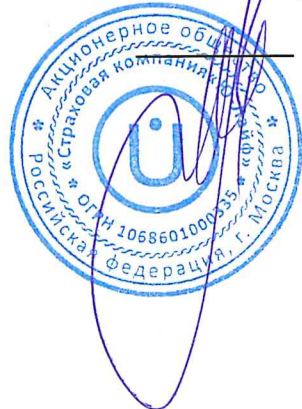


УТВЕРЖДЕНЫ
Приказом № 55
от «27» апреля 2026 г.
Генеральный директор
АО «СК «Ю-Лайф»



А.В. Захаров

**ПРАВИЛА СТРАХОВАНИЯ ОТ НЕСЧАСТНЫХ СЛУЧАЕВ И БОЛЕЗНЕЙ № 36
(редакция 2)**

г. Москва, 2026

Оглавление

1. Общие положения. Определения	3
2. Субъекты и объекты страхования.....	8
3. Страховые риски. Страховые случаи	9
4. Общие исключения из страхового покрытия	10
5. Порядок заключения и оформления Договора страхования.....	13
6. Страховая сумма, страховая премия. Порядок определения страховой суммы, страхового тарифа и страховой премии	16
7. Порядок определения размера страховых выплат. Порядок и срок осуществления страховых выплат	17
8. Права и обязанности Страховщика, Страхователя и Застрахованного лица.....	25
9. Последствия увеличения степени риска.....	27
10. Конфиденциальная информация	28
11. Форс-мажор	29
12. Порядок рассмотрения споров	29
13. Заключительные положения	29
Приложение № 1.....	31
Приложение № 2.....	34

1. Общие положения. Определения

1.1. Настоящие Правила страхования от несчастных случаев и болезней № 36 (далее – Правила) разработаны в соответствии с законодательными и иными нормативными правовыми актами Российской Федерации и относятся согласно принятой в законодательстве классификации к виду страхования от несчастных случаев и болезней. Правила определяют общие условия и порядок осуществления страхования Акционерным обществом «Страховая компания «Ю-Лайф» (далее – Страховщик), созданным в соответствии с законодательством Российской Федерации для осуществления деятельности по страхованию и получившим лицензию в установленном законом порядке.

1.2. Основные термины, используемые в Правилах:

1.2.1. **Авиационное происшествие** — событие, связанное с использованием воздушного судна, которое имело место с момента, когда Застрахованное лицо вступило на борт воздушного судна с намерением совершить полет в качестве пассажира или члена экипажа, до момента, когда все лица, находившиеся на борту с целью совершения полёта, покинули воздушное судно, и в ходе которого Застрахованное лицо получает телесное повреждение со смертельным исходом в результате нахождения в данном воздушном судне.

1.2.2. **Авиационный спорт** – один из видов технического спорта; учебно-тренировочные занятия и соревнования на летательных аппаратах в выполнении фигур высшего пилотажа, а также в скорости, дальности, высоте, скороподъёмности, грузоподъёмности и продолжительности полёта. Различают самолётный спорт, вертолётный спорт, планёрный спорт, парашютный спорт, дельтапланерный спорт и авиамодельный спорт.

1.2.3. **Автомобильный спорт, автоспорт** — категория технических видов спорта, в которых люди соревнуются в скорости прохождения трассы на автомобилях (прототип, легковой автомобиль, грузовик, внедорожник и т. д.).

1.2.4. **Болезнь (заболевание)** – нарушение нормальной жизнедеятельности организма, обусловленное функциональными и/или морфологическими изменениями, не вызванное несчастным случаем, диагностированное квалифицированным врачом на основании объективных симптомов, впервые возникших в период срока страхования или заявленное Страхователем (Застрахованным лицом) в заявлении (декларации) при заключении Договора страхования, а также явившееся следствием осложнений, развившихся после врачебных манипуляций с целью лечения такого нарушения и произведённых в период срока страхования.

Инфекционная болезнь – это наступившее в течение срока страхования нарушение здоровья Застрахованного лица, явившееся следствием взаимодействия с поступившими в его организм в указанный период болезнетворными микробами (бактериями, вирусами и т.п.).

Заболевание будет включать в себя все повреждения либо последствия, возникшие на фоне одного диагноза, а также все виды недомоганий, связанных с одной причиной или группой взаимосвязанных причин. Если недомогание возникло вследствие той же причины, которая вызвала предыдущее заболевание, либо вследствие родственной причины, данное заболевание будет считаться продолжением предыдущего заболевания, а не отдельным заболеванием.

1.2.5. **Водно-моторный спорт** — технический вид спорта, включающий скоростные соревнования на моторных судах по воде.

1.2.6. **Водный пассажирский транспорт** – это туристические или маршрутные суда, которые перемещают группы людей с одной точки суши на другую, посредством водного маршрута.

1.2.7. **Врач** – специалист, на законных основаниях допущенный к осуществлению медицинской практики.

1.2.8. **Выгодоприобретатель** – лицо, в пользу которого заключён Договор страхования.

Договор страхования считается заключённым в пользу Застрахованного лица, если в Договоре страхования не названо в качестве Выгодоприобретателя другое лицо. В случае смерти Застрахованного лица если в Договоре страхования не предусмотрен иной Выгодоприобретатель, Выгодоприобретателями признаются наследники Застрахованного лица, определяемые в порядке, установленном законодательством.

Страхователь с согласия Застрахованного лица вправе производить замену Выгодоприобретателя в течение срока действия Договора страхования другим лицом или лицами по своему усмотрению. Выгодоприобретатель не может быть заменён другим лицом после того, как он выполнил какую-либо из обязанностей по Договору страхования или предъявил Страховщику требование о страховой выплате, за исключением случаев, когда замена Выгодоприобретателя происходит по его собственной воле по правилам, установленным законодательством Российской Федерации.

1.2.9. Госпитализация – помещение больного в круглосуточный стационар медицинского учреждения, имеющего все необходимые разрешения и лицензии, в течение срока страхования для проведения лечения, необходимость которого была вызвана впервые диагностированным в период срока страхования критическим заболеванием из числа указанных в Договоре страхования, согласованного Страховщиком.

При этом госпитализацией не признается: помещение Застрахованного лица в стационар для проведения медицинского обследования; проживание Застрахованного лица в клинике или санатории для прохождения им восстановительного (реабилитационного) курса лечения; задержание Застрахованного лица в связи с карантином или иными превентивными мерами официальных властей.

1.2.10. Декларация-согласие Страхователя/Застрахованного лица – сведения о состоянии здоровья Застрахованного лица, его образе жизни и профессиональных занятиях, а также разрешения и согласия на операции с персональными данными и ознакомление с условиями страхования, письменно подтверждённые перед оформлением Договора страхования, являющиеся основой для Страховщика для принятия на страхование.

1.2.11. Диагностирование — комплекс медицинских мероприятий, направленных на распознавание патологических состояний или установление факта наличия либо отсутствия заболеваний.

1.2.12. Дорожно-транспортное происшествие — событие, возникшее в процессе движения по дороге механического транспортного средства (а именно, автомобиля, автобуса, троллейбуса, трамвая, маршрутного такси и т.п.) и с его участием, при котором произошёл несчастный случай с Застрахованным лицом.

1.2.13. Железнодорожное происшествие — событие на пассажирском железнодорожном транспорте (поезде, электричке), а также городской электрической железной дороге (метрополитене), возникшее при входе/ выходе пассажиров, а также движении поездов или выполнении маневровой работы, повлёкшее повреждение или разрушение подвижного состава, при котором произошёл несчастный случай с Застрахованным лицом.

1.2.14. Застрахованное лицо – физическое лицо, в отношении которого Страхователь и Страховщик заключили Договор страхования на случай смерти, причинения вреда его жизни или здоровью, наступления иных событий в жизни такого лица в соответствии с Правилами.

1.2.15. Инвалидность – установленная органом медико-социальной экспертизы (далее – МСЭ) социальная недостаточность вследствие нарушения здоровья со стойким расстройством функций организма Застрахованного лица, обусловленное телесным повреждением (травмой) в результате несчастного случая, произошедшего в течение срока страхования, и/или болезнью (заболеванием), развившейся и диагностированной в тот же период, сопровождающаяся утратой общей трудоспособности, ограничением жизнедеятельности и необходимостью в социальной защите.

Инвалидность определённой группы (I, II или III) устанавливается органом МСЭ в зависимости от выраженности нарушения функций органов и систем организма Застрахованного лица, а также степени ограничения жизнедеятельности.

Первичное установление инвалидности означает установление категории или группы инвалидности лицу, не являвшемуся ранее инвалидом.

1.2.16. Источник повышенной опасности – любая деятельность, осуществление которой создаёт повышенную вероятность причинения вреда из-за невозможности полного контроля за ней со стороны человека, а также деятельность по использованию, транспортировке, хранению предметов, веществ и других объектов производственного, хозяйственного или иного назначения, обладающих такими же свойствами.

1.2.17. **Лечебное (медицинское) учреждение** — частная или государственная организация, законно уполномоченная на обеспечение медицинского лечения заболеваний или травм, оснащённая материальными/техническими средствами и укомплектованная квалифицированным медицинским персоналом.

1.2.18. **Медицинская помощь** — комплекс мероприятий, направленных на поддержание и (или) восстановление здоровья и включающих в себя предоставление медицинских услуг, в том числе, с применением телемедицинских технологий.

1.2.19. **Медицинские услуги** — мероприятия или комплекс мероприятий, имеющих самостоятельное законченное значение и определённую стоимость, направленных на диагностику заболеваний и их лечение.

1.2.20. **Мотоциклетный спорт, мотоспорт** — технический вид спорта, основу которого составляет взаимодействие спортсмена с различной мотоциклетной техникой.

1.2.21. **Несчастный случай (НС)** — произошедшее в период действия Договора страхования внезапное непредвиденное физическое воздействие различных внешних факторов (механических, термических, химических и т.д.) на организм Застрахованного лица, произошедшее помимо воли Застрахованного лица, и приведшее к телесным повреждениям, нарушениям физиологических функций организма Застрахованного лица или его смерти. К несчастным случаям (внешним событиям), например, относятся нападение злоумышленников или животных (в том числе насекомых, пресмыкающихся и других животных), падение какого-либо предмета на Застрахованное лицо, падение самого Застрахованного лица, внезапное удушье, случайное острое отравление вредными продуктами или веществами (исключая пищевое отравление), травмы, полученные при движении средств транспорта или при их аварии, при пользовании машинами, механизмами, орудиями производства и всякого рода инструментами, и другие. Также к несчастным случаям (внешним событиям) относится воздействие внешних факторов: взрыв, ожог, обморожение, утопление, действие электрического тока, удар молнии, солнечный удар и другие внешние воздействия.

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

1.2.22. **Несчастный случай в результате транспортного происшествия (НС на транспорте)** — несчастный случай, произошедший с Застрахованным лицом непосредственно в результате дорожно-транспортного происшествия, железнодорожного происшествия, авиационного происшествия, происшествия на водном транспорте.

1.2.23. **Особо опасное заболевание (ООЗ)** — заболевания, значительно нарушающие жизненный уклад и ухудшающие качество жизни Застрахованного лица, характеризующиеся чрезвычайно высоким уровнем смертности и не вызванное несчастным случаем. В Правилах под ООЗ понимаются заболевания, перечисленные в Таблице особо опасных заболеваний (Приложение № 1 к Правилам).

1.2.24. **Опасные виды спорта** — виды спорта (увлечений), занятие которыми приводит к повышению степени риска наступления страхового случая. К опасным видам спорта относятся: автоспорт и мотоспорт (включая любые соревнования на скорость), альпинизм и скалолазание, спелеология, любые виды конного спорта, горные лыжи и сноубординг (вне подготовленных трасс), подводное плавание (глубже 40 м.), контактные и боевые единоборства, стрельба, катание на водных мотоциклах и катерах, рафтинг, авиационный спорт, в т.ч. дельтапланеризм, парапланеризм, прыжки с парашютом, кроме авиамодельного спорта, водно-моторный спорт, родео, прыжки на лыжах с трамплина, прыжки со скал, гребной слалом, спортивный сплав, подводное ориентирование, подводная охота, подводная борьба, спортивный туризм (горный, лыжный, водный) 4-5 категории сложности, охота, спорт с применением огнестрельного оружия, бобслей.

1.2.25. **Период ожидания** (временная франшиза) — период времени, начиная с 00:00 часов первого дня действия Договора страхования, в течение которого любое заболевание, которое впервые было диагностировано в течение данного периода, или о котором в течение данного периода впервые стало известно Застрахованному лицу, либо в течение которого появились иные

обстоятельства/состояния, предусмотренных Правилами, на условиях которой был заключен Договор страхования, и/или Договором страхования и повлекшее/повлекшие обращение Застрахованного лица к Страховщику за организацией причинение вреда жизни и здоровью Застрахованного лица, не будут являться страховым случаем.

1.2.26. Период ожидания (временная франшиза) может применяться как в отношении Договора страхования, так и в отношении отдельных рисков, включённых в Договор страхования. Период ожидания не применяется в отношении Договора страхования или какого-либо риска, включённого в Договор страхования, который был перезаключён сторонами на условиях, как полностью идентичных условиям предыдущего Договора страхования, так и на условиях, идентичных условиям предыдущего Договора страхования в отношении одного или нескольких рисков. Продолжительность периода ожидания указывается в Договоре страхования. **Предшествовавшее состояние** — любое нарушение здоровья, травма, увечье, врождённая или приобретённая патология, хроническое или острое заболевание, перечисленное в Декларации-согласии Страхователя/Застрахованного лица или в Анкете Застрахованного лица, диагностированное и(или) или проявляющее себя симптомами в течение 10 лет до даты начала действия Договора страхования, а также в течение периода ожидания, задокументированное в медицинских материалах.

Такие состояния также включают в себя любые осложнения или последствия, связанные с указанными состояниями.

1.2.27. **Происшествие на водном пассажирском транспорте** — кораблекрушение, авария, аварийное происшествие в результате морских опасностей (бури, шторма, урагана, цунами, обледенения, подводных рифов и др.), или иных причин (человеческого фактора – ошибок при технической эксплуатации и управления судов), при котором произошёл несчастный случай с Застрахованным лицом.

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

Инфекционные болезни, в том числе сопровождающиеся интоксикацией (сальмонеллёз, дизентерия и др.), к случайным острым отравлениям не относятся.

1.2.29. **Срок страхования** (страхование, обусловленное Договором страхования, период действия страхового покрытия) – период времени, определяемый Договором страхования, в течение которого произошедшее событие, из числа указанных в Правилах (страховой риск) может быть признано страховым случаем, в результате чего у Страховщика возникнет обязанность по осуществлению страховой выплаты в соответствии с Правилами и Договором страхования.

1.2.30. **Стационарное лечение** – это нахождение Застрахованного лица на круглосуточном стационарном лечении (за исключением дневного стационара) в медицинском учреждении в результате несчастного случая, наступившего с Застрахованным лицом в период действия Договора страхования, и/или заболевания, развившегося и диагностированного у него в период действия Договора страхования.

При этом стационарным лечением не признается: помещение Застрахованного лица в стационар только для проведения медицинского обследования; нахождение Застрахованного лица в клинике или санатории для прохождения им восстановительного, санаторно-курортного курса лечения; задержание Застрахованного лица в связи с карантином или иными превентивными мерами официальных властей. Также не является стационарным лечением помещение Застрахованного лица в дневной стационар амбулаторно-поликлинического или стационарного медицинского учреждения.

1.2.31. **Страхователь** – российское или иностранное юридическое лицо любой организационно-правовой формы, заключившее со Страховщиком Договор страхования в соответствии с Правилами и уплачивающее страховую премию в соответствии с условиями Договора страхования.

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

1.2.33. **Страховая сумма** – определённая Договором страхования денежная сумма, исходя из которой устанавливается размер страховой премии и размер страховой выплаты при наступлении страхового случая.

1.2.34. **Страховой риск** – предполагаемое событие, предусмотренное Договором страхования, на случай наступления которого в соответствии с Правилами производится страхование.

1.2.35. **Страховой случай** – совершившееся событие в течение срока страхования (реализованный с соблюдением условий Правил и Договора страхования страховой риск), предусмотренное Договором страхования, с наступлением которого возникает обязанность Страховщика произвести страховую выплату Застрахованному лицу либо Выгодоприобретателю.

1.2.36. **Страховщик** – Акционерное общество «Страховая компания «Ю-Лайф», созданное в соответствии с законодательством Российской Федерации для осуществления страховой деятельности на основании полученной в установленном порядке лицензии. В соответствии с Правилами и действующим законодательством Российской Федерации Страховщик заключает Договоры страхования с юридическими лицами любой формы собственности.

1.2.37. **Стритрейсинг** – участие в соревнованиях на скорость в дорожном городском потоке («уличные гонки») на автомобилях;

1.2.38. **Телесное повреждение** – это травма и/или случайное острое отравление, полученные Застрахованным лицом в период действия Договора страхования в результате несчастного случая.

1.2.39. **Террористические акты** – действия, к которым, в частности, относится применение силы или насилия и/или угроз такого применения, совершаемые лицом или группой(-ами) лиц самостоятельно, от имени или во взаимосвязи с любой организацией(-ями) или правительством(-ами), которые осуществляются в политических, религиозных, идеологических или аналогичных целях, в т.ч. с намерением повлиять на какое-либо правительство и/или вызвать у общественности или какой-либо части общественности страх; либо использование любого биологического, химического, радиоактивного или ядерного вещества, материала, устройства или оружия.

1.2.40. **Травма** – это 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, диагноз которого поставлен на основании известных медицинской науке объективных симптомов.

1.2.41. **Трансплантация** – операция по замещению тканей и/или органов Застрахованного лица взятыми из другого организма или созданными искусственно тканями или органами.

1.2.42. **Хирургическая операция** – все операции, проводимые в диагностических либо лечебных целях, выполняемые путём надреза или иных способов внутреннего проникновения хирургом в медицинском учреждении, для проведения которых обычно требуется наличие операционной.

1.2.43. **Экспериментальное лечение** – лечение, процедура, курс лечения, аппаратура, лекарственные препараты или фармацевтический продукт, предназначенные для медицинского или хирургического применения, которые не являются общепринятыми в качестве безопасных, эффективных и подходящих для лечения тех или иных заболеваний или травм научными организациями, признанными международным медицинским сообществом, либо проходящие стадию исследования, тестирования, либо находящиеся на любом этапе клинических испытаний.

1.3. На страхование не принимаются:

1.3.1. В качестве Застрахованного лица – лица старше 90 (девяносто) полных лет на момент начала действия Договора страхования. При этом предельный возраст на момент окончания Договора страхования при страховании:

- по риску «Смерть от НС» – 90 лет,
- по риску «Смерть в результате НС на транспорте» - 90 лет,
- по риску «Смерть ЛП» – 80 лет,
- по рискам «Травма» и «Временная утрата трудоспособности НС» – 70 лет,

– по рискам «Инвалидность от НС I,II группы», «Инвалидность от НС I,II группы» «Инвалидность ЛП I, II группы», «Инвалидность ЛП I, II, III группы», «Диагностирование ООЗ» и «Временная утрата трудоспособности ЛП» - 66 лет.

1.3.2. лица, употребляющие наркотики, токсические вещества, страдающие алкоголизмом, состоящие по любой из указанных причин на диспансерном учёте;

1.3.3. лица со стойкими нервными или психическими расстройствами, в том числе состоящие на учёте по этому поводу в психоневрологическом диспансере;

1.3.4. лица, находящиеся под следствием или в местах лишения свободы.

1.4. Если иное решение не принято Страховщиком по результатам индивидуального андеррайтинга, посредством заполнения анкет, по установленной Страховщиком форме, и/или проведения предварительного предстрахового медицинского обследования, на страхование не принимаются:

1.4.1. лица, страдающие онкологическими заболеваниями на дату заключения Договора страхования или когда-либо в прошлом;

1.4.2. лица, у которых имели (имеют) место на дату заключения Договора страхования или ранее заболевание(я), состояние(я), травма(ы) или дефект(ы), перечисленные в Декларации Застрахованного лица в составе Заявления на страхование, в составе Договора страхования, перечисленные в Анкете Застрахованного лица, а также лица, имеющие профессии или увлечения, указанные в Декларации, или подпадающие под иные указанные в Декларации, анкете категории лиц (предшествующие заболевания/состояния).

Проведение медицинского анкетирования или предварительного медицинского обследования является правом Страховщика, которое он может реализовать в каждом конкретном случае или при заключении отдельных Договоров страхования. По результатам анкетирования или медицинского обследования Страховщик вправе рассмотреть вопрос о принятии конкретного лица на страхование и/или принимать индивидуальные андеррайтерские решения, влекущие применение поправочных коэффициентов и/или изменения перечня индивидуальных условий страхования, в той мере, в какой это не противоречит действующему законодательству Российской Федерации и Правилам.

1.5. Если после заключения Договора страхования будет установлено, что Страхователь (Застрахованное лицо) сообщил Страховщику о Застрахованном лице заведомо ложные сведения об обстоятельствах, указанных в Декларации Страхователя/Застрахованного лица, Анкете Застрахованного лица или будет установлено, что на страхование было принято лицо, подпадающее в одну из вышеперечисленных категорий, т.е. при заключении Договора страхования Страхователь не сообщил Страховщику/скрыл обстоятельства, перечисленные в пунктах 1.3 и 1.4 Правил и эти обстоятельства были выявлены после вступления Договора страхования в силу, Страховщик вправе потребовать признания Договора страхования недействительным в отношении такого лица и применения последствий, предусмотренных ст. 179 Гражданского кодекса Российской Федерации (далее – ГК РФ).

1.6. Территорией страхования является территория, в пределах которой произошедшие события, предусмотренные условиями Договора страхования, рассматриваются Страховщиком в качестве страховых случаев.

Если иное специально не предусмотрено условиями Договора страхования, территорией страхования является любая территория, за исключением зон военных действий, иных военных мероприятий, а также зон, подверженных радиоактивному заражению.

2. Субъекты и объекты страхования

2.1. Субъектами страхования являются Страховщик и лица, указанные в Договоре страхования в качестве Страхователя, Застрахованного лица, Выгодоприобретателя.

2.2. Объектом страхования являются не противоречащие действующему законодательству Российской Федерации имущественные интересы, связанные с причинением вреда жизни и здоровью Застрахованных лиц в результате несчастного случая или болезни.

3. Страховые риски. Страховые случаи

3.1. Страховым риском является предполагаемое событие, обладающее признаками вероятности и случайности его наступления, на случай наступления которого проводится страхование.

3.2. Страховым случаем является предусмотренное Договором страхования свершившееся событие из числа указанных в пунктах 3.2.1 - 3.2.11. Правил, подтвержденное в установленном порядке документами в соответствии с Правилами и Договором страхования, с наступлением которого возникает обязанность Страховщика произвести страховую выплату (за исключением событий, наступивших при обстоятельствах, перечисленных в разделе 4 Правил).

3.2.1. Смерть Застрахованного лица, наступившая в течение срока страхования, установленного Договором страхования, по любой причине, которая возникла в течение срока страхования (далее по тексту Правил, а также в Договоре страхования данный риск может именоваться кратко — **«Смерть ЛП»**). Если указанной причиной является несчастный случай, то он должен произойти в течение срока страхования. Если причиной является заболевание, то оно должно быть впервые диагностировано в течение срока страхования.

3.2.2. Смерть Застрахованного лица от несчастного случая, наступившая в течение срока страхования, установленного Договором страхования, в результате несчастного случая, произошедшего в течение срока страхования (далее по тексту Правил, а также в Договоре страхования данный риск может именоваться кратко — **«Смерть от НС»**).

3.2.3. Смерть Застрахованного лица непосредственно в результате несчастного случая на транспорте, произошедшего в течение срока страхования, и наступившая в течение срока страхования или в течение 6 (шести) месяцев после его окончания, при условии, что между НС на транспорте и смертью существует прямая причинно-следственная связь (далее по тексту, а также в Договоре страхования данный риск может именоваться кратко — **«Смерть в результате НС на транспорте»**). При этом, если Застрахованному лицу на момент НС на транспорте было более 75 лет, смерть Застрахованного лица в результате НС на транспорте будет являться страховым случаем только если Застрахованное лицо находилось в транспортном средстве в качестве пассажира.

3.2.4. Установление I либо II группы инвалидности Застрахованному лицу по причине несчастного случая или болезни (далее по тексту Правил, а также в Договоре страхования данный риск может именоваться кратко — **«Инвалидность ЛП I, II группы»**). Если причиной установления инвалидности является несчастный случай, то для признания факта установления Застрахованному лицу инвалидности I либо II группы страховым случаем несчастный случай и последовавшее за ним установление инвалидности должны произойти в течение срока страхования. Если причиной установления инвалидности является заболевание, то для признания факта установления Застрахованному лицу инвалидности I либо II группы страховым случаем заболевание должно быть впервые диагностировано в течение срока страхования и последовавшее за ним установление инвалидности должны произойти в течение срока страхования. В отношении риска **«Инвалидность ЛП I, II группы»** Договор страхования может быть заключен только в отношении лиц, достигших 18 (восемнадцати) лет.

3.2.5. Установление I либо II группы инвалидности Застрахованному лицу по причине несчастного случая, произошедшего в течение срока страхования (далее по тексту Правил, а также в Договоре страхования данный риск может именоваться кратко — **«Инвалидность от НС I, II группы»**). В отношении риска **«Инвалидность от НС I, II группы»** Договор страхования может быть заключен только в отношении лиц, достигших 18 (восемнадцати) лет.

3.2.6. Установление I, II либо III группы инвалидности Застрахованному лицу по причине несчастного случая или болезни (далее по тексту Правил, а также в Договоре страхования данный риск может именоваться кратко — **«Инвалидность ЛП I, II, III группы»**). Если причиной установления инвалидности является несчастный случай, то для признания факта установления Застрахованному лицу инвалидности I, II либо III группы страховым случаем несчастный случай и последовавшее за ним установление инвалидности должны произойти в течение срока страхования. Если причиной установления инвалидности является заболевание, то для признания факта установления Застрахованному лицу инвалидности I, II либо III группы страховым случаем заболевание должно быть впервые диагностировано в течение срока страхования и

последовавшее за ним установление инвалидности должны произойти в течение срока страхования. В отношении риска «**Инвалидность ЛП I, II, III группы**» Договор страхования может быть заключен только в отношении лиц, достигших 18 (восемнадцати) лет.

3.2.7. Постоянная частичная утрата трудоспособности Застрахованным лицом (травматические повреждения Застрахованного лица) в результате несчастного случая (далее по тексту, а также Договоре страхования данный риск может именоваться кратко «**Травма**»). При страховании по риску «**Травма**» устанавливается период ожидания равный 7 (семь) дней.

3.2.8. Диагностирование Застрахованному лицу особо опасного заболевания из числа заболеваний, указанных в Таблице особо опасных заболеваний (Приложение № 1 к Правилам). При этом заболевание, указанное в Таблице особо опасных заболеваний, должно быть впервые диагностировано Застрахованному лицу в течение срока страхования после окончания периода ожидания, а в случае продления Договора страхования в отношении данного риска – с первого дня очередного срока действия Договора страхования в отношении данного риска (далее по тексту, а также в Договоре страхования данный риск может именоваться – «**Диагностирование ООЗ**»). При страховании по риску «**Диагностирование ООЗ**» устанавливается период ожидания равный 90 (девяносто) дней.

3.2.9. Временная нетрудоспособность Застрахованного лица, установленная ему в период страхования в результате заболевания, развившегося и впервые диагностированного у него в период страхования (далее по тексту, а также Договоре страхования данный риск может именоваться кратко – «**Временная утрата трудоспособности ЛП**»).

При страховании по риску «**Временная утрата трудоспособности ЛП**» устанавливается период ожидания равный 14 (четырнадцать) дней.

3.2.10. Временная нетрудоспособность Застрахованного лица, установленная ему в период страхования в результате несчастного случая, произошедшего в течение срока страхования (далее по тексту, а также Договоре страхования данный риск может именоваться кратко – «**Временная утрата трудоспособности НС**»).

При страховании по риску «**Временная утрата трудоспособности НС**» устанавливается период ожидания равный 14 (четырнадцать) дней.

3.2.11. Установление I, II либо III группы инвалидности Застрахованному лицу по причине несчастного случая, произошедшего в течение срока страхования (далее по тексту Правил, а также в Договоре страхования данный риск может именоваться кратко – «**Инвалидность от НС I, II, III группы**»). В отношении риска «**Инвалидность от НС I, II, III группы**» Договор страхования может быть заключен только в отношении лиц, достигших 18 (восемнадцати) лет.

4. Общие исключения из страхового покрытия

4.1. События, предусмотренные пунктами 3.2.1 - 3.2.11 Правил, не являются страховыми случаями, если они произошли:

4.1.1. при совершении Застрахованным лицом уголовного преступления или во время пребывания в местах лишения свободы;

4.1.2. в результате алкогольного и/или наркотического (токсического) поражения органов и систем органов, в том числе, алкогольная/токсическая кардиомиопатия, алкогольные/токсические поражения печени, алкогольные/токсические поражения почек, алкогольные/токсические поражения поджелудочной железы, алкогольная/токсическая энцефалопатия и все иные заболевания, возникающие как при употреблении (однократном и/или постоянном/длительном употреблении) алкоголя и его суррогатов, так и наркотических, психотропных веществ или иных токсических веществ, т.е. страховое событие было прямо или косвенно вызвано заболеванием/состоянием, связанным с употреблением Застрахованным лицом алкоголя, наркотических, психотропных или иных токсических веществ, а также любых лекарств, медицинских препаратов или средств, не предписанных квалифицированным врачом;

4.1.3. в результате дорожно-транспортного происшествия в случае, если управление транспортным средством осуществлялось Застрахованным лицом, находящимся в состоянии алкогольного, наркотического или токсического опьянения либо не имевшим права управления данным транспортным средством, а также в случае, если управление транспортным средством

было передано Застрахованным лицом лицу, находящемуся в подобном состоянии или не имеющему права на управление данным транспортным средством;

4.1.4. совершения Застрахованным лицом при управлении любым транспортным средством или лицом, которому Застрахованное лицо передало управление этим транспортным средством, дорожно-транспортного происшествия, после которого лицо, управляющее транспортным средством:

4.1.4.1. привело себя либо было приведено в состояние алкогольного, наркотического или токсического, или иного опьянения, повлекшее за собой административное правонарушение этого лица;

4.1.4.2. отказалось от прохождения медицинского освидетельствования на состояние алкогольного, наркотического или токсического, или иного опьянения, повлекшее за собой административное правонарушение этого лица.

4.1.5. во время непосредственного участия Застрахованного лица в гражданских волнениях, беспорядках, войне или военных действиях, а также во время прохождения Застрахованным лицом военной службы, участия в военных сборах или учениях, манёврах, испытаниях военной техники или иных подобных операциях в качестве военнослужащего, либо гражданского служащего;

4.1.6. в результате предшествующих заболеваний, которые были диагностированы Застрахованному лицу на момент заключения Договора страхования, по поводу которого Застрахованное лицо консультировалось или получало медицинскую помощь до заключения Договора страхования, за исключением случаев, когда о данном заболевании/состоянии Страховщику стало известно до момента заключения Договора страхования в результате проведения предстрахового андеррайтинга.

4.2. События, предусмотренные пунктами 3.2.1 - 3.2.11 Правил, также не являются страховыми случаями, если они произошли при следующих обстоятельствах:

4.2.1. при наличии алкоголя, наркотических, психотропных или иных токсических веществ в организме Застрахованного лица и/или в выдыхаемом воздухе в момент страхового случая, если наступление события было прямо или косвенно вызвано употреблением (или заболеванием, связанным с употреблением) Застрахованным лицом алкоголя, наркотических, психотропных или иных токсических веществ, даже при отсутствии таких веществ в организме Застрахованного лица/выдыхаемом воздухе в момент наступления страхового случая, наркотических, психотропных или иных токсических веществ, а также любых лекарств, медицинских препаратов или средств, не предписанных квалифицированным врачом;

4.2.2. в результате авиационного происшествия во время полётов Застрахованного лица на любом воздушном судне, кроме случаев полёта в качестве зарегистрированного пассажира воздушного судна на выполняемом по расписанию рейсе зарегистрированного авиаперевозчика, и кроме случаев полёта в качестве пациента или потерпевшего, или сопровождающего;

4.2.3. в связи с заболеваниями и медицинскими состояниями, возникшими при профессиональных занятиях Застрахованным лицом спортом, занятиях любым видом спорта на систематической основе, направленных на достижение спортивных результатов; во время участия в соревнованиях, а также занятиях следующими опасными видами спорта/увлечениями (вне зависимости от уровня): автоспорт и мотоспорт (включая любые соревнования на скорость), альпинизм и скалолазание, спелеология, любые виды конного спорта, горные лыжи и сноубординг (вне подготовленных трасс), подводное плавание (глубже 40 м.), контактные и боевые единоборства, стрельба, катание на водных мотоциклах и катерах, рафтинг, авиационный спорт, в т.ч. дельтапланеризм, парапланеризм, прыжки с парашютом, кроме авиамodelьного спорта, водно-моторный спорт, родео, прыжки на лыжах с трамплина, прыжки со скал, прыжки с парашютом, экстремальные виды велоспорта (включая маунтинбайк), гребной слалом, спортивный сплав, подводное ориентирование, подводная охота, подводная борьба, спортивный туризм (горный, лыжный, водный) 4 – 5 категории сложности, охота, спорт с применением огнестрельного оружия, бобслей.

4.2.4. смерть Застрахованного лица не будет считаться страховым случаем, если она наступила вследствие участия Застрахованного лица в соревнованиях/гонках (любых автомотогонках, водно-моторных гонках, уличных гонках (стритрейсинг)), во время езды на мотоцикле

или ином двухколёсном моторизованном транспортном средстве при температуре окружающей среды или дорожного покрытия ниже нуля градусов по шкале Цельсия, а также вследствие деятельности /службы Застрахованного лица в вооружённых силах, в профессиональной или непрофессиональной авиации, персональной охране, в работах с оружием, с химическими и взрывчатыми веществами, на нефтяных и газовых платформах и др. источниками повышенной опасности; а также в результате деятельности Застрахованного лица в качестве водолаза, пожарного, промышленного альпиниста, работника ядерной промышленности, испытателя, каскадёра, циркового артиста, моряка (открытое море).

4.2.5. если наступление страхового случая прямо или косвенно было вызвано психическим расстройством Застрахованного лица, эпилептическим припадком или любым видом судорог у Застрахованного лица.

4.2.6. если событие произошло в результате условно-патогенной инфекции или злокачественной опухоли, если на момент наступления события Застрахованное лицо имело Синдром Приобретенного Иммунодефицита.

4.2.6.1. «Синдром Приобретенного Иммунодефицита» обозначает понятие, принятое по определению Всемирной Организацией Здравоохранения (MMWR, 1992, 41 [RR-17]). Это состояние, развивающееся на фоне ВИЧ-инфекции, включает в себя энцефалопатию ВИЧ (слабоумие) и синдром истощения ВИЧ. Сокращение ВИЧ обозначает вирус иммунодефицита человека;

4.2.6.2. «Условно-патогенная инфекция» включает, но не ограничивается термином «пневмоцистное воспаление легких», вызванное *pneumocystis carinii*, микроорганизмами, вызывающими хронические энтериты, вирусом и/или диссеминированными грибковыми инфекциями;

4.2.6.3. «Злокачественные опухоли» включают, но не ограничиваются саркомой Капоши, лимфомой центральной нервной системы и/или другими злокачественными опухолями, которые потенциально могут развиваться при наличии Синдрома Приобретенного Иммунодефицита.

4.3. События, предусмотренные пунктами 3.2.1 - 3.2.11 Правил не являются страховыми случаями, если они произошли в результате следующих событий:

4.3.1. в связи с заболеваниями и состояниями, которые являются прямым или косвенным следствием синдрома приобретённого иммунодефицита (СПИД) или носительства вируса иммунодефицита человека (ВИЧ);

4.3.2. в связи с расстройством здоровья, наступившим в результате профессиональной деятельности Застрахованного лица, непосредственно связанной с химическими веществами и газами, (включая асбест, растворители, бензол, хлористый винил, бериллий, никель, соединения хрома, радон, пестициды, пыль с оксидом кремния, диоксины), со взрывчатыми веществами, с ионизирующей радиацией, включая ультрафиолет, с микроволновым излучением, с высоковольтными электрическими сетями;

4.3.3. в связи с расстройством здоровья, наступившим в результате совершения Застрахованным лицом противоправных деяний, а также в результате совершения или подготовки террористического акта;

4.3.4. связанных с применением экспериментальных методов лечения, не допущенных к использованию в Российской Федерации;

4.3.5. в связи с причинением себе телесных повреждений, а также покушения на самоубийство, связанных с психическими заболеваниями или расстройствами поведения;

4.3.6. в связи с родовыми травмами и/или врождёнными пороками развития любого вида.

4.4. Страховщик освобождается от страховой выплаты если страховой случай наступил в результате:

4.4.1. Умысла Страхователя, Выгодоприобретателя или Застрахованного лица;

4.4.2. Воздействия ядерного взрыва, радиации или радиоактивного заражения;

4.4.3. Военных действий, а также манёвров или иных военных мероприятий; в том числе вооружённых столкновений, иных аналогичных или приравняемых к ним событий (независимо от того была ли объявлена война),

4.4.4. Гражданской войны, мятежа, путча, иных гражданских волнений, предполагающих перерастание в гражданское либо военное восстание, бунт, вооружённый или иной незаконный

захват власти, а также любое иное аналогичное событие, связанное с применением и/или хранением оружия и боеприпасов;

4.4.5. В результате совершения Застрахованным лицом самоубийства, если к этому времени Договор страхования действовал менее двух лет или продлевался таким образом, что страхование не действовало непрерывно в течение двух лет, а также при покушении на самоубийство или умышленного причинения Застрахованным лицом вреда жизни и здоровья самому себе, за исключением случаев, когда Застрахованное лицо был доведён до этого противоправными действиями третьих лиц.

5. Порядок заключения и оформления Договора страхования

5.1. Основанием для заключения Договора страхования является устное или письменное заявление Страхователя. Договор страхования заключается в письменной форме. Несоблюдение письменной формы Договора страхования влечёт недействительность Договора страхования. Договор страхования заключается путём составления одного документа, подписанного Сторонами.

5.2. При составлении Договора страхования в форме одного документа, подписываемого сторонами, Договор страхования составляется в двух экземплярах, имеющих равную юридическую силу. Один экземпляр Договора страхования — для Страхователя, другой экземпляр Договора страхования — для Страховщика.

При подписании Договора страхования, соглашений о внесении изменений в Договор страхования, Страховщик может использовать аналог собственноручной подписи уполномоченного лица Страховщика и аналог печати Страховщика. Под аналогом подписи и печати понимается их факсимильное воспроизведение, выполненное при помощи программного обеспечения. Документы, подписанные указанным способом, имеет такую же юридическую силу, что и документы, подписанные оригинальной подписью.

5.3. В Договоре страхования указываются:

- а. Субъекты страхования (Страховщик, Страхователь, Застрахованное лицо, Выгодоприобретатель);
- б. Страховые риски;
- в. Страховые суммы по каждому риску/программе страхования;
- г. Размер и порядок уплаты страховой премии;
- д. Порядок расчета и осуществления страховой выплаты;
- е. Срок действия Договора и срок страхования;
- ж. Условия отказа от Договора и досрочного расторжения Договора.

Приложением к Договору страхования является Список Застрахованных лиц.

5.4. При заключении Договора страхования Страхователем предоставляются:

5.4.1. документы и сведения (предоставляемые в том числе путем заполнения анкет (досье)), получение которых связано с требованиями законодательства Российской Федерации, в том числе, в сфере противодействия легализации (отмыванию) доходов, полученных преступным путём, финансированию терроризма и финансированию распространения оружия массового уничтожения, документы, получаемые в целях идентификации лица, на которое распространяется законодательство иностранных государств о налогообложении иностранных счетов, в том числе, включая, но не ограничиваясь: идентификационный номер налогоплательщика лица, являющегося резидентом Российской Федерации – при наличии последнего, сведения о том, является ли Страхователь налоговым резидентом иностранного государства),

5.4.2. Согласие на обработку персональных данных, если необходимость получения такого согласия Страховщиком установлена требованиями законодательства Российской Федерации или услуги не могут быть оказаны Страховщиком без получения такого согласия.

5.5. При заключении Договора страхования, Страхователь и Застрахованное лицо обязаны сообщить Страховщику все известные Страхователю/Застрахованному лицу обстоятельства, имеющие существенное значение для определения вероятности наступления страхового случая и размера возможных убытков от его наступления (далее – обстоятельства, имеющие значение для определения страхового риска) в отношении принимаемого на страхование лица.

5.6. Обстоятельствами, имеющими значение для определения страхового риска, признаются сведения, определённо оговорённые Страховщиком в Правилах, Договоре страхования, Декларации (Гарантии и заверения) Страхователя/Застрахованного лица, которая является неотъемлемой частью Договора страхования, Анкете Застрахованного лица (если Анкета была предоставлена Страхователю/Застрахованному лицу при заключении Договора страхования или в течение срока его действия), а также в документах и сведениях, запрошенных Страховщиком при заключении Договора страхования в том числе (включая, но не ограничиваясь):

5.6.1. сведения о возрасте, поле, весе, росте, состоянии здоровья, сведения о диспансерном учёте (включая сведения, предусмотренные пунктами 1.3 и 1.4 Правил).

5.6.2. сведения о занятости и профессиональной деятельности (место работы, должность, наличие вредных производственных факторов, участие в испытаниях военной техники и иных подобных операциях, наличие командировок, служба в вооружённых силах, работа на территории военных действий или вооружённых конфликтов, о занятости в области профессиональной или непрофессиональной авиации, занятости в сфере особого риска (химическое производство, атомная энергетика, добывающая промышленность, ионизирующее излучение и пр.).

5.6.3. сведения об образе жизни (занятие спортом, путешествия, экспедиции, наличие вредных привычек, информация о судимости и т.д.).

5.6.4. сведения о финансовом положении и личном страховании (суммарный годовой доход за последний год, наличие невыплаченных кредитов/займов; об имевшихся или имеющихся Договорах страхования, либо обращениях об их заключении, об отказах в заключении Договора страхования, получения страховых выплат, отказов в получении страховых выплат и пр.).

В случае необходимости Страховщик вправе запросить сведения из бюро кредитных и страховых историй; документального подтверждения действующих Договоров страхования в других страховых компаниях.

В целях оценки страхового риска, Страховщик вправе потребовать личного присутствия Застрахованного лица, а также запросить у Страхователя/Застрахованного лица следующую медицинскую документацию, которую Страхователь/Застрахованное лицо обязан предоставить как при заключении, так и при исполнении Договора страхования:

5.6.5. справки из лечебно-профилактического учреждения (ЛПУ) с указанием диагноза и сроков лечения, справки врачей-специалистов о состоянии здоровья на момент заключения Договора страхования.

5.6.6. копию медицинской карты, заверенную ЛПУ (по запросу Страховщика – оригинал); выписки из амбулаторной/стационарной медицинских карт за все время лечения с диагнозами и датами их установления из всех медицинских учреждений, в которых Застрахованное лицо получало медицинскую помощь.

5.6.7. копию (по запросу Страховщика — оригинал) Индивидуальной карты беременной и родильницы.

5.6.8. копию направления на Медико-социальную экспертизу (далее – МСЭ), Акт МСЭ об установлении группы (категории) инвалидности, а также копию Протокола проведения МСЭ.

5.6.9. копию паспорта здоровья (по запросу Страховщика – оригинал). Страховщик вправе потребовать прохождения Застрахованным лицом медицинского осмотра (освидетельствования, обследования) для оценки состояния его здоровья в учреждении по выбору и за счёт Страховщика.

5.7. Стороны вправе договориться о включении в Договор страхования изменений, исключений отдельных положений Правил или о дополнении к ним. Все относящиеся к Договору страхования анкеты, изменения, соглашения и дополнения, надлежащим образом оформленные Сторонами, а также Правила, являются неотъемлемой частью Договора страхования.

5.8. Договор страхования может содержать иные условия, определяемые по соглашению Сторон и не противоречащие законодательству Российской Федерации.

5.9. Все изменения к Договору о страхования осуществляются на основании двустороннего соглашения сторон и оформляются в виде Дополнительного соглашения к Договору страхования или в одностороннем порядке путём отправки Страховщиком и(или) Страхователем уведомления о внесении изменений в Договор страхования в случаях, предусмотренных Правилами, а также законодательством, если характер таких изменений позволяет осуществлять их в одностороннем порядке и не противоречит законодательству.

5.10. Все письменные/электронные уведомления и извещения в связи с заключением, исполнением и прекращением Договора страхования направляются по адресам/электронным адресам, которые указаны в Договоре страхования либо через личный кабинет «Ю-Онлайн». В случае изменения адресов и/или реквизитов стороны обязаны заблаговременно известить друг друга об этом. Если сторона не была извещена об изменении адреса и/или реквизитов другой стороны заблаговременно, то все уведомления и извещения, направленные по прежнему адресу, будут считаться полученными с даты их поступления по прежнему адресу.

5.11. Срок действия Договора страхования устанавливается по соглашению между Страховщиком и Страхователем. Договор страхования вступает в силу с даты, следующей за датой заключения Договора страхования, если в Договоре страхования не установлена иная дата. Датой заключения Договора страхования считается дата подписания его сторонами.

При этом срок страхования (страховое покрытие) начинается с даты, следующей за датой оплаты страховой премии, если в Договоре страхования не установлена иная дата начала страхования (страхового покрытия).

Если сторонами в Договоре страхования не предусмотрены иные последствия неоплаты страховой премии в установленный Договором страхования срок, неоплата или оплата в неполном размере Страхователем страховой премии в течение указанного срока является обстоятельством, исключающим обязательство Страховщика произвести страховую выплату в случае наступления события, произошедшего с момента вступления Договора страхования в силу до даты, установленной для оплаты страховой премии, включительно.

5.12. Договор страхования прекращается в случаях:

5.12.1. истечения срока действия Договора страхования;

5.12.2. исполнения Страховщиком обязательств по Договору страхования в полном объеме;

5.12.3. в отношении конкретного Застрахованного лица – в случае смерти Застрахованного лица по причине иной, чем страховой случай, а также при признании Застрахованного лица судом безвестно отсутствующим;

5.12.4. принятия судом решения о признании Договора страхования недействительным;

5.12.5. досрочного расторжения Договора страхования по инициативе Страхователя (отказ от Договора страхования в силу п. 2 ст. 958 ГК РФ) или по взаимному соглашению Сторон. Договор страхования считается прекратившим действие с 00 часов дня, следующего за днём получения Страховщиком заявления Страхователя об отказе от Договора страхования или подписания Дополнительного соглашения соответственно, если иное не предусмотрено Правилами.

5.12.6. досрочного расторжения Договора страхования по инициативе Страховщика (отказ от Договора страхования в силу ст. 310 ГК РФ). Договор страхования считается прекратившим действие с 00 часов 30 (Тридцатого) дня, следующего за днём направления Страховщиком уведомления об отказе от Договора страхования, если иное не предусмотрено Договором страхования;

5.12.7. не вступления Договора страхования в силу в связи с несвоевременной уплатой страховой премии либо уплатой ее не в полном размере.

5.12.8. по соглашению Сторон;

5.12.9. в иных случаях, предусмотренных законодательством Российской Федерации.

5.13. Договор страхования считается прекратившим своё действие с даты получения Страховщиком письменного заявления Страхователя об отказе от Договора страхования или иной даты, установленной по соглашению Сторон.

Возврат Страхователю страховой премии, если такой возврат предусмотрен Правилами или условиями Договора страхования, осуществляется в срок, не превышающий 10 рабочих дней со дня получения письменного заявления Страхователя об отказе от Договора страхования, наличными деньгами или в безналичном порядке по выбору Страхователя.

5.14. В случае досрочного прекращения Договора страхования по причине, указанной в п. 5.12.8 Правил, порядок расчётов определяется в соглашении Сторон;

5.15. В случае досрочного прекращения Договора страхования по причинам, указанным в пунктах 5.12.3 и 5.12.6 Правил, Страхователю выплачивается страховая премия за вычетом части страховой премии, пропорциональной времени, в течение которого действовало страхование;

5.16. Досрочное расторжение Договора страхования до истечения срока, на который он был заключён, влечёт за собой прекращение обязательств Сторон по Договору страхования, за исключением тех, которые связаны с таким прекращением.

5.17. Правила являются Приложением к Договору страхования, как его неотъемлемая часть. Договором страхования может быть предусмотрено, что Правила подлежат размещению на сайте Страховщика в сети «Интернет» и содержать ссылку на адрес размещения Правил либо Страхователь должен быть проинформирован об условиях Правил путём направления файла, содержащего текст Правил, на указанный Страхователем адрес электронной почты или путём вручения Страхователю электронного носителя информации, на котором размещён файл, содержащий текст данного документа.

6. Страховая сумма, страховая премия. Порядок определения страховой суммы, страхового тарифа и страховой премии

6.1. Страховой суммой является денежная сумма, установленная Договором страхования, исходя из которой устанавливаются размеры страховой премии и страховой выплаты при наступлении страхового случая.

6.2. При заключении группового/коллективного Договора страхования стороны устанавливают страховую сумму в отношении каждого Застрахованного лица отдельно. Если иное не предусмотрено соглашением сторон, общая страховая сумма по Договору страхования определяется путём сложения страховых сумм по всем Застрахованным лицам.

6.3. Страховая сумма или способ её определения устанавливается в Договоре страхования по соглашению между Страховщиком и Страхователем. Страховая сумма устанавливается отдельно по каждому из страховых рисков.

6.4. Страховщик вправе установить минимальный и максимальный размер страховой суммы, в пределах которых может быть установлена страховая сумма в Договоре страхования, и вправе отказать Страхователю в заключении или изменении условий Договора страхования, если после запрошенного изменения страховая сумма в Договоре страхования окажется ниже минимально установленной или выше максимальной страховой суммы, установленной Страховщиком.

6.5. Страховая премия определяется в соответствии с тарифными ставками, устанавливаемыми Страховщиком. Страховая премия рассчитывается исходя из тарифной ставки, страховой суммы и срока страхования с учётом порядка оплаты страховой премии. Страховщик устанавливает тарифные ставки на основании базовых тарифных ставок, рассчитанных Страховщиком, с применением повышающих и понижающих коэффициентов, учитывающих возможные факторы риска, результаты проведённой им оценки страхового риска, осуществляемой на основании: информации и документов, представленных Страхователем при заключении Договора страхования, информации, самостоятельно полученной Страховщиком, заключений экспертов, которые позволяют Страховщику в совокупности выявить факторы риска, повышающие или понижающие вероятность наступления страхового случая по каждому из страховых рисков, включаемых в Договор страхования.

6.6. Страховая премия уплачивается в валюте Российской Федерации.

6.7. Страховая премия по Договору страхования уплачивается Страхователем единовременно (разовым платежом) за весь срок страхования в соответствии с условиями, установленными Договором страхования.

6.8. Страховая премия должна быть оплачена в срок, установленный Договором страхования.

6.9. Если иное не предусмотрено Договором страхования, страховое покрытие распространяется только на события, произошедшие после вступления в силу Договора страхования.

6.10. Если Договором страхования не предусмотрено иное, то днём оплаты страховой премии считается:

6.10.1. при оплате наличными денежными средствами – дата оплаты премии наличными деньгами в кассу Страховщика или его уполномоченного представителя;

6.10.2. при безналичной оплате – дата списания денежных средств со счёта Страхователя.

7. Порядок определения размера страховых выплат. Порядок и срок осуществления страховых выплат

7.1. После того, как Страховщику стало известно о наступлении события, имеющего признаки наступления страхового случая, Страховщик по запросу Страхователя (Выгодоприобретателя) должен его проинформировать:

7.1.1. обо всех предусмотренных Договором страхования и (или) Правилами необходимых действиях, которые получатель страховых услуг должен предпринять, и обо всех документах, представление которых обязательно для рассмотрения вопроса о признании события страховым случаем и определения размера страховой выплаты, а также о сроках проведения указанных действий и представления документов;

7.1.2. о предусмотренных Договором страхования и (или) Правилами форме и способах осуществления страховой выплаты, и порядке их изменения, направленных на обеспечение прав получателя страховых услуг на получение страховой выплаты удобным для него способом из числа указанных в Договоре страхования.

Информирование осуществляется способом, указанным в запросе Страхователя (Выгодоприобретателя), а в случае, если такой способ не указан – посредством направления информации на почтовый и фактический адрес, указанный в Договоре страхования.

7.2. Страховая выплата производится на основании письменного заявления Выгодоприобретателя с приложением документов, предусмотренных Правилами и/или Договором страхования, и страхового акта.

7.3. Страховая выплата осуществляется Страховщиком независимо от всех видов пособий, пенсий и выплат, получаемых Застрахованным лицом (Выгодоприобретателем) по государственному социальному страхованию и социальному обеспечению, трудовым и иным соглашениям, Договорам страхования, заключённым с другими страховщиками и сумм, причитающихся ему в порядке возмещения вреда по действующему законодательству.

7.4. Если Договором страхования не предусмотрено иное, выплата, при условии признания её страховой, осуществляется в следующих размерах и порядке:

7.4.1. По страховым рискам «Смерть ЛП» (п. 3.2.1 Правил), «Смерть от НС» (п. 3.2.2 Правил), «Смерть в результате НС на транспорте» (п. 3.2.3 Правил), «Диагностирование ООЗ» (п. 3.2.8 Правил) - одновременно в течение установленного в п. 7.6 Правил срока после признания заявленного события страховым случаем (утверждения страхового Акта) в размере 100% страховой суммы, установленной в Договоре страхования для данных страховых рисков на дату наступления страхового случая.

7.4.2. По страховому риску «Травма» (п. 3.2.7 Правил) страховая выплата производится одновременно в течение установленного в п. 7.6 Правил срока после признания заявленного события страховым случаем (утверждения страхового Акта) в размере, указанном в Таблице страховых выплат, подлежащих выплате в связи со страховыми случаями по риску «Травма» (Приложение № 2 к Правилам).

7.4.3. По страховым рискам «Временная утрата трудоспособности ЛП» (п. 3.2.9 Правил) и «Временная утрата трудоспособности НС» (п. 3.2.10 Правил) страховая выплата производится одновременно в течение установленного в п. 7.6 Правил срока после признания заявленного события страховым случаем (утверждения страхового Акта) в размере, установленном в договоре страхования (от 0,01% до 10% от страховой суммы) за каждый день нетрудоспособности, начиная с 1-го или другого, указанного в договоре страхования, дня временной нетрудоспособности.

7.4.4. По страховым рискам «Инвалидность ЛП I,II группы» (п. 3.2.4 Правил), «Инвалидность ЛП I,II,III группы» (п. 3.2.6 Правил), «Инвалидность от НС I,II группы» (п. 3.2.5 Правил), «Инвалидность от НС I,II,III группы» (п. 3.2.11 Правил) страховая выплата производится одновременно в течение установленного в п. 7.6 Правил срока после признания заявленного события страховым случаем (утверждения страхового Акта). Страховая выплата определяется в договоре страхования (в процентах от страховой суммы) при установлении различных групп инвалидности.

7.5. После получения всех документов, необходимых Страховщику для принятия решения о страховой выплате, согласно пунктам 7.14 и 7.15 Правил, Страховщик в течение 15

(пятнадцати) рабочих дней принимает решение об осуществлении страховой выплаты либо об отказе в страховой выплате по всем страховым рискам, кроме страхового риска «**Диагностирование ООЗ**» (п. 3.2.8 Правил). По страховому риску «**Диагностирование ООЗ**» Страховщик принимает решение об осуществлении страховой выплаты либо об отказе в страховой выплате в течение 45 (сорока пяти) рабочих дней.

7.6. В случае принятия положительного решения Страховщик в установленные п. 7.5. Правил сроки составляет страховой Акт по установленной форме и утверждает его. Страховая выплата осуществляется в течение 5 (пяти) рабочих дней с момента утверждения страхового Акта (признания случая страховым), если Договором страхования не установлен иной порядок выплаты.

7.7. В случае принятия решения об отказе в страховой выплате, Страховщик информирует об этом лицо, претендующее на получение страховой выплаты, в письменном виде, в течение 3 (трёх) рабочих дней после принятия решения об отказе в выплате с указанием оснований принятия такого решения со ссылками на нормы права и(или) условие Договора страхования и Правил, на основании которых принято решение об отказе. Указанная информация предоставляется в том объёме, в каком это не противоречит законодательству.

7.8. По письменному запросу Страхователя и(или) Выгодоприобретателя Страховщик в срок, не превышающих 30 дней, предоставляет ему в письменном виде исчерпывающую информацию и документы (в том числе, копии документов и(или) выписки из них, на основании которых страховой организацией было принято решение о страховой выплате (за исключением документов, которые свидетельствуют о возможных противоправных действиях получателя страховых услуг, направленных на получение страховой выплаты), бесплатно один раз по каждому страховому случаю. Указанная информация предоставляется в том виде, в каком это не противоречит законодательству.

Обязанность Страховщика, предусмотренная настоящим пунктом, считается исполненной с момента сдачи Страховщиком уведомления на почту, передачи курьеру или иной организации, осуществляющей доставку корреспонденции.

7.9. Днём выплаты считается дата списания средств со счета Страховщика в банке или дата выдачи их наличными из кассы.

7.10. Страховая выплата в размере, предусмотренном Договором страхования, выплачивается Страховщиком при условии, что страховая премия уплачена Страхователем в размере и в сроки, которые установлены Договором страхования.

7.11. По устному или письменному запросу получателя страховых услуг, в том числе полученному в электронной форме, в срок, не превышающий тридцати дней с момента получения такого запроса, при условии возможности идентификации получателя страховых услуг в соответствии с требованиями Федерального закона от 27 июня 2006 года № 152-ФЗ «О персональных данных», страховая организация после принятия решения о страховой выплате предоставляет информацию о расчёте суммы страховой выплаты, которая должна включать:

7.11.1. страховую сумму (её часть), подлежащую выплате;

7.11.2. порядок расчёта страховой выплаты;

7.11.3. исчерпывающий перечень норм права и (или) условий Договора страхования и Правил, обстоятельств и документов, на основании которых произведён расчёт.

7.12. Право на получение страховых выплат принадлежит лицу, в пользу которого заключён Договор страхования. Договор страхования в пользу лица, не являющегося Застрахованным лицом, в том числе в пользу Страхователя, может быть заключён лишь с письменного согласия Застрахованного лица. При отсутствии такого согласия Договор страхования может быть признан недействительным по иску Застрахованного лица, а в случае смерти этого лица по иску его наследников.

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

7.13. При наступлении страхового случая в связи со **смертью Застрахованного лица** в течение срока страхования (пункты 3.2.1 - 3.2.3 Правил) получателем страховой выплаты является лицо, установленное в качестве Выгодоприобретателя на случай смерти Застрахованного лица.

7.14. Для получения страховой выплаты Страховщику, если иное не предусмотрено Договором страхования, должны быть представлены следующие документы, подтверждающие факт наступления страхового случая, предусмотренного Договором страхования не зависимо от причины наступления страхового случая:

7.14.1. в случае смерти **Застрахованного лица** (пункты 3.2.1 - 3.2.3 Правил) вне зависимости от причины наступления страхового случая:

7.14.1.1. заявление по установленной Страховщиком форме;

7.14.1.2. копию Договора страхования или оригинал по требованию Страховщика;

7.14.1.3. документ, удостоверяющий личность Выгодоприобретателя или его представителя, и надлежащим образом оформленный документ, подтверждающий полномочия представителя Выгодоприобретателя (в том числе доверенность);

7.14.1.4. документ, удостоверяющий вступление в права на наследство (Свидетельство о праве на наследство по закону), если выплата по Договору страхования должна быть осуществлена наследнику(ам) Застрахованного лица;

7.14.1.5. оригинал свидетельства о смерти Застрахованного лица или его нотариально заверенная копия;

7.14.1.6. оригинал или нотариально заверенную копию официального документа, содержащего причину смерти: окончательное медицинское свидетельство о смерти и/или справка о смерти органа ЗАГС (либо иного уполномоченного органа) или другой документ, устанавливающий причину смерти (например, акт судебно-медицинской экспертизы);

7.14.1.7. копию заключительной части акта судебно-медицинской экспертизы или протокола патологоанатомического вскрытия с результатами судебно-химических, судебно-биологических, гистологических исследований, заверенная должностным лицом и печатью МВД или прокуратуры;

7.14.1.8. выписку из медицинской карты амбулаторного и стационарного больного и/или копию медицинской карты (карт) Застрахованного лица за последние 5 лет, предшествующие страховому случаю, и за весь период (с даты первичного обращения) наблюдения по поводу травмы/заболевания, приведшего к смерти, содержащую информацию обо всех заболеваниях Застрахованного лица (профессиональных, общих хронических заболеваниях, злокачественных новообразованиях, в том числе заболеваниях крови и т.п.), заверенная заместителем главного врача по лечебной работе или другими уполномоченными лицами (с приложением документов, подтверждающих данные полномочия) и печатью медицинского учреждения;

7.14.1.9. заполненную по форме Страховщика анкету лица, обратившегося к Страховщику с заявлением о получении страховой выплаты (Выгодоприобретателя, Страхователя, Застрахованного лица, получателя страховой выплаты или их представителей). Идентификация указанных лиц проводится Страховщиком для соблюдения требований к идентификации получателей страховых услуг и их представителей в целях противодействия легализации (отмыванию) доходов, полученных преступным путём, финансированию терроризма и финансированию распространения оружия массового уничтожения;

7.14.1.10. если получателем страховой выплаты не является лицо, обратившееся к Страховщику с заявлением на страховую выплату, то предоставляется документ, удостоверяющий личность получателя выплаты (оригинал либо копия, заверенная нотариально). В этом случае срок принятия решения (единый срок урегулирования требования о страховой выплате) начинает течь не ранее получения Страховщиком данного документа.

7.14.2. в случае **диагностирования Застрахованному лицу особо опасного заболевания** (п. 3.2.8 Правил) вне зависимости от причины наступления страхового случая для признания Страховщиком случая страховым и получения страховой выплаты Застрахованное лицо (законный представитель Застрахованного лица, Страхователь), после диагностирования Застрахованному лицу заболевания/получения рекомендации по поводу проведения хирургического вмешательства/ после госпитализации в связи с лечением заболевания/проведения хирургической операции, должен предоставить Страховщику следующие документы, подтверждающие факт наступления страхового случая, если Договором страхования не установлен сокращённый перечень документов:

7.14.2.1. письменное заявление Застрахованного лица с подробным описанием хронологии событий и обстоятельств, повлекших за собой установления диагноза особо опасного заболевания,

направление на хирургическую операцию либо послуживших причиной госпитализации Застрахованного лица;

7.14.2.2. копию Договора страхования или оригинал по требованию Страховщика;

7.14.2.3. документы (оригинал выписки из медицинской карты и/или оригинал выписного эпикриза и/или заверенная уполномоченным должностным лицом медицинского учреждения (с приложением документов, подтверждающих данные полномочия) и печатью медицинского учреждения копия медицинской карты (карт) Застрахованного лица), подтверждающие заболевание или направление Застрахованного лица на операцию, обладающих признаками страхового случая, а также подтверждающих тот факт, что диагноз заболевания установлен и/или операция назначена впервые в период действия Договора страхования в отношении Застрахованного лица. В документах должны содержаться: подробный анамнез жизни и заболевания, диагноз, установленный специалистом и подтверждённый общепринятыми в медицинской практике методами исследований, результаты всех проведённых диагностических исследований (лабораторные, клинические, гистологические, радиологические исследования), проведённое лечение;

7.14.2.4. материалы для гистологического исследования (где это применимо);

7.14.2.5. оригинал заключения врача-специалиста в предметной области (например, онколога, гематолога, кардиолога, невролога, трансплантолога и т.п.) с указанием диагноза и рекомендаций;

7.14.2.6. выписка из стационара, подтверждающая сроки пребывания в стационаре, диагноз и проведённое лечение;

7.14.2.7. оригинал медицинского заключения о назначении Застрахованному лицу медицинских препаратов, копии соответствующих рецептов и оригиналы документов, подтверждающие их покупку (чеки, квитанции и т.д.). По требованию Страховщика Застрахованное лицо (законный представитель Застрахованного лица, Страхователь) может предоставить сканированные копии вышеуказанных документов (где это применимо).

7.14.3. В случае установления Страхователю **Инвалидности I, II или III группы** (пункты 3.2.4, 3.2.5, 3.2.6, 3.2.11 Правил) вне зависимости от причины наступления страхового случая для признания Страховщиком случая страховым и получения страховой выплаты Застрахованное лицо (законный представитель Застрахованного лица, Страхователь) должно предоставить Страховщику следующие документы, подтверждающие факт наступления страхового случая, если Договором страхования не установлен сокращённый перечень документов:

7.14.3.1. заявление по установленной Страховщиком форме с подробным описанием обстоятельств, повлёкших за собой установление Застрахованному лицу группы инвалидности с указанием полных банковских реквизитов (если страховая выплата осуществляется на расчётный счёт);

7.14.3.2. копию Договора страхования или оригинал по требованию Страховщика;

7.14.3.3. документ, удостоверяющий личность Выгодоприобретателя или его представителя, и надлежащим образом оформленный документ, подтверждающий полномочия представителя Выгодоприобретателя (в том числе доверенность);

7.14.3.4. оригинал или нотариально заверенную копию справки бюро МСЭ об установлении группы инвалидности;

7.14.3.5. копию направления на медико-социальную экспертизу, заверенную руководителем бюро МСЭ и печатью бюро МСЭ и/или заверенная должностным лицом медицинского учреждения (главный врач, заместитель главного врача по лечебной работе, заместитель главного врача по КЭР (клинико-экспертной работе), председатель врачебной комиссии);

7.14.3.6. копию акта освидетельствования МСЭ, заверенную руководителем бюро МСЭ и печатью бюро МСЭ и/или заверенная должностным лицом медицинского учреждения (главный врач, заместитель главного врача по лечебной работе, заместитель главного врача по КЭР (клинико-экспертной работе), председатель врачебной комиссии);

7.14.3.7. копию медицинской карты (карт) Застрахованного лица за весь период (с даты первичного обращения) наблюдения по поводу травмы/заболевания, приведшего к установлению инвалидности, заверенная заместителем главного врача по лечебной работе или другими уполномоченными лицами (с приложением документов, подтверждающих данные полномочия) и печатью медицинского учреждения;

7.14.3.8. выписку из медицинской карты амбулаторного больного (её заверенную копию по требованию Страховщика), содержащую информацию обо всех заболеваниях Застрахованного лица (профессиональных, общих хронических заболеваниях, злокачественных новообразованиях, в том числе заболеваниях крови и т.п.) за 5 лет, предшествующих наступлению страхового случая;

7.14.3.9. оригиналы или заверенные лечебно-профилактическим, или медицинским учреждением документы медицинского учреждения (выписка из истории болезни, амбулаторной карты Застрахованного лица (выписной эпикриз), карты из органа МСЭ, результаты рентгенологической диагностики, цифровые носители результатов обследований и т.п., подтверждающие факт наступления страхового случая и степень ущерба для здоровья Застрахованного лица;

7.14.3.10. заключение врача невролога (при диагнозах, связанных с повреждением головного мозга).

В выписном эпикризе должна быть указана дата наступления несчастного случая/диагностирования заболевания и заключительный диагноз, а также результаты обследования на день наступления события. Кроме того, в эпикризе указывается длительность лечения/нахождения в стационаре, лечебно-диагностические (медицинские) мероприятия, проводимые в отношении повреждённого органа, проведённое лечение и оценка его эффективности, рекомендации больному при выписке.

7.14.4. При временной утрате трудоспособности Застрахованного лица (**«Временная утрата трудоспособности ЛП»** (п. 3.2.9 Правил) и **«Временная утрата трудоспособности НС»** (п. 3.2.10 Правил)) Страховщику предоставляются следующие документы:

7.14.4.1. заявление по установленной Страховщиком форме с подробным описанием обстоятельств, повлёкших за собой наступление страхового случая, с указанием полных банковских реквизитов (если страховая выплата осуществляется на расчётный счёт);

7.14.4.2. копию Договора страхования или оригинал по требованию Страховщика;

7.14.4.3. документ, удостоверяющий личность Выгодоприобретателя или его представителя, и надлежащим образом оформленный документ, подтверждающий полномочия представителя Выгодоприобретателя (в том числе доверенность);

7.14.4.4. листок нетрудоспособности, подтверждающий факт временной нетрудоспособности Застрахованного лица. В тех случаях, когда листок нетрудоспособности не может быть выдан, в качестве альтернативного документа предоставляется справка или иной документ из медицинской организации, подтверждающий Временную нетрудоспособность, в котором должны быть указаны сроки стационарного или амбулаторного лечения и диагноз, в связи с которым Застрахованное лицо проходило такое лечение.

Данный документ может представляться за весь период нетрудоспособности или периодически по мере получения Застрахованным лицом, но не чаще чем один раз в месяц;

7.14.4.5. выписку из медицинской карты амбулаторного больного, в случае если Застрахованное лицо получало медицинскую помощь в амбулаторных условиях;

7.14.4.6. медицинскую карту амбулаторного или стационарного больного (оригинал или надлежащим образом заверенная копия);

7.14.4.7. выписной эпикриз из медицинской карты стационарного больного, если Застрахованное лицо проходило лечение в стационаре;

7.14.4.8. если временная утрата трудоспособности наступила в результате несчастного случая:

- акт о несчастном случае на производстве по форме Н1 (если применимо);
- документы из органов и учреждений МВД России, МЧС России, прокуратуры или иных компетентных органов власти / организаций / учреждений / лиц (протоколы, постановления, справки, определения, акты, материалы и результаты расследований и др.), когда событие или его обстоятельства зафиксированы или должны быть ими зафиксированы.

7.14.5. по риску **«Травма»** (п. 3.2.7 Правил) вне зависимости от причины наступления страхового случая для признания Страховщиком случая страховым и получения страховой выплаты Застрахованное лицо/Выгодоприобретатель (уполномоченный представитель Застрахованного лица/Выгодоприобретателя, Страхователь) должен предоставить Страховщику следующие документы, подтверждающие факт наступления страхового случая, если Договором не установлен

сокращённый перечень документов:

7.14.5.1. Заявление о страховой выплате по установленной Страховщиком форме с подробным описанием обстоятельств, повлёкших за собой наступление страхового случая с указанием полных банковских реквизитов (если страховая выплата осуществляется на расчётный счёт);

7.14.5.2. Копия договора страхования или оригинал по требованию Страховщика;

7.14.5.3. Документ, удостоверяющий личность Выгодоприобретателя или его представителя, и надлежащим образом оформленный документ, подтверждающий полномочия представителя Выгодоприобретателя (в том числе доверенность);

7.14.5.4. Медицинские документы, указывающие на факт получения в период действия Договора страхования травмы и/или случайного острого отравления, заболевания, обстоятельства их получения/диагностирования, полный клинический диагноз, сроки лечения и временной нетрудоспособности, лечебные и диагностические мероприятия, сведения о связанных с ним предшествовавших заболеваниях, операциях, манипуляциях, результатах лабораторных, клинических, гистологических и иных исследований, послуживших основанием для постановки диагноза (выписка из амбулаторной карты Застрахованного, Выписной эпикриз из истории болезни, результаты рентгенологической диагностики, цифровые носители результатов обследований и т.п.);

7.14.5.5. Выписка из медицинской карты амбулаторного больного (её заверенную копию по требованию Страховщика), содержащую информацию обо всех заболеваниях Застрахованного (профессиональных, общих хронических заболеваниях, злокачественных новообразованиях, в том числе заболеваниях крови и т.п.) за 5 лет, предшествующих наступлению страхового случая;

В выписном эпикризе (выписке) должна быть указана дата наступления несчастного случая/диагностирования заболевания и заключительный диагноз, а также результаты проведённых диагностических обследований. Кроме того, в эпикризе указывается длительность лечения/нахождения в стационаре, лечебно-диагностические (медицинские) мероприятия, проводимые в отношении повреждённого органа, проведённое лечение и оценка его эффективности, рекомендации больному при выписке.

7.15. В дополнение к документам, перечисленным в п. 7.14 Правил, в зависимости от причины наступления страхового случая, предоставляются медицинские или иные документы, раскрывающие обстоятельства произошедшего события:

7.15.1. медицинские документы, указывающие на факт получения в период действия Договора страхования травмы и/или случайного острого отравления, заболевания, обстоятельства их получения/диагностирования, полный диагноз, сроки лечения, лечебные и диагностические мероприятия, а также медицинские документы об обследовании и лечении по поводу заболевания, содержащие полный клинический диагноз, сведения о времени начала заболевания (дате заболевания) и дате установления диагноза, сроки лечения и временной нетрудоспособности, связанных с ним предшествовавших заболеваниях, операциях, манипуляциях, результатах лабораторных, клинических, гистологических и иных исследований, послуживших основанием для постановки диагноза:

7.15.1.1. эпикризы из лечебных учреждений;

7.15.1.2. выписка из амбулаторной карты из медицинского учреждения по месту жительства/ работы за весь срок наблюдения, с указанием даты события, точных диагнозов, дат их постановки, предписанного и проведённого лечения, дат госпитализаций и их причин и времени нахождения на листке нетрудоспособности;

7.15.1.3. амбулаторная карта из медицинского учреждения по месту жительства/ работы, карта стационарного больного, или выписка из медицинской карты Застрахованного лица, за 5 (пять) лет, предшествующих вступлению Договора страхования в силу, содержащая информацию об имевшихся у Застрахованного лица заболеваниях;

7.15.1.4. результаты и заключения по результатам лабораторных, рентгеновских, ультразвуковых, микробиологических, цито-гистологических, эндоскопических, функциональных, электрофизиологических исследований;

7.15.1.5. заключения и результаты консультаций медицинских специалистов; протокол хирургического вмешательства;

7.15.1.6. сопроводительный лист скорой медицинской помощи;

7.15.1.7. журналы регистрации приёмных отделений, рентгеновских и физиотерапевтических кабинетов, лабораторий, травматологических пунктов, операционных и перевязочных.

7.15.2. документы компетентных органов, проводивших расследование обстоятельств наступления события:

7.15.2.1. постановления (определения) следственных органов;

7.15.2.2. решение (определение) или приговор суда;

7.15.2.3. первичные процессуальные документы (протокол, определение или постановление), выданные компетентными органами, с указанием сведений о месте, времени, обстоятельствах ДТП, сведений о транспортных средствах (ТС) с указанием владельцев, и участниках ДТП, лицах, управлявших ТС, с указанием серии, номера и категории водительского удостоверения, заключения медицинского освидетельствования участников ДТП, информации о составе или об отсутствии состава преступления, данных о пострадавших с указанием категории (водитель, пассажир, пешеход) и характере полученных повреждений (ущерб здоровью, смерть);

7.15.3. иные документы, необходимые для признания случая страховым:

7.15.3.1. акт о несчастном случае на воздушном, железнодорожном, речном, морском транспорте, оформленный перевозчиком в установленном законодательством порядке.

7.15.3.2. акт о случае профессионального заболевания по форме, установленной законодательством Российской Федерации;

7.15.3.3. заключения врачебно-лётной экспертной комиссии и/или военно-врачебной комиссии;

7.15.3.4. справка из центра государственного санитарно-эпидемиологического надзора с указанием зарегистрированного диагноза;

7.15.3.5. акт о случае получения травмы, составленный по месту её получения в любой организации и учреждении и результаты внутреннего расследования заявленного случая;

7.15.3.6. документ, подтверждающий факт нахождения Застрахованного лица в момент страхового случая на территории страхования;

7.15.3.7. водительское удостоверение.

7.15.4. заполненная по форме Страховщика анкета лица, обратившегося к Страховщику с заявлением о получении страховой выплаты (Выгодоприобретателя, Страхователя, Застрахованного лица, а также получателя страховой выплаты или их представителей). Идентификация указанных лиц проводится Страховщиком для соблюдения требований к идентификации получателей страховых услуг и их представителей в целях противодействия легализации (отмыванию) доходов, полученных преступным путём, финансированию терроризма и финансированию распространения оружия массового уничтожения.

7.15.5. если получателем страховой выплаты не является лицо, обратившееся к Страховщику с заявлением на страховую выплату, то предоставляется документ, удостоверяющий личность получателя выплаты (оригинал либо копия, заверенная нотариально). В этом случае срок принятия решения (единый срок урегулирования требования о страховой выплате) начинает течь не ранее получения Страховщиком данного документа.

7.15.6. В том числе по страховому риску «**Диагностирование ООЗ**» (п. 3.2.8 Правил), Страховщиком могут быть дополнительно запрошены для установления факта страхового случая:

7.15.6.1. копия медицинской карты Застрахованного лица;

7.15.6.2. данные лабораторных и диагностических исследований (рентгеновские снимки; заключение врача-рентгенолога; КТ, протокол с заключением; МРТ, протокол с заключением; ЭКГ; ЭЭГ с заключением; ЭхоЭГ с заключением; РЭГ с заключением; анализы/исследования физиологических жидкостей; цитологическое/гистологическое/морфологическое исследование и т.п.);

7.15.6.3. письменное объяснение Застрахованного лица/Выгодоприобретателя по вопросам, возникшим в ходе рассмотрения предоставленных документов по заявленному событию, обладающему признаками страхового;

7.15.6.4. копия лицензии медицинского учреждения на осуществление медицинской деятельности.

7.16. Документы должны предоставляться в виде оригиналов или в виде копий, заверенных нотариально или органом/ учреждением/организацией, который выдал документ и/или располагает его подлинником, либо в электронной форме, если возможность предоставления документов в электронной форме предусмотрена условиями продукта, согласно описанию на сайте. Все документы предоставляются на русском языке или с нотариально заверенным переводом на русский язык.

Создание и отправка Страхователем (Застрахованным лицом) Страховщику информации в электронной форме (уведомления о наступлении страхового случая, заявления об осуществлении страховой выплаты и (или) иных документов) для получения страховой выплаты может осуществляться с использованием официального сайта Страховщика в информационно-телекоммуникационной сети «Интернет», в том числе с использованием личного кабинета «Ю-Онлайн» в случае, если на официальном сайте размещена информация о возможности предоставления по данному продукту документов для рассмотрения вопроса о страховой выплате в электронной форме. Доступ к указанному официальному сайту Страховщика для совершения действий, предусмотренных настоящим пунктом, может осуществляться Страхователем (Застрахованным лицом) с использованием единой системы идентификации и аутентификации либо в ином порядке, установленном Страховщиком.

7.17. Страховщик может осуществлять страховые выплаты на основании заверенных им копий оригиналов документов (п. 8.2.7 Правил), которые были представлены Страховщику для получения страховой выплаты согласно пунктам 7.14 и 7.15 Правил.

7.18. Страховщик вправе по своему усмотрению принять решение о достаточности/недостаточности фактически представленных документов и запросить недостающие документы/сведения/информацию (в соответствии с пунктами 7.14 и 7.15 Правил) в случае выявления им факта предоставления Выгодоприобретателем документов, недостаточных для принятия Страховщиком решения об осуществлении страховой выплаты, и (или) предоставления ненадлежащим образом оформленных документов в соответствии с требованиями Правил и (или) Договора страхования. Срок принятия решения по страховой выплате при этом начинается течь с даты предоставления последнего из необходимых и надлежащим образом оформленных документов.

Страховщик обязан в письменной форме (по почтовому или электронному адресу, указанному в Договоре страхования, заявлении на выплату) уведомить об этом подавшее заявление на страховую выплату лицо с указанием перечня недостающих и (или) ненадлежащим образом оформленных документов в течение 15 (пятнадцати) рабочих дней с даты получения комплекта документов либо последнего полученного Страховщиком документа.

7.19. Если событие, имеющее признаки страхового случая, произошло с Застрахованным лицом за пределами Российской Федерации, то Страховщику должны быть предоставлены медицинские и иные документы, позволяющие установить факт наступления страхового случая с Застрахованным лицом, характер полученных им повреждений, с проставленным на них апостилем или с отметкой о прохождении консульской легализации (по требованию Страховщика). Документы на иностранном языке предоставляются вместе с нотариально заверенным переводом. Расходы по сбору указанных документов и по их переводу оплачивает получатель страховой выплаты.

7.20. В случае необходимости Страховщик имеет право самостоятельно выяснять у медицинских учреждений, правоохранительных органов и иных учреждений обстоятельства, связанные со страховым случаем, а также организовывать за свой счёт проведение независимых экспертиз.

7.21. Страховщик имеет право приостановить рассмотрение события, имеющего признаки страхового случая, если Страхователь (Выгодоприобретатель) имел возможность, но не предоставил Страховщику документы и информацию, необходимые для оценки причин страхового события, или предоставил недостоверную информацию. В дальнейшем Страховщик возобновляет рассмотрение события, имеющего признаки страхового случая, с момента получения всех необходимых документов.

7.22. Также в случае непредставления лицом, обратившимся за страховой выплатой, банковских реквизитов, а также других сведений, необходимых для осуществления страховой выплаты в безналичном порядке, Страховщик вправе продлить (приостановить) срок

осуществления страховой выплаты до получения Страховщиком указанных сведений. При этом Страховщик обязан уведомить обратившееся лицо о факте приостановки и запросить у него недостающие сведения.

7.23. В случае наличия противоречий в документах, предоставленных Страховщику в соответствии с пунктами 7.14 и 7.15 Правил для подтверждения факта страхового события, Страховщик имеет право на проведение независимых экспертиз для установления причин и обстоятельств смерти Застрахованного лица за счёт Страховщика.

7.24. Отказ Страховщика произвести страховую выплату может быть обжалован Выгодоприобретателем в порядке, предусмотренном действующим законодательством Российской Федерации и Договором страхования.

7.25. При объявлении судом Застрахованного лица умершим страховая выплата производится при условии, если в решении суда указано, что Застрахованное лицо пропало без вести при обстоятельствах, угрожавших смертью, или дающих основание предполагать его гибель от определённого несчастного случая, и день его исчезновения или предполагаемой гибели приходится на период действия Договора страхования. Признание судом Застрахованного лица безвестно отсутствующим не является страховым случаем, и страховая выплата не производится.

7.26. Страховщик не имеет права отказать в страховой выплате по причине утраты им представленных документов на страховую выплату (какого-либо из них), если имеются доказательства получения Страховщиком указанных документов.

7.27. В случае если Страховщик утратил документы на страховую выплату, он не вправе повторно требовать их предоставления от подавшего лица.

7.28. Исключения составляют случаи обращения за страховой выплатой по Договору страхования, переданному в составе страхового портфеля. Осуществляющий такие выплаты Страховщик вправе запросить у подавшего заявление на страховую выплату лица повторного предоставления документов, направлявшихся им передавшему страховой портфель страховщику, но не переданных передавшим страховой портфель страховщиком принявшему страховой портфель страховщику.

8. Права и обязанности Страховщика, Страхователя и Застрахованного лица

8.1. Страховщик обязан:

8.1.1. ознакомить Страхователя с Правилами, условиями Договора страхования, разъяснить ему условия, содержащиеся в Правилах и Договоре страхования;

8.1.2. рассмотреть вопрос о признании или непризнании события, имеющего признаки страхового случая, страховым случаем и об осуществлении страховой выплаты или отказе в выплате в соответствии с разделом 4 Правил, а также иными условиями Правил и/или положениями Договора страхования. При признании наступившего события страховым случаем Страховщик обязан произвести страховую выплату в соответствии с Правилами и условиями Договора страхования;

8.1.3. без письменного согласия Застрахованного лица (Страхователя, Выгодоприобретателя) не разглашать личные данные и сведения об имущественном положении указанных лиц за исключением случаев, предусмотренных действующим законодательством;

8.1.4. направлять Страхователю уведомление в связи с изменением размеров страховых сумм, страховых взносов;

8.1.5. по заявлению Страхователя на внесение изменений в Договор страхования подготовить дополнительное соглашение к Договору страхования и предоставить его для подписания Страхователю или уведомить Страхователя об отказе внести соответствующие изменения;

8.1.6. выполнять иные действия в целях заключения и(или) исполнения Договора страхования, предусмотренные действующим законодательством и Правилами.

8.2. Страховщик имеет право:

8.2.1. проверять сообщаемую Страхователем/Застрахованным лицом информацию, в том числе о возрасте, состоянии здоровья, профессиональной деятельности и образе жизни Застрахованного лица, а также выполнение Страхователем и Застрахованным лицом требований и положений Правил и Договора страхования любыми доступными ему способами, не противоречащими законодательству Российской Федерации;

8.2.2. требовать от Выгодоприобретателя, в том числе и тогда, когда Выгодоприобретателем является Застрахованное лицо, выполнения обязанностей по Договору страхования, включая обязанности, лежащие на Страхователе, но не выполненные им, при предъявлении Выгодоприобретателем требования о страховой выплате по Договору страхования. Риск последствий невыполнения или несвоевременного выполнения обязанностей, которые должны были быть выполнены ранее, несёт Выгодоприобретатель;

8.2.3. отсрочить принятие решения о признании случая страховым или непризнании заявленного случая страховым, а также страховой выплате в случае возбуждения по факту наступления события, имеющего признаки страхового случая, уголовного дела – до момента принятия соответствующего решения компетентными органами;

8.2.4. делать запросы в следственные органы и лечебные учреждения с целью получения документов об обстоятельствах наступления заявленного события (в том числе сведений, составляющих медицинскую тайну), а также требовать от Выгодоприобретателя (Страхователя, Застрахованного лица) предоставления дополнительных сведений и документов, подтверждающих факт наступления и причину заявленного события;

8.2.5. провести собственное расследование любым доступным Страховщику способом, не противоречащим законодательству Российской Федерации;

8.2.6. если Страхователь (Застрахованное лицо) сообщил Страховщику заведомо ложные или недостоверные сведения о фактах, влияющих на установление степени риска наступления страхового события, предусмотренного Договором страхования, то Страховщик вправе потребовать признания Договора страхования недействительным;

8.2.7. в целях осуществления страховой выплаты сличить оригинал представленного документа с его копией и заверить подлинность этой копии;

8.2.8. не осуществлять операции по перечислению денежных средств, причитающихся Страхователю в рамках исполнения Договора страхования, в случае непредставления Страхователем документов и сведений, необходимых Страховщику в целях реализации требований законодательства в части противодействия легализации (отмыванию) доходов, полученных преступным путём и финансированию терроризма;

8.2.9. требовать от клиента предоставления документов и сведений, необходимых для осуществления функций, предусмотренных действующими нормативными требованиями в части противодействия легализации (отмыванию) доходов, полученных преступным путём и финансированию терроризма;

8.2.10. осуществлять иные действия в порядке исполнения положений Правил и Договора страхования.

8.3. Страхователь обязан:

8.3.1. при заключении Договора страхования представить документы и сведения, необходимые для оценки страхового риска и заключения Договора страхования, обеспечить получение Страховщиком требуемой им информации в течение срока действия Договора страхования о состоянии здоровья, профессиональной деятельности и образе жизни Застрахованного лица, необходимой для определения степени и особенностей риска наступления страховых случаев;

8.3.2. уплачивать страховую премию в размерах и в сроки, определённые Договором страхования;

8.3.3. получить согласие Застрахованного лица на назначение Выгодоприобретателей;

8.3.4. проинформировать Страховщика о произошедшем любым способом, который Страхователь/Застрахованное лицо/Выгодоприобретатель может использовать для получения подтверждения о своем обращении. К таким способам относятся: личный кабинет, отправка письма по почте, направление электронного сообщения или телеграммы на адрес Страховщика:

8.3.4.1. о наступлении смерти Застрахованного лица (если Страхователь не является Застрахованным лицом) в срок не позднее 35 (тридцати пяти) календарных дней от момента, когда Страхователю стало об этом известно. Обязанность сообщить о случае смерти Застрахованного лица может быть исполнена Выгодоприобретателем, если он намерен воспользоваться правом получения страховой выплаты;

8.3.4.2. об изменении информации, которая предоставлялась Страхователем Страховщику при заключении Договора страхования, в том числе, в связи с идентификацией Страхователя,

осуществляемой Страховщиком в целях реализации требований законодательства в сфере противодействия легализации (отмыванию) доходов, полученных преступным путём, финансированию терроризма и финансированию распространения оружия массового уничтожения. В случае, если Страхователем не представлены Страховщику идентификационные сведения к сроку обновления таких сведений, то непредставление соответствующей информации Страховщик вправе расценить как неизменность сведений о Страхователе, установленных при его идентификации в рамках исполнения требований законодательства в части противодействия легализации (отмыванию) доходов, полученных преступным путём, финансированию терроризма и финансированию распространения оружия массового уничтожения;

8.3.4.3. об изменениях существенных обстоятельств, влияющих на установление степени риска или наступление страхового случая в соответствии Правилами.

8.3.5. немедленно сообщить в правоохранительные органы – ОВД, Прокуратуру, ГИБДД и т.д., если травма или гибель Застрахованного лица произошли в результате дорожно-транспортного происшествия (ДТП), происшествия на ином виде транспорта, взрыва, возгорания или явились следствием противоправных действий третьих лиц;

8.3.6. предоставить документы, подтверждающие факт и причину наступления страхового события;

8.3.7. исполнять любые иные положения Правил, Договора страхования и иных документов, закрепляющих правоотношения между Сторонами;

8.3.8. в срок не позднее 10 (десяти) календарных дней с момента заключения Договора страхования информировать Застрахованное лицо (Выгодоприобретателя) о его правах и обязанностях по Договору страхования;

8.3.9. представить сведения о Выгодоприобретателе в объёме и порядке, предусмотренном Страховщиком, в случае совершения операций к выгоде третьих лиц;

8.4. Страхователь имеет право:

8.4.1. проверять соблюдение Страховщиком требований условий Договора страхования любыми доступными ему способами, не противоречащими законодательству Российской Федерации;

8.4.2. досрочно расторгнуть Договор страхования;

8.4.3. назначать и заменять Выгодоприобретателя с соблюдением условий замены, предусмотренных Правилами и законодательством Российской Федерации;

8.4.4. вносить, по согласованию со Страховщиком, изменения в условия Договора страхования;

8.4.5. требовать от Страховщика информацию, касающуюся его финансово-экономического состояния и не являющуюся коммерческой тайной.

8.5. Договором страхования могут быть предусмотрены иные права и обязанности Страховщика и Страхователя (Застрахованного лица).

9. Последствия увеличения степени риска

9.1. В период действия Договора страхования Страхователь (Застрахованное лицо, Выгодоприобретатель) обязан незамедлительно в письменной форме сообщать Страховщику о ставших ему известными значительных изменениях в обстоятельствах, сообщённых Страховщику при заключении Договора страхования, если эти изменения могут существенно повлиять на увеличение степени страхового риска. Значительными изменениями в рамках Правил признаются изменения любых сведений из указанных в заявлении на заключение Договора страхования, анкете Застрахованного лица, финансовых и дополнительных анкетах, за исключением обстоятельств, связанных с состоянием здоровья.

9.2. Страховщик, уведомлённый об обстоятельствах, влекущих увеличение степени страхового риска, вправе потребовать изменения условий Договора страхования или уплаты дополнительной страховой премии соразмерно увеличению риска.

Если Страхователь (Выгодоприобретатель) уведомляет Страховщика об отказе от изменений условий Договора страхования или доплаты страховой премии, либо в течение 10 дней с даты получения требования Страховщика не сообщает о своём решении, Страховщик вправе

потребовать расторжения Договора страхования в соответствии с правилами, предусмотренными главой 29 ГК РФ.

9.3. При неисполнении Страхователем либо Выгодоприобретателем, предусмотренной в п. 9.1 Правил, обязанности Страховщик вправе потребовать расторжения Договора страхования и возмещения убытков, причинённых расторжением Договора страхования (пункт 5 статьи 453 ГК РФ).

Страховщик не вправе требовать расторжения Договора страхования, если обстоятельства, влекущие увеличение страхового риска, уже отпали.

10. Конфиденциальная информация

10.1. Стороны считают конфиденциальной информацию:

10.1.1. о размере страховой премии (страхового взноса), подлежащей уплате по Договору страхования;

10.1.2. персональные данные Застрахованного лица;

10.1.3. персональные данные Застрахованного лица специальной категории: данные о состоянии здоровья Застрахованного лица, о заболеваниях Застрахованного лица, а также о случаях его обращения за медицинской помощью.

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

10.3. Страховщик имеет право во исполнение своих обязательств по Договору передавать персональные данные третьим лицам, если такая передача осуществляется в соответствии с требованиями законодательства Российской Федерации.

10.4. Посредством направления соответствующих запросов в медицинские учреждения Страховщиком могут быть получены данные, указанные в п. 10.1.3 Правил. При этом врачи медицинских учреждений освобождаются от обязательств конфиденциальности перед Страховщиком.

10.5. Передача конфиденциальной информации иным лицам или иное разглашение этой информации может осуществляться только с согласия сторон, а при осуществлении этих действий в отношении информации, указанной в пунктах 10.1.2 и 10.1.3 Правил, – и с согласия Застрахованного лица.

10.6. При извещении Страхователя о прекращении действия Договора страхования в отношении конкретного Застрахованного лица по основаниям, предусмотренными в Правилах, Страховщик не указывает сведения о состоянии здоровья Застрахованного лица.

10.7. В процессе заключения и исполнения обязательств по Договору, Страховщиком могут быть привлечены партнеры/контрагенты Страховщика, которые наравне со Страховщиком осуществляют обработку персональных данных, включая специальные категории персональных данных. Под обработкой персональных данных в Правилах понимается: действие (операция) или совокупность действий (операций), совершаемых с использованием средств автоматизации или без использования таких средств с персональными данными, включая сбор, запись, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), извлечение, использование, передачу (предоставление, доступ), обезличивание, блокирование, удаление, уничтожение персональных данных.

Обработка персональных данных прекращается в случаях, установленных законодательством Российской Федерации.

10.8. Подписывая Договор страхования, Страхователь подтверждает, что им получено от Застрахованного(-ых) лиц согласие на обработку Страховщиком и партнёрами Страховщика его (их) персональных данных, в объёме, необходимом для заключения и исполнения Договора.

10.9. По запросу Страховщика Страхователь обязуется своевременно предоставить Страховщику указанные согласия Застрахованных лиц.

11. Форс-мажор

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

11.2. При возникновении форс-мажорных обстоятельств, каждая из Сторон немедленно информирует другую Сторону о возникшей ситуации и принятых для её урегулирования мерах.

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

12. Порядок рассмотрения споров

12.1. Споры, возникающие между Страховщиком и Страхователем/Застрахованным лицом/Выгодоприобретателем, подлежат разрешению судом (в соответствии с установленными законодательством правилами о подсудности) или Финансовым уполномоченным.

12.2. Финансовый уполномоченный рассматривает обращения, если размер требований потребителя финансовых услуг о взыскании денежных сумм не превышает 500 тысяч рублей (за исключением обращений, указанных в статье 19 Федерального закона № 123-ФЗ от 10.04.2019 г. «Об уполномоченном по правам потребителей финансовых услуг») и, если со дня, когда потребитель финансовых услуг узнал или должен был узнать о нарушении своего права, прошло не более трёх лет.

12.3. До направления финансовому уполномоченному обращения Застрахованное лицо/Выгодоприобретатель, являющийся потребителем финансовых услуг, должен направить Страховщику заявление в письменной или электронной форме.

12.4. Страховщик обязан рассмотреть заявление потребителя финансовых услуг и направить ему мотивированный ответ об удовлетворении, частичном удовлетворении или отказе в удовлетворении предъявленного требования:

12.4.1. в течение пятнадцати рабочих дней со дня получения заявления потребителя финансовых услуг в случае, если указанное заявление направлено в электронной форме по стандартной утвержденной форме, и если со дня нарушения прав потребителя финансовых услуг прошло не более ста восьмидесяти дней;

12.4.2. в течение тридцати дней со дня получения заявления потребителя финансовых услуг в иных случаях.

12.5. Ответ на заявление потребителя финансовых услуг направляется по адресу электронной почты потребителя финансовых услуг, а при его отсутствии по почтовому адресу.

12.6. Застрахованное лицо/Выгодоприобретатель, являющийся потребителем финансовых услуг, вправе направить обращение финансовому уполномоченному после получения ответа Страховщика либо в случае неполучения ответа Страховщика по истечении соответствующих сроков рассмотрения Страховщиком заявления потребителя финансовых услуг, установленных законодательством.

12.7. Обращение направляется потребителем финансовых услуг лично, за исключением случаев законного представительства. При направлении обращения законным представителем потребителя финансовых услуг к обращению прилагаются документы, подтверждающие полномочия законного представителя.

12.8. Принятие и рассмотрение обращений финансовым уполномоченным осуществляются бесплатно, за исключением обращений, поданных лицами, которым уступлено право требования потребителя финансовых услуг к Страховщику. В последнем случае рассмотрение обращения финансовым уполномоченным осуществляется за плату в размере, установленном Советом Службы.

13. Заключительные положения

13.1. Все денежные расчёты между Сторонами осуществляются в соответствии с законодательством Российской Федерации.

При неисполнении или ненадлежащем исполнении Сторонами условий Договора страхования возникающие споры разрешаются путём переговоров Сторон, а в случае невозможности достичь согласия – в порядке, предусмотренном законодательством Российской Федерации.

Таблица особо опасных заболеваний

<p>Онкологическое заболевание</p>	<p>Заболевание, проявляющееся в развитии одной или нескольких злокачественных опухолей, характеризующихся отсутствием дифференцировки клеток, прогрессивным неконтролируемым ростом, способностью к метастазированию (распространению злокачественных клеток из первичного очага) и инвазии, деструкцией опухоли и окружающей опухоль здоровой ткани. Данное определение также включает: лейкемию, ракоподобные лимфомы (включая лимфому кожи), болезнь Ходжкина, онкологические заболевания кроветворных органов и саркому.</p> <p>Онкологическое заболевание должно быть впервые диагностировано в течение срока действия договора страхования. Диагноз должен быть установлен врачом-онкологом на основании данных гистологического исследования. Дата постановки диагноза – это дата получения точного диагноза по результатам гистологического обследования. Если гистологическое исследование невозможно по медицинским причинам (например, при наличии Сомнительной опухоли), диагноз злокачественной опухоли должен быть подтвержден врачом-онкологом. Дополнительно данные медицинские причины должны быть объяснены, и злокачественная опухоль должна быть подтверждена КТ-или МРТ-исследованием.</p> <p>Сомнительная опухоль - опухоль, обладающая клиническими признаками злокачественной опухоли (неконтролируемый рост и пролиферация, инвазия в окружающие ткани с их деструкцией), которая в силу топической локализации недоступна для забора гистологического материала, или проведение биопсии сопряжено с риском осложнений.</p> <p>Из покрытия исключаются:</p> <ul style="list-style-type: none">а. Любой первичный рак кожи, кроме злокачественной меланомы, распространившийся за пределы эпидермиса (верхний слой кожи) и соответствующий стадии TisNOMO и T1NOMO по классификации TNM или 1-ому уровню по классификации Clark;б. Рак предстательной железы стадии T1 (включая T1a и T1b) по классификации TNM;в. Карцинома in situ (преинвазивный или интраэпителиальный рак), включая дисплазию шейки матки (CIN-1, CIN-2 и CIN-3), а также любые опухоли, гистологически описанные как предраковые заболевания;г. Базальноклеточная карцинома и плоскоклеточная карцинома;д. Хронический лимфоцитарный лейкоз стадии A по классификации Binet или стадия I по классификации RA1;е. Папиллярный рак щитовидной железы стадии T1NOMO по классификации TNM;ж. Карцинома мочевого пузыря, соответствующая стадии T1aNOMO по классификации TNM (папиллярная, неинвазивная стадия);з. Любые виды злокачественных новообразований протекающих на фоне ВИЧ-инфекции или СПИДа (включая Саркому Капоши);
-----------------------------------	--

Инфаркт миокарда	<p>Некроз участка сердечной мышцы, обусловленный недостаточным кровоснабжением.</p> <p>Диагноз должен быть подтвержден квалифицированным врачом-кардиологом и обоснован наличием всех трех нижеперечисленных признаков:</p> <ul style="list-style-type: none"> - диагностически значимое, т.е. не менее, чем на один уровень выше 99-го перцентиля верхнего референтного предела, типичное повышение и/или снижение в плазме крови уровня кардиоспецифических ферментов крови, характерных для некроза миокарда (Тропонин I, Тропонин T или MB-КФК); - типичные клинические симптомы, характерные для инфаркта миокарда; - изменения на ЭКГ, типичные для сердечного приступа, в частности (но не ограничиваясь): изменения сегмента ST или зубца T с характерной динамикой; формирование патологического, стойко сохраняющегося зубца Q. <p>Другие острые коронарные синдромы, включая нестабильную стенокардию, исключаются.</p>
Инсульт	<p>Острое нарушение мозгового кровообращения, являющееся следствием нарушения или полного прекращения кровообращения в мозге (ишемический инсульт) или кровоизлияния в вещество головного мозга или под его оболочки (геморрагический инсульт) и характеризующееся развитием новой постоянной неврологической симптоматики.</p> <p>Оценка неврологических нарушений может быть произведена не ранее, чем через 3 месяца после инсульта (период выживания).</p> <p>Инсульт должен быть впервые диагностирован в течение срока действия договора страхования. Диагноз должен быть подтверждён квалифицированным Врачом-невропатологом, инструментальными методами исследования, такими как компьютерная томография (КТ) и/или магнитно-резонансная томография (МРТ).</p> <p>Из покрытия исключаются:</p> <ul style="list-style-type: none"> а. Преходящее нарушение мозгового кровообращения или транзиторная ишемическая атака (ПНМК определяется как заболевание с обратимыми неврологическими расстройствами, не превышающими 24 (двадцати четырех) часов); б. Церебральные изменения как следствие неврологического дефицита, мигрени, гипоксии или травмы; в. Травматическое повреждение головного мозга или сосудов головного мозга; г. Лакунарные инсульты без неврологической симптоматики.
Аортокоронарное шунтирование	<p>Перенесение по рекомендации кардиохирурга операции аортокоронарного шунтирования на открытом сердце (операция прямой реваскуляризации миокарда открытым доступом, заключающаяся в наложении анастомозов между аортой и участком поражённой коронарной артерии) с целью коррекции стеноза или окклюзии одной или нескольких коронарных артерий.</p> <p>Необходимость проведения и проведение операции должны быть подтверждены врачом-специалистом, а также результатами проведённой коронарной ангиографии. Из покрытия исключаются все нехирургические вмешательства, в том числе: эндоскопические манипуляции, ангиопластика, стентирование, лечение лазером и прочие интраартериальные техники.</p>

<p>Трансплантация жизненно важных органов</p>	<p>Перенесение Застрахованным лицом в качестве реципиента трансплантации любого из нижеуказанных органов или включение Застрахованного лица в официальный список ожидающих трансплантацию получателей любого из нижеуказанных органов:</p> <ul style="list-style-type: none"> – одного из перечисленных органов человека полностью: сердца, лёгких, печени, почек, поджелудочной железы – костного мозга человека с использованием гемопоэтических стволовых клеток при условии предшествующего полного разрушения костного мозга. <p>Необходимость пересадки должна быть обоснована с точки зрения медицинской необходимости и подтверждена объективными признаками органной недостаточности. Трансплантации иные, чем вышеупомянутые, исключаются из покрытия. Случаи одновременной пересадки нескольких из вышеуказанных в определении органов считаются одной трансплантацией.</p> <p>Из покрытия исключаются:</p> <ul style="list-style-type: none"> а. Трансплантации иных, чем вышеупомянутые, органов и частей органов, тканей или клеток. б. Проведение трансплантации в случаях, когда Застрахованное лицо выступает донором.
<p>Почечная недостаточность</p>	<p>Терминальная стадия почечной недостаточности, характеризующаяся хроническим необратимым нарушением функции обеих почек, при условии проведения в качестве лечения регулярного диализа (гемодиализ или перитонеальный диализ) или трансплантации донорской почки.</p> <p>Необходимость проведения регулярного диализа или трансплантации донорской почки, а также сам диагноз, должны быть установлены квалифицированным врачом-специалистом, впервые в течение срока действия договора страхования, на основании результатов проведённого обследования, характерного для данного заболевания.</p> <p>Из покрытия исключаются:</p> <ul style="list-style-type: none"> а. Почечная недостаточность в стадии компенсации; б. Почечная недостаточность при отсутствии необходимости в постоянном гемодиализе или трансплантации почки.

ТАБЛИЦА
размеров страховых выплат, подлежащих выплате в связи со страховыми случаями по риску
«Травма» (пункт 3.2.7 Правил)

Статья	Характер повреждения	Размер выплаты в % от страховой суммы по риску «Травма»
	Кости черепа, нервная система	
1.	Перелом костей черепа: а) наружной пластинки костей свода б) свода в) основания г) свода и основания	3 13 15 20
2.	Повреждения головного мозга: а) сотрясение головного мозга при сроке непрерывного стационарного и/или амбулаторного лечения 14 и более дней (подтверждается в т.ч. листком ВН) б) ушиб головного мозга в) ушиб головного мозга, сопровождающийся субарахноидальным кровоизлиянием, образованием внутричерепной травматической гематомой / гематомами г) разможжение вещества головного мозга	5 7 12 50
3.	Периферическое повреждение одного или нескольких черепно-мозговых нервов. <i>Примечание.</i> Ст.3 не применяется, если выплата произведена по ст.1.	7
4.	Повреждение спинного мозга на любом уровне, конского хвоста: а) ушиб спинного мозга при непрерывном лечении общей продолжительностью не менее 28 дней амбулаторного лечения в сочетании со стационарным лечением, длительность которого составила не менее 14 дней б) сдавление, гематомииелия в) частичный разрыв г) полный перерыв (разрыв) спинного мозга	10 30 50 100
5.	Травматические невриты на одной конечности (за исключением невритов пальцевых нервов)	5
6.	Повреждение (перерыв, ранение) шейного, плечевого, поясничного, крестцового сплетений а) травматический плексит б) частичный разрыв сплетения в) перерыв (разрыв) сплетения	10 30 50

	<p><i>Примечания:</i></p> <p>1. Ст.5 и 6 одновременно не применяются.</p> <p>2. Невралгии, невропатии, возникшие в связи с травмой, не дают основания для выплаты страхового обеспечения.</p>	
7.	<p>Полный перерыв (разрыв) нервов:</p> <p>а) одного: лучевого, локтевого или срединного на уровне лучезапястного сустава и предплечья; малоберцового или большеберцового нервов</p> <p>б) двух и более: лучевого, локтевого, срединного на уровне лучезапястного сустава и предплечья; малоберцового и большеберцового нервов</p> <p>в) одного: подмышечного, лучевого, локтевого, срединного - на уровне локтевого сустава и плеча, седалищного или бедренного</p> <p>г) двух и более: подмышечного, лучевого, локтевого, срединного - на уровне локтевого сустава и плеча, седалищного и бедренного</p>	<p>10</p> <p>20</p> <p>25</p> <p>30</p>
	<p><i>Примечание.</i></p> <p>Повреждение нервов на уровне стопы, пальцев стопы и кисти не дает оснований для выплаты страхового обеспечения.</p>	
	Органы зрения	
8.	Гемианопсия (выпадение половины поля зрения одного глаза), повреждение мышц глазного яблока (травматическое косоглазие, птоз, диплопия)	15
9.	Пульсирующий экзофтальм одного глаза	10
10.	<p>Повреждение глаза, не повлекшее за собой снижения остроты зрения:</p> <p>а) непроникающее ранение глазного яблока, гифема</p> <p>б) проникающее ранение глазного яблока, ожоги II, III степени, гемофтальм</p>	<p>3</p> <p>5</p>
	<p><i>Примечания:</i></p> <p>1. Ожоги глаза без указания степени, а также ожоги глаза I степени, не повлекшие за собой патологических изменений, не дают оснований для выплаты страхового обеспечения.</p> <p>2. В том случае, если повреждения, перечисленные в ст.10, повлекут за собой снижение остроты зрения, страховое обеспечение выплачивается в соответствии со ст.16, статья 10 при этом не применяется. Если же в связи с повреждением глазного яблока выплачивалось страховое обеспечение по ст.10, а в дальнейшем травма осложнилась снижением остроты зрения и это даёт основание для выплаты страхового обеспечения в большем размере, ранее выплаченное страховое обеспечение удерживается.</p> <p>3. Поверхностные инородные тела на оболочках глаза не дают оснований для выплаты страхового обеспечения.</p>	
11.	Повреждение слёзопроводящих путей одного глаза повлекшее за собой нарушение функции слёзопроводящих путей	5
12.	<p>Последствия травмы глаза:</p> <p>а) иридоциклит, хориоретинит</p> <p>б) дефект радужной оболочки, смещение хрусталика, изменение формы зрачка, заворот века, неудалённые инородные тела в глазном яблоке и тканях глазницы, рубцы оболочек глазного яблока и век (за исключением кожи)</p>	<p>5</p> <p>10</p>

	<p><i>Примечания:</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Если в результате одной травмы наступят несколько патологических изменений, перечисленных в ст.12, страховое обеспечение выплачивается с учётом наиболее тяжёлого последствия однократно. 2. В том случае, если врач-окулист не ранее чем через 3 месяца после травмы глаза установит, что имеются патологические изменения, перечисленные в ст. 8, 9, 11, 12, и снижение остроты зрения, страховое обеспечение выплачивается с учётом всех последствий путём суммирования, но не более 30% за один глаз. 	
13.	Повреждение глаза (глаз), повлекшее за собой полную потерю зрения единственного глаза или обоих глаз, обладавших зрением не ниже 0,01	100
14.	Удаление в результате травмы глазного яблока слепого глаза	10
15.	Перелом орбиты	10
16.	<p>Снижение остроты зрения (см. таблицу выплат при потере зрения)</p> <p><i>Примечания:</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Решение о выплате страхового обеспечения в связи со снижением в результате травмы остроты зрения и другими последствиями принимается после окончания лечения, но не ранее 3 месяцев со дня травмы. По истечении этого срока застрахованный направляется к врачу-окулисту для определения остроты зрения обоих глаз (без учёта коррекции) и других последствий перенесённого повреждения. 2. Если сведения об остроте зрения повреждённого глаза до травмы отсутствуют, то условно следует считать, что она была такой же, как неповреждённого. Однако, если острота зрения неповреждённого глаза окажется ниже, чем повреждённого, условно следует считать, что острота зрения повреждённого глаза равнялась 1,0. 3. Если в результате травмы были повреждены оба глаза и сведения об их зрении до травмы отсутствуют, следует условно считать, что острота зрения их составляла 1,0. 4. В том случае, если в связи с посттравматическим снижением остроты зрения был имплантирован искусственный хрусталик или применена корригирующая линза, страховое обеспечение выплачивается с учётом остроты зрения до операции. 	
	Органы слуха	
17.	<p>Повреждение ушной раковины, повлекшее за собой:</p> <ol style="list-style-type: none"> а) отсутствие 1/3 – 1/2 части ушной раковины б) отсутствие более 1/2 части ушной раковины <p><i>Примечание.</i> Решение о выплате страхового обеспечения по ст.17 принимается на основании данных освидетельствования, проведенного после заживления раны.</p>	<p>10</p> <p>20</p>
18.	<p>Повреждение одного уха, повлекшее за собой снижение слуха:</p> <ol style="list-style-type: none"> а) шепотная речь – до 1 м б) полная глухота (разговорная речь - 0) 	<p>10</p> <p>25</p>

	<i>Примечание.</i> Решение о выплате страхового обеспечения в связи со снижением в результате травмы слуха принимается после окончания лечения, но не ранее 3 месяцев со дня травмы. По истечении этого срока застрахованный направляется к ЛОР-специалисту для определения последствий перенесённого повреждения.	
	Дыхательная система	
19.	Повреждение лёгкого, подкожная эмфизема, гемоторакс, пневмоторакс, экссудативный плеврит, инородное тело (тела) грудной полости: а) с одной стороны б) с двух сторон	5 10
20.	Повреждение грудной клетки и её органов, повлекшее за собой: а) легочную недостаточность (по истечении 3 месяцев со дня травмы) б) удаление доли, части лёгкого в) удаление одного лёгкого	10 30 40
21.	а) Перелом грудины б) Перелом грудины, повлекший за собой осложнения, предусмотренные ст.19а в) Перелом грудины, повлекший за собой осложнения, предусмотренные ст.19б Если предусмотрена выплата по ст. 21 (в,с), ст. 19 не применяется.	5 7 12
22.	Переломы рёбер: а) одного б) двух в) трёх и более	2 3 5
	<i>Примечания:</i> 1. При переломе рёбер во время реанимационных мероприятий страховое обеспечение выплачивается на общих основаниях. 2. Перелом хрящевой части ребра даёт основание для выплаты страхового обеспечения.	
23.	Проникающее ранение грудной клетки, торакотомия произведённая в связи с травмой при повреждении органов грудной полости <i>Примечания:</i> 1. Если в связи с повреждением грудной клетки и ее органов было произведено удаление лёгкого или его части, страховое обеспечение выплачивается в соответствии со ст.20; ст.23 при этом не применяется; ст.23 и 19 одновременно не применяются. 2. Выплата по ст.23 производится однократно, независимо от количества произведённых оперативных вмешательств.	15
24.	Повреждение гортани, трахеи, щитовидного хряща, перелом подъязычной кости, не повлекшие за собой нарушения функции, при непрерывном лечении более 5 дней	5
25.	Повреждение гортани, трахеи, щитовидного хряща, перелом подъязычной кости, повлекшие за собой: а) потерю голоса, ношение трахеостомической трубки в течение не менее 3 месяцев после травмы б) ношение трахеостомической трубки не менее 6 месяцев после травмы.	10 15

	<i>Примечание.</i> Если предусмотрены выплаты по ст. 25, ст. 24 не применяется.	
	Сердечно-сосудистая система	
26.	Повреждение сердца, его оболочек и крупных магистральных сосудов: а) не повлекшее за собой сердечно-сосудистую недостаточность б) повлекшее за собой сердечно-сосудистую недостаточность I степени в) повлекшее за собой сердечно-сосудистую недостаточность II - III степени	10 20 25
	<i>Примечание.</i> Если в справке ф.№195 не указана степень сердечно-сосудистой недостаточности, страховое обеспечение выплачивается по ст.26б.	
27.	Повреждение крупных периферических сосудов, повлекшее за собой нарушения кровообращения (сосудистую недостаточность): а) на уровне плеча, бедра б) на уровне предплечья, голени	15 10
	<i>Примечания:</i> 1. К крупным магистральным сосудам следует относить: аорту, лёгочную, безымянную, сонные артерии, внутренние яремные вены, верхнюю и нижнюю полые вены, воротную вену, а также магистральные сосуды, обеспечивающие кровообращение внутренних органов. К крупным периферическим сосудам следует относить: подключичные, подмышечные, плечевые, локтевые и лучевые артерии, подвздошные, бедренные, подколенные, передние и задние большеберцовые артерии; плечеголовные, подключичные, подмышечные, бедренные и подколенные вены. 2. Страховое обеспечение по ст.26 (b,c), ст.27 выплачивается, если указанные в этих статьях осложнения травмы будут установлены в лечебно-профилактическом учреждении по истечении 3 месяцев после травмы и подтверждены справкой этого учреждения.	
	Органы пищеварения	
28.	Перелом верхней челюсти, скуловой кости или нижней челюсти: а) перелом одной кости, вывих челюсти б) перелом двух и более костей или двойной перелом одной кости	5 10
	<i>Примечания:</i> 1. При привычном вывихе челюсти страховая выплата не производится. 2. При переломе челюсти, случайно наступившем во время стоматологических манипуляций, страховое обеспечение выплачивается на общих основаниях. 3. Перелом альвеолярного отростка, наступивший при потере зубов, не даёт оснований для выплаты страхового обеспечения.	
29.	Повреждение челюсти, повлекшее за собой: а) отсутствие части челюсти (за исключением альвеолярного отростка) б) отсутствие челюсти	30 60

	<p><i>Примечания:</i></p> <p>1. При выплате страхового обеспечения в связи с отсутствием челюсти или ее части учтена и потеря зубов, независимо от их количества.</p> <p>2. В тех случаях, когда травма челюсти сопровождалась повреждением других органов ротовой полости, процент страховой суммы, подлежащей выплате, определяется с учётом этих повреждений по соответствующим статьям путём суммирования.</p> <p>3. При выплате страхового обеспечения по ст.29 дополнительная выплата страхового обеспечения за оперативные вмешательства не производится.</p>	
30.	<p>Повреждение языка, повлекшее за собой:</p> <p>а) отсутствие дистальной трети языка</p> <p>б) отсутствие языка на уровне средней трети</p> <p>в) отсутствие языка на уровне корня или полное отсутствие языка</p>	<p>10</p> <p>25</p> <p>40</p>
31.	Повреждение (ранение, разрыв, ожог) глотки, пищевода, желудка, кишечника, не повлекшее за собой функциональных нарушений	5
32.	<p>Повреждение (ранение, разрыв, ожог) пищевода, вызвавшее:</p> <p>а) сужение пищевода менее 11 мм.</p> <p>б) непроходимость пищевода (при наличии гастростомы), а также состояние после пластики пищевода</p>	<p>25</p> <p>75</p>
	<p><i>Примечание.</i></p> <p>Процент страховой суммы, подлежащей выплате по ст.32, определяется не ранее чем через 6 месяцев со дня травмы. Ранее этого срока страховое обеспечение выплачивается предварительно по ст.31 и этот процент вычитается при принятии окончательного решения.</p>	
33.	<p>Повреждение (разрыв, ожог, ранение) органов пищеварения, повлекшее за собой:</p> <p>а) рубцовое сужение (деформацию) желудка, кишечника, заднепроходного отверстия</p> <p>б) спаечную болезнь, состояние после операции по поводу спаечной непроходимости</p> <p>в) кишечный свищ, кишечно-влагалищный свищ, свищ поджелудочной железы</p> <p>г) наложение колостомы</p>	<p>10</p> <p>20</p> <p>40</p> <p>50</p>
	<p><i>Примечания:</i></p> <p>1. При осложнениях травмы, предусмотренных в подпунктах "а", "б", страховое обеспечение выплачивается при условии, что эти осложнения имеются по истечении 3 месяцев после травмы, а предусмотренные в подпунктах "в" и "г" - по истечении 6 месяцев после травмы.</p> <p>Указанные осложнения травмы признаются только в том случае, если они подтверждены справкой лечебно-профилактического учреждения. Ранее этих сроков страховое обеспечение выплачивается по ст.31 и этот процент вычитается при принятии окончательного решения.</p> <p>2. Если в результате одной травмы возникнут осложнения, перечисленные в одном подпункте, страховое обеспечение выплачивается однократно.</p>	
34.	<p>Повреждение печени, желчного пузыря, повлекшие за собой:</p> <p>а) ушивание разрывов печени или удаление желчного пузыря</p> <p>б) ушивание разрывов печени и удаление желчного пузыря</p> <p>в) удаление части печени</p>	<p>10</p> <p>15</p> <p>15</p>

	d) удаление части печени и желчного пузыря	20
35.	Повреждение селезёнки, повлекшее за собой: а) подкапсульный разрыв селезенки, не потребовавший оперативного вмешательства б) её удаление	5 25
36.	Повреждение желудка, поджелудочной железы, кишечника, брыжейки, повлекшее за собой: а) резекцию желудка, кишечника, поджелудочной железы б) удаление желудка в) удаление поджелудочной железы	25 50 50
	<i>Примечание.</i> При последствиях травмы, перечисленных в одном подпункте, страховое обеспечение выплачивается однократно. Если травма различных органов повлечёт за собой осложнения, указанные в различных подпунктах ст. 36, страховое обеспечение выплачивается с учётом каждого из них путём суммирования.	
	Мочевыделительная и половая системы	
37.	Повреждение почки, повлекшее за собой: а) ушиб почки, подкапсульный разрыв почки, не потребовавший оперативного вмешательства, разрыв чашечно-лоханочного аппарата б) удаление части почки в) удаление почки	5 20 40
38.	Повреждение органов мочевыделительной системы (почек, мочеточников, мочевого пузыря, мочеиспускательного канала), повлекшее за собой: а) острую почечную недостаточность б) гломерулонефрит, пиелонефрит, сужение мочеточника, мочеиспускательного канала в) синдром длительного раздавливания (травматический токсикоз, краш-синдром, синдром размозжения) г) непроходимость мочеточника, мочеиспускательного канала, мочеполовые свищи	5 15 20 30
	<i>Примечания:</i> 1. Если в результате травмы наступит нарушение функции нескольких органов мочевыделительной системы, процент страховой суммы, подлежащей выплате, определяется по одному из подпунктов ст.42, учитывающему наиболее тяжёлое последствие повреждения. 2. Страховое обеспечение в связи с последствиями травмы, перечисленными в подпунктах ст.38, выплачивается в том случае, если эти осложнения имеются по истечении 3 месяцев после травмы.	
39.	Цистостомия, произведённая в связи с травмой органов мочевыделительной системы	5
40.	Повреждение половой системы, повлекшее за собой: а) удаление одного яичника, маточной трубы, яичка б) удаление обоих яичников, обеих маточных труб, яичек, части полового члена в) потерю матки у женщин в возрасте: - до 40 лет - с 40 до 50 лет	10 25 40 25

	- 50 лет и старше	10
	d) потерю полового члена	35
	e) потерю полового члена и одного или двух яичек	40
	Мягкие ткани	
41.	Повреждение (кроме ожогов) мягких тканей лица, передне-боковой поверхности шеи, подчелюстной области, повлекшее за собой после заживления образование рубца площадью:	
	a) от 2 до 5 см ²	3
	b) от 5 до 10 см ²	5
	c) от 10 до 20 см ² или длиной от 15 до 20 см	10
	d) от 20 см ² и более или длиной более 20 см	15
42.	Повреждение (кроме ожогов) мягких тканей волосистой части головы, туловища, конечностей, повлекшее за собой после заживления образование рубцов площадью:	
	a) от 1% до 2%	3
	b) от 2% до 4%	5
	c) от 4% до 6%	10
	d) от 6% до 8%	15
	e) от 8% до 10%	20
	f) от 10% до 15%	25
	g) от 15% до 30%	30
	h) от 30% и более	35
	<i>Примечания:</i>	
	1. 1% поверхности тела исследуемого равен площади ладонной поверхности его кисти и пальцев. Эта площадь определяется в квадратных сантиметрах путём умножения длины кисти, измеряемой от лучезапястного сустава до верхушки ногтевой фаланги III пальца, на её ширину, измеряемую на уровне головок II-У пястных костей (без учёта I пальца).	
	2. При определении площади рубцов следует учитывать и рубцы, образовавшиеся на месте взятия кожного трансплантата для замещения дефекта поражённого участка кожи.	
43.	Повреждение мягких тканей:	
	a) острый разрыв мышц (при повреждении более 10 % мышечных волокон)	2
	b) разрыв сухожилий, за исключением пальцев кисти, взятие ауто трансплантата из другого отдела опорно-двигательного аппарата	3
	Позвоночник	
44.	Перелом тел, дужек и суставных отростков позвонков (за исключением крестца и копчика):	
	a) одного-двух	10
	b) трёх-пяти	20
	c) шести и более	30
45.	Разрыв межпозвонковых связок (при сроке лечения не менее 14 дней)	5
46.	Перелом крестца	8
47.	Перелом копчиковых позвонков	8

	<p><i>Примечания:</i></p> <p>1. В том случае, если перелом позвонков сопровождался повреждением спинного мозга, страховое обеспечение выплачивается с учётом обоих повреждений путём суммирования.</p> <p>2. В том случае, если в результате одной травмы произойдёт перелом позвонка и повреждение межпозвонковых связок, страховое обеспечение выплачивается по статье, предусматривающей наиболее тяжёлое повреждение, однократно.</p>	
	Верхняя конечность	
	Лопатка, ключица	
48.	<p>Перелом лопатки, ключицы, полный разрыв акромиально-ключичного, грудино-ключичного сочленений:</p> <p>а) перелом одной кости, разрыв одного сочленения</p> <p>б) перелом двух костей, двойной перелом одной кости, разрыв двух сочленений или перелом одной кости и разрыв одного сочленения</p> <p>в) разрыв двух сочленений и перелом одной кости, перелом двух костей и разрыв одного сочленения</p>	<p>5</p> <p>10</p> <p>15</p>
	Плечевой сустав	
49.	<p>Повреждения области плечевого сустава (суставной впадины лопатки, головки плечевой кости, анатомической, хирургической шейки, бугорков, суставной сумки):</p> <p>а) отрыв большого бугорка, перелом лопатки</p> <p>б) перелом двух костей</p> <p>в) перелом плеча (головки, анатомической, хирургической шейки), переломо-вывих плеча</p>	<p>5</p> <p>10</p> <p>15</p>
50.	<p>Повреждения плечевого пояса, повлекшие за собой:</p> <p>а) отсутствие движений в суставе (анкилоз)</p> <p>б) “болтающийся” плечевой сустав в результате резекции суставных поверхностей составляющих его костей</p>	<p>20</p> <p>30</p>
	<p><i>Примечания:</i></p> <p>Страховое обеспечение по ст.50 выплачивается в том случае, если перечисленные в этой статье осложнения будут установлены лечебно-профилактическим учреждением по истечении 6 месяцев после травмы и подтверждены справкой этого учреждения.</p>	
	Плечо	
51.	<p>Перелом плечевой кости:</p> <p>а) на любом уровне (верхняя, средняя, нижняя треть)</p> <p>б) двойной перелом</p>	<p>15</p> <p>20</p>
52.	<p>Травматическая ампутация верхней конечности или тяжёлое повреждение, приведшее к ампутации:</p> <p>а) с лопаткой, ключицей или их частью</p> <p>б) плеча на любом уровне</p> <p>в) единственной конечности на уровне плеча</p>	<p>65</p> <p>60</p> <p>75</p>

	<i>Примечание.</i> Если страховое обеспечение выплачивается по ст.52, дополнительная выплата за переломы костей ампутированной части по ст.48-51, а также выплата за оперативные вмешательства, послеоперационные рубцы не производится.	
	Локтевой сустав	
53.	Повреждения области локтевого сустава: а) перелом надмыщелков плечевой кости, перелом лучевой или локтевой кости б) перелом лучевой и локтевой кости, вывих предплечья в) перелом плечевой кости, перелом плечевой кости с лучевой (или локтевой) костью г) перелом плечевой кости с лучевой и локтевой костями	5 10 15 20
	<i>Примечания:</i> В том случае, если в результате одной травмы наступят различные повреждения, перечисленные в ст.53, выплата страхового обеспечения производится в соответствии с подпунктом, учитывающим наиболее тяжелое повреждение.	
54.	Повреждение области локтевого сустава, повлекшее за собой: а) отсутствие движений в суставе (анкилоз) б) "болтающийся" локтевой сустав (в результате резекции суставных поверхностей составляющих его костей)	20 30
	<i>Примечания:</i> Страховое обеспечение по ст.54 выплачивается в том случае, если нарушение движений в этом суставе будет установлено лечебно-профилактическим учреждением по истечении 6 месяцев после травмы и подтверждено справкой этого учреждения.	
	Предплечье	
55.	Перелом костей предплечья на любом уровне, за исключением области суставов (верхняя, средняя, нижняя треть): а) перелом одной кости б) перелом двух костей, двойной перелом одной кости	5 10
56.	Травматическая ампутация или тяжёлое повреждение, приведшее: а) к ампутации предплечья на любом уровне б) к экзартикуляции в локтевом суставе в) к ампутации единственной конечности на уровне предплечья	40 50 70
	<i>Примечания:</i> Если страховое обеспечение выплачивается по ст.56, дополнительная выплата за переломы костей ампутированной части по ст.55, а также выплата за оперативные вмешательства, послеоперационные рубцы не производится.	
	Лучезапястный сустав	
57.	Повреждения области лучезапястного сустава: а) перелом одной кости предплечья, отрыв шиловидного отростка (отростков) б) перелом двух костей предплечья, перилунарный вывих кисти	5 10

58.	Повреждение области лучезапястного сустава, повлекшее за собой отсутствие движений (анкилоз) в этом суставе	15
	<i>Примечания:</i> Страховое обеспечение по ст.58 в том случае, если отсутствие движений в суставе будет установлено лечебно-профилактическим учреждением по истечении 6 месяцев после травмы и подтверждено справкой этого учреждения.	
	Кисть	
59.	Перелом костей запястья, пястных костей одной кисти:	
	а) одной кости (кроме ладьевидной)	2
	б) двух и более костей (кроме ладьевидной)	5
	в) ладьевидной кости	8
	д) вывих, переломо-вывих кисти	10
60.	Повреждение кисти, повлекшее за собой:	
	а) потерю всех пальцев, ампутацию на уровне пястных костей запястья или лучезапястного сустава	50
	б) ампутацию единственной кисти	70
	Пальцы кисти	
	Первый палец	
61.	Повреждение пальца, повлекшее за собой:	
	а) полный разрыв сухожилия (сухожилий) разгибателей пальца	2
	б) перелом фаланги (фаланг)	3
62.	Повреждения пальца, повлекшие за собой:	
	а) отсутствие движений (анкилоз) в одном суставе	5
	б) отсутствие движений (анкилоз) в двух суставах	8
	<i>Примечание.</i> Страховое обеспечение в связи с нарушением функции 1 пальца выплачивается в том случае, если отсутствие движений в суставе (суставах) пальца будет установлено лечебно-профилактическим учреждением по истечении 6 месяцев после травмы и подтверждено справкой этого учреждения.	
63.	Повреждение пальца, повлекшее за собой:	
	а) ампутацию на уровне ногтевой фаланги (потеря части ногтевой фаланги)	5
	б) ампутацию на уровне межфалангового сустава (потеря ногтевой фаланги)	7
	в) ампутацию на уровне основной фаланги, пястно-фалангового сустава (потеря пальца)	10
	д) ампутацию пальца с пястной костью или частью ее	15
	<i>Примечание.</i> Если страховое обеспечение выплачено по ст.63, дополнительная выплата за переломы костей ампутированной части по ст.61, а также выплата за оперативные вмешательства и послеоперационные рубцы не производится.	
	Второй, третий, четвертый, пятый пальцы	

64.	Повреждение одного пальца, повлекшее за собой а) полный разрыв сухожилия (сухожилий) разгибателей пальца, перелом одной фаланги б) перелом двух и более фаланг	2 3
65.	Повреждение пальца, повлекшее за собой: а) отсутствие движений (анкилоз) в одном суставе б) отсутствие движений (анкилоз) в двух или трёх суставах пальца <i>Примечание.</i> Страховое обеспечение в связи с нарушением функции пальца выплачивается в том случае, если отсутствие движений в суставе (суставах) пальца будет установлено лечебно-профилактическим учреждением по истечении 6 месяцев после травмы и подтверждено справкой этого учреждения.	3 5
66.	Повреждение пальца, повлекшее за собой: а) ампутацию на уровне межфалангового сустава (потеря ногтевой фаланги) б) ампутацию на уровне средней фаланги, потерю двух фаланг в) ампутацию на уровне основной фаланги, потерю пальца г) потерю пальца с пястной костью или частью её <i>Примечания:</i> 1. Если страховое обеспечение выплачено по ст.66, дополнительная выплата за переломы костей ампутированной части по ст.64, а также выплата за оперативные вмешательства, послеоперационные рубцы не производится. 2. При ампутации нескольких пальцев кисти в период действия одного договора страхования страховое обеспечение выплачивается с учётом каждого пальца путём суммирования. Однако размер её не должен превышать 25% для одной кисти и 50% для обеих кистей.	3 5 7 10
	Таз	
67.	Повреждения таза: а) перелом одной кости б) перелом двух костей или разрыв одного сочленения, двойной перелом одной кости в) перелом трёх и более костей, разрыв двух или трёх сочленений	5 10 15
68.	Повреждения таза, повлекшие за собой отсутствие движений (анкилоз) в тазобедренных суставах: а) в одном суставе б) в двух суставах <i>Примечание.</i> Страховое обеспечение в связи с нарушением функции тазобедренного сустава (суставов) выплачивается по ст.68 в том случае, если отсутствие движений в суставе будет установлено лечебно-профилактическим учреждением через 6 месяцев после травмы и подтверждено справкой этого учреждения.	20 30
	Нижняя конечность	
	Тазобедренный сустав	

69.	Повреждения тазобедренного сустава: а) изолированный отрыв, перелом вертела (вертелов), вывих бедра б) перелом головки, шейки, проксимального метафиза бедра	10 20
	<i>Примечания:</i> 1. В том случае, если в результате одной травмы наступят различные повреждения тазобедренного сустава, страховое обеспечение выплачивается в соответствии с одним из подпунктов, предусматривающим наиболее тяжёлое повреждение. 2. При рецидивах переломов, вывихов, рефрактурах (повторных переломах) страховая выплата не производится.	
70.	Повреждения тазобедренного сустава, повлекшие за собой: а) отсутствие движений (анкилоз) б) “болтающийся” сустав в результате резекции головки бедра	20 35
	<i>Примечания:</i> Страховое обеспечение по ст.70 выплачивается в том случае, если нарушение движений в этом суставе будет установлено лечебно-профилактическим учреждением по истечении 6 месяцев после травмы и подтверждено справкой этого учреждения.	
	Бедро	
71.	Перелом бедра: а) на любом уровне, за исключением области суставов (верхняя, средняя, нижняя треть) б) двойной перелом бедра	20 25
	<i>Примечания:</i> При рецидивах переломов, рефрактурах (повторных переломах) бедра страховая выплата не производится.	
72.	Травматическая ампутация или тяжёлое повреждение, приведшее к ампутации конечности на любом уровне бедра: а) одной конечности б) единственной конечности	60 80
	<i>Примечание.</i> Если страховое обеспечение было выплачено по ст.72, дополнительная выплата за переломы костей ампутированной части по ст.75, а также выплата за оперативные вмешательства, послеоперационные рубцы не производится.	
	Коленный сустав	
73.	Повреждения области коленного сустава: а) перелом надмыщелка (надмыщелков), перелом головки малоберцовой кости, перелом надколенника	5
	б) перелом: межмыщелкового возвышения, мыщелков, проксимального метафиза большеберцовой кости	10
	в) перелом проксимального метафиза большеберцовой кости с головкой малоберцовой	15
	г) перелом мыщелков бедра, вывих голени	20
	д) перелом дистального метафиза бедра	25
	е) перелом дистального метафиза, мыщелков бедра с проксимальными отделами одной или обеих берцовых костей	30
	ф) перелом дистального метафиза, мыщелков бедра с проксимальными отделами одной или обеих берцовых костей	30

	<p><i>Примечания:</i> При сочетании различных повреждений коленного сустава, страховое обеспечение выплачивается однократно в соответствии с одним из подпунктов ст.73, предусматривающим наиболее тяжелое повреждение.</p>	
74.	<p>Повреждения области коленного сустава, повлекшие за собой:</p> <p>а) отсутствие движений (анкилоз) в суставе 20</p> <p>б) "болтающийся" коленный сустав в результате резекции суставных поверхностей составляющих его костей 30</p> <p>в) эндопротезирование 35</p> <p><i>Примечание.</i> Страховое обеспечение по ст.74 выплачивается в том случае, если нарушение движений в этом суставе будет установлено лечебно-профилактическим учреждением по истечении 6 месяцев после травмы и подтверждено справкой этого учреждения.</p>	
	Голень	
75.	<p>Перелом костей голени (за исключением области суставов):</p> <p>а) малоберцовой 5</p> <p>б) большеберцовой, двойной перелом малоберцовой 10</p> <p>в) обеих костей, двойной перелом большеберцовой 15</p> <p><i>Примечания:</i> 1. Страховое обеспечение по ст.75 определяется при: -переломах малоберцовой кости в верхней и средней трети; -переломах диафиза большеберцовой кости на любом уровне; -переломах большеберцовой кости в области диафиза (верхняя, средняя, нижняя треть) и переломах малоберцовой кости в верхней или средней трети. 2. При рецидивах переломов, отрывах костных фрагментов страховая выплата не производится.</p>	
76.	<p>Травматическая ампутация или тяжёлое повреждение, повлекшее за собой:</p> <p>а) ампутацию голени на любом уровне 40</p> <p>б) экзартикуляцию в коленном суставе 45</p> <p>в) ампутацию единственной конечности на любом уровне голени 70</p> <p><i>Примечание.</i> Если страховое обеспечение было выплачено в связи с ампутацией голени, дополнительная выплата за переломы костей ампутированной части по ст.75, а также выплата за оперативное вмешательство, послеоперационные рубцы не производится.</p>	
	Голеностопный сустав	
77.	<p>Повреждения области голеностопного сустава:</p> <p>а) перелом одной лодыжки, нижней трети диафиза малоберцовой кости, заднего края большеберцовой кости, изолированный разрыв межберцового синдесмоза 5</p> <p>б) перелом двух лодыжек или перелом одной лодыжки с краем большеберцовой кости 10</p> <p>в) перелом обеих лодыжек с краем большеберцовой кости 15</p>	

78.	Повреждение области голеностопного сустава, повлекшее за собой:	
	а) отсутствие движений (анкилоз) в голеностопном суставе	20
	б) “болтающийся” голеностопный сустав (в результате резекции суставных поверхностей составляющих его костей)	30
	в) экзартикуляцию в голеностопном суставе	35
	<i>Примечание.</i>	
	1. Если в результате травмы голеностопного сустава наступили осложнения, перечисленные в ст.78, страховое обеспечение выплачивается по одному из подпунктов, учитывающему наиболее тяжёлое последствие.	
	2. Страховое обеспечение по ст.78 (а, б) выплачивается в том случае, если нарушение движений в этом суставе будет установлено лечебно-профилактическим учреждением по истечении 6 месяцев после травмы и подтверждено справкой этого учреждения.	
79.	Повреждение ахиллова сухожилия, повлекшее оперативное лечение (наложения шва/швов или пластика)	10
	Стопа	
80.	Повреждения стопы:	
	а) перелом одной кости (за исключением пяточной и таранной)	3
	б) перелом двух костей, перелом таранной кости	5
	в) перелом трёх и более костей, перелом пяточной кости, подтаранный вывих стопы, вывих в поперечном суставе стопы (Шопара) или предплюсне-плюсневом суставе (Лисфранка)	10
81.	Повреждения стопы, повлекшие за собой:	
	а) артродез подтаранного сустава, поперечного сустава предплюсны (Шопара) или предплюсне-плюсневого (Лисфранка)	15
	б) ампутацию на уровне плюсне-фаланговых суставов (отсутствие всех пальцев стопы)	25
	в) ампутацию на уровне плюсневых костей или предплюсны	30
	г) ампутацию на уровне таранной, пяточной костей (потеря стопы)	35
	<i>Примечания:</i>	
	В том случае, если страховое обеспечение выплачивается в связи с ампутацией стопы, дополнительная выплата за переломы костей ампутированной части по ст.80, а также выплата за оперативные вмешательства, послеоперационные рубцы не производится.	
	Пальцы стопы	
82.	Перелом фаланг:	
	а) одного пальца	2
	б) двух-трёх пальцев	5
	в) четырёх-пяти пальцев	7

83.	Травматическая ампутация или повреждение пальцев стопы, повлекшее за собой ампутацию: первого пальца:	
	а) на уровне ногтевой фаланги или межфалангового сустава	3
	б) на уровне основной фаланги или плюсне-фалангового сустава	7
	второго, третьего, четвёртого, пятого пальцев:	
	с) одного-двух пальцев на уровне ногтевых или средних фаланг	3
	д) одного-двух пальцев на уровне основных фаланг или плюсне-фаланговых суставов	7
	е) трёх-четырёх пальцев на уровне ногтевых или средних фаланг	10
ф) трёх-четырёх пальцев на уровне основных фаланг или плюсне-ногтевых суставов	15	
<i>Примечания:</i> В том случае, если страховое обеспечение выплачивается по ст.83, дополнительная выплата за переломы костей ампутированной части по ст.82, а также выплата за оперативные вмешательства, послеоперационные рубцы не производится.		
84.	Обморожения – см. Страховые выплаты при обморожениях	

Повреждения, перечисленные в различных статьях Таблицы размеров страховой выплаты, суммируются при этом общая сумма выплат по одному или нескольким страховым событиям, произошедшим в течение одного страхового года, не может превышать размера страховой суммы, обусловленной условиями Договора.

В случае, если в результате одной травмы наступят повреждения (осложнения), перечисленные в различных подпунктах одной статьи, страховое обеспечение выплачивается по одному из подпунктов, учитывающему наиболее тяжёлое повреждение (осложнение).

Если в результате одной травмы возникнут повреждения (осложнения), перечисленные в одном подпункте одной статьи, страховое обеспечение выплачивается однократно, суммирование не производится.

Если в результате травмы производилось оперативное вмешательство, выплаты за послеоперационные рубцы не производятся.

Если в результате травмы была произведена страховая выплата, а впоследствии, но не позднее 1 года со дня травмы, произошло какое-либо расстройство здоровья (осложнение), связанное с той же травмой и дающее право на выплату по настоящей Таблице размеров страхового обеспечения, выплата производится за вычетом ранее полученной суммы страхового обеспечения.

Страховая выплата, выплачиваемая в связи с травмой органа, не должна превышать размера страховой выплаты, выплачиваемой при потере этого органа, а общая сумма выплат не должна превышать 100% страховой суммы по риску.

**Страховая выплата при ожогах, за исключением ожогов, возникших в результате воздействия ультрафиолетового (солнечного) излучения
(в процентах от страховой суммы)**

Площадь ожога (% поверхности тела)	Степень ожога			
	II	IIIА	IIIБ	IV
свыше 5 до 10	5	10	15	20
свыше 10 до 20	10	15	25	35
свыше 20 до 30	15	20	45	55
свыше 30 до 40	20	25	70	75
свыше 40 до 50	25	40	85	90
свыше 50 до 60	30	50	95	95
свыше 60 до 70	35	60	100	100
свыше 70 до 80	40	70	100	100
свыше 80 до 90	50	80	100	100
более 90	65	95	100	100

1. При ожогах дыхательных путей - 30%.
2. 1% поверхности тела пострадавшего равен площади ладонной поверхности его кисти и пальцев. Эта площадь определяется в квадратных сантиметрах путем умножения длины кисти, измеряемой от лучезапястного сустава до верхушки ногтевой фаланги III пальца, на ее ширину, измеряемую на уровне головок II-V пястных костей (без учета I пальца).
3. При отсутствии разделения на IIIА и IIIБ степени, расчет производится как за IIIА степень.

**Страховые выплаты при обморожениях
(в процентах от страховой суммы)**

Уровень обморожения		Степень обморожения		
		II	III	IV
1. Одной ушной раковины		7	10	20
2. Двух ушных раковин		15	30	55
3. Носа		10	15	25
4. Щек		10	20	30
5. Первого пальца кисти на уровне:	а) ногтевой фаланги	2	3	5
	б) межфалангового сустава и основной фаланги	3	5	7
	в) пястно-фалангового сустава	5	7	10
	г) пястной кости	7	10	15
6. Второго (указательного) пальца кисти на уровне:	а) ногтевой фаланги	2	3	5
	б) дистального межфалангового сустава и основной фаланги	3	5	7
	в) проксимального межфалангового сустава и основной фаланги	5	7	10
	г) пястно-фалангового сустава	7	10	12
	д) пястной кости	8	12	15
7. Третьего, четвертого, пятого пальцев кисти на уровне:	а) ногтевой фаланги, средней фаланги, проксимального межфалангового сустава	2	3	5
	б) основной фаланги, пястной кости	3	5	7
8. Кисти на уровне лучезапястного сустава и выше:	а) правая кисть	15	30	50
	б) левая кисть	12	25	45
9. Первого пальца стопы на уровне:	а) ногтевой фаланги	2	3	5
	б) основной фаланги	3	5	7
	в) плюсневой кости	5	7	10
10. Второго, третьего, четвертого, пятого пальцев стопы на уровне:	а) ногтевая или средняя фаланга	2	3	4
	б) основной фаланги	3	4	5
	в) плюсневой кости	5	6	7
11. Стопы на уровне:	а) предплюсной, таранной, пяточной кости	15	20	40
	б) голеностопного сустава и выше	20	30	50

Примечания:

- При обморожении IV степени пальцев левой кисти размер страховой выплаты уменьшается:
 - при обморожении первого пальца – на 5 %
 - при обморожении второго пальца – на 2 %
 - при обморожении третьего, четвертого, пятого пальцев – на 1 %.
- При обморожении нескольких пальцев либо обеих кистей или стоп размер страховой выплаты суммируется (но не более 100 % страховой суммы).
- Если в связи с обморожением будет произведена ампутация, указанная в соответствующей статье Таблицы, то выплата по обморожению не производится.

Таблица выплат при потере зрения

Острота зрения		Размер выплаты в % от страховой суммы по риску «Травма»	
до травмы	после травмы		
1,0	0,9	1	
	0,8	3	
	0,7	3	
	0,6	8	
	0,5	8	
	0,4	10	
	0,3	15	
	0,2	20	
	0,1	30	
	ниже 0,1	40	
0,0	50		
Острота зрения		Размер выплаты в % от страховой суммы по риску «Травма»	
до травмы	после травмы		
0,9	0,8	2	
	0,7	3	
	0,6	5	
	0,5	10	
	0,4	10	
	0,3	15	
	0,2	20	
	0,1	30	
	ниже 0,1	40	
	0,0	50	
0,8	0,7	2	
	0,6	3	
	0,5	10	
	0,4	10	
	0,3	15	
	0,2	20	
	0,1	30	
	ниже 0,1	40	
	0,0	50	
	0,7	0,6	2
0,5		3	
0,4		10	
0,3		10	
0,2		15	
0,1		20	
ниже 0,1		30	
0,0		40	
0,6		0,5	3
		0,4	3
	0,3	10	
	0,2	10	
	0,1	15	
	ниже 0,1	20	
	0,0	25	

0,5	0,4	3
	0,3	3
	0,2	10
	0,1	10
	ниже 0,1	15
0,4	0,0	20
	0,3	5
	0,2	5
	0,1	10
	ниже 0,1	15
0,3	0,0	20
	0,2	5
	0,1	5
	ниже 0,1	10
0,2	0,0	20
	ниже 0,1	10
	0,1	5
0,1	0,0	20
	ниже 0,1	10
ниже 0,1	0,0	20

Примечания:

К полной слепоте (0,0) приравнивается острота зрения ниже 0,01 и до светоощущения (счёт пальцев у лица).