



УТВЕРЖДЕНЫ
Приказом от «15» апреля 2024г. № 112/1
Приложение № 1

Генеральный директор
АО «ГСК «Югория»

_____ О.С. Овсяницкий

КОМПЛЕКСНЫЕ ПРАВИЛА СТРАХОВАНИЯ ОТ НЕСЧАСТНЫХ СЛУЧАЕВ И БОЛЕЗНЕЙ
(номер по классификатору 153, редакция 1)

г. Ханты-Мансийск, 2024

1. ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ. СУБЪЕКТЫ СТРАХОВАНИЯ

1.1. На основании настоящих Комплексных правил страхования от несчастных случаев и болезней (далее – Правила, Правила страхования) и в соответствии с законодательством Российской Федерации, в том числе Гражданским кодексом Российской Федерации (далее – ГК РФ), Законом Российской Федерации от 27.11.1992 № 4015-1 «Об организации страхового дела в Российской Федерации» и иными нормативными правовыми актами Акционерное общество «Группа страховых компаний «Югория» (АО «ГСК «Югория») (далее – Страховщик) заключает со Страхователями договоры страхования (далее – договоры страхования), которые могут включать следующие риски:

- страхование риска причинения вреда здоровью граждан, а также с их смертью в результате несчастного случая или болезни (страхование от несчастных случаев и болезней);
- страхование риска неполучения доходов, возникновения непредвиденных расходов (в том числе расходов на защиту) (страхование финансовых рисков).

1.2. Правила страхования регулируют основные условия и порядок заключения договора страхования, взаимоотношения Страховщика и Страхователя (далее – Стороны) в течение срока действия договора страхования и при наступлении страхового случая.

Во всем, что не урегулировано договором страхования, Стороны руководствуются Правилами и законодательством Российской Федерации.

1.3. Субъекты страхования:

1.3.1. **Страховщик** – АО «ГСК «Югория» - страховая организация, созданная в соответствии с законодательством Российской Федерации для осуществления деятельности по страхованию, перестрахованию и получившая лицензию на осуществление соответствующего вида страховой деятельности в порядке, установленном Законом Российской Федерации от 27 ноября 1992 г. № 4015-1 «Об организации страхового дела в Российской Федерации».

Информация о деятельности Страховщика согласно ст. 6 Закона Российской Федерации от 27.11.1992 № 4015-1 «Об организации страхового дела в Российской Федерации» размещена на официальном сайте Страховщика в сети «Интернет»: www.ugsk.ru (далее – официальный сайт Страховщика).

1.3.2. **Страхователи** – юридические лица любой организационно-правовой формы, индивидуальные предприниматели или дееспособные физические лица, заключившие со Страховщиком договор страхования.

1.3.2.1. Страхователь – физическое лицо вправе заключить договор страхования в отношении себя либо в отношении других физических лиц. В случае если договор страхования заключен Страхователем – физическим лицом в отношении себя лично, на него распространяются права и обязанности Застрахованного лица.

1.3.2.2. Страхователи – юридические лица любой организационно-правовой формы или индивидуальные предприниматели заключают договор страхования в отношении Застрахованных лиц – физических лиц, указанных в договоре страхования.

1.3.3. **Застрахованное лицо** – физическое лицо: гражданин Российской Федерации, иностранный гражданин или лицо без гражданства, в отношении которого Стороны заключили договор страхования.

1.3.3.1. На специальных условиях могут быть приняты на страхование следующие категории физических лиц:

1.3.3.1.1. являющиеся инвалидами I, II, III группы, имеющие присвоенную категорию «Ребенок-инвалид», имеющие направление на прохождение государственной медико-социальной экспертизы (далее – МСЭ);

1.3.3.1.2. находящиеся в состоянии, угрожающем жизни и/или здоровью (лица, стоящие в листе ожидания на трансплантацию органа, либо перенесшие его трансплантацию, находящиеся в коме и т.п.);

1.3.3.1.3. имеющие на момент заключения договора страхования следующие заболевания и/или связанные с ними состояния:

- кожно-венерологические;
- органов: зрения, слуха, дыхания, пищеварения;
- костно-мышечной системы и соединительной ткани;
- сердечно-сосудистой системы, системы кровообращения;
- крови и кроветворных органов;
- нервной системы;
- мочеполовой системы;
- эндокринной системы и нарушение обмена веществ;
- туберкулез, гепатит (кроме гепатита А), ВИЧ-инфекция, СПИД;
- доброкачественные или злокачественные новообразования любой локализации, включая злокачественные или доброкачественные новообразования лимфоидной, кроветворной и родственных им тканей, а также новообразования неопределенного или неизвестного характера;
- нервно-психические заболевания, алкоголизм, наркомания, токсикомания;

1.3.3.1.4. проходящие службу в вооруженных силах;

1.3.3.1.5. отбывающие на момент заключения договора страхования наказание в виде лишения или ограничения свободы, находящиеся под арестом, в отношении которых производятся оперативно-розыскные мероприятия, возбуждено уголовное дело; приговоренные к смертной казни / пожизненному заключению;

1.3.3.1.6. беременные женщины, независимо от срока беременности.

1.3.3.2. Физические лица считаются застрахованными на согласованных со Страховщиком условиях, если характеристики, указанные в пп.1.3.3.1.1 - 1.3.3.1.6 настоящих Правил специально оговорены в договоре страхования.

1.3.3.3. Если после заключения договора страхования будет установлено, что Страхователь (Застрахованное лицо) не сообщил Страховщику сведения, указанные в пп.1.3.3.1.1 - 1.3.3.1.6 настоящих Правил (т.е. Страхователь сообщил ложные сведения об отсутствии обстоятельств, имеющих существенное значение для определения страхового риска), Страховщик вправе потребовать признания договора страхования недействительным.

1.3.3.4. При заключении договора страхования Страховщик по соглашению со Страхователем могут определить конкретный перечень лиц, которые не могут быть приняты на страхование, исключив одну или несколько характеристик (категорий) из числа указанных в п.1.3.3.1. настоящих Правил.

При заключении договора страхования Страховщик по соглашению со Страхователем могут определить дополнительные ограничения по приему на страхование отдельных категорий физических лиц, связанные с их возрастом, состоянием здоровья, полом, условиями или территориями проживания, профессиональной деятельностью и другими обстоятельствами.

1.3.3.5. При заключении договора страхования между Страховщиком и Страхователем должно быть достигнуто соглашение о Застрахованном лице.

1.3.3.6. Договором страхования может быть предусмотрено определение Застрахованного лица путем указания родовых, видовых и иных характеристик, позволяющих однозначно идентифицировать Застрахованное лицо в определенный момент времени (пассажиры транспортного средства, члены экипажа судна при исполнении обязанностей и т.п.) и при обращении Выгодоприобретателя за получением страховой выплаты.

1.3.4. Выгодоприобретатель (в части страхования от несчастных случаев и болезней) – лицо (физическое или юридическое), назначенное Страхователем с письменного согласия Застрахованного лица в качестве получателя страховой выплаты.

1.3.4.1. Договор страхования считается заключенным в пользу Застрахованного лица, если в договоре страхования прямо не названо в качестве Выгодоприобретателя другое лицо. В случае смерти лица, застрахованного по договору страхования, в котором не назван иной Выгодоприобретатель, Выгодоприобретателями признаются наследники Застрахованного лица.

1.3.4.2. Договор страхования, заключенный в пользу лица, не являющегося Застрахованным лицом, в том числе в пользу не являющегося Застрахованным лицом Страхователя, при отсутствии письменного согласия Застрахованного лица о назначении Выгодоприобретателя может быть признан недействительным по иску Застрахованного лица, а в случае смерти этого лица по иску его наследников.

1.3.4.3. В период действия договора страхования Страхователь вправе заменить Выгодоприобретателя, названного в договоре страхования, другим лицом, лишь с письменного согласия Застрахованного лица, уведомив об этом в письменной форме Страховщика.

1.3.4.4. Выгодоприобретатель не может быть заменен другим лицом после того, как он выполнил какую-либо из обязанностей (уплатил страховую премию или её часть, сообщил Страховщику о ставших ему известными значительных изменениях в обстоятельствах, сообщенных при заключении договора страхования, уведомил Страховщика о наступлении страхового случая и др.) по договору страхования или предъявил Страховщику требование о страховой выплате.

1.3.4.5. Выгодоприобретатель (в части страхования финансовых рисков) – лицо, в пользу которого заключен договор страхования, имеющее право на получение страховой выплаты при наступлении страхового случая. По договорам страхования, заключенным на основании настоящих Правил, Выгодоприобретателем является Застрахованное лицо, если иное не предусмотрено договором страхования.

1.3.4.6. Заключение договора страхования в пользу Выгодоприобретателя не освобождает Страхователя от выполнения обязанностей по этому договору, если только договором страхования не предусмотрено иное либо обязанности Страхователя выполнены лицом, в пользу которого заключен договор страхования.

1.4. Все положения настоящих Правил, касающиеся Страхователя, в равной степени распространяются и на Застрахованное лицо, и на Выгодоприобретателя, кроме случаев, когда это противоречит законодательству Российской Федерации.

1.5. Обязательства Страховщика и Страхователя по договору страхования (страховые суммы, страховые премии, страховые выплаты) выражаются в денежной сумме в рублях, если договором страхования не установлено иное. Договором страхования может быть предусмотрено исполнение обязательств в денежной сумме в рублях, эквивалентной определенной денежной сумме в иностранной валюте. В этом случае подлежащая оплате денежная сумма определяется по курсу Центрального банка Российской Федерации соответствующей валюты на день платежа к рублю, если иной курс или иная дата его определения не установлены настоящими Правилами и/или договором страхования. Страховщик вправе применять ограничения на величину изменения курса валют, которые указываются в договоре страхования.

1.6. Применяемые в настоящих Правилах термины и понятия специально поясняются соответствующими определениями. Если значение какого-либо термина или понятия не оговорено Правилами, оно определяется в соответствии с законодательством Российской Федерации и иными нормативными актами, либо используется в своем обычном лексическом значении.

1.7. Термины и их определения, используемые в рамках Правил, если иное не предусмотрено договором страхования:

1.7.1. **Активный отдых** – способ проведения свободного времени, разновидность хобби, в процессе которого Застрахованное лицо занимается активными видами деятельности, требующими определенной физической нагрузки либо имеющими повышенный риск травматизма: катание на аттракционах в парках (при условии, что правила техники безопасности не были нарушены), катание на велосипедах, катание на роликах всех типов, катание на скейтбордах и коньках, катание на самокатах, лыжные прогулки (за исключением катания на моноколесе (моноцикле, одноколесном сигвее), гироскутере).

1.7.2. **Болезнь (заболевание)** – любое нарушение состояния здоровья Застрахованного лица, не вызванное несчастным случаем, впервые диагностированное в течение срока страхования, либо обострение в течение срока страхования хронического заболевания, заявленного Страхователем в заявлении о страховании и принятого Страховщиком на страхование, если такое нарушение состояния здоровья или обострение врожденного/хронического заболевания повлекли наступление страхового случая.

О наличии заболевания (болезни), имеющегося на момент заключения договора страхования, лицо, обратившееся за страхованием, обязано сообщить Страховщику, указав всю необходимую информацию в заявлении о страховании. Страховая премия в таком случае должна быть уплачена Страховщику в соответствующем размере, в порядке, предусмотренном настоящими Правилами.

1.7.3. **Несчастный случай** – внезапное, внешнее, кратковременное (до нескольких часов), фактически произошедшее под воздействием различных внешних факторов (физических, химических, механических) событие, характер, время и место которого могут быть однозначно определены, наступившее в течение срока страхования и возникшее непредвиденно, непреднамеренно, помимо воли Застрахованного лица (случайно), повлекшее за собой причинение вреда жизни или здоровью Застрахованного лица и не являющееся следствием заболевания или медицинских манипуляций (за исключением неправильных).

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

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

К несчастным случаям по настоящим Правилам относятся:

- 1.7.3.1. Травматическое повреждение (травма)
- а) телесные повреждения в результате взрыва, ожога, обморожения, переохлаждения организма (за исключением простудного заболевания), утопления, поражения электрическим током, удара молнии, солнечного удара, дорожно-транспортного происшествия, движения средств транспорта, машин, механизмов, их аварий, использование орудий производства и всякого рода инструментов;
 - б) ранение, перелом (за исключением патологического перелома, если договором страхования не предусмотрено иное), вывих сустава (за исключением привычного вывиха, если договором страхования не предусмотрено иное), травматическая потеря зубов, инородное тело глаза, повреждения мышцы, разрыв связки, сухожилия, повреждения внутренних органов, мягких тканей, сдавления;
 - в) сотрясение мозга (при сроках лечения: для Застрахованных лиц в возрасте от 18 лет (включительно) – не менее 14 дней; для Застрахованных лиц в возрасте до 18 лет – не менее 10 дней (если договором страхования не предусмотрено иное));
 - г) ушиб мозга;
 - д) асфиксия, случайное попадание в дыхательные пути инородного тела;
 - е) телесные повреждения в результате нападения третьих лиц или животных, в том числе змей, а также укусы (ужаливания) насекомых, пауков, клещей, скорпионов, которые привели к возникновению иных патологических состояний, заболеваний помимо анафилактического шока;
- 1.7.3.2. Отравления
- а) случайное острое отравление ядовитыми растениями; химическими веществами, за исключением пищевой токсикоинфекции (ботулизма, сальмонеллеза, дизентерии, шигеллеза, клебсиеллеза, иерсиниоза и других заболеваний в соответствии с кодом А05 по Международной классификации болезней десятого пересмотра (далее - МКБ-10) и отравления спиртосодержащими жидкостями;

- б) случайное острое отравление лекарственными препаратами. При этом для Застрахованных лиц в возрасте от 11 лет (включительно) к несчастному случаю относится только случайное острое отравление лекарственными препаратами, прописанными по назначению лечащего врача; для Застрахованных лиц в возрасте от 1 года до 11 лет - любые случаи отравления лекарственными препаратами.
- 1.7.3.3. Пищевая токсикоинфекция ботулизм, сальмонеллез, дизентерия, шигеллез, клебсиелез, иерсиниоз и другие заболевания в соответствии с кодом А05 по МКБ-10.
- 1.7.3.4. Причинение вреда жизни и здоровью в результате неправильных медицинских манипуляций манипуляции, при которых медицинскими работниками допущены установленные судом отступления от принятой медицинской науки техники их производства, приведшие к событиям, на случай которых осуществлялось страхование (из числа предусмотренных п. 3.4 настоящих Правил).
Указанные события признаются несчастным случаем, только если это прямо предусмотрено договором страхования.
- 1.7.3.5. Поствакцинальные последствия развитие состояний в результате официально задокументированного факта вакцинации, произошедшего в течение срока страхования.
Состояния, возникшие не позднее 24 часов с момента вакцинации:
· Анафилактический шок;
Состояния, возникшие не позднее 15 дней с момента вакцинации:
· Отёк Квинке;
· Синдром Стивенса-Джонсона;
· Синдром Лайелла;
· Острый стеноз гортани вследствие аллергического отёка;
· Вакциноассоциированный энцефалит;
· Вакциноассоциированный полиомиелит;
Состояния, возникшие не позднее 6 недель с момента вакцинации:
· Неврит плечевого нерва;
· Неврит лицевого нерва;
· Вакциноассоциированная энцефалопатия.
- Все другие побочные проявления поствакцинальных осложнений не являются страховыми случаями по договору страхования.
Если прямо предусмотрено договором страхования, то по соглашению сторон могут включены следующие состояния:
- Абсцесс асептический, развившейся в период от 7 до 21 дня (включительно) с момента вакцинации;
 - Анафилактоидная реакция, развившаяся не позднее 24 часов с момента вакцинации;
 - Вакциноассоциированный серозный менингит, развившийся в период до 46 дней (включительно) с момента вакцинации;
 - Тромбоцитопеническая пурпура развившаяся в срок от 10 до 30 дней (включительно) с момента вакцинации;
 - Артрит хронический развившейся в срок до 21 дня (включительно) с момента вакцинации, клинические проявления которого наблюдались не менее 3-х месяцев;
 - Синдром сывороточной болезни, развившейся в срок до 15 дней (включительно) с момента вакцинации;
 - Вакциноассоциированный миелит, развившейся в срок до 15 дней (включительно) с момента вакцинации;
 - Острый поствакцинальный миокардит, развившийся в срок до 30 дней (включительно) с момента вакцинации;
 - Агранулоцитоз, развившейся в срок до 30 дней (включительно) с момента вакцинации;
 - Гипопластическая анемия, развившаяся в срок до 30 дней (включительно) с момента вакцинации.

1.7.4. **Дорожно-транспортное происшествие** (далее – ДТП) – событие, возникшее в процессе движения по дороге транспортного средства и с его участием, при котором погибли или ранены люди, повреждены транспортные средства, сооружения, грузы, либо причинен иной материальный ущерб.

1.7.5. **Госпитализация** – помещение Застрахованного лица в течение срока страхования для проведения лечения (в связи с несчастным случаем и/или болезнью, произошедшим/диагностированной в течение срока страхования) в круглосуточный стационар медицинского учреждения, имеющего все необходимые разрешения и лицензии, необходимость которого была вызвана произошедшим в течение срока страхования несчастным случаем и/или болезнью. 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.

1.7.6. Постоянная утрата общей трудоспособности – нарушение здоровья Застрахованного лица со стойким расстройством функций организма по причине несчастного случая или болезни, сопровождающееся установлением Застрахованному лицу группы инвалидности (лицу до 18 лет категории «Ребенок-инвалид»). Признание Застрахованного лица инвалидом и установление ему группы (категории) инвалидности осуществляется государственными учреждениями МСЭ в порядке, установленном законодательством Российской Федерации.

1.7.7. Временная утрата трудоспособности (расстройство здоровья) – нарушение состояния здоровья Застрахованного лица, требующее временного освобождения от работы (учебы) либо лечебно-охранительного режима, возникшее в результате несчастного случая и/или заболевания, произошедшего в течение срока страхования, не позволяющее Застрахованному лицу заниматься какой-либо трудовой деятельностью на протяжении определенного ограниченного периода времени и документально подтвержденное в соответствии с законодательством.

1.7.8. Профессиональная трудоспособность – способность человека к выполнению работы определенной квалификации, объема и качества.

1.7.9. Профессиональное заболевание – заболевание, вызванное воздействием на организм человека в процессе его трудовой деятельности опасных веществ и производственных факторов, свойственных для данной профессии, или особых условий труда, сопутствующих данной профессии.

1.7.10. Территория страхования – территория, в пределах которой произошедшие события, предусмотренные условиями договора страхования, являются страховым случаем (действует страхование, обусловленное договором страхования). Если иное специально не предусмотрено условиями договора страхования, территорией страхования является любая территория, за исключением зон/территорий вооруженных или военных конфликтов, войн, военных или чрезвычайных положений, чрезвычайных ситуаций, в том числе природного характера, боевых действий, зон, где начинаются или ведутся военные (объявленные, необъявленные) действия, территорией проведения военных, контр-, антитеррористических операций, учений, испытаний, маневров, зон, подверженных радиоактивному заражению, территорий народных волнений всякого рода, забастовок, революций, массовых беспорядков независимо от времени их начала, продолжительности, условий и последствий

1.7.11. Утрата профессиональной трудоспособности – стойкая потеря Застрахованным лицом способности к труду по своей профессии (специальности) и квалификации либо по другой адекватной ей профессии (специальности).

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

1.8. Условия, содержащиеся в настоящих Правилах страхования, могут быть изменены (исключены или дополнены) по письменному соглашению сторон при заключении договора страхования или в период действия договора до наступления страхового случая, при условии, что такие изменения не противоречат законодательству Российской Федерации.

2. ОБЪЕКТ СТРАХОВАНИЯ

2.1. Объектом страхования по настоящим Правилам являются:

2.1.1 имущественные интересы, связанные с причинением вреда здоровью Застрахованного лица, а также его смертью в результате несчастного случая и/или болезни.

2.1.2. имущественные интересы, связанные с риском неполучения доходов, возникновения непредвиденных расходов (страхование финансовых рисков), оговоренные в Дополнительных условиях (Приложение №4, №5).

3. СТРАХОВЫЕ РИСКИ И СТРАХОВЫЕ СЛУЧАИ

3.1. Страховым риском является предполагаемое событие, на случай наступления которого проводится страхование. Событие, рассматриваемое в качестве страхового риска, должно обладать признаками вероятности и случайности его наступления.

3.2. Страховым случаем является совершившееся событие, предусмотренное договором страхования, с наступлением которого возникает обязанность Страховщика произвести страховую выплату Страхователю, Застрахованному или Выгодоприобретателю.

3.3. Перечень событий, не являющихся страховыми случаями, случаи освобождения Страховщика от страховой выплаты и отказа в страховой выплате указаны в Разделе 4 настоящих Правил.

3.4. Страховым случаем является предусмотренное договором страхования совершившееся событие из числа перечисленных ниже (страховых рисков), произошедшее в течение срока страхования и на территории страхования, подтвержденное в установленном порядке документами в соответствии с настоящими Правилами (за исключением событий, наступивших при обстоятельствах, перечисленных в разделе 4 настоящих Правил):

- | | |
|--|--|
| 3.4.1. Смерть Застрахованного лица в результате | 3.4.1.1. несчастного случая, произошедшего в течение срока страхования
3.4.1.2. заболевания, впервые диагностированного в течение срока страхования
3.4.1.3. обострения хронического заболевания в течение срока страхования |
| 3.4.2. Постоянная утрата общей трудоспособности – инвалидность , установленная впервые в результате | 3.4.2.1. несчастного случая, произошедшего в течение срока страхования
3.4.2.2. заболевания, впервые диагностированного в течение срока страхования
3.4.2.3. обострения хронического заболевания в течение срока страхования |
| 3.4.3. Временная утрата трудоспособности (расстройство здоровья) в результате | 3.4.3.1. несчастного случая, произошедшего в течение срока страхования
3.4.3.2. заболеваний, впервые диагностированных в течение срока страхования, продолжительность непрерывного лечения которых составила более 22 календарных дней (если иное не оговорено Договором);
3.4.3.3. обострения хронических заболеваний в течение срока страхования, продолжительность непрерывного лечения которых составила более 22 календарных дней (если иное не оговорено Договором); |
| 3.4.4. Утрата профессиональной трудоспособности в результате | 3.4.4.1. несчастного случая на производстве, произошедшего в течение срока страхования
3.4.4.2. профессионального заболевания, впервые диагностированного в течение срока страхования |
| 3.4.5. Госпитализация в результате | 3.4.5.1. несчастного случая, произошедшего в течение срока страхования
3.4.5.2. заболеваний, впервые диагностированных в течение срока страхования, продолжительность непрерывного лечения которых составила более 22 календарных дней (если иное не оговорено Договором);
3.4.5.3. обострения хронических заболеваний в течение срока страхования, продолжительность непрерывного лечения которых составила более 22 календарных дней (если иное не оговорено Договором). |
| 3.4.6. Хирургическая операция в результате | 3.4.6.1. несчастного случая, произошедшего в течение срока страхования
3.4.6.2. заболеваний, впервые диагностированных в течение срока страхования, продолжительность непрерывного лечения которых составила более 22 календарных дней (если иное не оговорено в Договоре);
3.4.6.3. обострения хронических заболеваний в течение срока страхования, продолжительность непрерывного лечения которых составила более 22 календарных дней (если иное не оговорено в Договоре); |

3.5. Договор страхования может заключаться на случай наступления одного или нескольких страховых событий, обусловленных пп. 3.4.1, 3.4.2, 3.4.3, 3.4.4, 3.4.5, 3.4.6 настоящих Правил.

3.6. Договор страхования может быть заключен на случай установления одной или нескольких групп инвалидности в любой комбинации. Группа инвалидности или комбинация групп инвалидности, на случай наступления которых заключается договор страхования, указывается в договоре страхования.

Если в договоре страхования не указана конкретная группа инвалидности, то считается, что договор страхования заключен на случай установления Застрахованному лицу инвалидности I, II или III группы, а для Застрахованных лиц, имеющих инвалидность II или III группы – установление более тяжелой группы инвалидности, для Застрахованных лиц в возрасте до 18 лет – установление категории «ребенок-инвалид».

3.7. В случае, прямо предусмотренном договором страхования, Смерть Застрахованного лица и/или Постоянная утрата общей трудоспособности – установление Застрахованному лицу инвалидности I или II группы, произошедшие по истечении срока действия договора страхования и явившиеся следствием несчастного случая или болезни, произошедшего/впервые диагностированной в период действия договора страхования, также признаются страховыми случаями, если они наступили в течение одного года (или иного срока, установленного договором страхования) со дня наступления несчастного случая / первичного диагностирования заболевания или документально подтвержденного выявления характерных симптомов заболевания, впервые проявившихся в период действия договора страхования.

3.8. Страховым случаем является предусмотренным договором страхования совершившееся событие из числа указанных в дополнительных условиях, произошедшее в течение срока страхования и на территории страхования, подтвержденные в установленном порядке документами в соответствии настоящими правилами за исключением, событий наступивших при обстоятельствах перечисленных в разделе 4 Правил.

4. ИСКЛЮЧЕНИЯ ИЗ СТРАХОВАНИЯ. ОСНОВАНИЯ ДЛЯ ОТКАЗА И ОСВОБОЖДЕНИЯ СТРАХОВЩИКА ОТ ВЫПЛАТЫ СТРАХОВОГО ВОЗМЕЩЕНИЯ

4.1. Произошедшие события, указанные в п. 3.4 настоящих Правил не являются страховыми случаями, если они произошли в состоянии опьянения Застрахованного лица в результате употребления различных спиртов, спиртосодержащих технических жидкостей, растворителей, кислот, щелочей, галлюциногенных, психотропных, наркотических, а также сильнодействующих веществ без назначения врача (далее – «любой вид опьянения») или явились **следствием:**

4.1.1. незастрахованных рисков (рисков, не указанных в п. 3.4 настоящих Правил и/или договоре страхования);

4.1.2. занятия Застрахованных лиц, включая соревнования и тренировки, спортом, если риск наступления страхового случая во время занятия спортом не принят на страхование и не оплачен дополнительно Страхователем; активного отдыха Застрахованных лиц, если он не предусмотрен договором страхования.

Если в договоре страхования предусмотрен активный отдых, занятия Застрахованного лица спортом, то не являются страховыми случаями события, явившиеся следствием несоблюдения Застрахованным лицом техники безопасности, нарушения правил эксплуатации и/или нецелевого использования оборудования, неисполнения требований инструкторов, тренеров, сопровождающих, иных лиц, профессионально осуществляющих свои обязанности в связи с занятиями Застрахованного лица спортом, и/или его активным отдыхом;

4.1.1. совершения или попытки совершения Застрахованным лицом преступления и/или участия в незаконной деятельности, любых противоправных действий, находящихся в причинно-следственной связи с наступлением события, имеющего признаки страхового случая;

4.1.2. управления Застрахованным лицом любым (наземным, воздушным, водным) транспортным средством без права на управление соответствующей категории, либо в состоянии любого вида опьянения; передачи Застрахованным лицом управления транспортным средством лицу, не имеющему права управления соответствующей категории либо находящемуся в состоянии любого вида опьянения;

4.1.3. участия Застрахованного лица в военных маневрах, учениях, испытаниях военной техники в качестве военнослужащего или гражданского служащего, если риск наступления страхового случая во время указанных мероприятий не принят на страхование и не оплачен дополнительно Страхователем;

4.1.4. отравления или употребления алкоголя и/или наркотических и/или психотропных веществ (без назначения врача), как однократного, так и длительного;

4.1.5. несоблюдения Застрахованным лицом рекомендаций лечащего врача и сроков лечебно-охранительного режима;

4.1.6. самолечения Застрахованного лица, использования методов нетрадиционной медицины, вызвавших ухудшение состояния здоровья или усугубление патологического процесса;

4.1.7. неправильных медицинских манипуляций и неблагоприятных последствий диагностических, лечебных и профилактических мероприятий (включая инъекции лекарств), если иное не оговорено Договором;

4.1.8. патологического перелома, привычного вывиха;

4.1.9. косметической или пластической операции;

4.1.10. события, прямо или косвенно вызванного психическим заболеванием Застрахованного лица, вне зависимости от давности выявления и классификации заболевания;

4.1.11. заболеваний, о которых при заключении договора страхования и в период его действия Страхователь (Застрахованное лицо) не сообщил Страховщику;

4.1.12. любых заболеваний или состояний, на развитие которых повлияли беременность (включая прерывание беременности по медицинским и социальным показаниям) и роды, если при заключении договора страхования или в течение срока страхования Страховщику не сообщено о наличии беременности и не произведена соответствующая уплата страховой премии;

4.1.13. перенесенного панариция, диагностированного в течение первых 10 (десяти) дней срока страхования;

4.1.14. кожно-венерологических и передающихся половым путем заболеваний;

4.1.15. вакцинации проведенной на фоне острых заболеваний и обострения хронических заболеваний Застрахованного лица; лихорадочных состояний Застрахованного лица; получения иммуносупрессивной терапии Застрахованным лицом; введения иммуноглобулинов плазмы или крови человека Застрахованному лицу, заболевания СПИДом, ВИЧ-Инфекции;

4.1.16. вакцинации, проведенной до заключения договора страхования;

4.1.17. поствакцинальных осложнений, возникших в результате ошибки медицинских работников при проведении вакцинации (иммунизации), в том числе при хранении, транспортировке, назначении, разведении лиофилизированных препаратов, введении вакцины.

4.2. Не являются страховыми случаями следующие события:

4.2.1. заболевания, длительность непрерывного лечения которых составила менее 22 (двадцати двух) календарных дней (за исключением случаев наступления смерти в результате заболевания), если иное не оговорено Договором страхования;

4.2.2. периодические обследования в целях контроля или наблюдения, а также реабилитационное либо восстановительное лечение;

4.2.3. пребывание в учреждениях для длительного лечения и ухода (домах престарелых, наркологических центрах и др.), а также курсы лечения в оздоровительных центрах, институтах или реабилитационно-восстановительных центрах;

4.2.4. очередное/внеочередное переосвидетельствование последствий (ранений, травм, контузий) и/или заболеваний при изменении группы инвалидности, либо установления степени утраты профессиональной трудоспособности, в том числе, в результате очередного переосвидетельствования при наличии группы инвалидности / категории «ребенок-инвалид».

4.3. Страховщик освобождается от страховой выплаты, если страховой случай наступил вследствие умысла Страхователя, Выгодоприобретателя или Застрахованного лица, за исключением случая смерти Застрахованного лица, если его смерть наступила вследствие самоубийства, и к этому времени договор страхования действовал не менее двух лет.

4.4. Если договором страхования не предусмотрено иное, Страховщик освобождается от страховой выплаты, если страховой случай наступил вследствие:

4.4.1. воздействия ядерного взрыва, радиации или радиоактивного заражения;

4.4.2. военных действий, а также маневров или иных военных мероприятий;

4.4.3. гражданской войны, народных волнений всякого рода или забастовок.

4.5. Страховщик освобождается от страховой выплаты в следующих случаях:

4.5.1. произошедшее событие не является страховым случаем (исключено из страхового риска) или Страховщик освобожден от страховой выплаты в соответствии с настоящими Правилами или нормами законодательства Российской Федерации;

4.5.2. Страхователь не уведомил Страховщика о наступлении события, повлекшего причинение вреда жизни и здоровью Застрахованного лица, в установленные договором страхования и настоящими Правилами сроки, если не будет доказано, что Страховщик своевременно узнал о наступлении события, или что отсутствие у Страховщика сведений об этом не могло сказаться на его обязанности по страховой выплате.

4.6. По договору страхования, предусматривающему страховую выплату в соответствии с п. 3.4.3.1, п. 3.4.3.2 настоящих Правил, в соответствии с вариантом II или III Порядка определения размера страховой выплаты, указанного в п. 13.7 настоящих Правил, Страховщик освобождается от страховой выплаты, если характер повреждения не предусмотрен Таблицей размеров страховых выплат в связи со страховыми случаями по пп. 3.4.3.1, 3.4.3.2, 3.4.3.3 настоящих Правил.

4.7. Страхование может распространяться на отдельные случаи, вызванные нахождением Застрахованного лица в состоянии алкогольного опьянения. Описание таких условий должен прямо содержаться в соглашении Страхователя и Страховщика (договоре страхования, страховом полисе).

4.8. В случае признания договора страхования недействительным и применения последствия недействительности сделки в соответствии с законодательством Российской Федерации, страховое возмещение не выплачивается. Иные последствия недействительности договора страхования, определяются в соответствии с законодательством Российской Федерации.

5. СТРАХОВАЯ СУММА. ЛИМИТЫ ОТВЕТСТВЕННОСТИ. ФРАНШИЗА

5.1. Страховая сумма и порядок ее определения.

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

5.1.2. Страховая сумма определяется при заключении договора страхования по соглашению Сторон и устанавливается на каждое Застрахованное лицо.

5.1.3. Страховая сумма по договору страхования устанавливается «агрегатная», если Сторонами в договоре страхования специально не согласовано иное.

В соответствии с настоящими Правилами, «агрегатная» страховая сумма – страховая сумма, установленная договором страхования, которая после осуществления страховой выплаты уменьшается на сумму выплаты, и является совокупным предельным размером страховых выплат по всем страховым случаям, произошедшим в течение срока действия договора страхования.

Договор страхования прекращает свое действие полностью с момента, когда общая сумма произведенных страховых выплат достигнет установленной договором страхования страховой суммы.

После осуществления страховой выплаты по соглашению Сторон уменьшаемая (агрегатная) страховая сумма может быть восстановлена до размера, установленного при заключении договора страхования, путем заключения на условиях настоящих Правил дополнительного соглашения на оставшийся срок действия договора страхования с уплатой дополнительной страховой премии, определенной Страховщиком с учетом степени страхового риска на дату заключения дополнительного соглашения. Дополнительное соглашение оформляется Сторонами в том же порядке и в той же форме, что и договор страхования.

В соответствии с настоящими Правилами, «неагрегатная» страховая сумма – страховая сумма, установленная договором страхования, которая не изменяется в течение всего срока действия договора страхования вне зависимости от количества страховых случаев и размера выплаченных Страховщиком страховых возмещений.

5.2. Лимиты ответственности Страховщика.

5.2.1. При страховании по соглашению сторон могут устанавливаться лимиты ответственности Страховщика (отдельные страховые суммы, максимальные суммы выплат страхового возмещения):

- по одному страховому случаю;
- по определенному страховому риску (случаю);
- на определенный период или на весь срок действия договора страхования;
- по возмещению определенных расходов;
- в иных случаях, установленных настоящими Правилами и/или договором страхования.

5.2.2. В случае установления договором страхования лимитов ответственности Страховщика, страховая выплата осуществляется в размере, не превышающем такие лимиты.

5.3. Франшиза - часть убытков, которая определена договором страхования, не подлежит возмещению Страховщиком Страхователю или иному лицу, интерес которого застрахован в соответствии с условиями договора страхования, и устанавливается в виде определенного процента от страховой суммы или в фиксированном размере.

5.3.1. В соответствии с условиями страхования франшиза может быть условной (Страховщик освобождается от возмещения убытка, если его размер не превышает размер франшизы, однако возмещает его полностью в случае, если размер убытка превышает размер франшизы) и безусловной (размер страховой выплаты определяется как разница между размером убытка и размером франшизы).

5.3.2. Временная франшиза – период времени, исчисляемый от начала срока действия договора страхования, в течение которого действие страхования, обусловленного договором страхования, не распространяется на наступившие с Застрахованным лицом в этот период предусмотренные договором страхования события, имеющие признаки страхового случая.

5.3.3. Договором страхования могут быть предусмотрены иные виды франшиз.

6. СТРАХОВАЯ ПРЕМИЯ, СТРАХОВОЙ ТАРИФ

6.1. Страховая премия – плата за страхование, которую Страхователь (Выгодоприобретатель) обязан уплатить Страховщику в порядке и в сроки, установленные договором страхования.

Страховой взнос – часть страховой премии, уплачиваемой в рассрочку.

6.2. Размер страховой премии, подлежащей уплате по договору страхования, определяется исходя из разработанных Страховщиком страховых тарифов, определяющих премию, взимаемую с единицы страховой суммы с учетом объекта страхования и характера страхового риска, а также других условий страхования, в том числе перечня страховых рисков, на случай которых производится страхование, срока страхования, наличия франшизы и ее размера.

6.3. При заключении договора страхования Страховщик применяет актуарно (экономически) обоснованные страховые тарифы, которые рассчитываются в соответствии со стандартами актуарной деятельности.

Страховой тариф по настоящим Правилам определяется Страховщиком с применением рассчитанных им базовых страховых тарифов, а также повышающих и понижающих коэффициентов к ним (их предельных значений), исходя из различных обстоятельств, имеющих существенное значение для определения степени страхового риска.

Основанием для применения Страховщиком повышающих или понижающих коэффициентов к базовым страховым тарифам в определенных диапазонах являются результаты проведенной им оценки страхового риска, осуществляемой на основании информации и документов, представленных Страхователем согласно Заявлению на страхование.

6.4. Страховой тариф по конкретному договору страхования определяется соглашением Сторон и указывается в договоре страхования.

6.5. При заключении договора страхования на срок более одного года, если договором страхования не предусмотрено иное, страховая премия по договору страхования в целом устанавливается как сумма страховых премий (взносов) за каждый год. Если срок страхования устанавливается как год (несколько лет) и месяц (несколько месяцев), то страховой взнос за неполный год определяется как часть страхового взноса за год, пропорционально полным месяцам действия договора страхования. При этом неполный месяц принимается за полный.

6.6. При заключении договора страхования на срок менее одного года, если договором страхования не предусмотрено иное, страховой тариф определяется в следующем проценте от размера страхового тарифа на один год страхования (годового страхового тарифа):

Срок действия договора страхования в месяцах										
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11

Размер страхового тарифа в % от годового страхового тарифа										
20	30	40	50	60	70	75	80	85	90	95

При этом неполный месяц принимается за полный.

6.7. Уплата страховой премии производится наличными денежными средствами или в безналичной форме. Страхователь несет все банковские расходы, связанные с перечислением страховой премии.

6.8. Страховая премия уплачивается Страхователем единовременно или в рассрочку. Порядок, форма и срок уплаты страховой премии определяются договором страхования. Если страховую премию по поручению Страхователя уплачивает другое лицо, то никаких прав по договору страхования в связи с этим оно не приобретает.

6.9. Страховая премия уплачивается Страхователем в валюте Российской Федерации, за исключением случаев, предусмотренных валютным законодательством Российской Федерации и принятыми в соответствии с ним нормативными правовыми актами органов валютного регулирования. При уплате в рублях страховой премии, установленной в договоре страхования в иностранной валюте, расчеты осуществляются по курсу Центрального банка Российской Федерации, установленному для данной валюты на дату платежа, если иное не предусмотрено договором страхования.

6.10. Датой уплаты страховой премии (страхового взноса при уплате страховой премии в рассрочку), если иное не предусмотрено договором страхования, считается:

6.10.1. при уплате страховой премии (страхового взноса) Страхователем – юридическим лицом или индивидуальным предпринимателем:

- в безналичной форме – дата поступления денежных средств на расчетный счет Страховщика либо его уполномоченного представителя;

- наличными денежными средствами – дата, указанная в документе, подтверждающем получение страховой премии (страхового взноса) Страховщиком либо его уполномоченным представителем.

6.10.2. при уплате страховой премии (страхового взноса) Страхователем – физическим лицом:

- наличными денежными средствами – дата внесения наличных денежных средств Страховщику, его уполномоченному представителю, либо платежному агенту (субагенту), осуществляющему деятельность по приему платежей физических лиц;

- путем перевода наличных денежных средств без открытия банковского счета – дата внесения наличных денежных средств кредитной организации либо банковскому платежному агенту (субагенту), осуществляющим деятельность в соответствии с законодательством Российской Федерации о национальной платежной системе;

- путем перевода денежных средств в рамках применяемых форм безналичных расчетов – дата подтверждения его исполнения обслуживающей Страхователя кредитной организацией.

6.11. Если договором страхования не предусмотрено иное, в случае если предусмотренный договором страхования страховой случай наступил ранее, чем Страхователь полностью уплатил страховую премию, предусмотренную договором страхования (если договором страхования предусмотрена рассрочка уплаты страховой премии, но при этом отсутствует просрочка по уплате очередных взносов), порядок уплаты страховой премии изменяется, а именно: неуплаченная часть премии подлежит уплате Страхователем в течение 5 (пяти) рабочих дней с момента получения от Страховщика уведомления о признании произошедшего события страховым случаем. При неуплате Страхователем премии в срок, предусмотренный настоящим пунктом Правил, Страховщик вправе при определении размера страховой выплаты зачесть подлежащие уплате страховые взносы.

6.12. Если страховой случай наступил до уплаты очередного страхового взноса, внесение которого просрочено, Страховщик вправе при определении размера страховой выплаты по договору страхования зачесть сумму просроченного страхового взноса, если договором страхования не предусмотрено иное.

6.13. Если договором страхования не предусмотрено иное, в случае неуплаты Страхователем очередного (второго или последующего) страхового взноса в сумме и сроки, установленные договором страхования, за исключением случая, когда порядок уплаты страховой премии изменяется при наступлении страхового события в соответствии с п. 6.11 настоящих Правил, договор страхования досрочно прекращает свое действие с 00 часов 00 минут дня, следующего за днем, указанным в договоре страхования как срок уплаты очередного страхового взноса, и у Страховщика не возникает обязательств по страховой выплате по страховым случаям, произошедшим после наступления указанного срока, при условии соответствующего уведомления Страховщиком Страхователя о досрочном прекращении договора страхования.

О факте просрочки уплаты страхового взноса или его уплаты в неполном объеме и о наступлении последствий такой неуплаты в виде досрочного прекращения договора страхования в связи с неуплатой очередного (второго или последующего) страхового взноса в сумме и сроки, установленные договором страхования, Страховщик уведомляет Страхователя одним из способов, предусмотренных настоящими Правилами или договором страхования.

6.14. Договором страхования могут быть предусмотрены иные последствия неуплаты очередного страхового взноса в установленные сроки и порядок действий Сторон.

7. ДОГОВОР СТРАХОВАНИЯ. ПОРЯДОК ЗАКЛЮЧЕНИЯ И ОФОРМЛЕНИЯ ДОГОВОРА СТРАХОВАНИЯ

7.1. По договору страхования, заключенному на основании настоящих Правил, Страховщик обязуется за обусловленную договором плату (страховую премию) при наступлении предусмотренного договором страхования события (страхового случая) произвести страховую выплату в пределах определенной в договоре страхования страховой суммы (лимитов ответственности, если они установлены в договоре страхования), в порядке и на условиях, установленных настоящими Правилами и договором страхования.

7.2. Договор страхования заключается в письменной форме на основании письменного или устного заявления Страхователя, а также сведений и документов, запрошенных Страховщиком, в том числе необходимых в соответствии с требованиями законодательства Российской Федерации. Несоблюдение письменной формы влечет недействительность договора страхования.

Заявление в письменной форме, а также предоставленные Страхователем документы становятся неотъемлемой частью договора страхования.

7.3. Условия страхования, содержащиеся в настоящих Правилах и не включенные в текст договора страхования, обязательны для Страхователя, Застрахованного (Выгодоприобретателя), если в договоре страхования прямо указывается на применение Правил и сами Правила изложены в одном документе с договором страхования или на его оборотной стороне, либо приложены к договору страхования. В последнем случае вручение Страхователю при заключении договора страхования Правил должно быть удостоверено записью в договоре страхования.

Правила, являющиеся приложением к договору страхования, могут быть вручены Страховщиком Страхователю выбранным Страхователем способом: на бумажном носителе и/или размещены Страховщиком на официальном сайте Страховщика в сети «Интернет» с информированием Страхователя об адресе размещения Правил путем указания соответствующей ссылки в договоре страхования и/или направлены Страховщиком Страхователю в виде файла в формате «PDF», содержащего текст Правил, на указанный Страхователем адрес электронной почты и/или путем вручения Страхователю любого электронного носителя информации, на котором размещен файл, содержащий текст Правил.

В случае если Правила были вручены Страхователю одним из способов, указанных в настоящем пункте, без вручения текста Правил на бумажном носителе, это не освобождает Страхователя (Выгодоприобретателя) от исполнения обязанностей, которые предусмотрены настоящими Правилами, и не исключает факт применения условий настоящих Правил к договору страхования.

Страхователь имеет право в любой момент обратиться к Страховщику за получением текста Правил на бумажном носителе.

7.4. Если в договоре страхования имеется ссылка на иной документ, в котором изложены условия страхования (полностью или частично), то данные условия являются неотъемлемой частью договора страхования и обязательны для Страхователя (Выгодоприобретателя) в случае вручения указанного документа Страхователю в порядке, предусмотренном п. 7.3 настоящих Правил.

7.5. При заключении договора страхования Стороны вправе договориться об изменении или исключении отдельных положений Правил страхования и о дополнении Правил страхования (согласно п. 3 ст. 943 ГК РФ).

7.6. При наличии противоречий между положениями договора страхования и настоящих Правил преимущественную силу имеют положения договора страхования в той части, которая была изменена по письменному соглашению Сторон.

При наличии противоречий в толковании условий договора страхования, составленного на русском и любом из иностранных языков, преимущественную силу имеет текст договора страхования на русском языке.

7.7. Договор страхования может быть заключен путем составления одного документа, подписанного сторонами, либо вручения Страховщиком Страхователю, на основании его письменного заявления, страхового полиса (сертификата), подписанного Страховщиком.

Договор страхования может быть также заключен путем составления одного электронного документа, подписанного сторонами в порядке, предусмотренном настоящими Правилами или соглашением сторон, или обмена электронными документами либо иными данными в соответствии с правилами абзаца второго пункта 1 статьи 160 ГК РФ.

7.8. Все изменения и дополнения к договору страхования оформляются в письменной форме по соглашению Сторон в порядке, предусмотренным законодательством Российской Федерации.

При этом Страховщик может потребовать уплаты дополнительной страховой премии в зависимости от изменения условий договора страхования.

При изменении (дополнении) договора страхования обязательства сторон сохраняются в измененном виде.

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

7.9. В случае утери экземпляра договора страхования и/или дополнительного соглашения к договору страхования Страховщик выдает Страхователю по его составленному в свободной форме письменному заявлению дубликат.

После выдачи дубликата утраченный документ считается недействительным и никакие выплаты по нему не производятся.

7.10. Особенности заключения договора страхования в электронной форме.

7.10.1. Договор страхования в электронной форме заключается в соответствии со статьями 434 и 940 ГК РФ, а также статьями 6 и 7 Федерального закона от 06.04.2011 № 63-ФЗ «Об электронной подписи», с учетом особенностей, установленных Федеральным законом от 07.08.2001 № 115-ФЗ «О противодействии легализации (отмыванию) доходов, полученных преступным путем, и финансированию терроризма».

В случаях, установленных Страховщиком, договор страхования может быть заключен в виде электронного документа через официальный сайт Страховщика в информационно-телекоммуникационной сети «Интернет».

7.10.2. Официальный сайт Страховщика может использоваться в качестве информационной системы, обеспечивающей обмен информацией в электронной форме между Страхователем и Страховщиком, являющимся оператором этой информационной системы.

7.10.3. Страховщик вправе установить ограничения на использование официального сайта Страховщика для заключения, изменения, прекращения действия договоров страхования в электронной форме по отдельным договорам страхования.

7.10.4. Создание и отправка Страхователем Страховщику информации в электронной форме для заключения, изменения и прекращения договора страхования осуществляются с использованием официального сайта Страховщика через персональную страницу Страхователя на данном сайте (далее – личный кабинет). Условия создания и использования личного кабинета размещаются на официальном сайте Страховщика.

7.10.5. Создание личного кабинета и доступ к нему Страхователя может осуществляться путем идентификации, аутентификации/авторизации (в том числе с использованием единой системы идентификации и аутентификации), то есть установления личности Страхователя или его уполномоченного представителя и удостоверения правомочности его обращения к Страховщику с указанием следующих сведений: фамилия, имя, отчество (если иное не вытекает из закона или национального обычая), гражданство, дата рождения, реквизиты документа, удостоверяющего личность (данные миграционной карты, документа, подтверждающего право иностранного гражданина или лица без гражданства на пребывание (проживание) в Российской Федерации), адрес места жительства (регистрации) или места пребывания, идентификационный номер налогоплательщика (при наличии), адреса его электронной почты, абонентского номера, выделенного оператором подвижной радиозвездной связи (мобильного телефона) (при наличии), иных необходимых сведений.

7.10.6. Доступ к официальному сайту Страховщика Страхователя – физического лица, в том числе, с использованием единой системы идентификации и аутентификации, осуществляется с согласия Страхователя – физического лица на передачу персональных данных в информационные системы Страховщика, выраженного посредством совершения им действий, позволяющих достоверно установить его волеизъявление, в том числе, посредством проставления отметки в специально предусмотренных полях (графах), размещенных в запросных формах на официальном сайте Страховщика.

7.10.7. После создания личного кабинета Страховщик направляет на указанные Страхователем – физическим лицом абонентский номер и (или) адрес электронной почты текстовое сообщение, содержащее последовательность символов, являющуюся ключом простой электронной подписи, позволяющим использовать личный кабинет для осуществления страхования и указание лицу, использующему простую электронную подпись, на необходимость соблюдать ее конфиденциальность и не передавать ключ третьим лицам.

7.10.8. Сведения, необходимые для создания личного кабинета Страхователя на официальном сайте Страховщика, могут быть предоставлены лицом, намеревающимся заключить договор страхования, непосредственно в офисе Страховщика. В этом случае, Страховщик при личном приеме физического лица создает и предоставляет Страхователю на бумажном носителе ключ простой электронной подписи для обеспечения заключения договора страхования без необходимости осуществления действий для создания личного кабинета, и одновременно сообщает лицу, использующему простую электронную подпись, необходимость соблюдать ее конфиденциальность и не передавать ключ третьим лицам.

7.10.9. Создание личного кабинета Страхователя – юридического лица/индивидуального предпринимателя осуществляется при условии использования усиленной квалифицированной электронной подписи Страхователя в соответствии с требованиями Федерального закона от 6 апреля 2011 года № 63-ФЗ «Об электронной подписи».

7.10.10. По решению Страховщика Личный кабинет также может быть создан Выгодоприобретателем для целей урегулирования убытков (в том числе, для направления уведомлений и документов).

7.10.11. Для заключения договора страхования в электронной форме Страхователь на официальном сайте Страховщика после создания личного кабинета заполняет заявление на страхование, либо предоставляет запрашиваемые Страховщиком сведения, а также предоставляет копии документов, предусмотренных настоящими Правилами или условиями страхования на сайте Страховщика.

Заявление на страхование, поданное в электронной форме подписывается Страхователем – физическим лицом (за исключением физического лица, зарегистрированного в установленном законодательством Российской Федерации порядке в качестве индивидуального предпринимателя, в случае страхования его имущественных интересов, связанных с осуществлением предпринимательской деятельности) простой электронной подписью, а Страхователем – юридическим лицом (физическим лицом, зарегистрированным в установленном законодательством Российской Федерации порядке в качестве индивидуального предпринимателя, в случае страхования его имущественных интересов, связанных с осуществлением предпринимательской деятельности) – усиленной квалифицированной электронной подписью.

7.10.12. При заключении договора страхования в виде электронного документа Страхователь предоставляет копии документов в электронном виде в графических форматах (pdf, jpg, jpeg, bmp, png, tif, gif и т.д.) путем их загрузки в личный кабинет.

7.10.13. Документы и информация, предоставленные Страхователем для заключения или в ходе исполнения договора страхования в электронной форме, подписанные простой электронной подписью Страхователя - физического лица (за исключением физического лица, зарегистрированного в установленном законодательством Российской Федерации порядке в качестве индивидуального предпринимателя, в случае страхования его имущественных интересов, связанных с осуществлением предпринимательской деятельности) или усиленной квалифицированной электронной подписью Страхователя – юридического лица (физического лица, зарегистрированного в установленном законодательством Российской Федерации порядке в качестве индивидуального предпринимателя, в случае страхования его имущественных интересов, связанных с осуществлением предпринимательской деятельности) в соответствии с требованиями Федерального закона от 6 апреля 2011 года N 63-ФЗ «Об электронной подписи», признается электронным документом, равнозначным документу на бумажном носителе, подписанному собственноручной подписью этого физического лица или уполномоченного представителя юридического лица.

7.10.14. В случаях, установленных Страховщиком, заявление на страхование (для заключения договора страхования в виде электронного документа) может быть или должно быть подано на бумажном носителе.

7.10.15. Договор страхования, составленный в виде электронного документа, направляемый Страхователю на основании его заявления, и подписанный усиленной квалифицированной электронной подписью Страховщика, признается электронным документом, равнозначным документу на бумажном носителе, подписанному собственноручной подписью уполномоченного представителя Страховщика.

7.10.16. При заключении договора страхования в виде электронного документа Страхователь уплачивает страховую премию (страховой взнос) после ознакомления с условиями, содержащимися в договоре страхования (страховом полисе) и Правилах, направленных на адрес его электронной почты и/или в его личный кабинет, подтверждая тем самым свое согласие заключить этот договор страхования на предложенных Страховщиком условиях.

Договор страхования в виде электронного документа в этом случае считается заключенным с момента уплаты страховой премии (страхового взноса).

В иных случаях, при заключении договора страхования со страхователями – юридическими лицами (физическими лицами, зарегистрированными в установленном законодательством Российской Федерации порядке в качестве индивидуального предпринимателя, в случае страхования их имущественных интересов, связанных с осуществлением предпринимательской деятельности) договор страхования в виде электронного документа может считаться заключенным в иной момент, определенный в договоре страхования.

7.10.17. Факт ознакомления Страхователя с условиями настоящих Правил, условиями страхования может подтверждаться в том числе, специальными отметками, проставляемыми Страхователем в электронном виде на сайте Страховщика.

7.10.18. Настоящие Правила являются неотъемлемой частью договора страхования, заключенного в виде электронного документа.

7.10.19. Исполнение договора страхования, заключенного в форме электронного документа, включая исполнение обязанностей Сторон договора страхования, производится в порядке, предусмотренном настоящими Правилами и условиями страхования.

7.10.20. К договору страхования, заключенному в виде электронного документа, применяются положения настоящих Правил, если они не противоречат положениям настоящего пункта, нормам законодательства или существу обязательства.

7.10.21. По требованию Страхователя (Застрахованного) Страховщик предоставляет распечатанные на бумажном носителе и заверенные им копии электронных документов без взимания дополнительной платы.

7.11. При обращении Страхователя с намерением заключить договор страхования Страховщик предоставляет Страхователю следующую информацию:

7.11.1. об условиях, на которых может быть заключен договор страхования, включающих: объект страхования, страховые риски, размер страховой премии, а также порядок осуществления страховой выплаты, в том числе перечень документов, которые необходимо предоставить вместе с заявлением о наступлении события, имеющего признаки страхового случая.

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

7.11.3. о применяемых Страховщиком франшизах и исключениях из перечня страховых событий, а также о действиях Страхователя (Выгодоприобретателя), совершение которых может повлечь отказ Страховщика в страховой выплате или сокращение ее размера.

7.11.4. о наличии дополнительных условий для заключения договора страхования, а также о перечне документов и информации, необходимых для заключения договора страхования.

7.11.5. о размере (примерном расчете) страховой премии на основании представленного Страхователем заявления на страхование с уведомлением Страхователя (Выгодоприобретателя) о возможном изменении размера страховой премии, страховой суммы или иных условий страхования по результатам оценки страхового риска.

7.11.6. о наличии условия возврата Страхователю уплаченной страховой премии в случае отказа Страхователя от договора страхования в течение определенного срока со дня его заключения или о его отсутствии в соответствии с законодательством Российской Федерации.

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

7.11.8. о праве Страхователя запросить информацию о размере вознаграждения, выплачиваемого страховому агенту или страховому брокеру.

7.11.9. о порядке расчета налога, который будет удержан Страховщиком при расчете страховой выплаты и возврате страховой премии или ее части при досрочном прекращении договора страхования (для видов договоров страхования, к которым положениями налогового законодательства Российской Федерации установлены соответствующие требования) в случаях, когда Страховщик является налоговым агентом. Порядок расчета НДФЛ при расчете страховой выплаты определен ст. 213 Налогового кодекса Российской Федерации.

7.11.10. о способах и порядке подачи Страхователем Страховщику заявления о заключении договора страхования или об ином порядке заключения договора страхования, а также о необходимости ознакомления с Правилами и договором страхования.

7.12. При заключении договора страхования Страхователь обязан сообщить Страховщику известные Страхователю обстоятельства, имеющие существенное значение для определения вероятности наступления страхового случая и размера возможных убытков от его наступления (степени риска).

Существенными признаются во всяком случае обстоятельства, определенно оговоренные Страховщиком в договоре страхования, заявлении на страховании или в его письменном запросе.

Существенными признаются, обстоятельства, оговоренные в договоре страхования (страховом полисе), Заявлении о страховании или в письменном запросе Страховщика, в том числе:

7.12.1. сведения о состоянии здоровья (включая сведения, предусмотренные п. 1.3.3.2 настоящих Правил);

7.12.2. 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 вооруженных силах);

7.12.3. сведения об образе жизни (занятие спортом, путешествия, экспедиции, наличие вредных привычек и т.д.);

7.12.4. сведения о финансовом положении (суммарный годовой доход за последний год, наличие невыплаченных кредитов/займов). В случае необходимости, Страховщик вправе запросить справку 2-НДФЛ или декларацию 3-НДФЛ за два года, предшествующих дате заключения договора для подтверждения размера дохода, указанного Страхователем, сведения из бюро кредитных и страховых историй;

7.12.5. сведения о действующих договорах страхования в других страховых компаниях.

7.13. Страхователь несет ответственность за достоверность и полноту информации, предоставляемой Страховщику.

7.14. Если после заключения договора страхования будет установлено, что Страхователь сообщил Страховщику заведомо ложные сведения о существенных обстоятельствах, Страховщик вправе потребовать признания договора страхования недействительным и применения последствий, предусмотренных ст.179 ГК РФ.

Страховщик не может требовать признания договора страхования недействительным, если обстоятельства, о которых умолчал Страхователь, уже отпали.

7.15. Страховщик оставляет за собой право в каждом конкретном случае перед заключением договора страхования произвести оценку страхового риска любым способом по усмотрению Страховщика.

7.16. Вместе с заявлением на страхование Страхователь, по требованию Страховщика, предоставляет следующие документы и/или следующую информацию, конкретный перечень которой определяется Страховщиком в зависимости от условий страхования:

7.16.1. для юридических лиц:

- выписка из ЕГРЮЛ, сформированная в электронном виде на официальном сайте ФНС России, подписанная электронной подписью ФНС России (допускается самостоятельное формирование Страховщиком выписки из ЕГРЮЛ);

- устав в последней редакции, изменения в устав (при их наличии), в редакции, действующей на момент предоставления документов;

- свидетельство о постановке на учет в налоговом органе российской организации по месту ее нахождения;

- документы, подтверждающие полномочия лица, подписывающего договор страхования от имени юридического лица (решение полномочного органа об избрании (назначении) единоличного исполнительного органа (протокол общего собрания акционеров (участников, членов и т.д.), совета директоров (наблюдательного совета) и т.п.), приказы о назначении на должность;

- доверенность на подписание Договора страхования с образцом подписи (в случае подписания Договора страхования не единоличным исполнительным органом);

- решение полномочного органа (общего собрания акционеров (участников, членов), совета директоров (наблюдательного совета) об одобрении заключения договора страхования в случае, если принятие соответствующего решения необходимо в соответствии с учредительными документами юридического лица и/или законодательством Российской Федерации (в случае, если сделка является для данного юридического лица является крупной сделкой или сделкой с заинтересованностью) или справка юридического лица, о том, что сделка не является для данного юридического лица – крупной сделкой или сделкой с заинтересованностью;
- паспорт единоличного исполнительного органа юридического лица (копию, заверенную владельцем паспорта или представителем юридического лица, или, при наличии оригинала паспорта, уполномоченное лицо Страховщика имеет право заверить копию паспорта);
- паспорт бенефициарного владельца юридического лица (копию, заверенную владельцем паспорта или представителем юридического лица, или, при наличии оригинала паспорта, уполномоченное лицо Страховщика имеет право заверить копию паспорта);
- письмо в произвольной форме с разъяснением оснований (причин), по которым бенефициарный владелец отсутствует (подписанное единоличным исполнительным органом или иным представителем юридического лица);
- свидетельство о государственной регистрации юридического лица/Свидетельство о внесении записи в Единый государственный реестр юридических лиц (ЕГРЮЛ) о юридическом лице, зарегистрированном до 01.07.2002 года/Лист записи ЕГРЮЛ (для юридических лиц, зарегистрированных после 01.01.2017);
- сведения, необходимые для дальнейшего исполнения договора страхования (в частности, контактные данные, платежные реквизиты Страхователя);
- сведения и / или документы, получение которых обусловлено требованиями законодательства Российской Федерации (в т.ч. нормативными правовыми актами в сфере противодействия легализации (отмыванию) доходов, полученных преступным путем, и финансированию терроризма), в частности, документы о финансовом положении;
- сведения о деловой репутации (отзывы (в произвольной письменной форме, при возможности их получения) о Страхователе от других клиентов Страховщика, имеющих с ним деловые отношения; и (или) отзывы (в произвольной письменной форме, при возможности их получения) кредитных организаций и (или) некредитных финансовых организаций, в которых Страхователь находится (находился) на обслуживании, с информацией от этих кредитных организаций и (или) некредитных финансовых организаций об оценке деловой репутации данного юридического лица).

В случае отсутствия возможности получения сведений в виде документов, перечисленных в настоящем пункте Страховщик вправе принять к рассмотрению иные документы подтверждающие деловую репутацию Страхователя, в том числе рекомендательные письма и/или отзывы контрагентов Страхователя.

Иностранное юридическое лицо при отсутствии одного или нескольких из перечисленных документов представляет аналогичный по смыслу документ в соответствии с законодательством страны его регистрации;

7.16.2. для индивидуальных предпринимателей:

- документ, удостоверяющий личность (паспорт, удостоверение личности для военнослужащих);
- согласие на обработку персональных данных (в случаях, если согласно законодательству Российской Федерации, Страховщик не вправе осуществлять обработку персональных данных без такого согласия);
- доверенность, подтверждающую полномочия представителя, действующего от имени индивидуального предпринимателя (предоставляется при наличии представителя, в виде оригинала или нотариальной копии);
- документ, удостоверяющий личность представителя индивидуального предпринимателя (предоставляется при наличии представителя, в виде копии, заверенной владельцем паспорта);
- сведения, необходимые для дальнейшего исполнения договора страхования (в частности, контактные данные, платежные реквизиты Страхователя);
- сведения и / или документы, получение которых обусловлено требованиями законодательства Российской Федерации (в т.ч. нормативными правовыми актами в сфере противодействия легализации (отмыванию) доходов, полученных преступным путем, и финансированию терроризма), в частности, документы о финансовом положении;
- сведения о деловой репутации (отзывы (в произвольной письменной форме, при возможности их получения) о Страхователе от других клиентов, имеющих с ним деловые отношения; и (или) отзывы (в произвольной письменной форме, при возможности их получения) кредитных организаций и (или) некредитных финансовых организаций, в которых Страхователь находится (находился) на обслуживании, с информацией от этих кредитных организаций (или) некредитных финансовых организаций об оценке деловой репутации данного лица).

В случае отсутствия возможности получения сведений в виде документов, перечисленных в абзаце первом настоящего подпункта Страховщик вправе принять к рассмотрению иные документы, подтверждающие деловую репутацию Страхователя, в том числе рекомендательные письма и/или отзывы контрагентов Страхователя;

- лист записи о постановке на учет физического лица в налоговом органе на территории Российской Федерации (при наличии);
- выписка из ЕГРИП, сформированная в электронном виде на официальном сайте ФНС России, подписанная электронной подписью ФНС России (допускается самостоятельное формирование Страховщиком выписки из ЕГРИП);

- свидетельство о государственной регистрации физического лица в качестве индивидуального предпринимателя/Лист записи Единого государственного реестра индивидуальных предпринимателей (для индивидуальных предпринимателей, зарегистрированных после 01.01.2017);

7.16.3. для физических лиц:

- документ, удостоверяющий личность (паспорт, удостоверение личности для военнослужащих);
- согласие на обработку персональных данных (в случаях, если согласно законодательству Российской Федерации, Страховщик не вправе осуществлять обработку персональных данных без такого согласия);
- доверенность, подтверждающую полномочия представителя (предоставляется при наличии представителя, в виде оригинала или нотариальной копии);
- документ, удостоверяющий личность представителя (предоставляется при наличии представителя, в виде копии, заверенной владельцем паспорта);
- сведения, необходимые для дальнейшего исполнения договора страхования (в частности, контактные данные, платежные реквизиты Страхователя);
- сведения и / или документы, получение которых обусловлено требованиями законодательства Российской Федерации (в т.ч. нормативными правовыми актами в сфере противодействия легализации (отмыванию) доходов, полученных преступным путем, и финансированию терроризма), в частности, документы о финансовом положении;
- сведения о деловой репутации (отзывы (в произвольной письменной форме, при возможности их получения) о Страхователе от других клиентов, имеющих с ним деловые отношения; и (или) отзывы (в произвольной письменной форме, при возможности их получения) кредитных организаций и (или) некредитных финансовых организаций, в которых Страхователь находится (находился) на обслуживании, с информацией от этих кредитных организаций (или) некредитных финансовых организаций об оценке деловой репутации данного лица);
- свидетельство обязательного пенсионного страхования (СНИЛС) (при наличии);
- миграционная карта – для иностранных граждан;
- документ, подтверждающий право иностранного гражданина или лица без гражданства на пребывание в Российской Федерации

7.16.4. документы и информация, которую вправе запросить Страховщик, необходимые для оценки страхового риска:

- результаты медицинского обследования застрахованного лица, в том числе:
- результаты медицинских исследований (лабораторных, визуальных, инструментальных, функциональных);
- справки из ЛПУ с указанием диагноза и сроков лечения, справки врачей специалистов о состоянии здоровья на момент заключения договора;
- копии медицинской карты, заверенные 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;
- копия (по запросу Страховщика – оригинал) Индивидуальной карты беременной и родильницы;
- копия (по запросу Страховщика – оригинал) Истории развития ребенка;
- копия направления на Медико-социальную экспертизу (далее – МСЭ), Акт МСЭ об установлении группы (категории) инвалидности;
- копия паспорта здоровья (по запросу Страховщика – оригинал);
- копии справок, подтверждающих доход застрахованного лица (например, 2-НДФЛ);
- справка от работодателя о размерах денежного содержания государственных и муниципальных служащих, размерах окладов служащих;
- копия кредитного договора с графиком платежей либо проект предварительного кредитного договора;
- копии действующих договоров страхования в отношении лиц, заявленных на страхование, заключенных с другим Страховщиком.

7.17. Указанные в настоящем разделе Правил перечни сведений и документов, необходимых для заключения договора страхования и оценки страховых рисков, являются исчерпывающими. При этом Страховщик вправе по своему усмотрению сократить перечень документов и (или) сведений или принять взамен иных документов, и (или) сведения, из числа предоставленных потенциальным Страхователем, если это не влияет на оценку риска, вероятности наступления страхового случая, а также определение размера выплаты.

Форма предоставления указанных в настоящем разделе Правил документов (в частности, оригиналы, копии (в т.ч. нотариально заверенные/заверенные уполномоченным представителем организации, выдавшей документ)) устанавливается Страховщиком и доводится до сведения Страхователя при его обращении.

Документы и информация, предоставленная для заключения договора страхования и/или урегулирования убытка Страхователем (Выгодоприобретателем) в электронной форме, подписанные усиленной квалифицированной электронной подписью Страхователя, признаются электронными документами, равнозначными документам на

бумажном носителе, подписанным собственноручной подписью Страхователя при наличии подписанного отдельного соглашения между Страховщиком и Страхователем (Выгодоприобретателем) об использовании системы электронного документооборота или при условии присоединения Страхователя (Выгодоприобретателя) к Соглашению об электронном документообороте или при регистрации Страхователя (Выгодоприобретателя) в личном кабинете на официальном сайте Страховщика.

Информация и документы, предоставленные для урегулирования убытка Выгодоприобретателем – физическим лицом в электронной форме, подписанные простой электронной подписью Выгодоприобретателя, признаются электронными документами, равнозначными документам на бумажном носителе, подписанным собственноручной подписью Выгодоприобретателя, при условии, что между Страховщиком и Выгодоприобретателем при регистрации Выгодоприобретателя в личном кабинете на официальном сайте Страховщика или иным образом достигнуто соглашение об электронном взаимодействии.

Документы, представленные на иностранном языке, должны быть надлежащим образом легализованы (апостилированы) и переведены на русский язык. Перевод на русский язык подлежит нотариальному заверению. Страховщик не возмещает расходы Страхователя, связанные с переводом и заверением документов.

При необходимости передачи Страховщику особо охраняемых данных, Стороны вправе заключить отдельное соглашение о конфиденциальности.

7.18. Страхователь/Застрахованное лицо, являющийся физическим лицом, в отношении которого заключается договор страхования на основании настоящих Правил, в соответствии с Федеральным законом Российской Федерации от 27 июля 2006 г. №152-ФЗ «О персональных данных» (далее – Закон №152-ФЗ) предоставляет Страховщику согласие на обработку своих персональных данных, в том числе содержащихся в документах, передаваемых Страховщику в целях исполнения договора страхования, статистических целях, в целях проведения анализа страховых рисков, оценки качества оказания страховых услуг, в целях продвижения товаров, работ, услуг на рынке страховых услуг, информирования об условиях продления правоотношений со Страховщиком (в том числе путем осуществления Страховщиком прямых контактов с помощью средств связи), а также осуществления Страховщиком перестрахования договора страхования (рисков выплат по договору страхования).

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

Под обработкой персональных данных понимается любое 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, а также совершение иных действий с персональными данными физических лиц в вышеуказанных целях.

Под персональными данными понимается любая информация, относящаяся к прямо или косвенно определенному, или определяемому физическому лицу (субъекту персональных данных), в том числе фамилия, имя, отчество, год, месяц, дата рождения, место рождения, адрес, паспортные данные, контактные телефоны, адрес электронной почты, семейное положение, имущественное положение, профессия, доходы, состояние здоровья и другие категории персональных данных.

Настоящее согласие Страхователя/Застрахованного лица действительно в течение срока действия договора страхования и в течение 5 (пяти) лет после окончания срока действия договора страхования.

Настоящее согласие может быть отозвано путем подачи письменного заявления Страховщику способом, позволяющим достоверно установить дату получения данного заявления Страховщиком.

В случае отзыва субъектом персональных данных согласия на обработку своих персональных данных Страховщик обязуется прекратить обработку и уничтожить такие персональные данные в установленный Законом №152-ФЗ срок, за исключением персональных данных, обработка которых осуществляется без согласия субъекта персональных данных в соответствии со статьей 6 Закона №152-ФЗ.

Страхователь также предоставляет Страховщику согласия иных лиц (Застрахованных лиц, Выгодоприобретателей), указанных в договоре страхования, заявлении на страхование и других документах, оформляемых или переданных Страховщику в связи с заключением договора страхования, на обработку их персональных данных на условиях настоящего пункта Правил, подтверждает, что уполномочен указанными лицами на предоставление данного согласия, а также обязуется при необходимости предоставить Страховщику отсутствующее согласие указанных лиц на обработку их персональных данных в течение трех дней с даты поступления соответствующего запроса Страховщика.

7.19. Страхователь, Застрахованное лицо предоставляют Страховщику право на ознакомление со своей медицинской документацией для решения вопросов, связанных с реализацией договора страхования, иных услуг и защитой прав Страхователя, Застрахованного лица, а также предоставляют право медицинским и иным государственным, муниципальным учреждениям, в которых Страхователь, Застрахованное лицо получали, получают, будут получать медицинские и иные услуги, передавать Страховщику любые сведения о Страхователе, Застрахованном лице, включая сведения, составляющие врачебную тайну в соответствии со статьей 13 Федерального закона № 323 от 21.11.2011 года «Об основах охраны здоровья граждан». Сведения, составляющие врачебную тайну, включают в себя, в том числе: информацию о факте обращения Застрахованного лица за медицинской помощью, состоянии его здоровья, диагнозе его заболеваний, иные сведения, полученные при его обследовании и лечении.

8. ВСТУПЛЕНИЕ В СИЛУ, СРОК ДЕЙСТВИЯ ДОГОВОРА СТРАХОВАНИЯ. СРОК СТРАХОВАНИЯ

- 8.1. Срок действия договора страхования устанавливается по соглашению Сторон.
- 8.2. Договор страхования, если в нем не предусмотрено иное, вступает в силу с 00 часов 00 минут дня, следующего за днем уплаты страховой премии (первого взноса при уплате страховой премии в рассрочку) в размере, срок и порядке, указанном в договоре страхования.
- 8.3. Действие договора страхования заканчивается в 24 часа 00 минут дня, указанного в договоре, как дата его окончания, если договором страхования не предусмотрено иное.
- 8.4. Срок страхования (период действия страхования) – период времени, определенный договором страхования, в течение которого действует страхование. Страхование, обусловленное договором страхования, действует в течение срока страхования, установленного договором страхования, и распространяется только на события, произошедшие в течение срока страхования.
- 8.5. Срок страхования по договору страхования может устанавливаться:
- 8.5.1. круглосуточно (24 часа в сутки);
 - 8.5.2. на период исполнения Застрахованным лицом должностных обязанностей;
 - 8.5.3. на период поездки;
 - 8.5.4. на время занятия Застрахованным лицом спортом;
 - 8.5.5. на другие периоды времени по соглашению Сторон.
- 8.6. Если иное не оговорено договором страхования, то срок страхования начинается:
- 8.6.1. по пп. 3.4.1.1, 3.4.2.1, 3.4.3.1, 3.4.4.1, 3.4.4.2, 3.4.5.1, 3.4.6.1 – не ранее, чем с 00 час.00 мин. даты, следующей за днем уплаты страховой премии или первого страхового взноса;
 - 8.6.2. по пп. 3.4.1.2, 3.4.1.3, 3.4.2.2, 3.4.2.3, 3.4.3.2, 3.4.3.3, 3.4.5.2, 3.4.5.3, 3.4.6.2, 3.4.6.3 – не ранее, чем с 00 час.00 мин. 11 (одиннадцатого) дня, следующего за днем уплаты страховой премии или первого страхового взноса.
- 8.7. Срок страхования прекращается в 23 часа 59 минут даты окончания срока страхования, указанной в договоре страхования, если иное не предусмотрено соглашением Сторон.
- 8.8. При заключении договора страхования на срок более одного года, срок действия договора страхования может быть поделен на периоды действия страхования. В таком случае:
- 8.8.1. страхование, обусловленное договором страхования, распространяется на страховые случаи, произошедшие с 00 часов 00 минут даты начала очередного периода действия страхования, при условии уплаты страхового взноса за соответствующий период действия страхования в размере и срок, установленные договором страхования.
 - 8.8.2. страхование, обусловленное договором страхования, в каждом оплаченном периоде действия страхования заканчивается в 24 часа 00 минут даты окончания соответствующего периода действия страхования.
- 8.9. При неуплате страховой премии (первого страхового взноса при уплате страховой премии в рассрочку) в размере и в срок, предусмотренные договором страхования, вступающим в силу с 00 часов 00 минут дня, следующего за днем уплаты страховой премии (первого страхового взноса) или позднее, такой договор страхования считается не вступившим в силу и обязательства Сторон по договору страхования не возникают, а уплаченные денежные средства (при наличии) подлежат возврату Страхователю на основании его письменного обращения (составляется в свободной форме с указанием всех необходимых для перечисления реквизитов) в течение 10 (десяти) рабочих дней с даты получения Страховщиком указанного обращения Страхователя.
- 8.10. При неуплате страховой премии (первого страхового взноса при уплате страховой премии в рассрочку) в размере и в срок, предусмотренные договором страхования, вступающим в силу до даты уплаты страховой премии, такой договор страхования может быть прекращен Страховщиком досрочно со дня получения Страхователем соответствующего уведомления Страховщика о наступлении последствий неуплаты страховой премии (первого страхового взноса) в виде досрочного прекращения договора страхования, если иной срок не указан в уведомлении Страховщика. При этом Страхователь обязан уплатить Страховщику на основании выставленного им счета страховую премию за срок, в течение которого действовало страхование, в размере, определенном пропорционально времени, в течение которого действовал договор страхования.

9. ПОРЯДОК ПРЕКРАЩЕНИЯ ДОГОВОРА СТРАХОВАНИЯ

- 9.1. Договор страхования прекращается:
- 9.1.1. По истечении срока его действия.
 - 9.1.2. При исполнении Страховщиком обязательств по договору страхования в полном объеме, в том числе осуществлении страховой выплаты (страховых выплат) в размере страховой суммы - с 00 часов 00 минут дня, следующего за днем исполнения Страховщиком обязательств по договору страхования.
 - 9.1.3. Если после его вступления в силу возможность наступления страхового случая отпала и существование страхового риска прекратилось по обстоятельствам иным, чем страховой случай (с момента наступления таких обстоятельств). При этом Страховщик имеет право на часть страховой премии пропорционально времени, в течение которого действовало страхование.

9.1.4. В случае ликвидации Страхователя – юридического лица, кроме случаев правопреемства (с момента внесения записи о ликвидации в Единый государственный реестр юридических лиц);

9.1.5. В случае ликвидации Страховщика, за исключением случаев передачи Страховщиком обязательств, принятых по договорам страхования (страховой портфель) в порядке, установленном законодательством Российской Федерации;

9.1.6. В случае неуплаты Страхователем страховой премии (первого взноса) в размере и срок, предусмотренные договором страхования – в соответствии с п. 8.10 настоящих Правил.

9.1.7. В случае неуплаты Страхователем очередного страхового взноса в установленные сроки, если Страховщик воспользовался своим правом на досрочное прекращение договора страхования (применение последствий неуплаты очередного взноса) в соответствии с п. 6.13 настоящих Правил, если договором страхования не предусмотрено иное.

9.1.8. В случае отказа Страхователя от договора страхования. Страхователь вправе отказаться от договора страхования в любое время, если к моменту отказа возможность наступления страхового случая не отпала по обстоятельствам иным, чем страховой случай.

Для отказа от договора страхования Страхователь должен обратиться к Страховщику с письменным заявлением, подписанным Страхователем собственноручно.

9.1.8.1. При отказе Страхователя, являющегося физическим лицом, от договора страхования в течение срока, установленного законодательством Российской Федерации («период охлаждения»), исчисляемого со дня его заключения, при отсутствии событий, имеющих признаки страхового случая, уплаченная страховая премия подлежит возврату Страхователю в течение 10 (десяти) рабочих дней с даты получения Страховщиком письменного заявления (уведомления) Страхователя об отказе от договора страхования:

- в полном размере, при отказе от договора до даты начала действия страхования;

- с удержанием Страховщиком части страховой премии пропорционально сроку действия страхования, при отказе от договора после даты начала действия страхования.

При этом договор страхования считается прекратившим свое действие с даты получения Страховщиком письменного заявления Страхователя об отказе от договора страхования или иной даты, установленной по соглашению сторон, но не позднее срока, установленного законодательством Российской Федерации.

В случае если Выгодоприобретатель заявил требование о страховой выплате по страховому случаю, произошедшему до расторжения договора страхования, и возврат страховой премии был произведен в полном объеме в соответствии с условиями настоящего пункта, размер страховой выплаты, полагающейся Выгодоприобретателю, уменьшается на сумму возвращенной страховой премии.

9.1.8.2. Страхователь – физическое лицо вправе отказаться от договора страхования в случае непредоставления, предоставления неполной или недостоверной информации Страховщиком о договоре страхования, при отсутствии событий, имеющих признаки страхового случая. В данном случае уплаченная страховая премия подлежит возврату Страхователю за вычетом части страховой премии, исчисляемой пропорционально времени, в течение которого действовало страхование, в срок, не превышающий 7 (Семи) рабочих дней со дня получения Страховщиком письменного заявления (уведомления) Страхователя.

9.1.8.3. Страхователь – физическое лицо вправе отказаться от договора страхования при полном досрочном исполнении своих обязательств по кредитному договору, при отсутствии событий имеющего признаки страхового случая. В данном случае уплаченная страховая премия подлежит возврату Страхователю за вычетом части страховой премии, исчисляемой пропорционально времени, в течение которого действовало страхование, в срок, не превышающий 7 (Семи) рабочих дней со дня получения Страховщиком письменного заявления (уведомления) Страхователя.

9.1.8.4. При отказе Страхователя – физического лица от договора страхования по истечении срока, установленного законодательством Российской Федерации, исчисляемого со дня его заключения, а также при отказе Страхователя – юридического лица или индивидуального предпринимателя от договора страхования, уплаченная страховая премия в соответствии со ст. 958 ГК РФ не подлежит возврату, если иное не предусмотрено договором страхования.

При этом договор страхования считается расторгнутым с даты, указанной в письменном заявлении (уведомлении) Страхователя об отказе от договора страхования, но в любом случае не ранее даты получения Страховщиком указанного заявления (уведомления).

9.1.9. По соглашению Сторон (с момента, определенного в соглашении Сторон).

9.1.10. По решению суда (с момента вступления в законную силу решения суда о расторжении договора страхования).

9.1.11. По требованию Страховщика, в случае если Страхователь (Выгодоприобретатель) возражает против изменения условий страхования или доплаты страховой премии при увеличении степени риска (ст. 959 Гражданского кодекса Российской Федерации). При этом возврат части уплаченной Страхователем премии не производится, если договором страхования не предусмотрено иное.

9.1.11. в других случаях, предусмотренных законодательством Российской Федерации.

9.2. Страховщик вправе отказаться от договора страхования в одностороннем внесудебном порядке в случаях, когда такой отказ возможен в соответствии со ст. 310 ГК РФ, путем направления письменного уведомления Страхователю. Если иное не предусмотрено настоящими Правилами и/или договором страхования, Страховщик обязан письменно уведомить Страхователя об отказе от договора страхования не менее чем за 10 (десять) календарных дней до

предполагаемой даты расторжения договора страхования, и договор считается расторгнутым с даты, указанной в письменном уведомлении Страховщика. В случае расторжения договора страхования Страховщику причитается страховая премия пропорционально сроку действия страхования, если договором страхования не предусмотрено иное.

9.3. Досрочное прекращение действия договора страхования не освобождает Стороны от исполнения обязательств, возникших в период действия договора страхования до момента его досрочного прекращения.

9.4. В случае прекращения договора страхования, предполагающих возврат Страхователю части ранее уплаченной по договору страхования страховой премии, Страховщик производит возврат части премии, рассчитанный пропорционально времени, в течение которого действовало страхование за вычетом расходов на ведение дела Страховщика (в размере установленном Структурой тарифных ставок к Правилам), в безналичной форме путем перечисления на счет, указанный Страхователем, в течение 10 (десять) рабочих дней со дня подписания дополнительного соглашения, если иное не предусмотрено договором страхования и/или законодательством Российской Федерации.

10. ИЗМЕНЕНИЕ СТЕПЕНИ СТРАХОВОГО РИСКА

10.1. В период действия договора страхования Страхователь (Выгодоприобретатель) обязан незамедлительно, но не позднее 3 (трех) рабочих дней, сообщать Страховщику в письменной форме о ставших ему известными значительных изменениях в обстоятельствах, сообщенных Страховщику при заключении договора страхования, если эти изменения могут существенно повлиять на увеличение страхового риска. Значительными, во всяком случае, признаются изменения в обстоятельствах, оговоренных в договоре страхования и/или письменном заявлении на страхование.

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

10.3. Дополнительная страховая премия рассчитывается по следующей формуле:

$$Д = \frac{(B2 - B1) * n}{m}$$

где:

Д - дополнительная страховая премия;

B1 - страховая премия за год, рассчитанная исходя из степени риска на момент заключения договора страхования;

B2 - страховая премия за год, рассчитанная исходя из степени риска на момент изменения договора страхования;

n - количество дней, оставшихся до окончания срока действия Договора страхования;

m – срок действия договора в днях.

10.4. При неисполнении Страхователем обязанности по сообщению Страховщику информации об обстоятельствах, возникших в период действия договора страхования и существенно влияющих на увеличение степени риска, Страховщик вправе потребовать расторжения договора страхования и возмещения Страхователем убытков, причиненных расторжением договора страхования.

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

11. ПРАВА И ОБЯЗАННОСТИ СТОРОН

11.1. Страховщик обязан:

11.1.1. Вручить Страхователю договор страхования (страховой полис), настоящие Правила страхования и иные документы, являющиеся неотъемлемой частью договора страхования (программы, дополнительные условия страхования и другие документы в соответствии с условиями, указанными в договоре страхования) в порядке, предусмотренном пп. 7.3 - 7.4 настоящих Правил.

При заключении договора страхования в электронной форме вышеуказанная указанная обязанность исполняется Страховщиком с учетом положений, предусмотренных п. 7.10 настоящих Правил.

11.1.2. По требованию Страхователя (Выгодоприобретателя), а также лиц, имеющих намерение заключить договор страхования, разъяснять положения, содержащиеся в настоящих Правилах и договоре страхования.

11.1.3. Уведомить Страхователя о дополнительных условиях для заключения договора страхования и о порядке выполнения дополнительных условий (в т.ч. о перечне документов и информации, необходимых для заключения договора страхования и т.п.).

11.1.4. Предоставить Страхователю информацию о лицензии Страховщика, контактах (место нахождения, телефон/факс) и режиме работы структурного подразделения Страховщика и привлеченных Страховщиком сторонних организаций для оказания страховых услуг или сообщить информацию о сайте в информационно – телекоммуникационной сети «Интернет», на котором размещается вышеуказанная информация.

11.1.5. Не разглашать сведения о Страхователе (Выгодоприобретателе), его имущественном положении, за исключением случаев, предусмотренных законодательством Российской Федерации.

11.1.6. Обеспечивать соблюдение требований к идентификации Страхователей (Выгодоприобретателей, их представителей, а также получателей страховой выплаты) в целях противодействия легализации (отмыванию) доходов, полученных преступным путем, и финансированию терроризма при заключении договора страхования и/или при урегулировании требований о страховой выплате.

11.1.7. При уплате страховой премии в рассрочку, проинформировать Страхователя о факте просрочки уплаты очередного страхового взноса или факте его уплаты не в полном объеме, а также о последствиях таких нарушений способами, указанными п. 15.1. настоящих Правил.

11.1.8. По запросу Страхователя, позволяющему подтвердить факт его получения Страховщиком, предоставить ему копии договора страхования (страхового полиса) и иных документов, являющихся неотъемлемой частью договора страхования (Правил страхования, программ, дополнительных условий страхования и других документов в соответствии с условиями, указанными в договоре страхования), за исключением информации, не подлежащей разглашению в соответствии с законодательством Российской Федерации. Копии указанных документов предоставляются по действующему договору страхования бесплатно один раз.

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

11.1.10. По запросу Страхователя (Выгодоприобретателя) предоставить ему информацию о размере вознаграждения, выплачиваемого страховому агенту или страховому брокеру.

11.1.11. При наступлении страхового случая произвести страховую выплату в порядке, предусмотренном договором страхования и Правилами, при условии получения от Страхователя или Выгодоприобретателя и соответствующих компетентных органов всех необходимых документов, а также возместить расходы в целях уменьшения убытков, подлежащих возмещению Страховщиком, если такие расходы были необходимы и были произведены по указанию Страховщика.

11.1.12. После получения уведомления Страхователя (Выгодоприобретателя) о наступлении события, имеющего признаки страхового случая, по запросу Страхователя (Выгодоприобретателя) проинформировать его обо всех предусмотренных договором страхования и (или) настоящими Правилами необходимых действиях, которые Страхователь должен предпринять, обо всех документах, необходимых для рассмотрения вопроса о признании события страховым случаем и определения размера страховой выплаты, о сроках проведения указанных действий и представления документов, о форме и способах осуществления страховой выплаты.

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

11.1.13. По устному или письменному запросу Страхователя (Выгодоприобретателя), в том числе полученному в электронной форме, в срок, не превышающий 30 (тридцать) календарных дней с момента получения такого запроса, при условии возможности идентификации заявителя в соответствии с требованиями Федерального закона от 27 июня 2006 года №152-ФЗ «О персональных данных» и после принятия решения о страховой выплате предоставить в письменном виде информацию о расчете суммы страховой выплаты, включая: сумму, подлежащую выплате; порядок расчета страховой выплаты; исчерпывающий перечень норм права и (или) условий договора страхования и Правил страхования, обстоятельств и документов, на основании которых произведен расчет.

11.1.14. По письменному запросу Страхователя (Выгодоприобретателя) в срок, не превышающий 30 (тридцать) календарных дней с момента получения такого запроса предоставить в письменном виде исчерпывающую информацию и документы (в том числе копии документов и/или выписки из них), на основании которых Страховщиком было принято решение о страховой выплате (за исключением документов, которые свидетельствуют о возможных противоправных действиях Страхователя (Выгодоприобретателя), направленных на получение страховой выплаты), бесплатно один раз по каждому страховому случаю. Информация и документы предоставляются в объеме, не противоречащем законодательству Российской Федерации.

11.1.15. В случае принятия решения об отказе в выплате, в течение 3 (трех) рабочих дней, если иной срок не предусмотрен действующими нормативными документами, после принятия решения об отказе направить Страхователю (Выгодоприобретателю) письменное уведомление с мотивированным обоснованием причин отказа в выплате страхового возмещения (в т.ч. с помощью официального сайта Страховщика в информационно-телекоммуникационной сети «Интернет», путем электронного документооборота) со ссылками на нормы права и (или) условия договора страхования и настоящих Правил, на основании которых принято решение об отказе.

11.1.16. По письменному запросу Страхователя (Выгодоприобретателя), в срок, не превышающий 30 (тридцать) календарных дней с момента получения такого запроса, предоставить ему документы (в том числе копии документов, выписки из них), обосновывающие решение об отказе в страховой выплате (за исключением документов, которые свидетельствуют о возможных противоправных действиях Страхователя (Выгодоприобретателя), направленных на получение страховой выплаты), бесплатно один раз по каждому событию.

11.1.17. Обеспечить рассмотрение претензий от Страхователя, Выгодоприобретателя, связанных с исполнением условий договора страхования, в порядке, установленном законодательством Российской Федерации, базовыми стандартами саморегулируемой организации на финансовом рынке, членом которой является Страховщик и/или определенном в договоре страхования.

11.1.18. Совершать другие действия и исполнять обязанности, предусмотренные настоящими Правилами, договором страхования и законодательством Российской Федерации.

11.2. Страхователь (Застрахованное лицо) обязан:

11.2.1. При заключении договора страхования сообщить Страховщику всю необходимую информацию обо всех обстоятельствах, имеющих существенное значение для определения вероятности наступления страхового случая. Существенными признаются, во всяком случае, обстоятельства, определенно оговоренные в договоре страхования, настоящих Правилах, в заявлении на страхование или в письменном запросе Страховщика.

11.2.2. Своевременно уплачивать страховую премию (страховые взносы) в срок, порядке и размере, установленные договором страхования, в том числе, при изменении условий ее уплаты.

11.2.3. Предоставлять Страховщику достоверную информацию, касающуюся каждого Застрахованного лица, необходимую для заключения и исполнения договора страхования.

11.2.4. Не позднее 3 (трех) рабочих дней с момента, когда Страхователь (Застрахованное лицо) узнал об изменениях, сообщать Страховщику в письменном виде о ставших ему известными значительных изменениях в обстоятельствах, сообщенных Страховщику при заключении договора страхования, если эти изменения могут повлиять на увеличение страхового риска. Значительными признаются изменения любых сведений, из указанных в договоре страхования, заявлении Страхователя о заключении договора страхования, в том числе сведений, указанных в пп. 1.3.3.2 и п. 7.12, 7.16 настоящих Правил.

11.2.5. При изменении сведений, необходимых для исполнения договора страхования (в частности, фамилия, имя, отчество, фактическое место жительства, место работы, профессия, контактные данные, платежные реквизиты Страхователя (Застрахованного лица)), незамедлительно уведомить об этом Страховщика путем направления письменного уведомления нарочно, посредством почтовой связи или иным, согласованным Сторонами предусмотренным настоящими Правилами или договором страхования способом.

11.2.6. При заключении договора страхования довести до сведения Застрахованных лиц (их законных представителей) положения настоящих Правил, условия договора страхования, а также информацию о Страховщике: реквизиты лицензии, подтверждающей право Страховщика осуществлять страхование, сведения о режиме работы структурного подразделения Страховщика или сообщить информацию о сайте в информационно-телекоммуникационной сети «Интернет», на котором размещается вышеуказанная информация.

11.2.7. Доплатить страховую премию в случае увеличения степени страхового риска на основании счета, выставленного Страховщиком, в течение 5 (пяти) рабочих дней, если иной срок не установлен по соглашению сторон;

11.2.8. В течение 35 (тридцати пяти) дней известить Страховщика любым доступным способом, позволяющим объективно зафиксировать факт обращения (факсом, почтовым отправлением, электронным письмом, телеграммой в адрес Страховщика), о наступлении события, имеющего признаки риска, принятого на страхование с последующим предоставлением всей необходимой информации и приложением подтверждающих документов;

Указанная обязанность Страхователя распространяется на Застрахованное лицо, если договор страхования заключен в его пользу и страховым случаем является временная утрата трудоспособности или постоянная утрата трудоспособности (инвалидность), либо на Выгодоприобретателя Застрахованного лица, если наступила смерть Застрахованного лица или договор заключен в пользу иного лица, чем Застрахованное лицо;

11.2.9. Соблюдать требования, касающиеся сроков предоставления документов и порядка их оформления в соответствии с настоящими Правилами, условиями договора страхования и/или запросом Страховщика;

11.2.10. Пройти по требованию Страховщика медицинское освидетельствование как при заключении договора страхования, так и при его исполнении в любое время, представить медицинские документы о состоянии здоровья Застрахованного лица;

11.2.11. При обращении за страховой выплатой представить Страховщику документы и материалы, предусмотренные настоящими Правилами и договором страхования, подтверждающие факт, причины и обстоятельства наступления события, имеющего признаки страхового случая, характер и размер причиненного вреда, необходимые для принятия Страховщиком решения о признании произошедшего события страховым случаем и о размере подлежащего выплате страхового возмещения.

11.2.12. Предоставить полные банковские реквизиты получателя для перечисления Страховщиком страховой выплаты.

11.2.13. Совершать другие действия и исполнять обязанности, предусмотренные настоящими Правилами, договором страхования и законодательством Российской Федерации.

11.3. Страховщик имеет право:

11.3.1. В целях оценки страхового риска потребовать личного присутствия Застрахованного лица; произвести предварительное анкетирование Застрахованного лица; запросить у Страхователя /Застрахованного лица медицинскую документацию; направить Застрахованное лицо на медицинское освидетельствование. Медицинское освидетельствование проводится за счет Страхователя, если иное не оговорено в договоре страхования.

11.3.2. До заключения и/или в любой момент во время действия договора страхования проверять сообщенную Страхователем/Застрахованным лицом информацию, а также выполнение Страхователем/Застрахованным лицом требований и условий договора страхования и настоящих Правил.

11.3.3. Перед заключением договора страхования и при его исполнении потребовать проведения дополнительных медицинских обследований Застрахованного лица, результаты которых могут иметь существенное значение для оценки степени страхового риска и предоставления документов, подтверждающих состояние его здоровья.

11.3.4. При наступлении обстоятельств, влекущих увеличение степени страхового риска по договору страхования, потребовать изменения условий договора страхования или уплаты дополнительной страховой премии соразмерно увеличению риска. Если Страхователь возражает против изменения условий договора страхования или доплаты страховой премии, Страховщик вправе потребовать расторжения договора страхования в соответствии с законодательством Российской Федерации.

11.3.5. В случае, если Страхователь не сообщит Страховщику о значительных изменениях обстоятельств, сообщенных при заключении договора страхования, потребовать расторжения договора и возмещения убытков, причиненных расторжением договора. Страховщик не вправе требовать расторжения договора страхования, если обстоятельства, влекущие увеличение страхового риска, уже отпали.

11.3.6. Требовать уплатить страховую премию (страховые взносы) в соответствии с условиями настоящих Правил и договора страхования.

11.3.7. Досрочно расторгнуть договор страхования в случаях, предусмотренных договором страхования, настоящими Правилами и законодательством Российской Федерации.

11.3.8. Для принятия решения о страховой выплате запрашивать у Страхователя (Застрахованного лица, Выгодоприобретателя) медицинскую документацию, отражающую историю болезни, физическое и психическое состояние, диагноз, ход и прогноз результатов лечения, перечень которой предусмотрен пп.12.2 - 12.3 настоящих Правил или договором страхования, а так же самостоятельно выяснять у медицинских учреждений, правоохранительных органов и иных учреждений обстоятельства, связанные с заявленным событием и организовывать за свой счет проведение независимых медицинских экспертиз.

11.3.9. Отсрочить принятие решения по заявленному событию, имеющему признаки страхового случая:

11.3.9.1. до предоставления Застрахованным лицом или Выгодоприобретателем документов, указанных в пп.12.2 - 12.3 настоящих Правил и оформленных в соответствии с требованиями пп.12.5 - 12.9 настоящих Правил;

11.3.9.2. до момента принятия соответствующего решения компетентными органами, в случае возбуждения по обстоятельствам наступления заявленного события уголовного дела.

11.3.10. Отсрочить (продлить/приостановить) принятие решения о выплате страхового возмещения (составление страхового акта или мотивированного отказа) в случае:

11.3.10.1. если по факту, связанному с наступлением страхового случая, в соответствии с законодательством Российской Федерации назначена дополнительная проверка, возбуждено уголовное дело или начат судебный процесс, до окончания проверки, расследования или судебного разбирательства либо до устранения иных обстоятельств, вызванных деятельностью государственных органов и препятствующих осуществлению страховой выплаты;

11.3.10.2. если Страхователь (Застрахованное лицо, Выгодоприобретатель) предоставил документы, оформленные ненадлежащим образом (в частности - незаверенные копии документов; документы, подписанные неуполномоченным лицом, и т.п.) - до предоставления надлежащим образом оформленных документов;

11.3.10.3. если течение срока урегулирования требования о страховой выплате началось до проведения освидетельствования Застрахованного лица - до даты проведения освидетельствования. В случае непрохождения Застрахованным лицом освидетельствования в согласованную со Страховщиком дату (в т.ч. повторного), Страховщик возвращает без рассмотрения представленное таким лицом заявление на страховое возмещение, а также приложенные к нему документы (как поданные непосредственно вместе с заявлением, так и представленные впоследствии), если иное не будет согласовано между Страховщиком и Страхователем (Застрахованным лицом, Выгодоприобретателем);

11.3.10.4. в случае не предоставления документа, удостоверяющего личность получателя страховой выплаты (если получатель – физическое лицо или индивидуальный предприниматель) - до получения указанного документа, оформленного надлежащим образом;

11.3.10.5. если у Страховщика имеются мотивированные сомнения в подлинности документов, а равно и достоверности содержащейся в них информации, подтверждающих страховой случай – до тех пор, пока не будет подтверждена подлинность/достоверность информации таких документов специализированной организацией;

11.3.10.6. при необходимости проведения независимой экспертизы – на время ее проведения;

11.3.10.7. до получения ответов компетентных органов и организаций на запросы по факту наступления события, имеющего признаки страхового;

11.3.10.8. в случае обжалования судебного решения, имеющего значение в установлении факта наступления страхового случая, в установленном законодательством Российской Федерации порядке - до момента вступления в законную силу решения суда или вынесения решения по жалобе;

11.3.10.9. до вступления в силу судебного акта по делу о признании договора страхования недействительным, если Страховщик предъявил исковое требование о признании договора страхования недействительным по основаниям, предусмотренным и законодательством Российской Федерации.

11.3.11. Продлить (приостановить) срок выплаты страхового возмещения, предусмотренный договором страхования, в случае не предоставления полных банковских реквизитов получателя страховой выплаты, а также других сведений, необходимых для осуществления страховой выплаты - до получения указанных сведений/документов, оформленных надлежащим образом.

В случае продления/приостановки Страховщиком срока выплаты страхового возмещения, Страховщик уведомляет обратившееся за страховой выплатой лицо о факте приостановки и запрашивает у него недостающие сведения/документы.

11.3.12. Никакие действия Страховщика, перечисленные в п. 11.3 настоящих Правил, не являются доказательством признания им факта наступления страхового случая.

11.3.13. Отказать в выплате страхового возмещения при отсутствии страхового случая, а также в случаях, предусмотренных договором страхования, настоящими Правилами и законодательством Российской Федерации.

11.3.14. Осуществлять обработку персональных данных Страхователя (Застрахованного лица, Выгодоприобретателя) в целях заключения/исполнения/сопровождения договора страхования.

11.4. Страхователь имеет право:

11.4.1. Ознакомиться с настоящими Правилами до заключения договора страхования.

11.4.2. Получать разъяснения положений Правил страхования и условий договора страхования.

11.4.3. Обращаться к Страховщику с предложениями по изменению условий договора страхования (страховой суммы, срока действия договора страхования, замены Застрахованного лица, Выгодоприобретателя и т.п.).

11.4.4. Получить дубликат договора страхования (страхового полиса, дополнительного соглашения в случае его утраты).

11.4.5. Запросить у Страховщика информацию о размере вознаграждения, выплачиваемого страховому агенту или страховому брокеру.

11.4.6. Получить страховое возмещение в порядке и на условиях, предусмотренных настоящими Правилами и договором страхования.

11.4.7. Отказаться от договора страхования в любое время в соответствии с законодательством Российской Федерации.

11.5. Стороны обладают другими правами и обязанностями, предусмотренными законодательством Российской Федерации и договором страхования.

12. ДЕЙСТВИЯ СТОРОН ПРИ НАСТУПЛЕНИИ СОБЫТИЯ, ИМЕЮЩЕГО ПРИЗНАКИ СТРАХОВОГО СЛУЧАЯ

12.1. При наступлении события, имеющего признаки риска, принятого на страхование, Страхователь (Застрахованное лицо, Выгодоприобретатель) обязан:

12.1.1. незамедлительно обратиться в лечебное учреждение и неукоснительно выполнять рекомендации специалистов лечебных учреждений, осуществляющих лечебно-профилактические мероприятия в связи с наступившим событием.

Факт травмы, полученной в результате несчастного случая, имевшего место в течение срока страхования, признается страховым случаем, если он подтвержден медицинскими учреждениями, оказавшими Застрахованному лицу первую помощь в день наступления события и лечившими его впоследствии;

12.1.2. незамедлительно сообщить в компетентные органы (ОВД, Прокуратуру, ГИБДД и т.д.) и обеспечить документальное оформление произошедшего события, если травма или смерть Застрахованного лица произошли в результате дорожно-транспортного происшествия (ДТП), взрыва, возгорания или явились следствием противоправных действий третьих лиц;

12.1.3. следовать указаниям Страховщика, если таковые будут сообщены;

12.1.4. обеспечить Страховщика всей необходимой информацией и документацией, согласно настоящих Правил, относительно наступившего события.

12.2. Для установления Страховщиком факта наступления страхового события и определения суммы страховой выплаты Заявитель должен предоставить Страховщику, следующие документы:

12.2.1. письменное заявление о страховой выплате по форме Страховщика;

12.2.2. согласие на обработку персональных данных, в том числе персональных данных специальной категории (включая врачебную тайну) – в случаях, если согласно законодательству Российской Федерации, Страховщик не вправе осуществлять обработку персональных данных без такого согласия;

12.2.3. копию договора страхования (страхового полиса);

12.2.4. документ, удостоверяющий личность Заявителя (паспорт);

12.2.5. документы, необходимые для идентификации Застрахованного лица, Выгодоприобретателя (в случае, если на этапе заключения договора страхования идентификация указанных лиц не осуществлялась), а также документ, удостоверяющий личность получателя страховой выплаты (если получатель – физическое лицо);

12.2.6. документ, подтверждающий право лица, не являющегося Заявителем, действовать от имени Заявителя (доверенность с приложением документа, удостоверяющего личность, указанного в доверенности лица);

12.2.7. документ, подтверждающий уплату страховой премии (страховых взносов);

12.2.8. документы, необходимые для выполнения Страховщиком при осуществлении страховой выплаты законодательства Российской Федерации (в т.ч. налогового законодательства, нормативных правовых актов в сфере противодействия легализации (отмыванию) доходов, полученных преступным путем, и финансированию терроризма);

12.2.9. реквизиты получателя для перечисления средств страхового возмещения (распорядительное письмо о перечислении денежных средств);

12.2.10. документы, указанные в п.12.3 настоящих Правил, подтверждающие факт наступления страхового случая и степень вреда, причиненного здоровью Застрахованного лица.

12.3. В зависимости от характера и обстоятельств события с признаками страхового случая, Заявитель должен предоставить Страховщику следующие документы, исчерпывающий перечень которых определяется Страховщиком индивидуально для каждого случая:

12.3.1. в случае временной утраты трудоспособности / расстройства здоровья в результате заболеваний (п.3.4.3.3, 3.4.3.4):

12.3.1.1. копию листка (листок) нетрудоспособности, заверенную отделом кадров по месту работы либо справку о временной нетрудоспособности Ф.№095/у, Ф.094/у, Ф.095-1/у;

12.3.1.2. копию карты (карт), заверенную ЛПУ, и/или выписки из карт амбулаторного и/или стационарного больного полностью за все время лечения с диагнозами и датами их установления из всех медицинских учреждений, в которых Застрахованный получал медицинскую помощь, а также содержащие данные об обращениях;

12.3.1.3. при необходимости, по запросу Страховщика, дополнительно предоставить:

12.3.1.3.1. подлинник медицинской карты амбулаторного, стационарного больного за период не менее 3 лет, предшествовавших заключению договора страхования;

12.3.1.3.2. историю развития ребенка Ф.№ 112/у за период не менее 5 лет, предшествовавших заключению договора страхования (медицинская карта, история развития ребенка должна содержать: заполненный лист уточнённых диагнозов; сведения о наличии группы инвалидности и наличии и группы диспансерного учета с указанием основного диагноза заболевания, а также заболеваний, подлежащих диспансерному наблюдению; данные профилактических осмотров; результаты медико-диагностических исследований; эпикризы);

12.3.1.3.3. справку из ЛПУ, оказавшего Застрахованному лицу первичную медицинскую помощь, в которой должны быть указаны: история госпитализации (обращения в ЛПУ), обстоятельства несчастного случая / анамнез заболевания, дата наступления болезни или несчастного случая и диагноз, а также результаты обследования на день наступления события;

12.3.1.3.4. реестр ТФОМС за период 5 (пять) лет, предшествующий заключению договора страхования (страхового полиса) с указанием наименований, дат обращений в ЛПУ и кодов диагнозов заболеваний по международной классификации болезней МКБ-10. Реестр ТФОМС также предоставляется при наличии застарелых травм (черепно-мозговых травмах, патологических переломах и вывихах, повреждениях связок, травмах коленного сустава и подобных повреждениях);

12.3.1.3.5. выписной/переводной эпикриз, в котором указывается заключительный диагноз, длительность лечения, лечебно-диагностические (медицинские) мероприятия, проводимые в отношении поврежденного органа, проведенное лечение и оценка его эффективности, рекомендации больному при выписке;

12.3.1.3.6. сопроводительный лист станции скорой медицинской помощи Ф.№ 114/у;

12.3.1.3.7. справку из Журнала записи вызовов скорой медицинской помощи Ф.№ 109/у;

12.3.1.3.8. индивидуальную карту беременной и родильницы Ф.№ 111/у

12.3.1.3.9. справку из психоневрологического и/или наркологического диспансера;

12.3.1.3.10. справку из медицинского учреждения с указанием даты и результатов анализов крови на ВИЧ;

12.3.1.3.11. справку из медицинского учреждения с указанием даты и результатов анализов на заболевания, передающиеся половым путем и/или справку из кожно-венерологического диспансера;

12.3.1.3.12. справку из туберкулезного диспансера;

12.3.1.3.13. справку об остатке задолженности Страхователя / Застрахованного лица перед Выгодоприобретателем по кредитному договору / договору займа – по состоянию на момент получения письменного уведомления Страховщика о признании заявленного события страховым случаем, а также правоустанавливающие документы кредитодателя / держателя закладной;

12.3.1.3.14. справку о среднедневном заработке за последний год с даты обращения к Страховщику с места работы Застрахованного лица или справка о доходах по форме 2-НДФЛ за тот же период;

12.3.2. в случае временной утраты трудоспособности (расстройства здоровья) в результате несчастного случая (п. 3.4.3.1, 3.4.3.2) кроме документов, указанных п.12.3.1. настоящих Правил, необходимо предоставить:

12.3.2.1. постановление полиции, ГИБДД, суда, прокуратуры по факту заявленного события, если травма получена при ДТП, в результате противоправных действий третьих лиц, при наличии колото-резаных ран и подобных повреждений, а также в случае отравления, с указанием результатов судебно-химического исследования крови и мочи пострадавшего Застрахованного на предмет содержания в них алкогольных/наркотических веществ;

12.3.2.2. акт о несчастном случае на производстве Ф.№ Н-1, если травма производственная либо акт о несчастном случае, если травма получена: на транспорте, во время проведения массово-развлекательно-спортивных мероприятий, во время занятия спортом в специализированных образовательных учреждениях и спортивных сооружениях, во время посещения парковых аттракционов в парках развлечений;

12.3.2.3. при необходимости, по запросу Страховщика дополнительно представить:

12.3.2.3.1. справку из журнала регистрации медицинской помощи, оказываемой на занятиях физической культуры и спортивных мероприятиях Ф.№ 067/у, если травматическое повреждение получено при занятиях спортом в образовательном учреждении, во время занятия спортом в специализированных образовательных учреждениях и спортивных сооружениях;

12.3.2.3.2. справку из журнала медицинского обслуживания физкультурных мероприятий Ф.№ 68/у, если травма получена во время проведения массово-развлекательно-спортивных мероприятий;

12.3.2.3.3. справку из журнала записи рентгенологических исследований Ф.№050/у, если в представленных медицинских документах отсутствуют сведения о дате и № регистрации проведенного рентгенологического исследования, подтверждающего факт перелома кости, либо проведенного в связи с повреждением связок;

12.3.2.3.4. оригиналы рентгеновских снимков с результатами рентгенологического исследования при переломах и вывихах, травмах коленного сустава и черепно-мозговых травмах;

12.3.2.3.5. водительское удостоверение (иной документ, подтверждающий право управления соответствующей категории любым транспортным средством) Застрахованного лица, либо водителя, управлявшего транспортным средством в момент наступления ДТП;

12.3.2.3.6. надлежащим образом оформленную копию акта об освидетельствовании о состоянии опьянения лица, управлявшего транспортным средством в момент наступления ДТП;

12.3.2.3.7. копию вступившего в законную силу приговора, решение суда – в случае если по факту события было возбуждено уголовное дело и/или ведется судебный процесс, от результатов которого зависит квалификация заявленного события;

12.3.2.3.8. копию постановления: о назначении дополнительной проверки, о возбуждении или отказе в возбуждении уголовного дела, о начале судебного процесса, заверенную органом МВД.

12.3.3. в случае установления инвалидности I, II, или III группы в результате несчастного случая (п. 3.4.2.1, 3.4.2.2), заболеваний (п. 3.4.2.3, п. 3.4.2.4), а также в случае утраты профессиональной трудоспособности (п. 3.4.4), кроме документов, указанных пп.12.3.1 и 12.3.2 настоящих Правил, необходимо предоставить:

12.3.3.1. нотариально удостоверенную копию справки органа МСЭ об установлении инвалидности либо утрате профессиональной трудоспособности;

12.3.3.2. копию направления на МСЭ Ф.№088/у-06, заверенную органом МСЭ или медицинским учреждением, направившим на МСЭ;

12.3.3.3. акт Бюро МСЭ по результатам экспертизы установления степени утраты профессиональной трудоспособности либо установления группы инвалидности;

12.3.3.4. заключение центра профессиональной патологии о наличии профессионального заболевания;

12.3.3.5. пенсионное удостоверение;

12.3.4. в случае смерти Застрахованного лица в результате несчастного случая (п. 3.4.1.1, 3.4.1.2) или заболеваний (п. 3.4.1.3, 3.4.1.4) кроме документов, указанных пп.12.3.1 и 12.3.2 настоящих Правил, необходимо предоставить:

12.3.4.1. свидетельство о праве на наследство, выданное нотариусом, если Выгодоприобретатель на случай смерти Застрахованного лица не назван в договоре страхования (полисе);

12.3.4.2. нотариально удостоверенное распоряжение Застрахованного лица о назначении посмертного получателя страховой выплаты, если Выгодоприобретатель не назван в договоре страхования (страховом полисе);

12.3.4.3. свидетельство о смерти, выданное ЗАГС;

12.3.4.4. медицинское свидетельство о смерти Ф.№ 106/у выданное учреждениями здравоохранения для обращения в ЗАГС с целью получения свидетельства о смерти и справки Ф.№ 33;

12.3.4.5. акт судебно-медицинского исследования трупа (судебно-химического исследования) Ф.№ 175/у, с указанием результатов биохимического исследования биологических материалов, а также крови и мочи на наличие алкоголя и наркотикосодержащих веществ либо, если судебно-медицинского исследования трупа не проводилось, протокол/карту патологоанатомического исследования Ф.№013/у;

12.3.4.6. при необходимости, по запросу Страховщика дополнительно предоставить:

12.3.4.6.1. посмертный эпикриз;

12.3.4.6.2. заключение эксперта / экспертиза трупа Ф.№ 170/у;

12.4. В случае, если Застрахованное лицо является несовершеннолетним либо недееспособным, то от его имени заявление подается его законным представителем, который дополнительно предоставляет документы, подтверждающие законность его полномочий в отношении Застрахованного лица.

12.5. Документы должны предоставляться Страховщику в виде оригиналов или в виде копий (заверенных надлежащим образом и с предоставлением по требованию Страховщика оригинала документа).

При этом на Страхователя, Застрахованного лица, Выгодоприобретателя возлагается обязанность предоставить построчный перевод документов, составленных на иностранном языке, а также совершить все необходимые действия по удостоверению соответствующим образом документов, составленных за пределами территории Российской Федерации (легализация документа или проставление апостиля). В случаях, когда согласно законодательству Российской Федерации и/или международным договорам Российской Федерации, легализация или проставление апостиля не требуется, Страховщик вправе потребовать предоставления нотариально заверенного перевода документа.

12.6.В случае изменения действующих форм документов, указанных в пп. 12.3.1-12.3.4 настоящих Правил, Заявитель обязан предоставить документы по вновь утвержденным формам.

12.7. После получения от Заявителя всех необходимых документов, в том числе дополнительно запрошенных Страховщиком, а также документов, запрошенных у компетентных органов, Страховщик обязан:

12.7.1. в течение 5 (пяти) рабочих дней после получения всех документов, принять решение о признании заявленного события страховым или не страховым случаем;

12.7.2. в случае признания заявленного события страховым случаем, в течение 20 (двадцати) рабочих дней составить страховой акт (иной документ о выплате по форме Страховщика, далее страховой акт) и произвести страховую выплату Застрахованному лицу (Выгодоприобретателю) в соответствии с условиями договора страхования;

12.7.3. В случае принятия решения об отказе в выплате, в течение 3 (трех) рабочих дней после принятия решения об отказе, если иной срок не установлен законодательством Российской Федерации и нормативными актами Банка России, направить Страхователю (Выгодоприобретателю, Застрахованному лицу) письменное уведомление с мотивированным обоснованием причин отказа в выплате страхового возмещения (в т.ч. с помощью официального сайта Страховщика в информационно-телекоммуникационной сети «Интернет» путем электронного взаимодействия/документооборота) со ссылками на нормы права и (или) условия договора страхования и настоящих Правил, на основании которых принято решение об отказе. Отказ Страховщика произвести страховую выплату может быть обжалован Страхователем (Застрахованным лицом, Выгодоприобретателем) в порядке, предусмотренном законодательством Российской Федерации.

12.8. Страховщик имеет право, письменно уведомив Страхователя, Застрахованного лица (Выгодоприобретателя), вынести мотивированное решение об отсрочке принятия решения о признании или непризнании события страховым случаем или об отказе в страховой выплате, в случаях если:

а) по фактам, послужившим причиной наступления страхового случая, возбуждено уголовное дело или начат судебный процесс – до окончания производства по уголовному делу или судебному процессу (до события, которое наступит ранее);

б) возникла необходимость в экспертизе представленных документов, причин и обстоятельств произошедшего события, имеющего признаки страхового случая. Отсрочка возможна, в случае, если у Страховщика имеются мотивированные сомнения в подлинности документов, подтверждающих страховой случай, и/или не установлены все обстоятельства, которые должны быть установлены для решения вопроса о признании / не признании заявленного события страховым случаем – до получения соответствующего заключения экспертизы;

в) полученные Страховщиком и предусмотренные договором страхования документы не подтверждают наличие страхового случая и/или размер причиненного вреда, или в иных случаях, предусмотренных настоящими Правилами, в связи с чем возникла необходимость в запросе дополнительных документов. В этом случае, Страховщик вправе запросить дополнительно документы у Страхователя, Застрахованного лица (в порядке, предусмотренном п. 12.6 настоящих Правил) и/или компетентных органов и/или организаций. При этом Страховщик обязан обосновать в своем запросе необходимость предоставления ему таковых документов – до получения от Страхователя дополнительных документов или ответа компетентного органа и/или организации, но не более 30 (тридцати) рабочих дней с даты направления запроса.

Решение о признании или непризнании события страховым случаем или об отказе в выплате страхового возмещения принимается в течение 20 (двадцати) рабочих дней после получения всей необходимой информации в соответствии с настоящим пунктом Правил.

12.9. Если Заявитель обратился с заявлением о страховой выплате в период, когда процесс лечения Застрахованного лица еще не закончился (имеются признаки воспаления, осложнения или лечение продолжается), Страховщик вправе принять решение о предварительной выплате по состоянию здоровья на день подачи заявления. Решение о выплате принимается при наличии всех документов, необходимых для принятия решения о выплате по состоянию здоровья на момент обращения.

12.10. В случае возникновения споров между Сторонами о причинах и размере вреда каждая из Сторон имеет право потребовать проведения экспертизы (при этом Страхователь (Застрахованное лицо, Выгодоприобретатель) согласовывает эксперта (оценщика) со Страховщиком). Экспертиза проводится за счет Стороны, потребовавшей ее проведения. Если результатами экспертизы будет установлено, что отказ Страховщика в страховой выплате был не обоснованным, Страховщик принимает на себя долю расходов по экспертизе, соответствующую соотношению суммы, в выплате которой было первоначально отказано, и суммы, выплаченной после проведения экспертизы. Расходы на проведение экспертизы по случаям, признанным после ее проведения не страховыми, относятся на счет Страхователя (Застрахованного лица, Выгодоприобретателя).

13. ОПРЕДЕЛЕНИЕ РАЗМЕРА ВРЕДА И СТРАХОВАЯ ВЫПЛАТА

13.1. Страховая выплата осуществляется в размере, определенном в соответствии с условиями договора страхования и настоящих Правил, после документального подтверждения факта наступления страхового случая, его причин и обстоятельств.

13.2. Страховая выплата не осуществляется, если произошедшее событие не является страховым случаем (исключено из страхового риска) в соответствии с настоящими Правилами или Страховщик освобожден от страховой выплаты (возмещения убытков) в соответствии с законодательством Российской Федерации и/или условиями настоящих Правил и договора страхования.

13.3. Страховщик вправе не осуществлять страховую выплату, если Страхователем, Застрахованным лицом (Выгодоприобретателем) представлены не все документы, которые должны быть представлены в соответствии с п. 12.6 настоящих Правил, и лицо, предъявившее требование о страховой выплате Застрахованное лицо (Выгодоприобретатель), настаивает на выплате ему страхового возмещения при отсутствии этих документов, при условии, что такое лицо не доказало факт наступления страхового случая и (или) документально не подтвердило обстоятельства его наступления.

13.4. Общая сумма страховых выплат по одному или нескольким страховым случаям, произошедшим в течение срока страхования, не может превышать размера страховой суммы, обусловленной условиями договора страхования.

13.5. Расчет суммы страховой выплаты производится в соответствии с вариантом страхования, обусловленным договором страхования.

13.6. Размер суммы страховой выплаты определяется Страховщиком на основании документов, предоставленных Заявителем, в соответствии с условиями настоящих Правил и договора страхования.

13.7. В случае временной утраты общей трудоспособности Застрахованным лицом (расстройства здоровья), явившейся следствием застрахованных рисков, указанных в пп. 3.4.3.1, 3.4.3.2, 3.4.3.3, 3.4.5.1, 3.4.5.2, 3.4.5.3, 3.4.6.1, 3.4.6.2 и 3.4.6.3 страховая выплата производится по одному из вариантов (если иное не предусмотрено договором страхования), обусловленному договором страхования, в следующих размерах от страховой суммы:

	Порядок определения размера страховой выплаты		
	Вариант I	Вариант II	Вариант III
«Несчастный случай»	Определяется по Таблице размеров страховых выплат, утвержденной на момент заключения договора страхования.	Не более 0,5% от страховой суммы за каждый день нетрудоспособности, при условии непрерывного лечения, но не более чем за 90 календарных дней.	В размере разницы между среднедневным заработком и выплатой пособия по листку нетрудоспособности, но не более чем за 90 календарных дней.
«Впервые диагностированное заболевание»	Определяется по Таблице размеров страховых выплат, утвержденной на момент заключения договора страхования.	Не более 0,5% от страховой суммы за каждый день нетрудоспособности, начиная с 11 календарного дня, но не более чем за 90 календарных дней непрерывного лечения.	В размере разницы между среднедневным заработком и выплатой пособия по листку нетрудоспособности, начиная с 7 дня нетрудоспособности, но не более чем за 90 календарных дней.
«Обострение хронических заболеваний»	Определяется по Таблице размеров страховых выплат, утвержденной на момент заключения договора страхования.	Не более 0,5% от страховой суммы за каждый день нетрудоспособности, начиная с 11 календарного дня, но не более чем за 90 календарных дней непрерывного лечения.	В размере разницы между среднедневным заработком и выплатой пособия по листку нетрудоспособности, начиная с 7 дня нетрудоспособности, но не более чем за 30 календарных дней.
«Госпитализация»	Определяется по Таблице размеров страховых выплат, утвержденной на момент заключения договора страхования.	Не более 0,5% от страховой суммы за каждый день нетрудоспособности, начиная с 11 календарного дня, но не более чем за 90 календарных дней непрерывного лечения.	В размере разницы между среднедневным заработком и выплатой пособия по листку нетрудоспособности, начиная с 7 дня нетрудоспособности, но не более чем за 30 календарных дней.
«Хирургическая операция»	Определяется по Таблице размеров страховых выплат, утвержденной на момент заключения договора страхования.	Не более 0,5% от страховой суммы за каждый день нетрудоспособности, начиная с 11 календарного дня, но не более чем за 90	В размере разницы между среднедневным заработком и выплатой пособия по листку нетрудоспособности, начиная с 7 дня нетрудоспособности,

	Порядок определения размера страховой выплаты		
	Вариант I	Вариант II	Вариант III
		календарных дней непрерывного лечения.	но не более чем за 30 календарных дней.

13.7.1. Количество дней нетрудоспособности исчисляется за период лечения, обеспечивающий снятие острого течения последствий несчастного случая, заболеваний. При расчете количества дней нетрудоспособности период реабилитационно-восстановительного и/или профилактического лечения в расчет не принимается.

13.7.2. Началом лечения считается дата обращения в лечебное учреждение по поводу несчастного случая либо заболевания, а окончанием служит дата, определенная лечащим врачом в карте амбулаторного или стационарного больного как дата выздоровления либо перевода на реабилитационно-восстановительное лечение.

13.8. В случае установления группы (категории) инвалидности Застрахованному лицу, в результате события, явившегося следствием застрахованных рисков, указанных в пп. 3.4.2.1, 3.4.2.2, 3.4.2.3 страховая выплата (если иное не предусмотрено условиями договора страхования) производится в следующих размерах от страховой суммы, обусловленной договором страхования:

Группа (категория) инвалидности	Размер страховой выплаты в %
Категория «Ребенок-инвалид»	100,00
I группа	100,00
II группа	100,00
III группа	40,00

13.9. Если в связи со страховым случаем была произведена страховая выплата, а в дальнейшем будет выявлено более тяжелое повреждение того же органа, осложнение травмы или установление инвалидности, дающие основания для страховой выплаты в большем размере, произведенная ранее страховая выплата вычитается из страховой суммы, исчисленной при принятии окончательного решения.

13.10. В том случае, когда в течение 6 месяцев после перелома кости Застрахованный получил повторный перелом (за исключением патологического перелома) той же кости и в том же месте (рефрактуру), страховая выплата производится при условии подтверждения факта повторного перелома рентгенограммами, выполненными по окончании лечения первого перелома, а также повторного перелома.

13.11. При сочетанном повреждении в результате одной травмы нескольких органов размер страховой выплаты устанавливается с учетом функциональных нарушений каждого травмированного органа, но в целом не может превышать 100% страховой суммы с учетом ранее произведенных выплат.

13.12. Удаление во время операции по поводу травмы болезненно измененного органа (в связи с заболеванием, развившимся до травмы) к страховым случаям не относятся. Страховая выплата при этих условиях может проводиться только за факт проведенного оперативного вмешательства.

13.13. Если в связи с травмой проводились оперативные вмешательства, страховая выплата производится однократно, независимо от их количества. Если же в результате одной травмы наступят переломы костей различных сегментов конечности (например, плеча и предплечья, бедра и голени и т.п.), страховая выплата производится с учетом оперативных вмешательств на каждом из сегментов конечности путем суммирования.

13.14. В случае смерти Застрахованного лица в результате события, явившегося следствием застрахованных рисков, указанных в пп. 3.4.1.1, 3.4.1.2, 3.4.1.3 страховая выплата производится Выгодоприобретателю в размере 100% страховой суммы, обусловленной договором страхования при условии, что страховая выплата по договору страхования не производилась. Если по договору страхования выплаты были произведены, то они удерживаются из суммы выплаты, исчисленной по случаю смерти Застрахованного лица.

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

13.16. Страховая выплата по случаю смерти Застрахованного лица или постоянной утраты общей трудоспособности производится, если смерть или установление группы (категории) инвалидности наступили в течение одного года со дня наступления события, имеющего признаки страхового риска, обусловленного договором страхования, если иное не оговорено Договором.

13.17. В случае, если иное не оговорено договором страхования, утраты профессиональной трудоспособности в результате события, явившегося следствием застрахованных рисков, указанных в п. 3.4.4, страховая выплата производится в следующих размерах от страховой суммы, обусловленной договором страхования:

Характер снижения способности к профессиональной деятельности в результате несчастного случая на производстве или профессионального заболевания	Размер страховой выплаты в % от страховой суммы
Полная утрата способности к профессиональной деятельности, в том числе в специально созданных производственных или иных условиях, со значительно	100,00

Характер снижения способности к профессиональной деятельности в результате несчастного случая на производстве или профессионального заболевания	Размер страховой выплаты в % от страховой суммы
выраженными нарушениями функций организма. При этом (по заключению МСЭ) степень утраты профессиональной трудоспособности установлена не ниже 100%	
Способность к профессиональной деятельности (труду) лишь в специально созданных производственных условиях вследствие выраженных нарушений функций организма. При этом (по заключению МСЭ) степень утраты профессиональной трудоспособности установлена не ниже 80% включительно	80,00
Способность к профессиональной деятельности в обычных производственных условиях с выраженным снижением квалификации либо с уменьшением объема выполняемой работы вследствие умеренного нарушения функций организма. При этом (по заключению МСЭ) степень утраты профессиональной трудоспособности установлена не ниже 50% включительно.	50,00
Способность профессиональной деятельности с уменьшением объема выполняемой работы вследствие умеренных нарушений функций организма. При этом (по заключению МСЭ) степень утраты профессиональной трудоспособности установлена не ниже 40% включительно, а также, решением Учреждения МСЭ, Застрахованному установлена группа инвалидности.	40,00
Способность профессиональной деятельности с уменьшением объема выполняемой работы вследствие умеренных нарушений функций организма. При этом (по заключению МСЭ) степень утраты профессиональной трудоспособности установлена не ниже 40% включительно, а также, решением Учреждения МСЭ, Застрахованному не установлена группа инвалидности.	20,00
Способность профессиональной деятельности в обычных профессиональных условиях с умеренным или незначительным снижением квалификации либо с уменьшением объема выполняемой работы вследствие незначительных нарушений функций организма. При этом (по заключению МСЭ) степень утраты профессиональной трудоспособности установлена не ниже 10% включительно.	10,00

В случае если Выгодоприобретатель умер, не успев получить причитающуюся страховую выплату, выплата производится его наследникам.

13.18. Страховая выплата производится в денежной форме в безналичном порядке в срок, установленный настоящими Правилами или иным способом по согласованию с получателем страховой выплаты. Днем выплаты считается дата списания со счета Страховщика подлежащей перечислению на счет получателя суммы.

13.19. Течение сроков на осуществление страховой выплаты начинается после предоставления всех необходимых документов, в т.ч. заявления на страховую выплату и указания в нем банковских реквизитов.

13.20. В случае если Страхователем, Застрахованным лицом (Выгодоприобретателем) не предоставлены банковские реквизиты, а также другие сведения, необходимые для осуществления страховой выплаты, срок осуществления страховой выплаты приостанавливается до получения Страховщиком указанных сведений, при этом Страховщик обязан уведомить обратившееся лицо о факте приостановки и запросить у него недостающие сведения.

13.21. В случае неверного указания получателем выплаты реквизитов, все риски, связанные с перечислением Страховщиком денежных средств по указанным реквизитам, несет такой получатель выплаты.

13.22. Если после страховой выплаты обнаружится обстоятельство, полностью или частично лишаящее Страхователя, Застрахованного лица (Выгодоприобретателя) права на получение страховой выплаты по договору страхования, то Страхователь, Застрахованное лицо (Выгодоприобретатель) обязан вернуть Страховщику полученную выплату (или ее соответствующую часть) в течение 5 (пяти) рабочих дней со дня обнаружения данного обстоятельства Страхователем, Застрахованным лицом (Выгодоприобретателем) или получения соответствующего требования Страховщика (в зависимости от того, что произойдет раньше).

14. ПОРЯДОК, СПОСОБ УВЕДОМЛЕНИЯ И РЕКВИЗИТЫ СТОРОН

14.1. Согласно статьи 165.1 ГК РФ Страхователь, Застрахованное лицо (Выгодоприобретатель) и Страховщик договорились, что заявления, уведомления, извещения, требования или иные юридически значимые сообщения, с которыми закон или договор страхования связывают гражданско-правовые последствия для данных лиц, должны быть совершены в письменной форме и переданы адресату (его представителю) на руки или почтовой, телеграфной связью, с помощью официального сайта Страховщика через личный кабинет Страхователя, Застрахованного лица (Выгодоприобретателя) путем электронного документооборота, а также с помощью электронной почты на адрес электронной почты, указанный Страхователем, Застрахованным лицом (Выгодоприобретателем) в заявлении на страховании/договоре страхования, в виде СМС-сообщения по телефону, указанному в договоре страхования или в заявлении о происшествии влекут для них такие последствия с момента доставки соответствующего сообщения адресату (его представителю), при этом юридически значимое сообщение считается доставленным в следующих случаях:

- при передаче юридически значимого сообщения на руки адресату – со дня его вручения;

- при передаче юридически значимого сообщения почтовой, телеграфной связью в случае наступления одного из следующих событий в зависимости от того, какое из них наступило ранее:
 - со дня вручения его адресату;
 - отказа адресата от его получения;
 - по истечению месяца со дня его поступления на объект почтовой связи, обслуживающий адресата, на который отправлено юридически значимое сообщение (в последних двух случаях юридически значимое сообщение считается доставленным, так как оно не было фактически получено адресатом по обстоятельствам, зависящим от него);

- при передаче юридически значимого сообщения с помощью официального сайта Страховщика через личный кабинет Страхователя, Застрахованного лица (Выгодоприобретателя) или на адрес электронной почты - со дня его доставки по назначению.

14.2. Страхователь, Застрахованное лицо (Выгодоприобретатель) и Страховщик обязаны сообщать об изменении адресов (в т.ч. адресов электронной почты), банковских реквизитов и иных сведений о лицах, указанных в договоре страхования.

14.3. Сторона, в случае изменения адреса, реквизитов и иных сведений, указанных в договоре страхования, не исполнившая обязанность по уведомлению об изменениях другой стороны договора страхования, несет риск связанных с этим неблагоприятных последствий (в том числе риск убытков).

14.4. Если в заявлении не указан способ уведомления Страхователя, Застрахованного лица либо в отсутствие страховых случаев Страхователем, Застрахованным лицом не подавалось заявление о происшествии, то уведомление осуществляется путем направления СМС-сообщения на номер телефона, указанный в договоре страхования; при отсутствии номера телефона – простым письмом по адресу, указанному в договоре страхования, либо по электронной почте по электронному адресу, указанному в договоре страхования.

14.5. При наличии нескольких отличающихся контактных данных Страхователя, Застрахованного лица (Выгодоприобретателя) выбор конкретного номера телефона, почтового адреса или адреса электронной почты для отправки уведомления осуществляет Страховщик. Гражданско-правовые последствия, связанные с направлением Страховщиком в адрес Страхователя, Застрахованного лица уведомлений, извещений и сообщений, считаются наступившими для Страхователя, Застрахованного лица с момента, предусмотренного Правилами или договором страхования, или указанного в тексте уведомления, извещения или сообщения, а если данный момент не указан - с момента получения Страхователем, Застрахованным лицом уведомления, извещения или сообщения Страховщика.

15. ПОРЯДОК РАЗРЕШЕНИЯ СПОРОВ

15.1. По спорам, вытекающим из договора страхования, обязателен досудебный порядок урегулирования. При недостижении соглашения по предмету спора в процессе переговоров обязательным является направление письменной претензии (заявления) (в т.ч. с помощью официального сайта Страховщика путем электронного документооборота), с указанием причин несогласия с действиями (бездействием) оппонента, мотивированных доводов по предъявляемым требованиям.

15.2.Срок рассмотрения претензий (заявлений):

15.2.1. Для юридических лиц и индивидуальных предпринимателей срок рассмотрения претензии составляет 30 (тридцать) дней со дня получения претензии.

15.2.2. Для физических лиц, являющихся потребителями согласно Закона РФ от 07.02.1992 №2300-1 «О защите прав потребителей» и Федерального закона от 04.06.2018 №123-ФЗ «Об уполномоченном по правам потребителей финансовых услуг» срок рассмотрения претензий (электронного заявления в соответствии с положениями Федерального закона от 04.06.2018 №123-ФЗ «Об уполномоченном по правам потребителей финансовых услуг») составляет:

- в случаях, подлежащих рассмотрению в порядке ч.1 ст.15 и п.1 ч.2 ст.16 Федерального закона от 04.06.2018 №123-ФЗ «Об уполномоченном по правам потребителей финансовых услуг», - 15 (пятнадцать) рабочих дней с момента получения претензии (электронного заявления в соответствии с положениями Федерального закона от 04.06.2018 №123-ФЗ «Об уполномоченном по правам потребителей финансовых услуг»), при этом со дня нарушения прав Страхователя (Выгодоприобретателя) должно пройти не более 180 календарных дней;

- в иных случаях 30 (тридцать) дней.

15.3. В случае неудовлетворения претензий/заявлений лиц, указанных в настоящем разделе Правил, споры разрешаются в порядке, в том числе судебном, предусмотренном законодательством Российской Федерации.

Приложение № 1

к Комплексным правилам страхования
от несчастных случаев и болезней
(номер по классификатору 153, редакция 1)

ДОПОЛНИТЕЛЬНЫЕ УСЛОВИЯ №1

«СТРАХОВАНИЕ НА СЛУЧАЙ КРИТИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ»

1. Настоящие Дополнительные условия №1 «Страхование на случай критических заболеваний» (далее также – Дополнительные условия, ДУ №1) определяют особенности страхования на случай критических заболеваний. Настоящие ДУ действуют совместно и в дополнение ко всем условиям, положениям и нормам, изложенным в Комплексных правилах страхования от несчастных случаев и болезней (далее – Правила, Правила страхования). В случаях, не оговоренных настоящими ДУ №1, применяются соответствующие положения Правил.

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

3. Не является страховым случаем установление диагноза критического заболевания или проведение хирургической операции, если критическое заболевание наступило или хирургическая операция была проведена вследствие причин, указанных в п. 4.1 Правил, а также, если критическое заболевание диагностируется или хирургическая операция проводится в течение выжидательного периода или после даты окончания срока страхования по риску «Критические заболевания».

Выжидательный период – период времени со дня вступления в силу договора страхования в отношении Застрахованного лица по риску «Критические заболевания» до даты начала срока действия страхования по данному риску, в течение которого произошедшие события не являются страховыми случаями по договору страхования.

Если договором страхования не предусмотрено иное, выжидательный период составляет 3 (три) месяца.

Выжидательный период может не применяться при заключении договора страхования в отношении одного и того же Застрахованного лица на новый срок, если иное не установлено договором страхования.

4. Перечень Критических заболеваний и операций является исчерпывающим и включает в себя:

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

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

- Неходжкинские лимфомы
- Лимфогранулематоз (болезнь Ходжкина)
- Острые лейкозы (кроме хронического лимфолейкоза)
- Множественная миелома

Диагноз должен быть подтвержден онкологом на основании данных гистологического исследования.

Из определения исключаются:

- все степени выраженности цервикальной интраэпителиальной неоплазии;
- меланома, максимальная толщина которой, в соответствии с гистологическим заключением, меньше или равна 1 мм или которая не превышает уровень развития T1N(0)M(0) по классификации TNM, любая другая опухоль, не проникшая в сосочково-ретикулярный слой;
- все эпителиально-клеточные раки кожи при отсутствии прорастания в другие органы;
- рак предстательной железы стадии T1 (включая T1a, T1b, T1c) по классификации TNM);
- опухоли со злокачественными изменениями карцином in situ (включая дисплазию шейки матки I, II, III стадии) или гистологически описанные как предраки);
- все гиперкератозы или базально-клеточные карциномы кожи;
- саркома Капоши и другие опухоли, ассоциированные с ВИЧ-инфекцией или СПИД;
- любые злокачественные или предраковые образования, папиллома мочевого пузыря, полипоз кишечника, болезнь Крона, язвенный колит, гематурия, стул с кровью, кровохарканье, лимфаденопатия, спленомегалия, кахексия.

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

Вышеуказанный диагноз должен основываться на следующих данных:

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

Следующие патологии исключаются из определения:

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

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

Из страхования исключаются:

- преходящие ишемические нарушения мозгового кровообращения;
- травматические повреждения головного мозга;
- неврологические симптомы, возникающие в результате мигрени;
- лакунарные инсульты без неврологической симптоматики.

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

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

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

4.6.1. Аутологичная трансплантация костного мозга/стволовых кровяных клеток периферической крови - источником стволовых клеток или костного мозга является сам пациент.

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

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

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

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

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

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

документально подтвержденный эпизод обострения подобного рода нарушений вместе с наличием характерных изменений в цереброспинальной жидкости, наравне со специфическими повреждениями, регистрируемыми при магнито-резонансной томографии.

4.12. Инфицирование Вирусом Иммунодефицита Человека (ВИЧ) вследствие переливания крови при условии наличия всех нижеперечисленных обстоятельств:

- а) заражение является прямым следствием переливания крови, произведенным по медицинским показаниям в течение срока действия страхования;
- б) учреждение, в котором было произведено переливание крови, признает свою ответственность по факту заражения Застрахованного лица;
- в) Застрахованное лицо не является больным гемофилией.

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

Диагноз должен быть подтвержден врачами специализированного лечебного учреждения.

4.12.1. Инфицирование Вирусом Иммунодефицита Человека (ВИЧ) вследствие профессиональной (медицинской деятельности)

ВИЧ – инфекция – заболевание, возникающее вследствие заражения вирусом иммунодефицита человека, где заражение вирусом происходит в результате случайного и непреднамеренного происшествя, имевшего место в процессе выполнения стандартных профессиональных (медицинских) обязанностей.

Случай признается страховым при условии наличия всех ниже перечисленных обстоятельств:

- Сероконверсия ВИЧ-инфекции должна происходить в рамках 6 месяцев от момента заражения.
- Учреждение, в котором было произведено лечение, ставшее причиной инфицирования, признает свою ответственность (или признано компетентными органами ответственным) по факту заражения Застрахованного лица.

Необходимо уведомить страховую компанию о любом случае (прецеденте), который может привести к инфицированию в течение 7 (семи) суток и приложить отрицательный результат теста на ВИЧ, произведенный после этого случая.

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

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

4.15. Тяжелая травма головы - открытое или закрытое травматическое повреждение тканей мозга, сопровождающееся нарушением функции мозга. Окончательный диагноз должен быть подтвержден специалистом, а также результатами специальных исследований (например, КТ или МРТ головного мозга). Нарушение должно выражаться в постоянной невозможности самостоятельно выполнять три и более элементарных бытовых действия - мыться (способность мыться в душе или в ванне), одеваться (снимать или надевать на себя одежду, застегиваться или расстегиваться), соблюдать личную гигиену (пользоваться туалетом, поддерживать приемлемый уровень гигиены), подвижность (способность передвигаться дома или в пределах этажа), самостоятельно регулировать экскреторные функции, есть/пить (но не готовить пищу). Результатом данного заболевания может также являться состояние полной прикованности к постели и неспособность подняться с кровати самостоятельно без посторонней помощи. Описанные выше состояния должны быть подтверждены медицинскими документами по меньшей мере в течение 3 (трех) месяцев.

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

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

4.18. Бактериальный менингит - воспаление оболочек головного и спинного мозга, ведущее к серьезным и постоянным нарушениям, таким как дефицит слуха, припадки, расстройства интеллекта, когнитивный дефицит, расстройства речи, ухудшение зрения, психиатрические расстройства, моторный дефицит. Точный и окончательный диагноз должен быть подтвержден неврологом в сертифицированном лечебном учреждении. Также должны быть предоставлены результаты специфических анализов для подтверждения серьезности и наличия постоянного характера состояния больного по крайней мере в течение 6 (шести) месяцев.

5. Дополнительно может быть предусмотрено страхование следующего риска:

В случаях установления следующих диагнозов и/или проведения следующих операций размер страховой выплаты составит 25% страховой суммы по риску «Критические заболевания»:

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

6. Программы страхования:

Программа А

Страховая выплата в размере 100% страховой суммы производится в случае событий, указанных в пп. 4.1 – 4.7 ДУ №1.

Программа Б

Страховая выплата в размере 100% страховой суммы производится в случае событий, указанных в пп. 4.1 – 4.11 ДУ №1.

Программа В

Страховая выплата в размере 100% страховой суммы производится в случае событий, указанных в пп. 4.1 – 4.13 ДУ №1.

Программа Г

Страховая выплата в размере 100% страховой суммы производится в случае событий, указанных в пп. 4.1, 4.6, 4.7, 4.10, 4.14, 4.15 ДУ №1.

Программа Д

Страховая выплата в размере 100% страховой суммы производится в случае событий, указанных в пп. 4.1, 4.4, 4.6, 4.7, 4.10, 4.14 – 4.18 ДУ №1.

6.1. По соглашению сторон договором страхования может быть установлены иная комбинация событий из перечня «Критических заболеваний» и размер выплат.

7. По риску «Критические заболевания» Застрахованными лицами не могут быть лица, которые уже перенесли одно или несколько из заболеваний или операций, указанных в п. 4, 5 ДУ №1, если иное не предусмотрено договором.

8. Если иное не установлено договором, возраст Застрахованного лица не может быть меньше 18 (восемнадцати) и больше 55 (пятидесяти пяти) лет на дату начала страхования от критических заболеваний для программ А, Б, В. При условии непрерывного продления договора страхования лица, принятые на страхование по риску «Критические заболевания» в возрасте до 55 (пятидесяти пяти) лет, могут быть застрахованы по данному риску до 65 (шестидесяти пяти) лет. По программам Г и Д возраст Застрахованного лица не может быть меньше 2 (двух) и больше 18 (восемнадцати) лет на дату начала страхования от критических заболеваний.

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

- а) с даты выплаты страховой суммы в полном объеме - при наступлении страхового случая по настоящему риску;
- б) с даты окончания срока страхования;
- в) с даты обнаружения у Застрахованного лица ВИЧ-инфекции или СПИД, если событие не попадает под действие пп. 4.12 ДУ №1.

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

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

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

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

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

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

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

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

12.3. Выплата по риску «Критические заболевания» производится, если Застрахованное лицо живо по истечении 30-дневного периода с момента установления диагноза критического заболевания или проведения операции, указанных в пп. 4, 5 ДУ №1. В случае смерти до окончания указанного периода выплата по данному варианту страхования от критических заболеваний не производится.

Приложение № 2

к Комплексным правилам страхования
от несчастных случаев и болезней
(номер по классификатору 153, редакция 1)

**ДОПОЛНИТЕЛЬНЫЕ УСЛОВИЯ №2 «СТРАХОВАНИЕ
НА СЛУЧАЙ ИНФЕКЦИОННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ»**

1. Настоящие Дополнительные условия №2 «Страхование на случай инфекционных заболеваний» (далее также – Дополнительные условия, ДУ №2) определяют особенности страхования на случай инфекционных заболеваний. Настоящие ДУ №2 действуют совместно и в дополнение ко всем условиям, положениям и нормам, изложенным в Комплексных правилах страхования от несчастных случаев и болезней (далее – Правила, Правила страхования). В случаях, не оговоренных настоящими ДУ №2, применяются соответствующие положения Правил.

2. Страховым случаем по риску «Инфекционные заболевания» является впервые диагностированное в период страхования квалифицированным врачом на основании объективных симптомов и наступившее в течение срока страхования нарушение здоровья Застрахованного лица, явившееся следствием взаимодействия с поступившими в его организм в течение срока действия страхования болезнетворными микробами, бактериями, вирусами, микроорганизмами.

3. Перечень Инфекционных заболеваний включает в себя:

- геморрагическая лихорадка (независимо от вида);
- клещевой боррелиоз;
- вирусный клещевой энцефалит (энцефаломиелит);
- ботулизм;
- бруцеллез;
- холера;
- брюшной тиф;
- паратиф (независимо от вида);
- вирусный гепатит за исключением типа «А»;
- трихинеллез;
- бешенство;
- дифтерия;
- менингококковая инфекция;
- полиомиелит;
- столбняк;
- ящур;
- сибирская язва;
- чума;
- натуральная оспа;
- эпидемический сыпной тиф;
- туляремия;
- мелиоидоз;
- пситтакоз;
- Q-лихорадка;
- «птичий» грипп;
- «свиной» грипп;
- туберкулез;
- и другие инфекционные болезни (B99) в соответствии с МКБ-10.

Договором страхования могут быть предусмотрены иные инфекционные заболевания, в том числе впервые выявленные/ обнаруженные/установленные и еще неклассифицированные в соответствии с МКБ-10.

4. Не является страховым случаем установление диагноза инфекционного заболевания, если заболевание наступило вследствие причин, указанных в п. 4.1 Правил, а также, если инфекционное заболевание диагностируется в течение выжидательного периода или после даты окончания срока страхования по риску «Инфекционные заболевания».

Выжидательный период – период времени со дня вступления в силу договора страхования в отношении Застрахованного лица по риску «Инфекционное заболевание» до даты начала срока действия страхования по данному риску, в течение которого произошедшие события не являются страховыми случаями по договору страхования.

Если договором страхования не предусмотрено иное, выжидательный период составляет не менее 11 (Одиннадцати).

Выжидательный период может не применяться при заключении договора страхования в отношении одного и того же Застрахованного лица на новый срок, если иное не установлено договором страхования

5. Программы страхования:

Программа А

Страховая выплата в размере 100% страховой суммы производится в случае событий, указанных в п. 3 ДУ №2.

Программа Б

Страховая выплата в размере 75% страховой суммы производится в случае событий, указанных в п. 3 ДУ №2.

Программа В

Страховая выплата в размере 50% страховой суммы производится в случае событий, указанных в п. 3 ДУ №2.

5.1. По риску «Инфекционные заболевания» Застрахованными лицами не могут быть лица, которые уже перенесли одно или несколько из заболеваний, указанных в п. 3 ДУ № 2, если иное не предусмотрено договором.

6. Если иное не установлено договором, возраст Застрахованного лица не может быть меньше 2 (двух) и больше 65 (шестидесяти пяти) лет на дату начала страхования от инфекционных заболеваний для программ А, Б, В.

7. Действие страхования по риску «Инфекционные заболевания» прекращается:

- а) с даты выплаты страховой суммы в полном объеме - при наступлении страхового случая по настоящему риску;
- б) с даты окончания срока страхования;
- в) с даты обнаружения у Застрахованного лица ВИЧ-инфекции или СПИД.

8. Страхование по риску «Инфекционные заболевания» возможно по одному из следующих вариантов:

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

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

9.1. Размер страховой суммы по риску «Инфекционные заболевания» страхования не может превышать страховую сумму по риску «Смерть».

9.2. В случае страховой выплаты по риску «Инфекционные заболевания» страхования размер страховой суммы по риску «Смерть» уменьшается на величину произведенной выплаты.

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

10.1. Размер страховой суммы по риску «Инфекционные заболевания» устанавливается независимо от страховой суммы по риску «Смерть».

10.2. В случае страховой выплаты по риску «Инфекционные заболевания» размер страховой суммы по риску «Смерть» не изменяется.

10.3. Выплата по риску «Инфекционные заболевания» производится, если Застрахованное лицо живо по истечении 30-дневного периода с момента установления диагноза инфекционного заболевания, указанного в п.3 ДУ №2. В случае смерти до окончания указанного периода выплата по данному варианту страхования от инфекционных заболеваний не производится.

Приложение № 3

к Комплексным правилам страхования

от несчастных случаев и болезней

(номер по классификатору 153, редакция 1)

ДОПОЛНИТЕЛЬНЫЕ УСЛОВИЯ №3

«СТРАХОВАНИЕ НА СЛУЧАЙ ПРОВЕДЕНИЯ ХИРУРГИЧЕСКОЙ ОПЕРАЦИИ»

1. Настоящие Дополнительные условия №3 «Страхование на случай проведения хирургической операции» (далее также – Дополнительные условия, ДУ №3) определяют особенности страхования на случай проведения хирургической операции. Настоящие ДУ №3 действуют совместно и в дополнение ко всем условиям, положениям и нормам, изложенным в Комплексных правилах страхования от несчастных случаев и болезней (далее – Правила, Правила страхования). В случаях, не оговоренных настоящими ДУ №3, применяются соответствующие положения Правил.

2. В соответствии с Дополнительными условиями №3 страховым случаем признается проведение Застрахованному лицу хирургической операции в результате:

2.1. несчастного случая, при этом несчастный случай, потребовавший хирургического вмешательства, должен произойти в течение срока действия страхования. Список хирургических операций, на случай проведения которых проводится страхование, приведен в таблице 1 ДУ №3. При этом Страховщик вправе установить в договоре страхования временную франшизу, то есть период времени действия договора страхования, в течение которого страхование в отношении указанного события не действует. Временная франшиза не может превышать 180 дней.

2.2. болезни, при этом болезнь, потребовавшая хирургического вмешательства, должна быть впервые диагностирована в течение срока действия страхования. Список хирургических операций, на случай проведения которых проводится страхование, приведен в таблице 1 ДУ №3. При этом Страховщик вправе установить в договоре страхования временную франшизу, то есть период времени действия договора страхования, в течение которого страхование в отношении указанного события не действует. Временная франшиза не может превышать 180 дней.

Таблица 1

Таблица страховых выплат за хирургическую операцию

№ п/п	Вид хирургической операции	Размер страховой выплаты (% от страховой суммы)
1	2	3
1.	БРЮШНАЯ ПОЛОСТЬ	
Две или более хирургических операций, сделанных через один и тот же доступ, будут считаться как одна операция		
1.1	аппендектомия	30
1.2	резекция кишечника	60
1.3	резекция желудка	70
1.4	гастроэнтеротомия	50
1.5	удаление желчного пузыря (холецистэктомия)	40
1.6	лапаротомия для проведения диагностики, лечения или удаления одного или нескольких органов, за исключением вышеупомянутого	40
1.7	лапароскопия с целью диагностики или лечения	40
2.	АБСЦЕСС	
2.1	вскрытие поверхностного абсцесса, фурункула (одного или нескольких)	5
2.2	лечение карбункула или абсцесса, требующих госпитализации, одного или нескольких	10
3.	АМПУТАЦИЯ	
3.1	одного пальца руки или ноги	5
3.2	кисти или стопы (до голеностопного сустава)	20
3.3	предплечья, голени на любом уровне	30
3.4	бедря, плеча (на любом уровне)	70
4.	МОЛОЧНАЯ ЖЕЛЕЗА	
4.1	полная ампутация одной молочной железы с резекцией лимфоузлов в подмышечной области	50
4.2	полная ампутация обеих молочных желез резекцией лимфоузлов в подмышечной области	70
4.3	частичная ампутация одной молочной железы	20
4.4	частичная ампутация обеих молочных желез	40
5.	ГРУДНАЯ КЛЕТКА	

5.1	общая торакопластика	60
5.2	частичная торакопластика	40
5.3	удаление легкого	50
5.4	удаление части легкого	30
5.5	вскрытие грудной полости с целью диагностики или лечения	20
5.6	бронхоскопия диагностическая	10
5.7	бронхоскопия операционная, исключая биопсию	20
5.8	протезирование одного клапана сердца	50
5.9	протезирование 2-3 клапанов сердца	70
5.10	кардиохирургия с использованием шунтирования	50
5.11	кардиохирургия, включающая реконструкцию сосудов	50
6.	УХО	
6.1	миринготомия (рассечение барабанной перепонки)	5
6.2	мастоидэктомия – полная односторонняя	30
6.3	мастоидэктомия – полная двухсторонняя	40
7.	ПИЩЕВОД	
7.1	операция по поводу стриктуры	30
8	ГЛАЗ	
8.1	отслойка сетчатки (многочисленные разрывы)	70
8.2	катаракта	50
8.3	глаукома	20
8.4	удаление глазного яблока	30
8.5	удаление крыловидной плевы (итеригия)	10
8.6	вскрытие ячменя (на веке) или удаление халязиона	5
9.	ПЕРЕЛОМЫ (лечение простых переломов)	
В случае открытых переломов выплата, выраженная в процентах, увеличивается на 50%, но не будет превышать максимальную страховую сумму по данному риску, указанную в договоре страхования.		
В случае переломов, требующих открытого операционного вмешательства, включая трансплантацию кости или сращивание кости, выплата, выраженная в процентах, увеличивается на 100%, но не будет превышать максимальную страховую сумму по данному риску, указанную в договоре страхования.		
9.1	ключицы, лопатки, предплечья, голени (одной кости)	10
9.2	копчика, предплюсневых	10
9.3	бедра	30
9.4	плеча	25
9.5	каждого пальца руки или ноги, 1 ребра, 1 пястной кости, 1 плюсневой кости	5
9.6	предплечья – две кости, надколенника или таза, не требующих вытяжения	20
9.7	нижней челюсти	20
9.8	запястья, костей носа, двух и более ребер или грудины	10
9.9	таза, требующий вытяжения	30
9.10	позвонка, поперечных отростков (каждого)	5
9.11	компрессионный перелом одного позвонка	20
9.11	компрессионный перелом двух и более позвонков	40
10.	МОЧЕПОЛОВАЯ СИСТЕМА	
10.1	удаление почки	70
10.2	фиксация почки	30
10.3	лапаротомия с целью диагностики или лечения опухолей или камней в почках, мочеточнике или мочевом пузыре с помощью инвазивной хирургии	30
10.4	лапаротомия с целью диагностики или лечения или удаления опухолей или камней в почках, мочеточнике или мочевом пузыре с помощью каутеризации, эндоскопических средств или литотрипсии	20
10.5	стриктура или уретра- открытое хирургическое вмешательство	20
10.6	внутри-уретральные операции с помощью инвазивной хирургии	20
10.7	простата – полное удаление путем оперативного вмешательства – полный курс процедур	30
10.8	простата – частичное удаление эндоскопическим способом	25
10.9	простата - другие виды операционного вмешательства	30
10.10	орхиэктомия или удаление придатка яичка	20
10.11	гидроцеле (водянка оболочек яичка) или варикоцеле, варикозное расширение вен семенного канатика	10
10.12	удаление фиброзных новообразований без лапаротомии (без вскрытия брюшной полости)	20
11.	ЗОБ	
11.1	полное удаление щитовидной железы, включая все стадии операционных процедур	50
11.2	частичное удаление щитовидной железы, включая все стадии операционных процедур	25
12.	ГРЫЖА	
12.1	инвазивная хирургия - одиночная грыжа	10
12.2	инвазивная хирургия – двойная грыжа	15

12.3	радикальная операция, включающая инъекционный метод для лечения одиночной грыжи	30
12.4	радикальная операция, включающая инъекционный метод для лечения двойной грыжи	40
13.	СУСТАВЫ И ВЫВИХИ	
Для вывиха, требующего открытого оперативного вмешательства, размер нижеуказанного страхового обеспечения увеличится в два раза, но не будет превышать максимальную страховую сумму по данному риску, указанную в договоре страхования.		
13.1	рассечение сустава для лечения болезни или травмы, за исключением нижеупомянутых случаев и за исключением парацентеза	15
13.2	рассечение плечевого, локтевого, тазобедренного или коленного суставов, за исключением парацентеза	20
13.3	эксцизия, открытая фиксация, экзартикуляция или артропластика на плече, бедре или позвоночнике	40
13.4	эксцизия, открытая фиксация, экзартикуляция или артропластика на колене, локте, запястье или лодыжке	15
13.5	вывихи пальцев рук и ног (каждого)	3
13.6	вывихи плеча или локтя, запястья или лодыжки	8
13.7	вывих нижней челюсти	5
13.8	вывихи тазобедренного сустава или колена, за исключением коленной чашечки	12
13.9	вывихи надколенника	5
14.	НОС	
14.1	операция внутри носовой полости	15
14.2	операция вне носовой полости	35
14.3	полип, удаление одного или нескольких	5
14.4	подслизистая резекция	25
14.5	конхотомия (резекция носовой раковины)	10
15.	ПАРАЦЕНТЕЗ	
15.1	брюшной полости	10
15.2	грудной клетки или мочевого пузыря, за исключением катетеризации	5
15.3	барабанной перепонки, суставов или позвоночника, парацентез в случае водянки оболочек яичка	5
16.	ПРЯМАЯ КИШКА	
16.1	радикальная резекция по поводу злокачественных новообразований, все стадии, включая колостомию	100
16.2	геморрой только наружный, иссечение, полный комплекс процедур	10
16.3	геморрой внутренний или внутренний и наружный, включая выпадение прямой кишки, общее для иссечения или полного курса инъекционного метода лечения	20
16.4	свищ в заднем проходе	15
16.5	трещина в заднем проходе	5
16.6	другие виды операций на прямой кишке	20
17.	ЧЕРЕП	
17.1	трепанация черепа для срочного удаления гематомы	100
17.2	трепанация черепа с помощью сосудистой хирургии	75
17.3	трепанация черепа для удаления опухолей	75
18.	ГОРЛО	
18.1	тонзилэктомия или тонзилэктомия и аденоэктомия для взрослых и детей старше 15 лет	15
18.2	тонзилэктомия или тонзилэктомия и аденоэктомия для детей младше 15 лет	10
18.3	использование ларингоскопа для постановки диагноза	5
19.	ОПУХОЛИ	
19.1	злокачественной опухоли, за исключением слизистой оболочки, кожи и подкожной ткани	50
19.2	злокачественной опухоли слизистой оболочки, кожи и подкожной ткани	25
19.3	волосистой (пилонидальной) кисты или кист	25
19.4	доброкачественных опухолей яичка или молочной железы	20
19.5	ганглиев (нервных узлов)	5
19.6	доброкачественных опухолей, одной или нескольких за исключением указанных в данной секции	10
19.7	варикозное расширение вен – полный комплекс процедур на всех венах, либо хирургическое вмешательство или инъекционный метод лечения одной ноги	20
19.8	варикозное расширение вен – полный комплекс процедур на всех венах, либо хирургическое вмешательство или инъекционный метод лечения двух ног	30

Приложение № 4
к Комплексным правилам страхования
от несчастных случаев и болезней
(номер по классификатору 153, редакция 1)

ДОПОЛНИТЕЛЬНЫЕ УСЛОВИЯ №4
СТРАХОВАНИЕ НЕПРЕДВИДЕННЫХ РАСХОДОВ
ПРИ НЕСЧАСТНОМ СЛУЧАЕ И/ИЛИ ЗАБОЛЕВАНИИ

1. Настоящие Дополнительные условия № 4 «Страхование непредвиденных расходов при несчастном случае и/или заболевании» (далее также – Дополнительные условия, ДУ №4) определяют особенности страхования риска возникновения у Страхователя, Застрахованного лица (Выгодоприобретателя) непредвиденных расходов и действуют совместно и в дополнение ко всем условиям, положениям и нормам, изложенным в Комплексных правилах страхования от несчастных случаев и болезней (номер по классификатору 153, редакция 1) (далее также – Правила).
2. В случаях, не оговоренных настоящими Дополнительными условиями, применяются соответствующие положения Правил и нормы законодательства Российской Федерации.
3. Термины, определения, используемые в рамках ДУ №4:
 - 3.1. **Больница** – частная или государственная медицинская организация, имеющая соответствующие разрешения на оказание медицинских услуг в стране регистрации, лечебно-профилактическая организация, научно-исследовательский или медицинский институт, другое учреждение, оказывающее медицинскую помощь (амбулаторно-поликлиническую, скорую медицинскую, стационарную (больничную), а также лица, осуществляющие медицинскую деятельность как индивидуально, так и коллективно. Под Больницей понимаются больничные, амбулаторно-поликлинические учреждения, диспансеры, станции скорой и неотложной медицинской помощи, станции переливания крови, а также учреждения охраны материнства и детства.
 - 3.2. **Предварительное медицинское свидетельство** – письменное одобрение, выданное Страховщиком или СМО, представляющее собой подтверждение возмещения расходов до оказания услуг в указанной Больнице в отношении любого лечения, услуг или медицинских препаратов в связи со страховым случаем.
 - 3.3. **Препарат** – любое вещество или их комбинация, которые могут использоваться или применяться в отношении Застрахованного лица с целью восстановления, улучшения, изменения физиологических функций или установления медицинского диагноза путем осуществления фармакологического, иммунологического или метаболического действия, которые могут приобретаться только по рецепту врача и выдаваться лицензированной аптекой. Рецепт, выданный на Препарат под торговым наименованием, действует в отношении генерического Препарата, содержащего аналогичные компоненты, аналогичной эффективности и с аналогичной дозировкой, как и у патентованного препарата.
 - 3.4. **Сопровождающее лицо** – лицо, сопровождающее Застрахованное лицо к месту проведения лечения / проведения хирургической операции и находящееся с ним во время пребывания Застрахованного лица во время лечения. Сопровождающим лицом может быть родственник, супруг (супруга), близкий друг. Страховщик несет свои обязательства, предусмотренные договором страхования, в отношении только одного Сопровождающего лица, не зависимо от того, сколько лиц будут в действительности сопровождать Застрахованного лица.
 - 3.5. **Экспериментальный метод лечения** – лечение, процедура, терапевтический курс, оборудование, медицинский препарат или фармацевтический продукт медицинского или хирургического назначения, которые не были общепризнаны безопасными, эффективными и пригодными для лечения заболеваний или травм различными научными организациями, признанными международным медицинским сообществом, или которые находятся на стадии исследования, изучения, тестирования или любой стадии экспериментальных работ в клинических условиях.
4. Страхование риска возникновения непредвиденных расходов осуществляется только в дополнение к заключенному на основании Правил договору личного страхования. Настоящие Дополнительные условия действуют лишь в том случае, если страхование риска возникновения непредвиденных расходов прямо предусмотрено договором страхования и настоящие Дополнительные условия приложены к договору страхования.
5. При заключении договора страхования Стороны определяют срок действия договора в части страхования рисков, предусмотренных настоящими Дополнительными условиями, а также страховую сумму, в пределах которой Страховщик возмещает возникшие дополнительные расходы Страхователя, Застрахованного лица (Выгодоприобретателя)
6. Договор страхования риска возникновения непредвиденных расходов заключается в пользу Страхователя, Застрахованного лица или иного лица (Выгодоприобретателя), которое несет риски таких расходов.

7. Страховым случаем по настоящим Дополнительным условиям является возникновение у Страхователя, Застрахованного лица (Выгодоприобретателя) непредвиденных разумных и целесообразных расходов, которые Страхователь, Застрахованное лицо (Выгодоприобретатель) произвел или обязан произвести в связи с наступлением страхового случая в результате несчастного случая и/или болезни:

7.1. Расходы, связанные с оказанием медицинских услуг.

7.1.1. Расходы, связанные с пребыванием в Больнице:

- а) размещением, питанием и оказанием основных услуг по уходу во время пребывания Застрахованного лица в помещении, палате или отделении Больницы, или палате интенсивной терапии или наблюдения;
- б) прочими услугами Больницы, в том числе оказываемыми в амбулаторных отделениях, а также расходы, связанные с обеспечением дополнительного спального места или спального места для сопровождающего лица, если необходимость его присутствия обусловлена медицинскими показаниями и подтверждена врачом и Больница оказывает такие услуги;
- в) использованием операционной и всеми оказываемыми в ней услугами.

7.1.2. Расходы, связанные с пребыванием в ином стационаре или независимом центре социального обеспечения - если расходы на лечение или хирургическую операцию оплачивались бы по договору страхования в случае, если бы такие услуги были оказаны в Больнице.

7.1.3. Оплата услуг врача / медицинской бригады за непосредственное проведение обследования, лечение, оказание медицинской помощи или проведение хирургической операции, или за необходимое согласно медицинским стандартам участие в указанных манипуляциях.

7.1.4. Расходы, понесенные в связи с посещением врачей во время госпитализации.

7.1.5. Расходы, понесенные в связи с оказанием Застрахованному лицу следующих услуг:

- а) применение анестезии и использование обезболивающих средств при условии их назначения квалифицированным анестезиологом;
- б) проведение лабораторных анализов, в том числе патогистологических, миелограмм, рентгенологических диагностических исследований, ангиограмм, исследований с использованием радиоактивных изотопов, эхокардиографии, снятие электрокардиограмм, электроэнцефалограмм, проведение компьютерной томографии, проведение радиотерапии, химиотерапии, иммунотерапии; гормонотерапии и прочих исследований и методов лечения, необходимых для постановки или уточнения диагноза и лечения, включенных в договор страхования критических заболеваний и проведения хирургических операций, при их проведении врачом или под надзором медицинских работников;
- в) переливание крови, использование плазмы или сыворотки;
- г) расходы, связанные с использованием кислорода, внутривенных растворов и инъекций.

7.1.6. Расходы, понесенные в связи с использованием Препаратов по назначению врача во время госпитализации Застрахованного лица для лечения предусмотренных договором критических заболеваний и проведения хирургических операций.

7.1.7. Расходы, понесенные в связи с услугами, оказанными живому донору в ходе извлечения предназначенного для пересадки Застрахованному лицу органа, вытекающие из:

- а) процесса определения нахождения потенциальных доноров;
- б) услуг Больницы, оказанных донору, в том числе в связи с его размещением в комнате, палате или отделении Больницы, питанием, оказанием общих услуг по уходу и стандартных услуг больничным персоналом, проведением лабораторных анализов и использованием оборудования и прочих средств Больницы (в том числе предметов личной гигиены, которые не требуются в процессе извлечения предназначенных для пересадки органа или ткани);
- в) понесенные в связи с проведением хирургической операции и оказанием медицинских услуг по извлечению предназначенных для пересадки Застрахованному лицу органа или ткани.

7.1.8. Расходы, понесенные в связи с оказанием услуг и предоставлением материалов для культур костного мозга в отношении пересадки ткани Застрахованному лицу. Компенсация обеспечивается исключительно в отношении расходов, понесенных после вступления договора страхования в силу.

7.2. Содействие независимой сервисной медицинской организации (далее – СМО).

7.2.1. Расходы, понесенные СМО и связанные с поездкой Застрахованного лица и одного сопровождающего его лица, если необходимость присутствия сопровождающего лица обусловлена медицинскими показаниями и подтверждена врачом, и живого донора в случае необходимости пересадки органа или ткани, исключительно с

целью получения лечения критических заболеваний или проведения хирургических операций, признанных страховыми случаями. При этом:

а) вся подготовка к поездке осуществляется исключительно СМО; Страховщик не компенсирует расходы по подготовке к поездке со стороны Застрахованного лица или третьей стороны, действующей от лица Застрахованного лица;

б) СМО отвечает за определение дат отъезда/приезда и сроков поездки с учетом утвержденного графика лечения. Такие даты и сроки сообщаются Застрахованному лицу для того, чтобы у него было время для урегулирования всех личных вопросов;

в) при изменении Застрахованным лицом дат и сроков, о которых ему сообщила СМО, Застрахованное лицо возмещает все связанные с организацией и подготовкой к новой поездке расходы Страховщика и/или СМО, если только такие изменения не были подтверждены СМО как необходимые с медицинской точки зрения;

г) поездка включает в себя транспортировку от постоянного места жительства (фактического адреса пребывания) Застрахованного лица и сопровождающего лица (и живого донора в случае необходимости пересадки органа или ткани) до города, в котором будет проводиться лечение, а также транспортировку до выбранной для лечения Больницы или расположенного рядом отеля; при этом билеты - экономического класса; услуги санавиации страхованием не возмещаются. Однако если по мнению медицинского эксперта, привлеченного СМО, Застрахованное лицо не может по медицинским причинам осуществлять перелет на регулярном коммерческом рейсе, в страхование входит перевозка специальным медицинским самолетом и перевозка наземным транспортом от аэропорта до больницы.

д) осуществляется сопровождение Застрахованного лица представителем СМО на всем пути или на отдельных частях пути от постоянного места жительства (фактического адреса пребывания) Застрахованного лица до места лечения, и обратно.

е) представитель СМО оказывает помощь в ходе оформления Застрахованного лица в Больнице или при первом визите к врачу.

ж) ограничения по количеству запросов на поездку отсутствуют, однако каждая поездка подлежит согласованию СМО в рамках условий и области применения по договору страхования;

7.2.2. Услуги устного и письменного перевода в процессе медицинских консультаций, организованных СМО, и обмена медицинской документацией.

7.3. Проживание во время лечения.

7.3.1. Размещение Застрахованного лица и одного сопровождающего лица, если необходимость присутствия сопровождающего лица обусловлена медицинскими показаниями и подтверждена врачом, (и живого донора в случае необходимости пересадки органа или ткани) производится исключительно с целью получения лечения и исключительно с одобрения СМО. Все действия по размещению осуществляются СМО; Страховщик не компенсирует расходы по размещению со стороны Застрахованного лица или третьей стороны, действующей от лица Застрахованного лица. При этом:

а) СМО определяет даты и сроки пребывания в Больнице с учетом утвержденного графика лечения. Такие даты и сроки заранее сообщаются Застрахованному лицу для того, чтобы у последнего было достаточно времени для урегулирования всех личных вопросов.

б) СМО устанавливает дату возвращения с учетом завершения лечения и с согласия лечащего врача.

в) при изменении Застрахованным лицом установленных дат и сроков, о которых ему сообщила СМО, Застрахованное лицо компенсирует Страховщику и/или СМО все затраты, связанные с организацией и осуществлением новых действий по размещению Застрахованного лица, если только такие изменения не были подтверждены СМО как необходимые с медицинской точки зрения.

г) действия по размещению включают в себя бронирование двуспального номера или номера с двумя кроватями в отеле уровня 3-4 звезды. Выбор отеля осуществляется с учетом доступности и его близости к Больнице или лечащему врачу в радиусе 10 км.

д) расходы на завтрак, питание и непредвиденные расходы в отеле не компенсируются. Повышение уровня комфорта отеля осуществляется за счет Застрахованного лица.

е) количество ночей, проведенных в отеле, не ограничено и зависит от продолжительности лечения, кроме случаев, когда договором страхования установлены лимиты по количеству дней, возмещаемых страхованием.

7.4. Посмертная репатриация при неблагоприятном течении лечения.

7.4.1. В случае смерти Застрахованного лица (или живого донора при необходимости пересадки ткани или органа) за пределами Российской Федерации в ходе получения лечения, предусмотренного по договору страхования, СМО организует репатриацию умершего на территорию Российской Федерации.

7.4.2. Репатриация включает в себя услуги и необходимые материалы для подготовки тела умершего и его транспортировки в Российскую Федерацию, в том числе:

- а) услуги похоронного бюро по репатриации в другую страну, в том числе бальзамирование и урегулирование всех административных вопросов;
- б) обеспечение гробом, соответствующим минимальным требованиям перевозки;
- в) транспортировку тела умершего от аэропорта (железнодорожного вокзала) до назначенного места захоронения в Российской Федерации.

7.5. Расходы на лекарственные препараты после лечения (если иное не предусмотрено договором).

7.5.1. Стоимость или часть стоимости приобретенных на территории Российской Федерации самим Застрахованным лицом или лицом, действующим по его поручению, лекарственных препаратов, рекомендованных Застрахованному лицу к применению врачом, являющимся лечащим врачом Застрахованного лица согласно плану лечения, при одновременном выполнении следующих трех условий:

- а) Страховщику предъявлены рецепты на такие же препараты, выписанные врачом, и доказательства оплаты Застрахованным лицом соответствующих препаратов (чеки/квитанции об оплате / банковские выписки) в течение 180 дней со дня осуществления покупки, и
- б) данные лекарственные препараты зарегистрированы Министерством здравоохранения РФ и находятся в свободной продаже на территории Российской Федерации, и
- в) сам лекарственный препарат приобретен на территории Российской Федерации, и каждый рецепт выписан на количество лекарственного препарата, достаточное для приема в течение не более двух месяцев;
- г) рецепт на медикаменты выписан в течение срока действия страхования.

7.5.2 Если стоимость какого-либо лекарственного препарата частично возмещается за счет государственного бюджета (федерального, регионального или территориального) или по любому иному договору страхования в отношении Застрахованного лица, то в расчет принимается только та часть стоимости препарата, которая оплачивается самим Застрахованным лицом.

7.5.3. Стоимость любых иных услуг или медикаментов, не подтвержденных заключением СМО, исключается из расчета страховой выплаты.

7.5.4. В случае, если рекомендованные медикаменты (или альтернативное эквивалентное лекарственное средство с аналогичной эффективностью), что подтверждается СМО:

не имеет лицензии или официально не одобрено в Российской Федерации, как указано в приведенном выше пункте 7.5.1, или недоступно Застрахованному лицу для покупки в Российской Федерации, как указано в приведенном выше пункте 7.5.1, но соблюдены все другие перечисленные выше условия пункта 7.5.1, договором страхования предусматривается оплата расходов на медикаменты, приобретенные за пределами Российской Федерации.

В этом случае СМО организует транспортировку и размещение на условиях, описанных в пунктах 7.2 и 7.3, Застрахованного лица и сопровождающего, с учетом общего ограничения числа поездок, установленного договором страхования.

7.6. Расходы по контролю состояния здоровья по возвращении после лечения.

После окончания этапа лечения договором страхования предусматривается оплата расходов, связанных с контролем состояния здоровья Застрахованного лица при соблюдении следующих условий:

- 7.6.1. Контроль состояния здоровья осуществляется в одной из клиник, выбранных СМО;
- 7.6.2. Контроль состояния здоровья осуществляется в Российской Федерации в сроки и в порядке, необходимые для проведения текущего наблюдения;
- 7.6.3. Контроль состояния здоровья осуществляется в соответствии с рекомендациями лечащего врач(а)ей, по мере необходимости наблюдения и оценки состояния;
- 7.6.4. Счета за услуги, связанные с контролем состояния здоровья, выставлены до окончания срока действия договора страхования.

Услуги, связанные с контролем состояния здоровья должны быть организованы и оплачены непосредственно Застрахованным лицом в Российской Федерации. Страховщик возместит Застрахованному лицу расходы после

получения оригинала счета и подтверждения оплаты, при условии, что счета будут представлены Страховщику не позднее чем через 180 дней после даты возникновения расходов.

В случае, если врачи, ответственные за осуществление контроля состояния здоровья в Российской Федерации, указывают, что в связи с изменением состояния здоровья Застрахованного лица, необходимо изменить предписанные методы контроля состояния здоровья, первоначально установленные лечащим врачом, новые методы контроля необходимо довести до сведения лечащего врача для утверждения и одобрения, если таковое будет, и возмещение расходов будет производиться в соответствии с новыми одобренными методами.

В случаях, когда стоимость контроля состояния здоровья была частично компенсирована в рамках системы обязательного медицинского страхования Российской Федерации (далее – Государственная система здравоохранения) или любым другим страховым полисом, Страховщик возместит только те расходы, которые не финансируются из иных источников, и, следовательно, должны быть оплачены непосредственно Застрахованным лицом.

В заявлении на возмещение расходы необходимо разделить на расходы, оплаченные непосредственно Застрахованным лицом, и на расходы, возмещаемые из указанных выше источников.

7.7. Консьерж-сервис.

Застрахованное лицо по договору коллективного страхования имеет право запросить Консьерж-сервис для лечения критического заболевания или проведения сложной хирургической операции по подтвержденному страховому случаю.

Консьерж-сервис - это услуга, предоставляемая СМО по подтвержденному страховому случаю, в соответствии с которой СМО организует административную помощь в целях максимального расширения доступа к медицинской помощи, предоставляемой через Государственную Систему здравоохранения.

В целях реализации данной услуги СМО может привлекать медицинские компании, обладающие опытом в организации помощи в рамках Государственной системы здравоохранения.

Консьерж-сервис по подтвержденному страховому случаю может быть предоставлен в любое время в течение срока страхования.

7.7.1. Объем предоставляемой помощи:

Консьерж-сервис обеспечивает поддержку Застрахованного лица на следующих этапах:

- подбор и рекомендации для выбора наиболее подходящего способа получения необходимых медицинских услуг по полису обязательного медицинского страхования;
- организация медицинских услуг и сопровождение на всём протяжении лечения по полису обязательного медицинского страхования;
- юридическое сопровождение и административная помощь в решении вопросов, связанных получением помощи по полису обязательного медицинского страхования.

7.7.2. Ограничения:

- Консьерж-сервис не может гарантировать доступ ко всему объему медицинской помощи, предоставляемому по полису обязательного медицинского страхования, который в свою очередь зависит от территориального прикрепления, существующих ограничений в Государственной системе здравоохранения, действующих на момент оказания услуги.
- Данная услуга не предусматривает возмещения каких-либо прямых или косвенных медицинских расходов, или связанных с ними расходов на проезд или проживание, в связи с получением медицинской помощи в рамках Государственной системы здравоохранения.

8. В рамках ДУ №4 не возмещаются, и Страховщик не оплачивает следующие затраты и расходы:

8.1. Любые расходы, понесенные в связи с любым диагнозом, кроме критических заболеваний в соответствии с ДУ №1, а также любые расходы, понесенные Застрахованным лицом на территории РФ, за исключением расходов на приобретение лекарственных препаратов и контроль состояния здоровья согласно пунктам 7.5 и 7.6 ДУ №4, если оплата данных расходов предусмотрена договором страхования.

8.2. Любые расходы, понесенные с нарушением процедуры урегулирования страхового случая, предусмотренной Правилами и/или договором страхования.

8.3. Любые расходы, понесенные в связи с любыми диагностическими процедурами, лечением, обслуживанием, оборудованием или медицинским назначением любого характера, когда Застрахованное лицо на момент уведомления о соответствующей претензии не может считаться постоянным/законным резидентом Российской Федерации.

8.4. Любые расходы, понесенные в связи с любым заболеванием, которое было диагностировано, или первые симптомы / свидетельства (признаки) которого проявились в течение 90 (девяноста) дней с момента вступления договора страхования в силу.

8.5. Любые расходы, не являющиеся необходимыми с медицинской точки зрения для лечения критического заболевания в соответствии с ДУ №1.

8.6. Любые расходы, если Застрахованное лицо до, во время или после окончания процедуры признания случая страховым, установленного СМО:

- не следовало рекомендациям, назначениям или установленному лечащим врачом плану лечения или
- отказывалось от какого-либо лечения или от дополнительных обследований или анализов, необходимых для установления окончательного диагноза или плана лечения.

8.7. Любые расходы, понесенные до выдачи Предварительного медицинского свидетельства, а также любые расходы, понесенные в Больнице, отличной от указанной в Предварительном медицинском свидетельстве.

8.8. Любые расходы, понесенные в связи с постельным режимом Застрахованного лица, пребывание на курорте, в клинике природной медицины, уход на дому или услугами, оказываемыми в оздоровительном центре или учреждении, в хосписе или доме престарелых.

8.9. Любые расходы, понесенные при покупке (или аренде) любого типа протезов или ортопедических приспособлений, корсетов, бандажей, костылей, искусственных конечностей или органов, париков (даже когда их использование считается необходимым в ходе химиотерапии), ортопедической обуви, зубных протезов, приспособлений для поддержки и прочих схожих приспособлений или предметов, за исключением грудных протезов, необходимых после хирургической операции по удалению молочной железы и протезов клапанов сердца необходимых в результате операции, организованной и оплаченной в соответствии с ДУ №1 и ДУ №3.

8.10. Любые расходы, понесенные при покупке или аренде инвалидных колясок, специальных кроватей, приборов для вентиляции воздуха, очистителей воздуха и любого прочего схожего оборудования или предметов.

8.11. Все Препараты, которые не отпускаются в лицензированной аптеке, или которые можно приобрести без рецепта.

8.12. Любые расходы на применение методов нетрадиционной медицины даже при их назначении врачом.

8.13. Любые расходы на медицинский уход и размещение в случае наличия, когнитивных нарушений, старческой немощи или умственных расстройств независимо от стадии их развития.

8.14. Расходы на услуги переводчика, телефонной связи и прочие расходы в связи с использованием услуг немедицинского назначения в личных целях или любых других услуг для родственников, сопровождающих лиц.

8.15. Любые расходы, понесенные Застрахованным лицом, родственниками или сопровождающими лицами, помимо указанных в пунктах 7.1 – 7.5 ДУ № 4.

8.16. Любые медицинские расходы, которые не являются стандартными и разумными.

8.17. Любые расходы в связи с регулярной транспортировкой обычным транспортом от отеля, где размещается Застрахованное лицо, до Больницы или лечащего врача (если иное не предусмотрено договором).

8.18. Любые расходы на медицинские процедуры, которые необходимы в результате СПИД (синдрома приобретенного иммунодефицита), ВИЧ (вируса иммунодефицита человека) или любого другого медицинского состояния, возникающего на их основе (включая саркому Калози), или любое лечение СПИД или ВИЧ.

8.19. Любые расходы на любые Экспериментальные методы лечения, в том числе диагностические, терапевтические и/или хирургические процедуры, безопасность и надежность которых еще не была подтверждена с научной точки зрения, Лечение с применением генной терапии, терапии соматических клеток, тканево-инженерных методов, CAR T-клеточной терапии.

8.20. Любые расходы на любое лечение, услуги, материалы или медицинские препараты в связи с заболеванием, наиболее благоприятное лечение которого заключается в пересадке органов, за исключением случаев, когда такое заболевание относится к критическим в соответствии с ДУ №1.

8.21. Лечение долгосрочных побочных эффектов, облегчение хронических симптомов, или реабилитация (включая, но не ограничиваясь физиотерапией, восстановлением подвижности и терапией языка и речи).

8.22. Расходы на медикаменты в соответствии с пунктом 7.5 не оплачиваются в следующих случаях:

- стоимость лекарственных средств была частично компенсирована в рамках государственной системы здравоохранения Российской Федерации или любым другим страховым полисом;
- стоимость введения/применения препарата;

- стоимость лекарственных препаратов, приобретенных за пределами Российской Федерации, если СМО / Страховщиком не установлено иное;
- стоимость лекарственных средств, при предоставлении Страховщику документов на возмещение более чем через 180 календарных дней с момента возникновения расходов;

8.23. Расходы на контроль состояния здоровья в соответствии с пунктом 7.6 не возмещаются, если:

- расходы были компенсированы Государственной системой здравоохранения или любым другим страховым полисом;
- расходы относятся к медицинским услугам, не предусмотренным планом лечения, утверждённым СМО;
- расходы понесены в медицинском учреждении, не утверждённом СМО;
- при предоставлении Страховщику документов на возмещение более чем через 180 календарных дней с момента возникновения расходов.

9. Договором страхования может быть предусмотрено страхование риска возникновения всех вышеперечисленных расходов или только некоторых из них.

10. При заключении договора страхования стороны могут установить предельный размер выплат по отдельному виду расходов (лимит ответственности) и/или условия участия Страхователя, Застрахованного лица в таких расходах (франшизу), а также установить временную франшизу.

9. При наступлении события, имеющего признаки страхового случая, Страхователь обязан представить Страховщику документы, подтверждающие основание и размер понесенных непредвиденных расходов, в том числе, но не ограничиваясь, договоры с организациями и лицами, акты выполненных работ, платежные документы, подтверждающие произведенные затраты.

Приложение № 5
к Комплексным правилам страхования
от несчастных случаев и болезней
(номер по классификатору 153, редакция 1)

ДОПОЛНИТЕЛЬНЫЕ УСЛОВИЯ №5
СТРАХОВАНИЕ НЕПОЛУЧЕНИЯ ДОХОДОВ, НЕПРЕДВИДЕННЫХ РАСХОДОВ
ПРИ ПЕРЕВОЗКЕ И/ИЛИ ДОРОЖНО-ТРАНСПОРТНОМ ПРОИСШЕСТВИИ

1. Настоящие Дополнительные условия № 5 «Страхование неполучения доходов, непредвиденных расходов при перевозке и/или дорожно-транспортном происшествии» (далее также – Дополнительные условия, ДУ №5) определяют особенности страхования риска возникновения у Страхователя, Застрахованного лица (Выгодоприобретателя) неполученных доходов, непредвиденных расходов и действуют совместно и в дополнение ко всем условиям, положениям и нормам, изложенным в Комплексных правилах страхования от несчастных случаев и болезней (номер по классификатору 153, редакция 1) (далее также – Правила).
2. В случаях, не оговоренных настоящими Дополнительными условиями, применяются соответствующие положения Правил и нормы законодательства Российской Федерации.
3. Термины, определения, используемые в рамках ДУ №5:
 - 3.1. **Больница** – частная или государственная медицинская организация, имеющая соответствующие разрешения на оказание медицинских услуг в стране регистрации, лечебно-профилактическая организация, научно-исследовательский или медицинский институт, другое учреждение, оказывающее медицинскую помощь (амбулаторно-поликлиническую, скорую медицинскую, стационарную (больничную), а также лица, осуществляющие медицинскую деятельность как индивидуально, так и коллективно. Под Больницей понимаются больничные, амбулаторно-поликлинические учреждения, диспансеры, станции скорой и неотложной медицинской помощи, станции переливания крови, а также учреждения охраны материнства и детства.
 - 3.2. **Дорога** – обустроенная или приспособленная и используемая для движения транспортных средств полоса земли либо поверхность искусственного сооружения. Дорога включает в себя одну или несколько проезжих частей, а также трамвайные пути, тротуары, обочины и разделительные полосы при их наличии.
 - 3.3. **Дорожно-транспортное происшествие** (далее – ДТП) – событие, возникшее в процессе движения по дороге транспортного средства и с его участием, при котором погибли или ранены люди, повреждены транспортные средства, груз, сооружения.
 - 3.4. **Перевозка** – услуга по перемещению пассажиров и багажа с использованием транспортного средства, оказываемая в соответствии с законодательством Российской Федерации, в том числе Уставом автомобильного транспорта и городского наземного электрического транспорта.
 - 3.5. **Препарат** – любое вещество или их комбинация, которые могут использоваться или применяться в отношении Застрахованного лица с целью восстановления, улучшения, изменения физиологических функций или установления медицинского диагноза путем осуществления фармакологического, иммунологического или метаболического действия, которые могут приобретаться только по рецепту врача и выдаваться лицензированной аптекой. Рецепт, выданный на Препарат под торговым наименованием, действует в отношении генерического Препарата, содержащего аналогичные компоненты, аналогичной эффективности и с аналогичной дозировкой, как и у патентованного препарата.
 - 3.6. **Травма (телесное повреждение)** – нарушение анатомической целостности или физиологических функций органов и тканей организма Застрахованного лица (повреждение организма), наступившее при перевозке или вследствие ДТП, произошедшего в течение срока страхования.
4. Страхование риска возникновения непредвиденных расходов осуществляется только в дополнение к заключенному на основании Правил договору личного страхования. Настоящие Дополнительные условия действуют лишь в том случае, если страхование риска возникновения непредвиденных расходов прямо предусмотрено договором страхования и настоящие Дополнительные условия приложены к договору страхования.
5. При заключении договора страхования Стороны определяют срок действия договора в части страхования рисков, предусмотренных настоящими Дополнительными условиями, а также страховую сумму, в пределах которой Страховщик возмещает возникшие дополнительные расходы Страхователя, Застрахованного лица (Выгодоприобретателя)
6. Договор страхования риска возникновения непредвиденных расходов заключается в пользу Страхователя, Застрахованного лица или иного лица (Выгодоприобретателя), которое несет риски таких расходов.
7. Страховым случаем по настоящим Дополнительным условиям является возникновение у Страхователя, Застрахованного лица (Выгодоприобретателя) неполученных доходов, непредвиденных разумных и целесообразных

расходов, которые Страхователь, Застрахованное лицо (Выгодоприобретатель) произвел или обязан произвести в связи с Травмами при перевозке или в результате ДТП:

7.1. Неполученные доходы:

а) заработок или иной подтвержденный неполученный доход, который Застрахованное лицо лишилось вследствие уменьшения или потери трудоспособности (в том числе при временной/стойкой потере общей/ профессиональной трудоспособности) в результате Травмы при перевозке и/или в результате ДТП;

б) часть заработка или иной доход, который в случае смерти Застрахованного лица лишились лица, имеющие право на его возмещение в соответствии с Гражданским Кодексом Российской Федерации.

7.2. Расходы, связанные с оказанием медицинских услуг.

7.2.1. Расходы, связанные с пребыванием в Больнице:

а) размещением, питанием и оказанием основных услуг по уходу во время пребывания Застрахованного лица в помещении, палате или отделении Больницы, или палате интенсивной терапии или наблюдения;

б) использованием операционной и всеми оказываемыми в ней услугами.

7.2.2. Оплата услуг врача / медицинской бригады за непосредственное проведение обследования, лечение, оказание медицинской помощи или проведение хирургической операции, или за необходимое согласно медицинским стандартам участие в указанных манипуляциях.

7.2.3. Расходы, понесенные в связи с посещением врачей во время госпитализации.

7.2.4. Расходы, понесенные в связи с оказанием Застрахованному лицу следующих услуг:

а) применение анестезии и использование обезболивающих средств при условии их назначения квалифицированным анестезиологом;

б) проведение лабораторных анализов, в том числе рентгенологических диагностических исследований, исследований с использованием радиоактивных изотопов, эхокардиографии, снятие электрокардиограмм, электроэнцефалограмм, проведение компьютерной, магнитно-резонансной томографии и прочих исследований и методов лечения, необходимых для постановки или уточнения диагноза и лечения Травм при перевозке и/или в результате ДТП.

в) переливание крови, использование плазмы или сыворотки;

г) расходы, связанные с использованием кислорода, внутривенных растворов и инъекций.

7.2.5. Расходы, понесенные в связи с использованием Препаратов по назначению врача во время госпитализации Застрахованного лица для лечения Травм при перевозке и/или в результате ДТП.

7.3. Ритуальные расходы.

7.3.1. В случае смерти Застрахованного лица от полученных Травм (в том числе и в ходе лечения) при перевозке и/или в результате ДТП возмещению подлежат ритуальные расходы, которые включают в себя:

- вскрытие, подготовку и хранение тела;

- гроб, требуемый для перевозки;

- оформление необходимых документов и перевозку тела (останков) до транспортного узла, с которым имеется прямое (авиа, железнодорожное, морское) сообщение и который является наиболее близким к месту постоянного проживания Застрахованного лица на территории Российской Федерации.

7.3.2. По согласованию с родственниками умершего Застрахованного лица, возвращение тела (останков) может быть заменена кремацией на территории страхования и транспортировкой урны с прахом до транспортного узла, с которым имеется прямое (авиа, железнодорожное, морское) сообщение и который является наиболее близким к месту постоянного проживания Застрахованного лица на территории Российской Федерации.

Транспортировка тела/урны с прахом Застрахованного иностранного гражданина и лица без гражданства осуществляется к месту заключения договора страхования на территории Российской Федерации или до ближайшего международного транспортного узла страны постоянного проживания Застрахованного лица, что определяется Страховщиком, исходя из экономической целесообразности.

Возвращение тела (останков) может быть осуществлено представителем Застрахованного лица при условии согласования всех расходов со Страховщиком.

8. В рамках ДУ №5 не возмещаются, и Страховщик не оплачивает следующие затраты и расходы:

8.1. Любые расходы, понесенные в связи с любым диагнозом, не связанным с Травмами при перевозке и/или в результате ДТП.

- 8.2. Любые расходы, понесенные с нарушением процедуры урегулирования страхового случая, предусмотренной Правилами и/или договором страхования.
- 8.3. Любые расходы, понесенные в связи с любыми диагностическими процедурами, лечением, обслуживанием, оборудованием или медицинским назначением любого характера, когда Застрахованное лицо на момент уведомления о соответствующей претензии не может считаться постоянным/законным резидентом Российской Федерации.
- 8.4. Любые расходы, не являющиеся необходимыми с медицинской точки зрения для лечения Травм при перевозке и /или в результате ДТП.
- 8.5. Любые расходы, если Застрахованное лицо до, во время или после окончания процедуры признания случая страховым:
- не следовало рекомендациям, назначениям или установленному лечащим врачом плану лечения или
 - отказывалось от какого-либо лечения или от дополнительных обследований или анализов, необходимых для установления окончательного диагноза или плана лечения.
- 8.6. Любые расходы, понесенные в связи с постельным режимом Застрахованного лица, пребывание на курорте, в клинике природной медицины, уход на дому или услугами, оказываемыми в оздоровительном центре или учреждении, в хосписе или доме престарелых.
- 8.7. Любые расходы, понесенные при покупке (или аренде) любого типа протезов или ортопедических приспособлений, корсетов, бандажей, костылей, искусственных конечностей или органов, париков (даже когда их использование считается необходимым в ходе химиотерапии), ортопедической обуви, зубных протезов, приспособлений для поддержки и прочих схожих приспособлений или предметов.
- 8.8. Любые расходы, понесенные при покупке или аренде инвалидных колясок, специальных кроватей, приборов для вентиляции воздуха, очистителей воздуха и любого прочего схожего оборудования или предметов.
- 8.9. Все Препараты, которые не отпускаются в лицензированной аптеке, или которые можно приобрести без рецепта.
- 8.10. Любые расходы на применение методов нетрадиционной медицины даже при их назначении врачом.
- 8.11. Любые расходы на медицинский уход и размещение в случае наличия, когнитивных нарушений, старческой немощи или умственных расстройств независимо от стадии их развития.
- 8.12. Расходы на услуги переводчика, телефонной связи и прочие расходы в связи с использованием услуг немедицинского назначения в личных целях или любых других услуг для родственников.
- 8.13. Любые медицинские расходы, которые не являются стандартными и разумными.
- 8.14. Любые расходы на медицинские процедуры, которые необходимы в результате СПИД (синдрома приобретенного иммунодефицита), ВИЧ (вируса иммунодефицита человека) или любого другого медицинского состояния, возникающего на их основе (включая саркому Калози), или любое лечение СПИД или ВИЧ.
- 8.15. Любые расходы на любые Экспериментальные методы лечения, в том числе диагностические, терапевтические и/или хирургические процедуры, безопасность и надежность которых еще не была подтверждена с научной точки зрения, Лечение с применением генной терапии, терапии соматических клеток, тканево-инженерных методов, CAR T-клеточной терапии.
- 8.16. Любые расходы на любое лечение, услуги, материалы или медицинские препараты в связи с Травмами, наиболее благоприятное лечение которого заключается в пересадке органов.
- 8.17. Лечение долгосрочных побочных эффектов, облегчение хронических симптомов, или реабилитация (включая, но не ограничиваясь физиотерапией, восстановлением подвижности и терапией языка и речи).
9. Договором страхования может быть предусмотрено страхование риска возникновения всех вышеперечисленных расходов или только некоторых из них.
10. При заключении договора страхования стороны могут установить предельный размер выплат по отдельному виду расходов (лимит ответственности) и/или условия участия Страхователя, Застрахованного лица в таких расходах (франшизу).
9. При наступлении события, имеющего признаки страхового случая, Страхователь обязан представить Страховщику документы, подтверждающие основание и размер понесенных непредвиденных расходов, в том числе, но не ограничиваясь, договоры с организациями и лицами, акты выполненных работ, платежные документы, подтверждающие произведенные затраты.

Приложение № 6
к Комплексным правилам страхования
от несчастных случаев и болезней
(номер по классификатору 153, редакция 1)

ТАБЛИЦА № 1
Размеров страховых выплат
в связи со страховыми случаями по рискам, указанных п.п. 3.4.3, 3.4.4, 3.4.6 Правил.

Статья	Характер повреждения	Размер страховой выплаты, в % от страховой суммы.
Кости черепа, нервная система		
1	Перелом костей черепа:	х
	А) наружной пластинки костей свода	5
	Б) свода	15
	В) основания	20
	Г) свода и основания	25
2	Внутричерепные травматические кровоизлияния:	х
	А) субарахноидальное	10
	Б) эпидуральная гематома	15
	В) перидуральная, субдуральная гематома	20
3	Повреждения головного мозга:	х
	А) сотрясение головного мозга у лиц в возрасте до 14 лет при сроке лечения 7-14 дней	3
	Б) сотрясение головного мозга у лиц в возрасте от 14 лет до 18 включительно при сроке лечения не менее 20 дней	3
	В) сотрясение головного мозга у лиц старше 18 лет при сроке лечения 28 дней и более	5
	Г) ушиб головного мозга легкой степени тяжести, средней степени тяжести	10
	Д) ушиб головного мозга тяжелой степени тяжести, не удаленные инородные тела полости черепа (за исключением шовного и пластического материала)	15
	Е) размягчение вещества головного мозга (без указания симптоматики)	50
Примечания: Если в связи с черепно-мозговой травмой проводились оперативные вмешательства на костях черепа, головном мозге и его оболочках производится дополнительная страховая выплата в размере 10% от страховой суммы однократно. В том случае, когда в результате одной травмы наступят повреждения, перечисленные в одной из статей, страховая выплата производится по одному из подпунктов, учитывающему наиболее тяжелое повреждение. При повреждениях, указанных в разных статьях, страховая выплата производится с учетом каждого из них путем суммирования		
4	Повреждение нервной системы (травматическое, токсическое, гипоксическое), повлекшее за собой:	х
	А) астенический синдром, дистонию, энцефалопатию у детей в возрасте до 16 лет	5
	Б) арахноидит, энцефалит, арахноэнцефалит	10
	В) эпилепсию	15
	Г) верхний или нижний монопарез (парез одной верхней или нижней конечности)	30
	Д) геми - или парапарез (парез обеих верхних или обеих нижних конечностей, парез правых или левых конечностей), амнезию (потерю памяти)	40
	Е) моноплегию (паралич одной конечности)	60
	Ж) тетрапарез (парез верхних и нижних конечностей), нарушение координации движений, слабоумие (деменцию)	70
	З) геми, пара или тетраплегию, афазию (потерю речи), декортикацию, нарушение функции тазовых органов	100
	Примечания: Страховая выплата в связи с последствиями травмы нервной системы, указанными в ст.4, производится по одному из подпунктов, учитывающему наиболее тяжелые последствия травмы, в том случае, если они установлены лечебно-профилактическими учреждениями не ранее 3 месяцев со дня травмы и подтверждены документами этого учреждения. При этом страховая выплата производится дополнительно к страховой	

	<p>выплате, произведенной в связи со страховыми случаями, приведшими к поражению нервной системы. Общая сумма выплат не может превышать 100% страховой суммы.</p> <p>В том случае, когда страхователем представлены справки о лечении по поводу травмы и ее осложнений, страховая выплата производится по ст.1, 2, 3, 5, 6 и ст.4 путем суммирования.</p> <p>При снижении остроты зрения или понижении слуха в результате черепно-мозговой травмы страховая выплата производится с учетом этой травмы и указанных осложнений по соответствующим статьям путем суммирования.</p>	
5	Периферическое повреждение одного или нескольких черепно-мозговых нервов	10
	Примечание. Если повреждение черепно-мозговых нервов наступило при переломе основания черепа, страховая выплата производится по ст.1; ст.5 при этом не применяется.	
6	Повреждение спинного мозга на любом уровне, а также конского хвоста, полиомиелит без указания симптомов:	х
	А) сотрясение	5
	Б) ушиб	10
	В) сдавливание, гематомия, полиомиелит	30
	Г) частичный разрыв	50
	Д) полный разрыв спинного мозга	100
	Примечания: В том случае, когда страховая выплата была произведена по ст.6 (а, б, в, г), а в дальнейшем возникли осложнения, перечисленные в ст.4 и подтвержденные справкой лечебно-профилактического учреждения, страховая выплата по ст.4 производится дополнительно к выплаченной сумме. Если в связи с травмой позвоночника и спинного мозга проводились оперативные вмешательства, дополнительно производится страховая выплата в размере 15% от страховой суммы однократно.	
7	Травматические невриты на одной конечности (за исключением невритов пальцевых нервов)	5
8	Повреждение (разрыв, ранение) шейного, плечевого, поясничного, крестцового сплетений:	х
	А) травматический плексит	10
	Б) частичный разрыв сплетения	40
	В) полный разрыв сплетения	70
	Примечания: Ст.7 и 8 одновременно не применяются. Невралгии, невротии, возникшие в связи с травмой, не дают оснований для страховой выплаты.	
9	Перерыв нервов:	х
	А) ветвей лучевого, локтевого, срединного (пальцевых нервов) на кисти	5
	Б) одного: лучевого, локтевого или срединного на уровне лучезапястного сустава и предплечья; малоберцового или большеберцового	10
	В) двух или более: лучевого локтевого, срединного на уровне лучезапястного сустава и предплечья; малоберцового и большеберцового нервов	20
	Г) одного: подмышечного, лучевого, локтевого, срединного – на уровне локтевого сустава и плеча, седалищного или бедренного	25
	Д) двух и более: подмышечного, лучевого, локтевого, срединного – на уровне локтевого сустава и плеча, седалищного и бедренного	40
	Примечание: Повреждение нервов на уровне стопы, пальцев стопы и кисти не дает оснований для страховой выплаты	
Органы зрения		
10	Паралич, аккомодации одного глаза	15
11	Гемианопсия (выпадение поля зрения одного глаза), повреждение мышц глазного яблока (травматическое косоглазие, птоз, диплопия)	15
12	Сужение поля зрения одного глаза:	х
	А) неконцентрическое	10
	Б) концентрическое	15
13	Пульсирующий экзофтальм одного глаза	20
14	Повреждение глаза, не повлекшее за собой снижения остроты зрения:	х
	А) непроникающее ранение глазного яблока, гифема	2
	Б) проникающее ранение глазного яблока, ожоги I, II степени, гемофтальм	5
	В) тяжелая контузия, осложненная гифемой, гемофтальмом, кровоизлиянием в сетчатку, отслойкой сетчатки	5
	Г) травматическая катаракта, требующая оперативного лечения	10
	Примечания: Ожоги без указания степени, а также ожоги I степени, не повлекшие за собой патологических изменений, не дают оснований для страховой выплаты.	

	В том случае, если повреждения, перечисленные ст.14, повлекут за собой снижение остроты зрения, страховая выплата производится в соответствии ст.20. ст.14 при этом не применяется. Если же в связи с повреждением глазного яблока страховая выплата производилась по ст.14, а в дальнейшем травма осложнилась снижением остроты зрения и это дает основание для страховой выплаты в большем размере, ранее произведенная сумма страховой выплаты удерживается Поверхностные инородные тела на оболочках глаза не дают оснований для страховой выплаты	
15	Повреждение слезопроводящих путей одного глаза:	х
	А) не повлекшее за собой нарушения функции слезопроводящих путей	5
	Б) повлекшее за собой нарушение функции слезопроводящих путей	10
16	Последствия травмы глаза:	х
	А) конъюнктивит, кератит, иридоциклит, хориоретинит	5
	Б) дефект радужной оболочки, смещение хрусталика, изменение формы зрачка, трихиаз (неправильный рост ресниц), заворот века, не удаленные инородные тела в глазном яблоке и тканях глазницы, рубцы оболочек глазного яблока и век (за исключением кожи)	10
	Примечания: Если в результате одной травмы наступят несколько патологических изменений, перечисленных в ст.16, страховая выплата производится с учетом наиболее тяжелого последствия однократно. В том случае, если врач-окулист не ранее чем через три месяца после травмы глаза установит, что имеются патологические изменения, перечисленные в ст.10, 11, 12, 13, 15б, 16, и снижение остроты зрения, страховая выплата производится с учетом всех последствий путем суммирования, но не более 50% страховой суммы.	
17	Повреждение глаза (глаз), повлекшее за собой полную потерю зрения единственного глаза или обоих глаз, обладавших зрением не ниже 0,01	100
18	Удаление в результате травмы глазного яблока слепого глаза	10
19	Перелом орбиты	10
20	Снижение остроты зрения (См. Таблицу к ст.20 «Снижение остроты зрения»)	х
	Примечания: Решение о страховой выплате в связи со снижением в результате травмы остроты зрения и другими последствиями принимается после окончания лечения, но не ранее трех месяцев со дня травмы . По истечении этого срока Застрахованный направляется к врачу-окулисту для определения остроты зрения обоих глаз (без учета коррекции) и других последствий перенесенного повреждения. В таких случаях предварительно может быть произведена страховая выплата с учетом факта травмы по ст.14, 15а, 19. Если сведения об остроте зрения поврежденного глаза до травмы отсутствуют, то условно следует считать, что она была такой же, как неповрежденного. Однако, если острота зрения неповрежденного глаза окажется ниже, чем поврежденного, условно следует считать, что острота зрения поврежденного глаза равнялась 1,0. Если в результате травмы были повреждены оба глаза и сведения об их зрении отсутствуют, следует условно считать, что острота зрения их составляла 1,0 В том случае, если в связи с посттравматическим снижением остроты зрения был имплантирован искусственный хрусталик или применена корригирующая линза, страховая выплата производится с учетом остроты зрения до операции .	
Органы слуха		
21	Повреждение ушной раковины, повлекшее за собой:	х
	А) перелом хряща	2
	Б) отсутствие до 1/3 части ушной раковины	5
	В) отсутствие 1/3-1/2 части ушной раковины	10
	Г) отсутствие более 1/2 части ушной раковины	30
	Примечание: Решение по ст.21(б, в, г) принимается на основании данных освидетельствования, проведенного после заживления раны . Если страховая выплата произведена по ст.21, ст.58 не применяется.	
22	Повреждение одного уха, повлекшее за собой снижение слуха:	х
	А) шепотная речь на расстоянии от 1 до 3 м.	5
	Б) шепотная речь – до 1 м.	15
	В) полная глухота (разговорная речь -0)	25
	Примечание: Решение о страховой выплате 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 сурдологу, ЛОР-специалисту для определения последствий перенесенного повреждения. В таких случаях предварительно может быть произведена страховая выплата с учетом факта травмы по ст.23, 24а (если имеются основания).	
23	Разрыв одной барабанной перепонки, наступивший в результате травмы и не повлекший за собой снижения слуха	5

	Примечания: 1. Если в результате травмы произошел разрыв барабанной перепонки и наступило снижение слуха, страховая выплата производится по ст.22, ст.23 при этом не применяется. 2. Если разрыв барабанной перепонки произошел в результате перелома основания черепа (средняя черепная ямка), ст.23 не применяется.	
24	Повреждение одного уха, повлекшее за собой посттравматический отит:	x
	А) острый гнойный	3
	Б) хронический	5
	Примечание: Страховая выплата по ст.24б производится дополнительно в том случае, если это осложнение травмы будет установлено ЛОР-специалистом по истечении трех месяцев после травмы . Ранее этого срока страховая выплата производится с учетом факта травмы по соответствующей статье.	
Дыхательная система		
25	Перелом, вывих костей, хряща носа, передней стенки лобной, гайморовой пазухи, решетчатой кости, ожог дыхательных путей	5
	Примечание: Если в связи с переломом, вывихом костей, хряща носа наступит его деформация и это будет подтверждено справкой лечебно-профилактического учреждения и результатами освидетельствования ЛОР-специалиста, страховая выплата производится по ст.25 и 58 (если имеются основания для применения этой статьи) путем суммирования.	
26	Повреждение легкого, подкожная эмфизема, гемоторакс, пневмоторакс, пневмония, экссудативный плеврит, инородное тело (тела) грудной полости:	x
	А) с одной стороны	5
	Б) с двух сторон	10
	Примечания: Пневмония, развившаяся в период лечения травмы или после оперативного вмешательства, произведенного по поводу травмы (за исключением повреждений грудной клетки и органов грудной полости), не дает оснований для страховой выплаты. Если перелом ребер, грудины повлекли за собой осложнения, предусмотренные ст.26, страховая выплата по этой статье производится дополнительно к ст.28, 29	
27	Повреждение грудной клетки и ее органов, повлекшее за собой:	x
	А) дыхательную недостаточность (по истечении 3 месяцев со дня травмы)	10
	Б) удаление доли, части легкого	40
	В) удаление одного легкого	60
	Примечание: При страховой выплате по ст.27 (б, в) ст.27а не применяется	
28	Перелом грудины	5
29	Перелом ребер:	x
	А) перелом одного ребра	3
	Б) перелом каждого последующего ребра	1,5
Примечания: При переломе ребер во время реанимационных мероприятий, проводимых в связи с лечением травмы, страховая выплата производится на общих основаниях. Перелом хрящевой части ребра дает основание для страховой выплаты. Если в документах, полученных из разных лечебно-профилактических учреждений, будет указано различное количество поврежденных ребер, страховая выплата производится с учетом большего числа ребер.		
30	Проникающее ранение грудной клетки, торакоскопия, торакоцентез, торакотомия, произведенные в связи с травмой:	x
	А) торакоскопия, торакоцентез, проникающее ранение без повреждения органов грудной полости, не потребовавшее проведения торакотомии	5
	Торакотомия:	x
	Б) при отсутствии повреждения органов грудной полости	10
	В) при повреждении органов грудной полости	15
	Г) повторные торакотомии (независимо от их количества)	10
	Примечания: Если в связи с повреждением грудной клетки и ее органов было произведено удаление легкого или его части, страховая выплата производится в соответствии со ст.27, ст.30 при этом не применяется ; ст.30 и 26 одновременно не применяются . Если в связи с травмой грудной полости проводились торакоскопия, торакоцентез, торакотомия – страховая выплата производится с учетом наиболее сложного вмешательства однократно.	

31	Повреждение гортани, трахеи, щитовидного хряща, перелом подъязычной кости, ожог верхних дыхательных путей, не повлекшее за собой нарушения функции	5
	Примечание: Если в связи с травмой проводилась бронхоскопия, трахеостомия (трахеотомия), дополнительная страховая выплата составит 5% от страховой суммы однократно	
32	Повреждение гортани, трахеи, подъязычной кости, щитовидного хряща, трахеостомия, произведенная в связи с травмой, повлекшие за собой:	x
	А) осиплость или потерю голоса, ношение трахеостомической трубки в течение не менее 3 месяцев после травмы	10
	Б) потерю голоса, ношение трахеостомической трубки в течение не менее 6 месяцев после травмы	20
	Примечание: Страховая выплата по ст.32 производится дополнительно к страховой выплате, произведенной в связи с травмой по ст.31. В том случае если Застрахованный в своем заявлении указал, что травма повлекла за собой нарушение функции гортани или трахеи, необходимо получить заключение специалиста по истечении трех месяцев после травмы . Ранее этого срока страховая выплата производится по ст.31	
Сердечно-сосудистая система		
33	Повреждение сердца, его оболочек и крупных магистральных сосудов, не повлекшее за собой сердечно-сосудистую недостаточность	25
34	Повреждение сердца, его оболочек и крупных магистральных сосудов, повлекшее за собой сердечно-сосудистую недостаточность:	x
	А) I степени	10
	Б) II-III степени	25
Примечание: Если в медицинских документах не указана степень сердечно-сосудистой недостаточности, страховая выплата производится по ст.34а.		
35	Повреждение крупных периферических сосудов, не повлекшее за собой нарушения кровообращения, на уровне:	x
	А) плеча, бедра	10
	Б) предплечья, голени	5
36	Повреждение крупных периферических сосудов, повлекшее за собой сосудистую недостаточность	20
	Примечания: К крупным магистральным сосудам следует относить: аорту, легочную, 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; плечеголовые, подключичные, подмышечные, бедренные и подколенные вены. Если страхователь в своем заявлении указал, что травма повлекла за собой нарушение функции сердечно-сосудистой системы, необходимо получить заключение специалиста. Страховая выплата по ст.34, 36 производится дополнительно, если указанные в этих статьях осложнения травмы будут установлены в лечебно-профилактическом учреждении по истечении 3 месяцев после травмы и подтверждены документами этого учреждения. Ранее этого срока страховая выплата производится по ст.33, 35 Если в связи с повреждением крупных сосудов проводились операции с целью восстановления сосудистого русла, дополнительная страховая выплата составит 5% от страховой суммы однократно .	
Органы пищеварения		
37	Перелом верхней челюсти, скуловой кости или нижней челюсти, вывих челюсти:	x
	А) перелом одной кости, вывих челюсти	5
	Б) перелом двух и более костей, двойной перелом одной кости	10
Примечания: При переломе челюсти, случайно наступивших во время стоматологических манипуляций, страховая выплата производится на общих основаниях. Перелом альвеолярного отростка, наступивший при потере зубов, не дает оснований для страховой выплаты. Если в связи с травмой челюстей, скуловых костей проводились оперативные вмешательства, дополнительная страховая выплата составит 5% от страховой суммы однократно		
38	Привычный вывих челюсти	10
Примечание. При привычном вывихе нижней челюсти страховая выплата производится однократно дополнительно к страховой выплате, произведенной по ст.37, если это осложнение, явившееся результатом травмы, произошло в период страхования и в течение 1 года после травмы. При рецидивах привычного вывиха челюсти страховая выплата не производится.		

39	Повреждение челюсти, повлекшее за собой отсутствие:	х	
	А) части челюсти (за исключением альвеолярного отростка)	40	
	Б) челюсти	80	
Примечания: При страховой выплате в связи с отсутствием челюсти или ее части учтена и потеря зубов, независимо от их количества. В тех случаях, когда травма челюсти сопровождалась повреждением других органов ротовой полости, процент страховой выплаты определяется с учетом этих повреждений по соответствующим статьям путем суммирования. При страховой выплате, произведенной по ст.39, дополнительная страховая выплата за оперативные вмешательства не производится.			
40	Повреждение языка, полости рта (ранение, ожог, отморожение), повлекшее за собой образование рубцов (независимо от их размера)	3	
41	Повреждение языка, повлекшее за собой:	х	
	А) отсутствие кончика языка	10	
	Б) отсутствие дистальной трети языка	15	
	В) отсутствие языка на уровне средней трети	30	
	Г) отсутствие языка на уровне корня или полное отсутствие языка	60	
42	Повреждение зубов, повлекшее за собой:	х	
	А) отлом коронки зуба, перелом зуба (коронки, шейки, корня), вывих зуба	2	
	Потерю:	х	
	Б) 1 зуба	5	
	В) 2-3 зубов	8	
	Г) 4-6 зубов	10	
	Д) 7-9 зубов	15	
	Е) 10 и более зубов	20	
	Примечания: При переломе или потере в результате травмы зубов с несъемными протезами страховая выплата производится с учетом потери только опорных зубов . При повреждении в результате травмы съемных протезов страховая выплата не производится. При потере или переломе в результате травмы молочных зубов у детей в возрасте до 5 лет страховая выплата производится на общих основаниях. При потере зубов и переломе челюсти размер страховой выплаты определяется по ст.37 и 42 путем суммирования. Если в связи с травмой зуба была произведена страховая выплата по ст. 42а, а в дальнейшем этот зуб был удален, из размера страховой выплаты вычитается ранее произведенная выплата. Если удаленный в связи с травмой зуб будет имплантирован, страховая выплата производится на общих основаниях по ст.42. В случае удаления этого зуба дополнительная выплата не производится . Перелом или потеря зуба считается с ¼ коронки.		
	43	Повреждение (ранение, разрыв, ожог) глотки, пищевода, желудка, кишечника, а также эзофагогастроскопия, произведенная в связи с этими повреждениями или с целью удаления инородных тел пищевода, желудка, не повлекшее за собой функциональных нарушений	5
	44	Ожог или ранение, вызвавшее сужение пищевода или глотки:	х
А) умеренное (затруднение при прохождении твердой пищи)		20	
Б) значительное (затруднение при прохождении мягкой пищи)		40	
В) резкое (затруднение при прохождении жидкой пищи)		60	
Г) непроходимость (гастростома)		90	
Примечание. Процент страховой выплаты по ст.44, определяется не ранее, чем через 6 месяцев со дня травмы. Ранее этого срока страховая выплата производится предварительно по ст.43 и этот процент вычитается при принятии окончательного решения.			
45	Повреждение (разрыв, ожог, ранение) органов пищеварения, случайное острое отравление, повлекшее за собой:	х	
	А) холецистит, дуоденит, гастрит, панкреатит, энтерит, колит, проктит	5	
	Б) парапроктит	10	
	В) рубцовое сужение (деформацию) желудка, кишечника, заднепроходного отверстия	15	
	Г) спаечную болезнь, состояние после операции по поводу спаечной непроходимости	25	
	Д) кишечный свищ, кишечно-влагалищный свищ, свищ поджелудочной железы	50	
	Е) противоестественный задний проход (колостома)	75	
Примечания:			

	<p>При осложнении травм, предусмотренных в подпунктах «а», «б», «в», страховая выплата производится при условии, что эти осложнения имеются по истечении 3 месяцев после травмы, а при осложнениях, предусмотренных в подпунктах «г», «д», «е» – по истечении 6 месяцев после травмы.</p> <p>Указанные осложнения травмы признаются только в том случае, если они подтверждены документами лечебно-профилактического учреждения. Ранее этих сроков страховая выплата производится по ст.43 и этот процент не вычитается при принятии окончательного решения.</p> <p>Если в результате одной травмы возникнут осложнения, перечисленные в одном подпункте, страховая выплата производится однократно. Однако, если возникли патологические изменения, перечисленные в разных подпунктах, страховая выплата производится с учетом каждого из них путем суммирования.</p>	
46	Грыжа, образовавшаяся на месте повреждения передней брюшной стенки, диафрагмы или в области послеоперационного рубца, если операция проводилась в связи с травмой, или состояние после операции по поводу такой грыжи	10
	<p>Примечания:</p> <p>Страховая выплата по ст.46 производится дополнительно к страховой выплате, определенной в связи с травмой органов живота, если она явилась прямым следствием этой травмы.</p> <p>Грыжи живота (пупочные, белой линии, паховые и пахово-мошоночные), возникшие в результате поднятия тяжести, не дают оснований для страховой выплаты.</p>	
47	Повреждение печени в результате травмы или случайного острого отравления, повлекшее за собой:	х
	А) подкапсульный разрыв печени, не потребовавший оперативного вмешательства, гепатит, вирусные гепатиты (кроме гепатита «А»), развившийся непосредственно в связи с травмой, гепатоз	5
	Б) печеночную недостаточность	10
48	Повреждение печени, желчного пузыря, повлекшие за собой:	х
	А) ушивание разрывов печени или удаление желчного пузыря	15
	Б) ушивание разрывов печени и удаление желчного пузыря	20
	В) удаление части печени	25
	Г) удаление части печени и желчного пузыря	35
49	Повреждение селезенки, повлекшее за собой:	х
	А) подкапсульный разрыв селезенки, не потребовавший оперативного вмешательства	5
	Б) удаление селезенки	30
50	Повреждение желудка, поджелудочной железы, кишечника, брыжейки, повлекшее за собой:	х
	А) образование ложной кисты поджелудочной железы	20
	Б) резекцию желудка, кишечника, поджелудочной железы	30
	В) удаление желудка	60
	<p>Примечание.</p> <p>При последствиях травмы, перечисленных в одном подпункте, страховая выплата производится однократно. Однако, если травма различных органов повлечет за собой осложнения, указанные в различных подпунктах, страховая выплата производится с учетом каждого из них путем суммирования.</p>	
51	Повреждение живота, в связи с которым произведены:	х
	А) лапароскопия (лапароцентез)	5
	Б) лапаротомия (в том числе с лапароскопией, лапароцентезом) без повреждения органов живота	10
	В) лапаротомия (в том числе с лапароскопией, лапароцентезом) при повреждении органов живота	15
	Г) повторные лапаротомии (независимо от их количества)	5
	<p>Примечания:</p> <p>Если в связи с травмой органов живота имеются основания для страховой выплаты по ст. 47-50, ст.51(кроме подпункта «г») не применяется</p> <p>Если в результате одной травмы будут повреждены различные органы брюшной полости, из которых один или несколько будут удалены, а другой (другие) ушиты, страховая выплата производится по соответствующим статьям и ст.51 «в» однократно.</p> <p>В том случае, когда в результате одной травмы будут повреждены органы пищеварительной, мочевыделительной или половой системы (без их удаления) – дополнительно страховая выплата производится по ст.55а.</p>	
Мочевыделительная и половая системы		
52	Повреждение почки, повлекшее за собой:	х
	А) ушиб почки, подкапсульный разрыв почки, не потребовавший оперативного вмешательства	5
	Б) удаление части почки	30
	В) удаление почки	60
53	Повреждение органов мочевыделительной системы (почек, мочеточников, мочевого пузыря, мочеиспускательного канала), повлекшее за собой:	х
	А) цистит, уретрит	5
	Б) острую почечную недостаточность, пиелит, пиелоцистит, пиелонефрит	10
	В) уменьшение объема мочевого пузыря	15

	Г) гломерулонефрит, сужение мочеточника, мочеиспускательного канала	25
	Д) синдром длительного раздавливания (травматический токсикоз, краш-синдром, синдром разможнения), хроническую почечную недостаточность	30
	Е) непроходимость мочеточника, мочеиспускательного канала, мочеполовые свищи	40
	Примечания: Если в результате травмы наступит нарушение функции нескольких органов мочевыделительной системы, процент страховой выплаты определяется по одному из подпунктов ст.53, учитывающему наиболее тяжелое последствие повреждения. Страховая выплата в связи с последствиями травмы, перечисленными в подпунктах «а», «в», «г», «д» и «е» ст.53, производится в том случае, если эти осложнения имеются по истечении 3 месяцев после травмы. Ранее этого срока страховая выплата производится по ст.52 или 55а и этот процент вычитается при принятии окончательного решения.	
54	Оперативные вмешательства, произведенные в связи с травмой органов мочевыделительной системы:	х
	А) цистостомия	5
	Б) при подозрении на повреждение органов	10
	В) при повреждении органов	15
	Г) повторные операции, произведенные в связи с травмой (независимо от их количества)	10
	Примечание. Если в связи с травмой было произведено удаление почки или ее части, страховая выплата производится по ст.52 (б, в), ст.54 при этом не применяется .	
55	Повреждение органов половой или мочевыделительной системы:	х
	А) ранение, разрыв, ожог, отморожение	5
	Б) изнасилование, насильственные действия сексуального характера в отношении Застрахованного лица в возрасте:	х
	До 15 лет	50
	С 15 до 18 лет	30
	18 лет и старше	15
	Примечание. Если в результате изнасилования или насильственных действий сексуального характера выявятся повреждения, являющиеся основанием для страховой выплаты в соответствии со статьями, указанными в настоящей таблице, размер страховой выплаты ст.55 определяется с учетом этих статей (т.е. эти статьи суммируются к пункту Б 55 ст.).	
56	Повреждение половой системы, повлекшее за собой:	х
	А) удаление одного яичника, маточной трубы, яичка	15
	Б) удаление обоих яичников, обеих маточных труб, яичек, части полового члена	30
	В) потерю матки у женщин в возрасте:	х
	До 40 лет	50
	С 40 до 50 лет	30
	50 лет и старше	15
Г) потерю полового члена, обоих яичек	50	
57	Иные повреждения повлекшие за собой:	х
	А) образование лигатурных свищей	3
	Б) лимфостаз, тромбофлебит, нарушения трофики	5
	В) остеомиелит, в том числе гематогенный остеомиелит	10
	Примечания: Ст. 57 применяется при тромбофлебитах, лимфостазе и нарушениях трофики, наступивших вследствие травмы опорно-двигательного аппарата (за исключением повреждения крупных периферических сосудов и нервов). Нагноительные воспаления пальцев стоп не дают оснований для страховой выплаты.	
Мягкие ткани		
58	Ранение, ожог, отморожение мягких тканей лица, передне-боковой поверхности шеи, подчелюстной области (исключая повреждения ушных раковин, перечисленные в ст.21).	0,5% за каждый день непрерывного лечения
	Примечания. 1. Общая сумма страховой выплаты не должна превышать 5% страховой суммы, установленной договором страхования (Полисом), за весь период непрерывного лечения. 2. Ст.58 включает в себя первичную хирургическую обработку ран и наложение швов.	
59	Рубцы в результате ранений, ожогов, отморожений мягких тканей лица, подчелюстной области или передне-боковой поверхности шеи, повлекшие за собой (с учетом данных освидетельствования, проведенного после заживления раневых поверхностей врачом не ранее, чем через три месяца со дня травмы):	х

	А) легкую степень – умеренное нарушение косметики лица	5
	Б) среднюю степень – значительное нарушение косметики лица	20
	В) сильная степень – обезображивание	50
	<p>Примечания: При невозможности получить заключение врача о степени нарушения косметики лица принятие такого решения возможно при наличии подробной информации о шрамах, рубцах и пигментных пятнах, содержащейся в выписном эпикризе. При этом следует иметь в виду следующее: Умеренное нарушение косметики лица – косметически заметные рубцы и обширные пигментные пятна, видимые с расстояния не менее 3м; Значительное нарушение косметики лица – рубцы площадью более 10 кв. см. или длиной более 5 см., резко отличающиеся по окраске от окружающей кожи, втянутые или возвышающиеся над ее поверхностью и/или стягивающие окружающие ткани; Обезображивание – рубцы, резко изменяющие естественный вид человека, искажающие черты лица, в результате механического, химического, термического и других механических воздействий. Область лица имеет условные границы: Верхняя – край волосистой покрова головы; Боковая – передний край основания ушной раковины, задний край ветви нижней челюсти; Нижняя – угол и нижний край тела нижней челюсти. Если в связи с переломом лицевых костей черепа со смещением отломков была произведена операция (открытая репозиция), вследствие чего образовался рубец, страховая выплата производится с учетом перелома и послеоперационного рубца, если этот рубец нарушает косметику в той или иной степени.</p>	
60	Ранение, ожог, отморожение мягких тканей волосистой части головы, туловища, конечностей Примечание. Общая сумма страховой выплаты не должна превышать 5% страховой суммы, установленной договором страхования (Полисом) за весь период непрерывного лечения.	0,3% за каждый день непрерывного лечения
61	Последствия повреждений мягких тканей: А) наличие нерассосавшейся гематомы (гематом) площадью 20кв. см. и более по истечении одного месяца со дня травмы; Б) оперативное иссечение или удаление не рассосавшихся гематом по истечении 10 дней со дня травмы в условиях стационара, а также вскрытие связанного с травмой нагноения (абсцесса, флегмоны, затека) Примечание. При наличии одного из последствий, указанных ст.61, страховая выплата производится однократно по ст.61 либо по ст.60.	5
62	Наличие на волосистой части головы, туловища, конечностей келоидных рубцов, стягивающих мягкие ткани, мешающих ношению одежды или обуви, образовавшихся в результате различных травм, с учетом мест взятия кожного аутотрансплантата для замещения дефекта пораженного участка кожи (по данным освидетельствования, проведенного врачом после заживления раневых поверхностей, но не ранее, чем через один месяц со дня травмы): А) площадью 1%	5
	Б) площадью более 1% до 5%	15
	В) площадью от 5 % и более	25
	<p>Примечания: Если страховая выплата производится за оперативное вмешательство (при открытых повреждениях, при пластике сухожилий, сшивании сосудов, нервов и др.), ст.60 не применяется. Решение о страховой выплате по ст.61а, 62а, 62б, 62в принимается с учетом данных освидетельствования, проведенного после заживления раневых поверхностей, но не ранее 1 месяца после травмы. Если исследуемая поверхность тела (по результатам освидетельствования) будет указана в сантиметрах, то при определении размера площади пораженных участков тела следует иметь в виду следующее: 1% поверхности тела исследуемого равен площади ладонной поверхности его кисти и пальцев. Площадь ладонной поверхности 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 (большого) пальца В данных освидетельствования сведения о размерах ладонной поверхности исследуемого в сантиметрах – обязательно!</p>	
63	Ожоговая болезнь, ожоговый шок	10
	<p>Примечание. Страховая выплата по ст.63 производится дополнительно к ранее выплаченной.</p>	
64	Повреждение мягких тканей:	x
	А) неудаленные инородные тела	1

	Б) посттравматический периостит или мышечная грыжа, разрыв мышц	3
	В) Разрыв сухожилий за исключением пальцев кисти, взятие аутотрансплантата из другого отдела опорно-двигательного аппарата для лечения последствий травмы.	5
Примечание: Решение о страховой выплате по ст.64 применяется с учетом данных выписного эпикриза либо карты амбулаторного/стационарного больного		
Позвоночник		
65	Перелом, перелома-вывих или вывих тел, дужек и суставных отростков позвонков (за исключением крестца и копчика):	х
	А) одного двух	20
	Б) трех-пяти	30
	В) шести и более	40
66	Разрыв межпозвонковых связок (при сроке лечения не менее 14 дн.). Подвывих позвонков (за исключением копчика)	5
Примечание. При рецидивах подвывиха позвонка страховая выплата не производится		
67	Перелом каждого поперечного или остистого отростка	3
68	Перелом крестца	15
69	Повреждение копчика:	х
	А) подвывих копчиковых позвонков	2
	Б) вывих копчиковых позвонков	5
	В) перелом копчиковых позвонков	10
Примечания: 1. Если в связи с травмой позвоночника (в том числе крестца и копчика) проводились оперативные вмешательства, дополнительно производится страховая выплата 10% страховой суммы однократно. 2. В том случае, если перелом или вывих позвонков сопровождался повреждением спинного мозга, страховая выплата производится с учетом обоих повреждений путем суммирования. 3. В том случае, если в результате одной травмы произойдет перелом тела позвонка, повреждение связок, перелом поперечных или остистых отростков, страховая выплата производится по статье, предусматривающей наиболее тяжелое повреждение, однократно .		
Верхняя конечность		
Лопатка и ключица		
70	Перелом лопатки, ключицы, полный или частичный разрыв акромиально-ключичного, грудино-ключичного сочленений:	х
	А) перелом, вывих одной кости, разрыв одного сочленения	5
	Б) перелом двух костей, двойной перелом одной кости, разрыв двух сочленений или перелом, вывих одной кости и разрыв одного сочленения, перелома-вывих ключицы	10
	В) разрыв двух сочленений и перелом одной кости, перелом двух костей и разрыв одного сочленения	15
	Г) несросшийся перелом (ложный сустав)	15
Примечания: В том случае, если в связи с повреждениями, перечисленными в ст.70, проводились оперативные вмешательства, дополнительно выплачивается 5% страховой суммы однократно . В том случае, если в связи с открытым переломом не проводилось оперативное вмешательство, решение о страховой выплате по ст. 60 принимается после заживления раны в размере 0,1% за каждый день лечения, но при этом размер страховой выплаты не должен превышать 3% страховой суммы. Страховая выплата в связи с несросшимся переломом (ложным суставом) производится в том случае, если это осложнение травмы будет установлено в лечебно-профилактическом учреждении по истечении 6 месяцев после травмы и подтверждено документами этого учреждения. Эта выплата является дополнительной.		
Плечевой сустав		
71	Повреждения области плечевого сустава (суставной впадины лопатки, головки плечевой кости, анатомической, хирургической шейки, бугорков, суставной сумки):	х
	А) разрыв сухожилий, капсулы сустава, отрыва костных фрагментов, в том числе большого бугорка, перелом суставной впадины лопатки, вывих плеча	5
	Б) перелом двух костей, перелом лопатки и вывих плеча	10
	В) перелом плеча (головки, анатомической, хирургической шейки), перелома-вывих плеча	15
72	Повреждение плечевого пояса, повлекшее за собой:	х
	А) привычный вывих плеча	10
	Б) отсутствие движений в суставе (анкилоз)	20
	В) «болтающийся» плечевой сустав в результате резекции суставных поверхностей составляющих его костей	40

	<p>Примечания: Страховая выплата по ст.72 производится дополнительно к сумме страховой выплаты, произведенной в связи с повреждением области плечевого сустава в том случае, если перечисленные в этой статье осложнения будут установлены лечебно-профилактическим учреждением по истечении 6 месяцев после травмы и подтверждены документами этого учреждения. В том случае, если в связи с травмой плечевого сустава будут проведены оперативные вмешательства, дополнительно выплачивается 10% от страховой суммы однократно. Страховая выплата при привычном вывихе плеча производится однократно и только в том случае, если он наступил в течение 6 месяцев после первичного вывиха, происшедшего в период действия договора страхования. Диагноз привычного вывиха плеча должен быть подтвержден лечебным учреждением, в котором производилось его вправление. При рецидивах привычного вывиха плеча страховая выплата не производится.</p>	
	Плечо	
73	Перелом плечевой кости:	x
	А) на любом уровне (верхняя, средняя, нижняя треть)	15
	Б) двойной перелом	20
74	Перелом плечевой кости, повлекший за собой образование несросшегося перелома (ложного сустава):	x
	А) справа	45
	Б) слева	35
	<p>Примечания: Страховая выплата по ст.74 производится дополнительно к страховой выплате, произведенной в связи с травмой плеча, если указанные осложнения будут установлены в лечебно-профилактическом учреждении по истечении 9 месяцев после травмы. При этом следует иметь в виду следующее: ст.74 а применяется при повреждении левой руки, если у пострадавшего левая рука основная. ст.74б применяется при повреждении правой руки, если у пострадавшего левая рука основная. Если в связи с травмой области плеча проводились оперативные вмешательства (за исключением первичной хирургической обработки и удаления инородных тел) дополнительная страховая выплата составит 10% страховой суммы.</p>	
75	Травматическая ампутация верхней конечности или тяжелое повреждение, приведшее к ампутации:	x
	А) с лопаткой, ключицей или их частью	80
	Б) плеча на любом уровне	75
	В) единственной конечности на уровне плеча	100
	<p>Примечание. Если страховая выплата производится по ст.75, дополнительная выплата за оперативные вмешательства, послеоперационные рубцы не производится.</p>	
	Локтевой сустав	
76	Повреждение области локтевого сустава:	x
	А) гемартроз, пронационный подвывих предплечья	3
	Б) отрывы костных фрагментов, в том числе надмыщелков плечевой кости, перелом лучевой или локтевой кости, вывих кости	5
	В) перелом лучевой и локтевой кости, вывих предплечья	10
	Г) перелом плечевой кости	15
	Д) перелом плечевой кости с лучевой и локтевой костями	20
	<p>Примечание. В том случае, если в результате одной травмы наступят различные повреждения, перечисленные в ст.76, страховая выплата производится в соответствии с подпунктом, учитывающим наиболее тяжелое повреждение.</p>	
77	Повреждение области локтевого сустава, повлекшее за собой:	x
	А) отсутствие движений в суставе (анкилоз)	20
	Б) «болтающийся» локтевой сустав (в результате резекции суставных поверхностей составляющих его костей)	30
	<p>Примечания: Страховая выплата по ст.77 производится дополнительно к страховой выплате, произведенной в связи с повреждениями в области локтевого сустава, в том случае, если нарушение движений в этом суставе будет установлено лечебно-профилактическим учреждением по истечении 6 месяцев после травмы и подтверждено документами этого учреждения. В том случае, если в связи с травмой области локтевого сустава будут проведены оперативные вмешательства (за исключением первичной хирургической обработки и удаления инородных тел), дополнительная страховая выплата составит 10% страховой суммы однократно.</p>	
	Предплечье	
78	Перелом костей предплечья на любом уровне, за исключением области суставов (верхняя, средняя, нижняя треть):	x

	А) перелом, вывих одной кости	5
	Б) перелом двух костей, двойной перелом одной кости	10
79	Несросшийся перелом (ложный сустав) одной, двух костей предплечья:	15
	Примечание. Страховая сумма по ст.79 выплачивается дополнительно к страховой выплате, произведенной в связи с травмой предплечья, если это осложнение травмы будет установлено в лечебно-профилактическом учреждении по истечении 9 месяцев после травмы и подтверждено документами этого учреждения.	
80	Травматическая ампутация или тяжелое повреждение, приведшее:	x
	А) к ампутации предплечья на любом уровне	65
	Б) к экзартикуляции в локтевом суставе	35
	В) к ампутации единственной конечности на уровне предплечья	100
	Примечания: Если в связи с травмой области предплечья проводились оперативные вмешательства (за исключением первичной хирургической обработки и удаления инородных тел), страховая выплата производится 10% от страховой суммы однократно. Если страховая выплата производится по ст.80, дополнительная страховая выплата за оперативные вмешательства, послеоперационные рубцы не производится.	
	Лучезапястный сустав	
81	Повреждение области лучезапястного сустава:	x
	А) перелом одной кости предплечья, отрыв шиловидного отростка (отростков), отрыв костного фрагмента (фрагментов), вывих головки локтевой кости	5
	Б) перелом двух костей предплечья	10
	В) перилунарный вывих кисти	15
82	Повреждение области лучезапястного сустава, повлекшее за собой отсутствие движений (анкилоз) в этом суставе	15
	Примечания: Страховая выплата по ст.82 производится дополнительно к страховой выплате, произведенной в связи с повреждением области лучезапястного сустава в том случае, если отсутствие движений в суставе будет установлено лечебно-профилактическим учреждением по истечении 6 месяцев после травмы и подтверждено справкой этого учреждения. Если в связи с травмой области лучезапястного сустава проводились оперативные вмешательства, дополнительная страховая выплата составит 5% страховой суммы.	
	Кисть	
83	Перелом или вывих костей запястья, пястных костей:	x
	А) одной кости (кроме ладьевидной)	5
	Б) двух и более костей (кроме ладьевидной)	10
	В) ладьевидной кости	10
	Г) вывих, перелом-вывих кисти	15
	Примечания: Если в связи с травмой кисти проводились оперативные вмешательства (за исключением первичной хирургической обработки и удаления инородных тел), дополнительная страховая выплата составит 5% страховой суммы однократно. При переломе (вывихе) в результате одной травмы костей запястья (пястных костей) и ладьевидной кости страховая выплата производится с учетом каждого повреждения путем суммирования.	
84	Повреждение кисти, повлекшее за собой:	x
	А) несросшийся перелом (ложный сустав) одной или нескольких костей (за исключением отрыва костных фрагментов)	10
	Б) потерю всех пальцев, ампутацию на уровне пястных костей запястья или лучезапястного сустава	65
	В) ампутацию единственной кисти	100
	Примечание. Страховая выплата в связи с несросшимся переломом (ложным суставом) костей запястья или пястных костей производится дополнительно по ст.84а в том случае, если это осложнение травмы будет установлено в лечебно-профилактическом учреждении по истечении 6 месяцев после травмы и подтверждено документами этого учреждения.	
	Пальцы кисти	
	Первый (большой) палец	
85	Повреждение пальца, повлекшее за собой:	x
	А) отрыв ногтевой пластинки	2
	Б) повреждение сухожилия (сухожилий) разгибателей пальца	3
	В) перелом, вывих, значительную рубцовую деформацию фаланги (фаланг), повреждение сухожилия (сухожилий) сгибателя пальца, сухожильный, суставной, костный панариций.	5

	Примечания: Гнойное воспаление околоногтевого валика (паронихия) не дает оснований для страховой выплаты. Если в связи с повреждением сухожилий, переломом или вывихом фаланги (фаланг) проводились оперативные вмешательства, дополнительно производится страховая выплата в размере 5% страховой суммы однократно .	
86	Повреждение пальца, повлекшее за собой:	x
	А) отсутствие движений в одном суставе	10
	Б) отсутствие движений в двух суставах	15
	Примечание. Страховая выплата в связи с нарушением функции 1 пальца производится дополнительно к страховой выплате, произведенной в связи с его травмой, в том случае, если отсутствие движений в суставе (суставах) пальца будет установлено лечебно-профилактическим учреждением по истечении 6 месяцев после травмы и подтверждено документами этого учреждения.	
87	Повреждение пальца, повлекшее за собой:	x
	А) реампутацию (повторную ампутацию) на уровне той же фаланги	5
	Б) ампутацию на уровне ногтевой фаланги, межфалангового сустава (потеря ногтевой фаланги)	10
	В) ампутацию на уровне основной фаланги, пястно-фалангового сустава (потеря пальца), ампутацию пальца с пястной костью или частью ее	20
	Примечание. Если страховая выплата производилась по ст.87, дополнительная выплата за оперативные вмешательства, послеоперационные рубцы не производится .	
Второй (указательный), третий (средний), четвертый (безымянный), пятый (мизинец) пальцы		
88	Повреждение одного пальца, повлекшее за собой:	x
	А) отрыв ногтевой пластинки	2
	Б) повреждение сухожилия (сухожилий) разгибателей пальца	3
	В) перелом, вывих, значительную рубцовую деформацию фаланги (фаланг), повреждение сухожилия (сухожилий) сгибателя пальца, сухожильный, суставной, костный панариций (независимо от числа пораженных пальцев)	5
	Примечания: Гнойное воспаление околоногтевого валика (паронихия) не дает оснований для страховой выплаты. Если в связи с повреждением сухожилий, переломом или вывихом фаланги (фаланг) проводились оперативные вмешательства, дополнительная страховая выплата составит 5% страховой суммы однократно.	
89	Повреждение пальца, повлекшее за собой:	x
	А) отсутствие движений в одном суставе	5
	Б) отсутствие движений в двух или трех суставах пальца	10
	Примечание. Страховая выплата в связи с нарушением функции пальца производится дополнительно к страховой выплате, произведенной в связи с его травмой, в том случае, если отсутствие движений в суставе (суставах) пальца будет установлено лечебно-профилактическим учреждением по истечении 6 месяцев после травмы и подтверждено документами этого учреждения.	
90	Повреждение пальца, повлекшее за собой:	x
	А) реампутацию (повторную ампутацию) на уровне той же фаланги	3
	Б) ампутацию на уровне ногтевой или средней фаланги; потерю одной, двух фаланг	5
	В) ампутацию на уровне основной фаланги, потерю пальца, потерю пальца с пястной костью или частью ее	15
	Примечания: Если страховая выплата производилась по ст.90, дополнительная выплата за оперативные вмешательства, послеоперационные рубцы не производится . При повреждении нескольких пальцев кисти в период действия одного договора страхования страховая выплата производится с учетом каждого повреждения путем суммирования, однако размер ее не должен превышать 65% для одной кисти и 100% для обеих кистей.	
Таз		
91	Повреждения таза:	x
	А) перелом одной кости	5
	Б) перелом двух костей или разрыв одного сочленения, двойной перелом одной кости	10
	В) перелом трех и более костей, разрыв двух или трех сочленений	15
	Примечания: Если в связи с переломом костей таза или разрывом сочленений проводились оперативные вмешательства, дополнительная страховая выплата составит 10% страховой суммы однократно . Разрыв лонного, крестцово-подвздошного сочленения (сочленений) во время родов дает основание для страховой выплаты на общих основаниях по ст.91 (Б или В).	
92	Повреждения таза, повлекшие за собой отсутствие движений в тазобедренных суставах:	x

	А) в одном суставе	20
	Б) в двух суставах	40
	Примечание. Страховая выплата в связи с нарушением функции тазобедренного сустава (суставов) производится по ст.92 дополнительно к страховой выплате, произведенной в связи с травмой таза, в том случае, если отсутствие движений в суставе будет установлено лечебно-профилактическим учреждением через 6 месяцев после травмы и подтверждено документами этого учреждения.	
	Нижняя конечность	
	Тазобедренный сустав	
93	Повреждения тазобедренного сустава:	x
	А) отрыв костного фрагмента (фрагментов)	5
	Б) изолированный отрыв вертела (вертелов)	10
	В) вывих бедра	15
	Г) перелом головки, шейки, проксимального метафиза бедра	25
	Примечания: В том случае, если в результате одной травмы наступят различные повреждения тазобедренного сустава, страховая выплата производится в соответствии с одним из подпунктов, предусматривающим наиболее тяжелое повреждение. Если в связи с травмой тазобедренного сустава проводились оперативные вмешательства, дополнительная страховая выплата составит 10% страховой суммы однократно.	
94	Повреждения тазобедренного сустава, повлекшие за собой:	x
	А) отсутствие движений (анкилоз)	20
	Б) несросшийся перелом (ложный сустав) шейки бедра	30
	В) эндопротезирование	35
	Г) «болтающийся» сустав в результате резекции головки бедра	45
	Примечания: Страховая выплата в связи с осложнениями, перечисленными в ст.94, производится дополнительно к страховой выплате, произведенной по поводу травмы сустава. Страховая выплата по ст.94Б производится в том случае, если это осложнение травмы будет установлено в лечебно-профилактическом учреждении по истечении 9 месяцев после травмы и подтверждено документами этого учреждения.	
	Бедро	
95	Перелом бедра:	x
	А) на любом уровне, за исключением области суставов (верхняя, средняя, нижняя треть)	25
	Б) двойной перелом бедра	30
96	Перелом бедра, повлекший за собой образование несросшегося перелома (ложного сустава)	30
	Примечания: Если в связи с травмой области бедра проводились оперативные вмешательства (за исключением первичной хирургической обработки и удаления инородных тел), дополнительная страховая выплата составит 10% страховой суммы однократно. Страховая выплата по ст.96 производится дополнительно к страховой выплате, произведенной в связи с переломом бедра, если такое осложнение будет установлено в лечебно-профилактическом учреждении по истечении 9 месяцев после травмы и подтверждено документами этого учреждения.	
97	Травматическая ампутация или тяжелое повреждение, приведшее к ампутации конечности на любом уровне бедра:	x
	А) одной конечности	70
	Б) единственной конечности	100
	Примечание. Если страховая выплата производилась по ст.97, дополнительная выплата за оперативные вмешательства, послеоперационные рубцы не производится.	
	Коленный сустав	
98	Повреждения области коленного сустава:	x
	А) гемартроз	2
	Б) отрыв костного фрагмента (фрагментов), перелом надмыщелка (надмыщелков), перелом головки малоберцовой кости, повреждение мениска, вывих голени	5
	В) перелом надколенника, межмыщелкового возвышения, мыщелков, проксимального метафиза большеберцовой кости	10
	Г) перелом проксимального метафиза большеберцовой кости с головкой малоберцовой	15
	Д) перелом мыщелков бедра	20
	Е) перелом дистального метафиза бедра	25

	Ж) перелом дистального метафиза и мыщелков бедра с проксимальными отделами одной или обеих берцовых костей	30
	Примечания: При сочетании различных повреждений коленного сустава страховая выплата производится однократно в соответствии с одним из подпунктов ст.98, предусматривающим наиболее тяжелое повреждение. Если в связи с травмой области коленного сустава проводились оперативные вмешательства (за исключением первичной хирургической обработки и удаления инородных тел), дополнительная выплата составит 10% страховой суммы однократно .	
99	Повреждения в области коленного сустава, повлекшие за собой:	x
	А) отсутствие движений в суставе	20
	Б) «болтающийся» коленный сустав в результате резекции суставных поверхностей составляющих его конечностей	30
	В) эндопротезирование	35
	Примечание. Страховая выплата по ст.99 производится дополнительно к страховой выплате, произведенной в связи с травмой этого сустава.	
Голень		
100	Перелом костей голени (за исключением области суставов):	x
	А) малоберцовой, отрывы костных фрагментов	5
	Б) большеберцовой, двойной перелом малоберцовой	10
	В) обеих костей, двойной перелом большеберцовой	15
	Примечания: Страховая выплата по ст.100 производится 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. Если в результате травмы наступил внутрисуставной перелом большеберцовой кости в коленном или голеностопном суставе и перелом малоберцовой кости на уровне диафиза, страховая выплата производится по ст.98 и 100 или ст.103 и 100 путем суммирования.	
101	Перелом костей голени, повлекший за собой несросшийся перелом, ложный сустав (за исключением костных фрагментов):	x
	А) малоберцовой кости	5
	Б) большеберцовой кости	15
	В) обеих костей	20
	Примечания: Страховая выплата по ст.101 производится дополнительно к страховой выплате, произведенной в связи с переломом костей голени, если такие осложнения будут установлены в лечебно-профилактическом учреждении по истечении 9 месяцев после травмы и подтверждены документами этого учреждения. Если в связи с травмой голени проводились оперативные вмешательства (за исключением первичной хирургической обработки и удаления инородных тел), дополнительная страховая выплата составит 10% страховой суммы однократно .	
102	Травматическая ампутация или тяжелое повреждение, повлекшее за собой:	x
	А) ампутацию голени на любом уровне	60
	Б) экзартикуляцию в коленном суставе	40
	В) ампутацию единственной конечности на любом уровне голени	100
	Примечание. Если страховая выплата была произведена в связи с ампутацией голени, дополнительная выплата за оперативное вмешательство, послеоперационные рубцы не производится .	
Голеностопный сустав		
103	Повреждения области голеностопного сустава:	x
	А) перелом одной лодыжки, изолированный разрыв межберцового синдесмоза	5
	Б) перелом двух лодыжек, перелом одной или двух лодыжек с краем большеберцовой кости	10
	Примечания: При переломах костей голеностопного сустава, сопровождающихся разрывом межберцового синдесмоза, подвывихом (вывихом) стопы, дополнительная страховая выплата составит 5% страховой суммы однократно . Если в связи с травмой области голеностопного сустава проводились оперативные вмешательства (за исключением первичной хирургической обработки и удаления инородных тел), дополнительная страховая выплата составит 10% страховой суммы однократно .	
104	Повреждение области голеностопного сустава, повлекшее за собой:	x
	А) отсутствие движений в голеностопном суставе	20

	Б) «болтающийся» голеностопный сустав (в результате резекции суставных поверхностей составляющих его костей)	40
	В) экзартикуляцию в голеностопном суставе	40
	Примечание. Если в результате травмы голеностопного сустава наступили осложнения, перечисленные в ст. 104, страховая выплата производится по одному из подпунктов, учитывающему наиболее тяжелое последствие.	
105	Повреждение ахиллова сухожилия:	x
	А) при консервативном лечении	5
	Б) при оперативном лечении	15
	Стопа	
106	Повреждения стопы:	x
	А) перелом, вывих одной кости (за исключением пяточной и таранной)	5
	Б) перелом, вывих двух костей, перелом таранной кости	10
	В) перелом, вывих трех и более костей, перелом пяточной кости, подтаранный вывих стопы, вывих в поперечном суставе стопы (Шопара) или предплюсне-плюсневом суставе (Лисфранка)	15
	Примечания: Если в связи с переломом или вывихом костей или разрывом связок стопы проводились оперативные вмешательства, дополнительная страховая выплата составит 5% страховой суммы однократно . При переломах или вывихах костей стопы, наступивших в результате различных травм, страховая выплата производится с учетом факта каждой травмы.	
107	Повреждения стопы, повлекшие за собой:	x
	А) несросшийся перелом (ложный сустав) одной-двух костей (за исключением пяточной и таранной костей)	5
	Б) несросшийся перелом (ложный сустав) трех и более костей, а также таранной или пяточной кости	15
	В) артродез подтаранного сустава, поперечного сустава предплюсны (Шопара) или предплюсне-плюсневого (Лисфранка)	20
	ампутацию на уровне:	x
	Г) плюсне-фаланговых суставов (отсутствие всех пальцев стопы)	20
	Д) плюсневых костей или предплюсны	40
	Е) таранной, пяточной костей (потеря стопы)	50
Примечания: Страховая выплата в связи с осложнениями травмы стопы, предусмотренными ст.107 (А, Б, В), производится дополнительно к страховой выплате, произведенной в связи с травмой стопы, в том случае, если они будут установлены лечебно-профилактическим учреждением по истечении 6 месяцев после травмы и подтверждены документами этого учреждения, а по подпунктам «Г», «Д», «Е» - независимо от срока, прошедшего со дня травмы. В том случае, если страховая выплата производится в связи с ампутацией стопы, дополнительная выплата за оперативные вмешательства, послеоперационные рубцы не производится .		
	Пальцы стопы	
108	Перелом, вывих фаланги (фаланг), повреждение сухожилия (сухожилий):	x
	А) одного пальца	3
	Б) двух-трех пальцев	5
	В) четырех-пяти пальцев	10
Примечание. Если в связи с переломом, вывихом или повреждением сухожилий пальца проводились оперативные вмешательства, дополнительная страховая выплата составит 3% страховой суммы однократно.		
109	Травматическая ампутация или повреждение пальцев стопы, повлекшее за собой ампутацию:	x
	первого пальца:	x
	А) на уровне ногтевой фаланги или межфалангового сустава	5
	Б) на уровне основной фаланги или плюсне-фалангового сустава	10
	второго, третьего, четвертого, пятого пальцев:	x
	В) одного-двух пальцев на уровне ногтевых или средних фаланг	5
	Г) одного-двух пальцев на уровне основных фаланг или плюсне-фаланговых суставов	10
	Д) трех-четырёх пальцев на уровне ногтевых или средних фаланг	15
Е) трех-четырёх пальцев на уровне основных фаланг или плюсне-ногтевых суставов	20	
Примечания: В том случае, если страховая выплата производится по ст.109, дополнительная выплата за оперативные вмешательства, послеоперационные рубцы не производится. Если в связи с травмой была произведена ампутация пальца с плюсневой костью или частью ее, дополнительная страховая выплата составит 5% страховой суммы однократно .		
110	Травматический шок, геморрагический, анафилактический шок, развившийся в связи с травмой	5

	Примечание. Страховая выплата по ст.110 производится дополнительно к выплатам, произведенным в связи с травмой.	
111	Случайное острое отравление; асфиксия (удушьё); клещевой энцефалит, болезнь Лайма или послепрививочный энцефалит (энцефаломиелит); бешенство; поражение электрошоком (атмосферным электричеством); укусы змей и насекомых, столбняк; ботулизм (при отсутствии данных о поражении в результате указанных событий конкретных органов)	
	при стационарном лечении:	
	А) 6-10 дней	5
	Б) 11-20 дней	10
	В) свыше 20 дней	15
	Примечание. Если в медицинских документах указано, что события, перечисленные в ст.111, повлекли за собой повреждение каких-либо органов, страховая выплата производится по соответствующим статьям. Ст.111 при этом не применяется.	
112	Если в результате страхового случая произошел разрыв, надрыв или растяжение связок, сухожилий, не предусмотренный данной «Таблицей», но потребовавший стационарное и (или) амбулаторное непрерывное лечение в общей сложности не менее 10 дней, то выплата страховой суммы производится в следующих размерах:	
	А) при непрерывном лечении от 10 до 15 дней включительно;	3
	Б) при непрерывном лечении свыше 15 дней.	5
	Примечание. Если страховая выплата за события, перечисленные в ст.112, была произведена по иным статьям Таблицы, дополнительная выплата по ст.112 не производится.	
113	Утрата трудоспособности (расстройство здоровья), явившиеся следствием заболеваний, впервые возникших в период страхования, а также обострения хронических заболеваний в период страхования, при непрерывном амбулаторном (стационарном) лечении:	
	А) от 22 дней до 30 календарных дней	5
	Б) от 30 дней до 60 календарных дней	10
	В) от 60 дней до 90 календарных дней включительно	15
114	Утрата трудоспособности (расстройство здоровья), явившиеся следствием травматических повреждений в зависимости от степени тяжести увечья в соответствии с «Перечнем увечий, повреждений, травм, ранений, контузий по степени тяжести» согласно Приложению № 5 к Правилам страхования	
	А) Тяжелые увечья, травмы, ранения, контузии, повреждения	10
	Б) Легкие увечья, травмы, ранения, контузии, повреждения	5
	Примечание. В том случае если, страховая выплата производится по ст.114, выплаты по ст.1-113 не производятся	

I. Примечание к статье 20 «Снижение остроты зрения» Таблицы размеров страховых выплат № 1

Острота зрения		Размер страховой выплаты в %% от страховой суммы	Острота зрения		Размер страховой выплаты в %% от страховой суммы
До травмы	После травмы		До травмы	После травмы	
1,0	0,9	3	0,6	0,5	5
	0,8	5		0,4	5
	0,7	5		0,3	10
	0,6	10		0,2	10
	0,5	10		0,1	15
	0,4	10		НИЖЕ	НИЖЕ
	0,3	15		0,1	20
	0,2	20		0,0	25
	0,1	30			
	НИЖЕ	40			
10	0,8	3		0,4	5
	0,7	5		0,3	5

0,9	0,6	5	0,5	0,2	10
	0,5	10		0,1	10
	0,4	10		НИЖЕ	
	0,3	15		0,1	15
	0,2	20		0,0	20
	0,1	30	0,4	0,3	5
	НИЖЕ			0,2	5
	0,1	40		0,1	10
	0,0	50		НИЖЕ	
		0,1		15	
0,8	0,7	3	0,3	0,0	20
	0,6	5		0,2	5
	0,5	10		0,1	5
	0,4	10		НИЖЕ	
	0,3	15		0,1	10
	0,2	20	0,2	0,0	20
	0,1	30		0,1	5
	НИЖЕ			НИЖЕ	
	0,1	40		0,1	10
0,0	50	0,0		20	
0,7	0,6	3	0,1	НИЖЕ	
	0,5	5		0,1	10
	0,4	10		0,0	20
	0,3	10		НИЖЕ	
	0,2	15		НИЖЕ	
	0,1	20	НИЖЕ 0,1	НИЖЕ	
	НИЖЕ			НИЖЕ	
	0,1	30		0,0	
	0,0	40		20	

Примечания и оговорки, применяемые при определении страховых случаев и размеров страховых выплат по Таблице размеров страховых выплат № 1

1. При принятии решения о страховой выплате необходимо иметь в виду следующие примечания:

1.1. **К отравлению ядовитыми растениями** относятся случайные острые отравления ядовитыми грибами, беленой, болиголовом пятнистым, клещевинной, можжевельником донским, наперстянкой и т.п.

1.2. **К отравлению химическими веществами** относятся случайные острые отравления:

- ядохимикатами бытового и промышленного назначения, окисью углерода, углекислотой, светильным газом;

- «металлическими» ядами – соединениями ртути, мышьяка, свинца и др.;

- кислотами - серной, соляной и др.

1.3. **К отравлению лекарственными веществами** относятся случайные острые отравления лекарственными веществами, принятыми или введенными по назначению врача: барбитуратами, снотворными небарбитурового ряда, обезболивающими веществами, антибиотиками и др.

2. **При определении размера страховой выплаты, связанной с последствиями травмы центральной нервной системы**, необходимо учитывать сведения, содержащиеся в медицинских документах, об обстоятельствах и характере травмы, а также объективные данные, установленные врачом при первичном обращении Застрахованного в лечебные учреждения, сроки лечения и состояние функции центральной нервной системы на день окончания лечения.

2.1. При снижении остроты зрения или понижении слуха в результате черепно-мозговой травмы определение размера страховой выплаты производится отдельно по соответствующим статьям Таблицы выплат в зависимости от выраженности патологических изменений со стороны центральной нервной системы, а также органа зрения и слуха.

При этом бесспорность причинной связи снижения остроты зрения или понижения слуха с черепно-мозговой травмой должна подтверждаться медицинскими документами и заключением специалистов.

2.2. Ушиб головы (с повреждением или без повреждения мягких тканей), не вызвавший патологических изменений со стороны нервной системы, не дает оснований для страховой выплаты по статьям за повреждения костей черепа и нервной системы.

2.3. При повторной черепно-мозговой травме размер страховой выплаты определяется по состоянию на день окончания лечения и из нее вычитается процент страховой выплаты, который был определен или по

медицинским документам может быть определен в связи с предыдущей травмой. Если по медицинским документам не представляется возможным определить последствия травмы, бывшей ранее (например в выписке из истории болезни есть только указание на то, что несколько лет тому назад Застрахованный перенес сотрясение головного мозга или ушиб головы), следует условно считать, что установленные на день окончания лечения изменения считаются результатами настоящей травмы, полученной Застрахованным в период действия договора страхования (при условии, если она, безусловно, подтверждается медицинскими документами).

При этом следует провести разграничение остаточных явлений перенесенной Застрахованным черепно-мозговой травмы и сходных симптомов, характерных для ряда заболеваний (вегетососудистой дистонии, тиреотоксикоза, алкоголизма, наркомании и др.).

3. **Решение об установлении размера страховой выплаты в связи с травмой органов зрения** принимается на основании заключения врача-окулиста (не ранее, чем через три месяца со дня травмы) об остроте зрения обоих глаз без коррекции и о причинной связи остроты зрения с полученной Застрахованным травмой. Кроме заключения окулиста специалист должен располагать данными об остроте зрения обоих глаз до травмы. Эти сведения могут быть в карте амбулаторного (стационарного) больного по месту жительства, учебы или работы Застрахованного, а также в специализированных клиниках, куда Застрахованный обращался, в военкомате (в отношении военнообязанных лиц).

Размер страховой выплаты определяется в зависимости от снижения остроты зрения травмированного глаза по статье 20 Таблицы выплат. Во внимание принимается острота зрения до и после травмы без коррекции независимо от того, пользовался ли Застрахованный до травмы и пользуется ли после нее очками. Острота зрения неповрежденного глаза не учитывается.

3.1. Если остроту зрения обоих глаз до травмы установить не представилось возможным, а после травмы острота зрения поврежденного глаза оказалась ниже, чем неповрежденного, то условно следует считать, что она была такой же, как неповрежденного.

3.2. В том случае, если остроту зрения обоих глаз до травмы установить не представилось возможным, а после травмы острота зрения поврежденного глаза оказалась выше, чем неповрежденного, условно следует считать, что она была равна 1,0.

3.3. Если в результате травмы поврежден один глаз, а острота зрения другого была снижена ранее в результате ранения или заболевания, и данные об остроте зрения получить не удалось, остроту зрения глаза, поврежденного в период действия договора страхования, следует условно принимать равной 1,0.

3.4. Если Застрахованный получил травму обоих глаз, а сведений об остроте зрения до травмы нет, то оно условно принимается за 1,0.

3.5. В том случае, если в результате травмы понизилась острота зрения обоих глаз, то размер страховой выплаты определяется с учетом остроты зрения каждого глаза отдельно и затем суммируется.

4. По договору (полису), условиями которого определение размера страховой выплаты, в связи со страховыми случаями, производится **по Таблице выплат, расчет страховой выплаты производить следующим образом:**

4.1. Если характер повреждения (заключительный диагноз) указан отдельной строкой в Таблице выплат, то размер страховой выплаты определяется в проценте, указанном в этой строке.

4.2. В том случае, если Застрахованный получил повреждение мягких тканей (нарушение целостности - ранение, ожог, отморожение) и это не повлекло за собой нарушение косметики, при определении размера страховой выплаты следует применять статью 58 и 60. Если следствием повреждения мягких тканей явилось нарушение косметики, наличие не рассосавшихся гематом или коллоидных рубцов и т.д., то Застрахованный должен освидетельствоваться врачом после заживления мягких тканей, но не ранее, чем через месяц после травмы. При этом врачу необходимо описать все рубцы и пигментные пятна, образовавшиеся в результате травмы, их площадь (размеры) и расположение. При нарушении косметики указать также степень нарушения косметики.

Основанием для применения статей 58 и 60 служит не только описание повреждений мягких тканей, но и документ об освобождении от работы либо учебы, а также проведенное лечение с подробным его описанием.

4.3. При определении размера страховой выплаты за последствия травмы позвоночника необходимо учитывать характер повреждения и вызванные ими анатомические и функциональные нарушения.

Если переломы тел, поперечных, остистых отростков или дужек позвонков, разрывы скелетных мышц наступили в результате не прямой травмы (поднятия тяжестей), эти случаи следует рассматривать как последствия травмы.

4.4. Следует иметь в виду, что эпифизиолиз – это перелом в области хрящевой ростковой зоны кости у ребенка, часто сочетающийся с переломами эпифиза и метафиза кости (эпиметафиза).

4.5. Расчет размера страховой выплаты в связи с травмой органов зрения, слуха или мочеполовой системы производится на основании заключения специалиста (окулиста, ЛОР-врача, гинеколога, уролога), к которому Застрахованный направляется только в том случае, если в медицинских документах отсутствуют сведения, необходимые для принятия решения. Данные освидетельствования, описанные врачом-специалистом, служат основанием для применения соответствующей статьи Таблицы выплат.

4.6. При решении вопроса о размере страховой выплаты следует иметь в виду, что открытая репозиция, перфорация (трепанация) кости, остеосинтез, в том числе внеочаговый (наложение компрессионно-дистракционного аппарата Илизарова, Волкова-Оганесяна и др.), костная пластика относятся к оперативным вмешательствам. Скелетное вытяжение к оперативным вмешательствам не относится.

4.7. В том случае, если в связи с травмой проводилась пластическая операция с взятием костного аутотрансплантата из другого отдела опорно-двигательного аппарата, страховая выплата производится с учетом операции (10%) и взятия трансплантата (ст. 64) путем суммирования.

4.8. Разовое пособие в связи с повреждением связок выплачивается только в том случае, если лечение по поводу этой травмы проводилось не менее 10 дней (ст. 112). Страховая выплата за повторное повреждение связок определенного сустава производится только в том случае, если оно наступило по истечении года после предыдущей такой же травмы.

4.9. Следует иметь в виду, что при разрыве лонного, крестцово-подвздошного сочленений или переломе костей таза в результате родов страховая выплата производится на общих основаниях.

4.10. Если какой-либо страховой случай, произошедший с Застрахованным, вызвал повреждение, не предусмотренное Таблицей выплат, но потребовавший непрерывного амбулаторного или стационарного лечения 10 дней и более, страховая выплата производится в соответствии со статьей 112 Таблицы выплат.

4.11. Статья 112 Таблицы выплат применяется лишь в том случае, если полученное повреждение нельзя соотнести ни к одной статье Таблицы выплат. Другими словами, ст. 112 не применяется, если в связи с произошедшим страховым случаем, принимается решение о страховой выплате по другим статьям.

5. **Порядок определения страховой выплаты** в связи со страховыми случаями, принятыми на страхование по рискам пп. 3.4.3.2, 3.4.3.3, 3.4.4.2, 3.4.4.3, 3.4.6.2, 3.4.6.3 Правил

5.1. За утрату трудоспособности (расстройство здоровья) в связи с заболеванием, признанным страховым случаем, расчет страховой выплаты производится по Таблице выплат в зависимости от продолжительности непрерывного лечения.

**ТАБЛИЦА № 2 РАЗМЕРОВ СТРАХОВЫХ ВЫПЛАТ
ПО РИСКУ «ВРЕМЕННАЯ УТРАТА ТРУДОСПОСОБНОСТИ (РАССТРОЙСТВО ЗДОРОВЬЯ) В РЕЗУЛЬТАТЕ
НЕСЧАСТНОГО СЛУЧАЯ» (риски пп. 3.4.3.1, 3.4.4.1, 3.4.6.1 Правил)**

Страховая выплата может производиться по нескольким статьям одновременно. Если имеются основания для выплаты по нескольким пунктам внутри одной статьи, то выплата начисляется по пункту, предусматривающему более высокий размер выплаты. Если была произведена выплата по одному из пунктов статьи, а позднее признается основание для более высокой выплаты по этой же статье, то начисляется выплата по пункту, предусматривающему более высокий размер выплаты, причем размер выплаты уменьшается на выплаченную ранее сумму. В любом случае сумма выплат не может превышать 100% установленной индивидуальной страховой суммы.

Статья	ХАРАКТЕР ПОВРЕЖДЕНИЯ	Размер страховой выплаты (в % от страховой суммы)
ТРАВМЫ ГОЛОВЫ, ЦЕНТРАЛЬНАЯ И ПЕРИФЕРИЧЕСКАЯ НЕРВНАЯ СИСТЕМА		
1	Перелом костей черепа:	
а)	перелом свода	7
б)	перелом основания	20
2	Открытый перелом костей черепа или оперативные вмешательства на головном мозге и его оболочках в связи с черепно-мозговой травмой, независимо от количества оперативных вмешательств	5
3	Внутричерепное травматическое кровоизлияние:	
а)	субарахноидальное	5
б)	эпидуральная гематома	10
в)	субдуральная (внутричерепная, внутрижелудочковая) гематома	15
4	Ушиб головного мозга	5
5	Повреждение спинного мозга на любом уровне, а также «конского хвоста»:	
а)	сдавление, гематомия, частичный разрыв спинного мозга, хирургические операции на спинном мозге	50
б)	Полный разрыв спинного мозга	90
6	Периферическое повреждение (разрыв) черепно-мозговых нервов	10
7	Повреждение челюсти, повлекшее за собой:	
а)	отсутствие части челюсти (за исключением альвеолярного отростка)	40
б)	отсутствие челюсти	60
8	Повреждение языка, повлекшее за собой отсутствие:	
а)	на уровне средней трети	30
б)	на уровне корня, полное отсутствие	50
ТРАВМЫ ШЕИ		
9	Повреждение (разрыв) шейного, плечевого, поясничного, крестцового сплетений и их нервов:	
	Повреждение сплетений:	
а)	частичный разрыв сплетения	40
б)	разрыв сплетения	60

	Разрыв нервов шейного, плечевого, поясничного, крестцового сплетений (подмышечного, лучевого, локтевого, срединного, бедренного, седалищного, малоберцового, большеберцового нервов):	
в)	одного: на уровне лучезапястного, голеностопного сустава	5
г)	одного: на уровне предплечья, голени	10
д)	одного: на уровне плеча, локтевого сустава, бедра, коленного сустава	25
ОРГАНЫ ЗРЕНИЯ		
10	Проникающее ранение глазного яблока	20
11	Повреждение одного глаза, повлекшее за собой полную потерю зрения одного глаза	50
12	Полная потеря зрения единственного глаза, обладающего любым зрением, или обоих глаз, обладающих любым зрением	100
ОРГАНЫ СЛУХА		
13	Повреждение ушной раковины, повлекшее за собой:	
а)	полное отсутствие ушной раковины	10
ПОЗВОНОЧНИК		
14	Перелом тела, дуги, суставных отростков позвонков (за исключением крестца и копчика):	
а)	одного-двух позвонков, если хирургические операции на позвонках не производились	15
б)	трех- и более позвонков, хирургические операции на позвонках или остистых отростках (кроме копчика), в том числе замена или удаление позвонков (кроме копчика)	20
15	Полный разрыв межпозвоночных связок (при госпитализации не менее 14 дней)	3
*Примечание: При рецидивах вывиха/подвывиха позвонка страховая выплата не производится.		
16	Перелом крестца	7
17	Повреждение копчика:	
а)	перелом копчиковых позвонков	5
ВЕРХНЯЯ КОНЕЧНОСТЬ (ЗА КАЖДУЮ РУКУ)		
ЛОПАТКА, КЛЮЧИЦА		
18	Перелом ключицы	3
19	Перелом лопатки (кроме суставной впадины)	5
ПЛЕЧО		
20	Перелом плечевой кости на любом уровне (за исключением суставов):	
а)	без смещения	7
б)	со смещением, двойной перелом	10
ЛОКТЕВОЙ СУСТАВ, ПРЕДПЛЕЧЬЕ		
21	Перелом локтевой кости	5
22	Перелом лучевой кости	5
23	Перелом костей, составляющих лучезапястный сустав:	3
24	Травматическая ампутация предплечья на уровне между локтевым и лучезапястным суставами	40
	Травматическая ампутация предплечья на уровне локтевого сустава	50
НИЖНЯЯ КОНЕЧНОСТЬ (ЗА КАЖДУЮ НОГУ)		
ТАЗ, БЕДРО		
25	Перелом костей таза	10
26	Перелом бедра на любом уровне (за исключением области суставов):	
а)	без смещения отломков	15
б)	со смещением, двойной перелом бедра	20
КОЛЕННЫЙ СУСТАВ		
27	Повреждение области коленного сустава, повлекшее за собой:	
а)	перелом надколенника межмышцелкового возвышения, мышцелков, проксимального метафиза большеберцовой кости	5
б)	перелом костей, составляющих коленный сустав (дистальный эпифиз бедра и проксимальный эпифиз большеберцовой кости)	10
ГОЛЕНЬ		
28	Перелом костей голени (за исключением области суставов):	
а)	малоберцовой кости	5
б)	большеберцовой, двойной перелом малоберцовой	10
в)	обеих костей, двойной перелом большеберцовой	15
ГОЛЕНОСТОПНЫЙ СУСТАВ		
29	Повреждение области голеностопного сустава:	
а)	перелом одной лодыжки или края большеберцовой кости	3

б)	перелом обеих лодыжек (костей голени), перелом лодыжки с краем большеберцовой кости, разрыв дистального межберцового синдесмоза	7
30	Если в результате несчастного случая, наступившего в течение срока страхования, получено телесное повреждение, не предусмотренное настоящей "Таблицей", то страховая выплата производится исходя из срока непрерывного лечения в ЛПУ, прямой причиной которого является указанный несчастный случай, что подтверждено соответствующей справкой от лечащего врача и копией амбулаторной карты за период лечения, заверенной медицинским учреждением, где проводилось лечение	
а)	амбулаторное лечение от 5 до 14 календарных дней	1
б)	амбулаторное лечение от 15 до 30 календарных дней	3
в)	амбулаторное лечение от 31 календарных дней и более	5
31	Если в результате несчастного случая, наступившего в течение срока страхования, получено телесное повреждение, не предусмотренное настоящей "Таблицей" и потребовавшее стационарного лечения, то страховая выплата производится исходя из срока непрерывного пребывания на стационарном лечении, прямой причиной которого является указанный несчастный случай, что подтверждено соответствующим выписным эпикризом (копией истории болезни) медицинского учреждения, где проводилось стационарное лечение	
а)	стационарное лечение от 5 до 14 календарных дней	3
б)	стационарное лечение от 15 до 30 календарных дней	5
в)	стационарное лечение от 31 календарных дней и более	10

Приложение № 8
к Комплексным правилам страхования
от несчастных случаев и болезней
(номер по классификатору 153, редакция 1)

Перечень увечий, повреждений, травм, ранений, контузий по степени тяжести

Раздел I – Тяжелые увечья, травмы, ранения, контузии, повреждения

К тяжелым относятся увечья (ранения, травмы, контузии), опасные для жизни или здоровья, способные вызвать умеренные или значительные нарушения функции поврежденного органа.

№	Вид увечья, травмы, повреждения
1.	Проникающие ранения черепа, в том числе без повреждения мозга, открытые и закрытые переломы костей свода и основания черепа, ушибы головного мозга как со сдавлением, так и без сдавления головного мозга, эпидуральные, субдуральные или субарахноидальные внутричерепные кровоизлияния; открытые и закрытые повреждения позвоночника и спинного мозга: переломы одного и более тел позвонков, вывихи, переломо-вывихи с повреждением или без повреждения спинного мозга
2.	Перелом суставного отростка, перелом остистых, поперечных отростков, дужек трех и более позвонков, перелом крестца со смещением отломков
3.	Ранения грудной клетки проникающие в плевральную полость, полость перикарда или клетчатку средостения, в том числе и без повреждения внутренних органов
4.	Проникающие ранения живота с повреждением органов брюшной полости
5.	Ранения органов забрюшинного пространства (почек, надпочечников, поджелудочной железы и др.), тазовых органов; закрытые травмы органов грудной и /или брюшной полости, забрюшинного пространства, тазовых органов
6.	Ранения и/или травмы наружных половых органов: с разрывом уретры, белочной оболочки, венозных сплетений, кавернозных тел, яичка, повреждением крупных сосудов промежности; переломы костей таза с нарушением целостности тазового кольца
7.	Разрывы крестцово-подвздошного и/или лонного сочленения
8.	Перелом вертлужной впадины; переломы крыльев подвздошных костей
9.	Травматическая ампутация плеча, предплечья, бедра, голени на любом уровне
10.	Частичная или полная травматическая ампутация кисти, стопы
11.	Переломы длинных костей, в том числе внутрисуставные переломы эпифизов: плеча, бедра, большеберцовой, обеих костей предплечья, обеих ключиц; осложненный перелом (открытый, оскольчатый, со смещением отломков на ширину кости и более) одной из костей предплечья, ключицы, шейки лопатки, надколенника
12.	Множественные (три и более) переломы ребер
13.	Двусторонние и/или двойные переломы ребер
14.	Переломы грудины (кроме перелома мечевидного отростка)
15.	Вывихи, переломо-вывихи в крупных суставах конечностей: плечевом (кроме привычного вывиха плеча) локтевом, лучезапястном, тазобедренном, коленном, голеностопном, в суставах предплюсны (подтаранном, Шопара, Лисфранка); вывих надколенника, сопровождающийся переломом надколенника или мыщелка бедра
16.	Вывих полулунной кости; проникающие ранения крупных суставов: плечевого, локтевого, лучезапястного, тазобедренного, коленного, голеностопного
17.	Разрывы (отрывы) боковых и крестообразных связок коленного сустава с подвывихами, нестабильностью сустава 2 и 3 степени (раскрытие суставной щели на стороне повреждения или передне-заднее смещение большеберцовой кости более 5 мм по сравнению с неповрежденным суставом)
18.	Разрывы (отрывы) вращающейся манжеты плеча, двуглавой мышцы плеча, четырехглавой мышцы бедра, связки надколенника
19.	Разрывы проксимального или дистального лучелоктевых сочленений, дистального межберцового синдесмоза с подвывихом в одноименных суставах
20.	Разрыв ахиллова сухожилия; разрывы сухожилий глубоких сгибателей трех и более пальцев кисти
21.	Размозжения кисти, стопы (повреждение нескольких различных тканей, их образующих: костной, мышечной, сухожилий, кровеносных сосудов, нервов), обширные дефекты мягких тканей кисти, стопы, требующие пластического замещения
22.	Ранения и травмы кисти, повлекшие утрату: первого, первого и второго, трех пальцев одной кисти на уровне пястно-фаланговых суставов, четырех пальцев одной кисти на уровне дистальных концов основных фаланг, первого пальца на уровне межфалангового сустава и второго-пятого пальцев на уровне дистальных концов средних фаланг
23.	Переломы ладьевидной или полулунной кости, двух и более других костей запястья; переломы трех и более костей пясти

24.	Ранения и травмы стопы с утратой трех и более пальцев одной стопы проксимальнее уровня плюснефаланговых суставов
25.	Перелом пяточной и/или таранной костей
26.	Множественные переломы: двух и более костей предплюсны, трех и более костей плюсны
27.	Перелом лодыжек со смещением отломком и подвывихом стопы и-или разрывом межберцового синдесмоза
28.	Переломы двух лодыжек и заднего края большеберцовой кости («трехлодыжечный перелом»)
29.	Повреждения крупных магистральных сосудов и нервных стволов: подключичной, подкрыльцовой, плечевой (до уровня ее деления на лучевую и локтевую), бедренной, подколенной, задней большеберцовой (до уровня верхней трети голени) артерий
30.	Подключичной, подкрыльцовой, основной (до уровня нижней трети плеча) вены, глубокой вены бедра, подколенной вены
31.	Плечевого сплетения, лучевого, локтевого, срединного, седалищного, большеберцового, малоберцового нервов на всем протяжении, трех и более ладонных или пальцевых нервов со значительным нарушением функции *, синдромы длительного или позиционного сдавления со значительным или умеренным нарушением функции*
32.	Ранения и травмы мягких тканей, требующие пластического замещения или повлекшие развитие шока, анемии, эмболии или травматического токсикоза
33.	Открытые и закрытые переломы костей лицевого скелета, кроме костей носа, со смещением отломков, образованием дефектов костной ткани
34.	Осложненный (оскольчатый, двойной, со смещением отломков) перелом нижней челюсти, перелом суставного отростка
35.	Изолированные, проникающие и непроникающие ранения и/или травмы мягких тканей головы/лица, органов полости рта: - с образованием истинных (требующих пластического замещения) дефектов тканей; - с удалением более 1/2 хрящевой части ушной раковины или хрящевой части носа с обезображиванием лица; - с повреждением поднижнечелюстной или околоушной слюнных желез и/или их выводных протоков; - с частичной (более 1/4) или полной утратой языка с развитием выраженного косноязычия; - с повреждением магистральных кровеносных сосудов; - с анатомическим разрывом или полным стойким нарушением проводимости лицевого или подъязычного нервов
36.	Ранения шеи с повреждением глотки, гортани, трахеи, пищевода, крупных сосудов, нервов
37.	Закрытые переломы хрящей гортани, трахеи
38.	Повреждения органа слуха, повлекшие понижение слуха до восприятия разговорной речи на одно ухо у ушной раковины и ниже и/или резко выраженные вестибулярные расстройства*
39.	Прободное ранение, контузия глазного яблока с подвывихом хрусталика, гемофтальмом, отслойкой сетчатки, а также выраженным контузионным отеком сетчатки в макулярной зоне
40.	Травмы глазницы, приводящие к диплопии или сдавлению зрительного нерва со снижением остроты зрения*
41.	Повреждение слезного канальца, слезного мешка, слезно-носового канала, приведшие к неизлечимому слезотечению*
42.	Ранения век с их разрывом (отрывом), повреждением слезоотводящих путей
43.	Ожоги век и глазного яблока 3-4 степени
44.	Термические, электротермические, химические ожоги 3-4 степени одной и более областей лица** и органов полости рта; поверхностные ожоги: термические – 2-3а степени, химические – 1-2 степени с площадью поражения более 10 процентов поверхности тела
45.	Глубокие ожоги: - термические и электрические – 3б-4 степени, химические – 3-4 степени с площадью поражения более 15 кв.см поверхности тела; - ограниченные (5-15 кв.см) ожоги 3б-4 степени, локализующиеся в функционально активных областях
46.	Ожоги, сопровождающиеся шоком или термическим поражением дыхательных путей любой степени тяжести; глубокие (3-4 степени) отморожения любой локализации с площадью поражения более 1 процента поверхности тела
47.	Общее переохлаждение (замерзание) любой стадии (температура тела ниже 35 С, угнетение дыхания, частота сердечных сокращений 52 и менее в минуту)
48.	Воздействия электрического тока, сопровождающиеся нарушением сознания, остановкой дыхания или нарушением сердечной деятельности; отравления и/или ожоги внутренних органов химическими соединениями (концентрированными кислотами, едкими щелочами, компонентами ракетного топлива, угарным газом и др.) при умеренном или значительном нарушении функции; ранения, полученные

	медицинским персоналом при исполнении служебных обязанностей, повлекшие заражение ВИЧ-инфекцией или заболевание вирусным гепатитом
49.	Повреждения, обусловленные острым одномоментным воздействием поражающих факторов (барометрических, акустических, электромагнитных полей, оптических квантовых генераторов, лазеров, радиоволн, радиоактивного, ионизирующего излучения (местного или общего), микроорганизмов I,II групп патогенности, кессонная болезнь), которые привели к умеренным или значительным нарушениям функции*
50.	Травматическая и/или механическая асфиксия, укусы змей, ядовитых насекомых при развитии умеренного или значительного нарушения функции*
51.	Клещевой энцефалит (энцефаломиелит); столбняк

Раздел II – Легкие повреждения, травмы, увечья, контузии, ранения

К легким относятся увечья (ранения, травмы, контузии), вызывающие незначительные анатомические и функциональные нарушения, приводящие к временной потере способности исполнять обязанности на срок не менее 7 суток.

№	Вид увечья, травмы, повреждения
1.	Закрытые травмы черепа с сотрясение головного мозга (подтвержденные обращением к врачу в первые 3 суток с момента получения травмы)
2.	Переломы одного-двух остистых и /или поперечных отростков, дужек позвонков
3.	Разрывы межостистых и надостистых связок
4.	Перелом крестца без смещения отломков
5.	Перелом копчика
6.	Изолированные переломы костей таза без нарушения целостности тазового кольца
7.	Закрытые переломы: - ключицы без смещения отломков, лучевой или локтевой кости (кроме шиловидного отростка), большого, малого вертелов бедренной кости, малоберцовой кости; - дырчатые, краевые внесуставные переломы длинных костей; - переломы 1-2 ребер; - переломы мечевидного отростка грудины; - неосложненные переломы надколенника, лопатки; - изолированные переломы костей запястья (кроме указанных в разделе I), одной, двух костей пясти; - переломы фаланг пальцев (кроме краевого перелома ногтевой фаланги); - переломы сесамовидных костей; - изолированные переломы костей предплюсны, одной, двух костей плюсны, фаланг пальцев стопы (кроме краевого перелома ногтевой фаланги); - перелом одной или обеих лодыжек без смещения отломков и подвывиха стопы
8.	Неосложненные вывихи надколенника, ключицы, пальцев кисти, пальцев стопы
9.	Разрывы боковых связок коленного сустава I степени (раскрытие суставной щели от 3 до 5 мм по сравнению с неповрежденным суставом)
10.	Разрывы связок грудинно-ключичного или акромиально-ключичного сочленений
11.	Открытые, закрытые разрывы боковых связок голеностопного сустава 2-3 степени (раскрытие суставной щели более 5 мм на стороне повреждения по сравнению со здоровым суставом с отеком, обширным подкожным кровоизлиянием по наружной и тыльной поверхности стопы)
12.	Разрывы связок суставов пальцев кисти, пальцев стопы с подвывихом в суставе
13.	Закрытые травмы крупных суставов с гемартрозом или синовитом без разрывов связочного аппарата
14.	Повреждения менисков (кроме травматизации коленного сустава при застарелых повреждениях менисков, хронической нестабильности сустава)
15.	Острая травматическая отслойка хрящей крупных суставов с образованием внутрисуставных тел
16.	При выявлении после снятия острых явлений признаков разрыва крестообразных и наружных боковых связок с хронической нестабильностью 2-3 степени указанные травма относится к тяжелой; ранения и закрытые повреждения (кроме указанных в разделе I) нервных стволов, корешков периферических нервов, в том числе ладонных и пальцевых, при наличии незначительного нарушения функции*
17.	Синдром длительного или позиционного сдавления с незначительным нарушением функции*
18.	Ранения, травмы наружных половых органов без разрыва уретры, белочной оболочки, венозных сплетений, кавернозных тел, яичка
19.	Ранения (в том числе огнестрельные) и/или травмы мягких тканей с разрывом мышц и сухожилий (кроме указанных в разделе I), не сопровождающиеся ранением крупных магистральных сосудов, нервных стволов конечностей и не требующие пластических оперативных вмешательств
20.	Ранения (в том числе огнестрельные) и травмы мягких тканей лица, органов полости рта, сопровождающиеся одиночными линейными, дырчатыми, краевыми переломами челюстей, альвеолярных отростков без нарушения анатомической непрерывности челюсти, переломами двух и более зубов,

	переломами костей носа, частичным отрывом (разрывом) крыла, хрящей носа, отрывами менее 1/2 хрящевой части ушной раковины, частичной (до 1/4) утратой языка
21.	Непроникающие ранения (контузии) глазного яблока с временным расстройством его зрительных и двигательных функций, ранения век без нарушения целостности их свободного края и слезоотводящих путей
22.	Ожоги век и глазного яблока 1-2 степени
23.	Ожоги: термические – 2 степени, химические – 1-2 степени одной и более областей лица**, органов полости рта; термические ожоги 1 степени с площадью поражения более 40 процентов поверхности тела
24.	Ожоги 2-3а степени (химические ожоги 1-2 степени) – 5-10 процентов поверхности тела; ожоги 3б-4 степени (химические ожоги 3 степени) – 5-15 кв. см, локализующиеся в функционально неактивных областях
25.	Поверхностные отморожения 2 степени любой локализации не менее 1 процента поверхности тела
26.	Травмы органа слуха с понижением слуха до восприятия разговорной речи на оба уха до 2 м*
27.	Повреждения, обусловленные острым, одномоментным воздействием поражающих факторов (барометрических, акустических, электромагнитных полей, оптических квантовых генераторов, лазеров, радиоволн, радиоактивного ионизирующего излучения местного или общего характера), которые привели к незначительному нарушению функции*
28.	Травматическая и/или механическая асфиксия, укусы змей, ядовитых насекомых при развитии незначительных нарушений функции*

*Состояние функции определяется врачебной комиссией по завершении основного курса лечения.

**Согласно классификации областей лица по Р.Д. Синельникову.

Примечание: при сочетанных (комбинированных) травмах степень определяется по наиболее тяжелому повреждению

**СТРАХОВЫЕ ТАРИФЫ ПО КОМПЛЕКСНОМУ СТРАХОВАНИЮ ОТ НЕСЧАСТНЫХ СЛУЧАЕВ И
БОЛЕЗНЕЙ**
(номер по классификатору 153)

Таблица 1. Базовые годовые тарифные ставки

Номер в Правилах	Страховые риски		Базовый тариф, %
3.4.1.	Смерть Застрахованного лица в результате	3.4.1.1. несчастного случая, произошедшего в течение срока страхования	0,00104
		3.4.1.2. заболевания, впервые диагностированного в течение срока страхования	0,00545
		3.4.1.3. обострения хронического заболевания в течение срока страхования	0,00055
3.4.2.	Постоянная утрата общей трудоспособности – инвалидность, установленная впервые в результате	3.4.2.1. несчастного случая, произошедшего в течение срока страхования	0,00078
		3.4.2.2. заболевания, впервые диагностированного в течение срока страхования	0,00267
		3.4.2.3. обострения хронического заболевания в течение срока страхования	0,00231
3.4.3	Временная утрата трудоспособности (расстройство здоровья) в результате	3.4.3.1. несчастного случая, произошедшего в течение срока страхования	0,16566
		3.4.3.2. заболеваний, впервые диагностированных в течение срока страхования, продолжительность непрерывного лечения которых составила более 22 календарных дней (если иное не оговорено Договором);	0,31663
		3.4.3.3. обострения хронических заболеваний в течение срока страхования, продолжительность непрерывного лечения которых составила более 22 календарных дней (если иное не оговорено Договором);	0,23747
3.4.4.	Утрата профессиональной трудоспособности в результате	3.4.4.1. несчастного случая на производстве, произошедшего в течение срока страхования	0,01657
		3.4.4.2. профессионального заболевания, впервые диагностированного в течение срока страхования	0,03483

3.4.5.	Госпитализация в результате	3.4.5.1. несчастного случая, произошедшего в течение срока страхования	24,13544
		3.4.5.2. заболеваний, впервые диагностированных в течение срока страхования, продолжительность непрерывного лечения которых составила более 22 календарных дней (если иное не оговорено Договором);	24,20120
		3.4.5.3. обострения хронических заболеваний в течение срока страхования, продолжительность непрерывного лечения которых составила более 22 календарных дней (если иное не оговорено Договором).	24,12820
3.4.6.	Хирургическая операция в результате	3.4.6.1. несчастного случая, произошедшего в течение срока страхования	25,22153
		3.4.6.2. заболеваний, впервые диагностированных в течение срока страхования, продолжительность непрерывного лечения которых составила более 22 календарных дней (если иное не оговорено в Договоре);	25,29026
		3.4.6.3. обострения хронических заболеваний в течение срока страхования, продолжительность непрерывного лечения которых составила более 22 календарных дней (если иное не оговорено в Договоре);	25,21397
Дополнительные риски			
Приложение 1	Страхование на случай критических заболеваний		0,00137
Приложение 2	Страхование на случай инфекционных заболеваний		0,00698
Приложение 4	Страхование непредвиденных расходов при несчастном случае и/или заболевании		0,00720
Приложение 5	Страхование неполучения доходов, непредвиденных расходов при перевозке и/или дорожно-транспортном происшествии		0,00073

В зависимости от факторов риска к базовой тарифной ставке применяются поправочные коэффициенты, указанные в Таблицах №№ 2, 3 и 4,.

Таблица 2.

Факторы, влияющие на характер (степень) страхового риска при страховании от несчастного случая и болезни, а также иные условия страхования, коэффициенты и их предельные значения

Факторы, влияющие на характер (степень) страхового риска, а также иные условия страхования	Коэффициенты и их предельные значения
Пол, возраст, Застрахованного лица	0,38–10,0
Профессиональная деятельность Застрахованного лица	1,00–3,00
Занятия спортом, хобби	1,00–5,50
Территория страхования	0,95–10,00
Наличие/отсутствие заболеваний и травм	1,00–9,00
Размер выплат по временной утрате трудоспособности за календарный день нетрудоспособности	0,02–2,00
Включение/исключение выплаты за установленную инвалидность III группы	1,00–1,30
Увеличение объема обязательств Страховщика	1,05–10,00
Иные факторы	0,10 - 10,00

Таблица 3

Перечень факторов риска и диапазоны поправочных коэффициентов для риска «Непредвиденная утрата Застрахованным лицом дохода»

Факторы риска	Диапазон поправочных коэффициентов
Пол, возраст, семейное положение Страхователя	0,24 – 2,15
Стаж на последнем месте работы	0,20 – 3,00
Общий трудовой стаж	0,30 – 2,00
Профессия Страхователя, должность	0,36 – 1,51
Тип организации работодателя	0,50 – 3,00
Вид деятельности организации – работодателя	0,15 – 2,82
Информация об организации Работодателе (надежность)	0,20 -3,00
Уровень безработицы в регионе РФ, в котором Страхователь осуществляет трудовую деятельность	0,29 – 5,57
Иные факторы	0,10 - 10,00

Таблица 19

Перечень поправочных коэффициентов, применяемых для всех рисков

Факторы риска	Диапазон поправочных коэффициентов
Краткосрочный договор	0,20 – 0,95 (см. табл. 13)
Порядок уплаты страховой премии	1,01 – 1,20
Увеличении (или восстановлении) в течение действия договора страхования страховой суммы	Вычисляется по формуле, см. п. 4.12
Увеличение срока страхования	Вычисляется по формуле, см. п. 4.13
Снижение комиссионного вознаграждения (C_k – уменьшение размера комиссионного вознаграждения, выраженное в процентах, соответственно структуре тарифной ставки)	$K_p = (100 - C_k)/100$
Изменение структуры тарифа в части снижения доли нагрузки	0,10–1,00 (см. табл. 15)

Конкретные размеры коэффициентов определяются экспертами Компании, исходя из разумных экономических предпосылок.