</p> | |
| 92 | <p style="text-align: center;"><u>СТОПА:</u></p> <p>Повреждение стопы:</p> <p>1. растяжение связок, полный или частичный разрыв связок, повлекший за собой потерю трудоспособности 14 дней и более 5 2. перелом (вывих) одной или двух плюсневых костей, за исключением пяточной и таранной 5 3. перелом (вывих) более двух плюсневых костей, за исключением пяточной и таранной 7 4. перелом пяточной или таранной кости 10</p> | |
| 93 | <p>Несросшийся перелом (ложный сустав) кости (костей) голеностопного сустава или стопы</p> <p>*Примечание: Страховая выплата производится не ранее, чем через 6 месяцев после травмы.</p> | 15 |
| 94 | <p>Травматическая ампутация или тяжелое повреждение стопы, повлекшее за собой ее ампутацию на уровне: -</p> <p>1. плюсне-фаланговых суставов (отсутствие всех пальцев стопы) 15 2. плюсневых костей 20 3. предплюсневых костей 25 4. таранной, пяточной костей, голеностопного сустава 30</p> | |
| 95 | <p>Переломы, вывихи фаланг, повреждение сухожилий пальца (пальцев) одной стопы: -</p> <p>1. перелом или вывих одной или нескольких фаланг, повреждение сухожилий одного или двух пальцев, травматическое или хирургическое удаление ногтевой пластинки вследствие травмы одного или двух пальцев 5 2. перелом или вывих одной или нескольких фаланг, повреждение сухожилий, травматическое или хирургическое удаление ногтевых пластинок вследствие травмы трех-пяти пальцев 10</p> | |
| 96 | <p>Травматическая ампутация или повреждение, повлекшее за собой ампутацию пальцев:</p> <p>1. первого пальца: - на уровне ногтевой фаланги (потеря ногтевой фаланги) 5 2. на уровне основной фаланги (потеря пальца) 10</p> | |
| 97 | <p>Второго, третьего, четвертого, пятого пальцев:</p> <p>1. одного-двух пальцев на уровне ногтевых или средних фаланг 5 2. одного-двух пальцев на уровне основных фаланг (потеря пальцев) 10 3. трех-четырех пальцев на уровне ногтевой или средней фаланг 15 4. трех-четырех пальцев на уровне основных фаланг (потеря пальцев) 20</p> | |

ПРИМЕЧАНИЯ:

1. Если в Таблице № 1 не указано иное, в случае, когда в результате одной травмы наступят повреждения, перечисленные в одном пункте, страховая выплата производится по одному из подпунктов этого пункта, учитывающему наиболее тяжелое повреждение. При повреждениях, указанных в разных пунктах, страховая выплата производится по каждому из них.
2. Эксперты с медицинским образованием, при принятии решения о размере страховой выплаты, вправе увеличивать размер страховых выплат (но не более чем на 10%) при необходимости дополнительного неоднократного хирургического вмешательства.

ТАБЛИЦА
размеров страховой выплаты при снижении зрения вследствие травмы

| Острота зрения | | Страховая выплата | Острота зрения | | Страховая выплата | | |
|----------------|--------------|------------------------|----------------|--------------|------------------------|-----|----|
| до травмы | после травмы | в % от страховой суммы | до травмы | после травмы | в % от страховой суммы | | |
| 1,0 | 0,9 | 5 | 0,9 | 0,8 | 5 | | |
| | 0,8 | 5 | | | 5 | | |
| | 0,7 | 5 | | | 5 | | |
| | 0,6 | 5 | | | 5 | | |
| | 0,5 | 10 | | | 10 | | |
| | 0,4 | 10 | | | 10 | | |
| | 0,3 | 15 | | | 15 | | |
| | 0,2 | 20 | | | 20 | | |
| | 0,1 | 30 | | | 30 | | |
| | 0,0 | 40 | | | ниже 0,1 | 40 | |
| | | 50 | 0,0 | 50 | | | |
| 0,8 | 0,7 | 5 | 0,7 | 0,6 | 5 | | |
| | 0,6 | 5 | | | 5 | | |
| | 0,5 | 10 | | | 10 | | |
| | 0,4 | 10 | | | 10 | | |
| | 0,3 | 15 | | | 10 | | |
| | 0,2 | 20 | | | 15 | | |
| | 0,1 | 30 | | | 20 | | |
| | ниже 0,1 | 40 | | | ниже 0,1 | 30 | |
| 0,0 | 50 | 0,0 | 40 | | | | |
| 0,6 | 0,5 | 5 | 0,5 | 0,4 | 5 | | |
| | 0,4 | 5 | | | 5 | | |
| | 0,3 | 10 | | | 10 | | |
| | 0,2 | 10 | | | 10 | | |
| | 0,1 | 15 | | | 10 | | |
| | ниже 0,1 | 20 | | | ниже 0,1 | 15 | |
| | 0,0 | 25 | | | 0,0 | 20 | |
| 0,4 | 0,3 | 5 | 0,3 | 0,2 | 5 | | |
| | 0,2 | 5 | | | 5 | | |
| | 0,1 | 10 | | | 10 | | |
| | ниже 0,1 | 15 | | | ниже 0,1 | 10 | |
| | 0,0 | 20 | | | 0,0 | 20 | |
| 0,2 | 0,1 | 5 | 0,1 | ниже 0,1 | 10 | | |
| | ниже 0,1 | 10 | | | 0,0 | 20 | |
| | 0,0 | 20 | | | ниже 0,1 | 0,0 | 20 |
| | | | | | | | |

ТАБЛИЦА СТРАХОВЫХ ВЫПЛАТ ПРИ ОЖОГАХ

| Площадь ожога (в % поверхности тела) | Степень ожога | | | |
|---|---|------|------|-----|
| | II | IIIА | IIIБ | IV |
| | Размер страховой выплаты в % от страховой суммы | | | |
| до 3 | 3 | 10 | 13 | 15 |
| от 3 до 10 | 5 | 15 | 17 | 20 |
| от 11 до 20 | 15 | 20 | 25 | 35 |
| от 21 до 30 | 20 | 25 | 45 | 55 |
| от 31 до 40 | 25 | 30 | 70 | 75 |
| от 41 до 50 | 30 | 40 | 85 | 90 |
| от 51 до 60 | 35 | 50 | 95 | 95 |
| от 61 до 70 | 40 | 60 | 100 | 100 |
| от 71 до 80 | 50 | 70 | 100 | 100 |
| от 81 до 90 | 60 | 80 | 100 | 100 |
| более 90 | 70 | 95 | 100 | 100 |

При ожогах головы и/или шеи страховая выплата производится в размере:

| Площадь ожога (в % поверхности тела) | Степень ожога | | | |
|---|---|------|------|----|
| | II | IIIА | IIIБ | IV |
| | Размер страховой выплаты в % от страховой суммы | | | |
| 1 | 3 | 5 | 7 | 10 |
| 2 | 4 | 6 | 9 | 12 |
| 3 | 5 | 8 | 12 | 15 |
| 4 | 6 | 10 | 15 | 20 |
| 5 | 8 | 12 | 20 | 25 |
| 6 | 10 | 15 | 25 | 30 |
| 7 | 12 | 18 | 30 | 35 |
| 8 | 14 | 21 | 35 | 40 |
| 9 | 17 | 25 | 40 | 45 |
| 10 | 20 | 30 | 50 | 55 |

ПРИМЕЧАНИЕ:

1. При ожогах дыхательных путей выплачивается 30 % от страховой суммы.
2. При ожогах промежности размер страховой выплаты увеличивается на 5 %.

ТАБЛИЦА СТРАХОВЫХ ВЫПЛАТ ПРИ ОБМОРОЖЕНИЯХ

| № п/п | Характер повреждения | Степень обморожения | |
|--|--|-------------------------------|----|
| | | III | IV |
| | | Размер страховой выплаты, в % | |
| 1 | Одной ушной раковины | 20 | 30 |
| 2 | Двух ушных раковин | 45 | 65 |
| 3 | Носа | 20 | 35 |
| 4 | Щек | 20 | 30 |
| 5 | Пальцев кисти: | | |
| | Первого пальца на уровне: | | |
| | - ногтевой фаланги; | 3 | 5 |
| | - межфалангового сустава и основной фаланги; | 5 | 10 |
| | -пястно-фалангового сустава; | 7 | 15 |
| | - пястной кости. | 10 | 20 |
| | Второго (указательного) пальца на уровне: | | |
| | - ногтевой фаланги; | | |
| | -дистального межфалангового сустава и основной фаланги; | 3 | 5 |
| | -проксимального межфалангового сустава и основной фаланги; | 5 | 7 |
| -пястно-фалангового сустава | 7 | 10 | |
| -пястной кости | 10 | 13 | |
| Третьего, четвертого, пятого пальцев на уровне: | | | |
| - ногтевой фаланги, средней фаланги, проксимального межфалангового сустава | 3 | 5 | |
| -основной фаланги, пястной кости | --- | 10 | |

| № п/п | Характер повреждения | Степень обморожения | | |
|--------------------------------|--|-------------------------------|----------|----------|
| | | II | III | IV |
| | | Размер страховой выплаты, в % | | |
| 6 | Кисти на уровне лучезапястного сустава и выше: | | | |
| | - правая кисть - левая кисть | | 35 25 | 65 55 |
| 7 | Пальцы стопы: | | | |
| | Первого пальца на уровне: | | | |
| | - ногтевой фаланги | | 3 | 5 |
| | - основной фаланги | | 6 | 10 |
| | -плюсневой кости | | 10 | 14 |
| | Второго, третьего, четвертого, пятого пальцев на уровне: | | | |
| - ногтевой или средней фаланги | | 3 | 4 | |
| - основной фаланги | | 4 | 6 | |
| - плюсневой кости | | 7 | 9 | |
| 8 | Стопы на уровне: | | | |
| | - предплюсневой, таранной, пяточной кости - голеностопного сустава и выше | 20 25 | 30 35 | 50 55 |

ПРИМЕЧАНИЕ:

1. При обморожении нескольких пальцев либо обеих кистей или стоп размер страховой выплаты суммируется (но не более 100 % страховой суммы).

ТАБЛИЦА СТРАХОВЫХ ВЫПЛАТ В СВЯЗИ С ОГНЕСТРЕЛЬНЫМИ РАНЕНИЯМИ

| № и/п | Характер повреждения | Размер страховой выплаты, % | № п/п | Характер повреждения | Размер страховой выплаты, % | |
|-----------------------------|--|---|-------|---|--|--|
| 1 | Касательные одиночные ранения (пулевое или осколочное), раневая поверхность: - до 2 кв.см; - от 2 до 5 кв.см; - от 5 до 10 кв.см; - свыше 10 кв. см; - лица каждое последующее ранение | 5 | 10 | Шея: - первое ранение: - повреждение сосудов - повреждение трахеи - каждое последующее ранение | 60 50 +20 | |
| | | 7 | | | | |
| | | 10 | | | | |
| | | 15 | | | | |
| | | 17 | | | | |
| каждое последующее ранение | +7 | | | | | |
| 2 | Сквозные ранения без повреждения костей, сосудов и внутренних органов: - первое ранение - каждое последующее ранение | 20 + 10 | 11 | Верхние конечности – 1 рана: Повреждение ключицы Повреждение костей плечевого пояса Повреждение плеча Повреждение сосудов или нервов на уровне плеча Повреждение костей локтевого сустава Повреждение сосудов или нервов на уровне локтевого сустава Повреждение 1 кости предплечья Повреждение 2 костей предплечья Повреждение нервов или сосудов предплечья Повреждение 1 кости кисти или запястья Повреждение 2-4 костей предплечья Повреждение 5 костей и более Повреждение сосудов на уровне кисти Повреждение костей 1-2 пальца Повреждение костей других пальцев - каждое последующее ранение | 20 30 25 35 30 30 20 30 25 15 25 35 20 20 15 + 15 | |
| 3 | Слепое ранение без повреждения костей, сосудов и внутренних органов: - первое ранение - каждое последующее ранение | 25 + 10 | | | | |
| 4 | При инфицированных ранениях по п.п. 1,2,3 | + 10 | | | | |
| 5 | Голова: - первое ранение: - без повреждения головного мозга и оболочек; - с повреждением мозговых оболочек; - с повреждением головного мозга; - каждое последующее ранение: | 30 | | | | |
| | | 40 | | | | |
| | | 50 | | | | |
| каждое последующее ранение: | + 15 | | | | | |
| 6 | Ранение почек: - первое ранение: - каждое последующее ранение: | 50 +20 | | | | |
| 7 | Грудная клетка: - первое ранение: -без повреждения легкого -с повреждением легкого Повреждение крупных сосудов и сердца Повреждение пищевода Повреждение позвоночника Повреждение спинного мозга Полный разрыв спинного мозга -каждое последующее ранение: при сопутствующем переломе 1-2 ребер при сопутствующем переломе 3-5 ребер | 20 30 50 50 60 80 100 + 15 +10 +15 | | 12 | Нижние конечности -1 рана: Повреждение головки или шейки бедра Повреждение бедра Повреждение сосудов или нервов на уровне бедра Повреждение коленного сустава Повреждение малой берцовой кости Повреждение большой берцовой кости Повреждение обеих костей голени Повреждение нервов или сосудов голени Повреждение голеностопного сустава Повреждение пяточной кости Повреждение 1-2 костей предплюсны и плюсны Повреждение 3-4 костей предплюсны и плюсны Повреждение 5 и более костей предплюсны и плюсны Повреждение - 1 пальца | 35 30 35 35 15 25 35 40 30 35 20 25 40 20 |

| | | | | | |
|-------------------------------|---|-----|-----|------------------------------|---|
| | | | | - других пальцев | 15 |
| | | | | - каждое последующее ранение | +20 |
| 8 | Брюшная полость: | | | | |
| | - первое ранение: | | 30 | | |
| | -без повреждения органов | | | | |
| | - с повреждением желудка и кишечника | | 45 | | |
| | Повреждение поджелудочной железы | | 50 | | |
| | Повреждение селезенки | | 40 | | |
| | Повреждение печени | | 50 | | |
| Повреждение брюшной аорты | | 60 | | | |
| - каждое последующее ранение: | | +20 | | | |
| 9 | Ранение мочеточников, мочевого пузыря: | | | | |
| | - первое ранение | | 45 | | |
| | - каждое последующее ранение | | +15 | | |
| | | | | 13 | При аналогичных повреждениях двух конечностей страховая выплата удваивается |
| | | | | 14 | При ранениях органов зрения и слуха страховая выплата производится по Таблице №1, в зависимости от степени потери зрения или слуха с добавлением 15% за огнестрельное ранение |
| | | | | 15 | При осложнениях повреждений костей остеомиелитом или образованием ложного сустава дополнительно выплачивается 20% |

ПРИМЕЧАНИЕ:

1. Если ранение соответствует нескольким пунктам данной таблицы, то выплачивается максимальный процент.

Страховые выплаты осуществляются только при условии обращения в лечебное учреждение в течение одних суток после наступления несчастного случая.

Страховые выплаты не производятся в тех случаях, когда факт получения того или иного повреждения установлен только на основании сообщений и жалоб заинтересованных в выплатах лиц, даже если подобные сообщения и жалобы зафиксированы письменно, в том числе в медицинских документах.

Пронумеровано, пронумеровано
и скреплено печатью и подписью
136 (от Директора Шеня) листов

Генеральный директор
ПАО «САХЭНЕРГОГАРАНТ»
С.К. Васильев
27 февраля 2019 года

