

УТВЕРЖДЕНЫ  
Приказом  
Общества с ограниченной ответственностью  
Страховая компания «Сбербанк страхование жизни»  
от 21.01.2022 № Пр/5

**ПРАВИЛА КОМБИНИРОВАННОГО СТРАХОВАНИЯ № 0083.СЖ/СЛ.01/05.00**

## 1. Общие положения

1.1. В соответствии с законодательством Российской Федерации и на основании настоящих Правил комбинированного страхования № 0083.СЖ/СЛ.01/05.00 (далее по тексту – «Правила страхования» или «Правила») Страховщик заключает со Страхователями договоры страхования жизни или договоры добровольного медицинского страхования или договоры комбинированного страхования. Если Правилами страхования прямо не предусмотрено иное, упоминание по тексту термина «Договор (-ы)» или «Договор (-ы) страхования» в равной степени подразумевает под собой и договор страхования жизни и/или договор добровольного медицинского страхования и/или и договор комбинированного страхования.

1.2. Условия, содержащиеся в Правилах страхования (в т.ч. Приложении) и не включенные в текст Договора страхования, обязательны для Страхователя (Выгодоприобретателя), если в Договоре страхования прямо указывается на применение настоящих Правил страхования и сами Правила приложены к нему. Вручение Страхователю Правил страхования при заключении Договора удостоверяется записью в Договоре страхования.

При заключении Договора страхования Страховщик и Страхователь (далее по тексту – «Стороны») могут договориться об изменении или исключении отдельных положений настоящих Правил страхования (в том числе Приложений к Правилам страхования) или о дополнении настоящих Правил страхования (согласно п. 3 ст. 943 Гражданского кодекса Российской Федерации (далее также – ГК РФ)). При исключении / изменении положений, которые содержатся в приложениях к Правилам страхования (в т.ч. при сокращении объема медицинских и/или иных услуг или изменении порядка их оказания, неприменении / изменении / установлении лимитов ответственности, изменении территории оказания услуг (если предусмотрена), при дополнении иными положениями, предусмотренными настоящими Правилами) такие приложения применяются в измененном виде.

Если Приложение к Правилам страхования не применяется при осуществлении страхования по конкретному Договору страхования, то оно может не вручаться Страхователю.

1.3. Страховщик вправе на основе настоящих Правил страхования присваивать маркетинговые названия отдельным группам единообразных Договоров страхования, заключаемым на основе настоящих Правил страхования, и/или маркетинговые названия совокупности страховых рисков с объединением их в программы страхования, а также вправе утверждать разработанные на основании настоящих Правил условия страхования для отдельного Договора страхования или группы Договоров страхования в той мере в какой это не противоречит действующему законодательству Российской Федерации и настоящим Правилам страхования.

1.4. В настоящих Правилах используются следующие определения:

1.4.1. **Авиакатастрофа** - авиационное происшествие (событие, связанное с использованием воздушного судна), приведшее к получению лицом, находившемся на борту воздушного судна, телесного повреждения со смертельным исходом (за исключением тех случаев, когда телесные повреждения получены вследствие естественных причин, нанесены самому себе либо нанесены другими лицами, или когда телесные повреждения нанесены безбилетным пассажирам, скрывающимся вне зон, куда обычно открыт доступ пассажирам и членам экипажа), к гибели или пропаже без вести кого-либо из пассажиров или членов экипажа воздушного судна, включая случаи гибели кого-либо из лиц, находившихся на борту воздушного судна, в процессе их аварийной эвакуации из воздушного судна, а также лиц, оказавшихся на месте авиационного происшествия.

1.4.2. **Врач** - специалист, имеющий высшее медицинское образование и получивший специальную подготовку по какой-либо области медицины, работающий в медицинской организации и в трудовые (должностные) обязанности которого входит осуществление медицинской деятельности, либо специалист, который является индивидуальным предпринимателем, непосредственно осуществляющим медицинскую деятельность.

1.4.3. **Выкупная сумма** – сумма, определенная Договором страхования, выплачиваемая при досрочном прекращении Договора страхования в случаях, предусмотренных Правилами страхования и/или Договором страхования. Выкупная сумма может составить 0 (ноль).

1.4.4. **Дорожно-транспортное происшествие (также может именоваться «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.

1.4.5. **Заболевание** – любое нарушение состояния здоровья, не вызванное несчастным случаем, диагностированное на основании объективных симптомов.

1.4.6. **Иммунопрофилактика** - методы создания искусственного иммунитета, либо укрепление врожденного с целью предупреждения и исключения всевозможных инфекционных болезней путем проведения профилактических прививок.

1.4.7. **Иные услуги** - услуги, не входящие в состав медицинской услуги, связанные с организацией оказания и оказанием медицинских услуг, в частности услуги по оформлению и предоставлению медицинской документации, информационные услуги, связанные с оказанием или организацией оказания медицинских услуг. Конкретный объем (перечень (виды)) иных услуг, организуемых и оказываемых в счет страховой выплаты по Договору страхования, указывается в Программе добровольного медицинского страхования **«Второе экспертное медицинское мнение»**, применимой к Договору страхования по страховому риску, указанному в п. 3.1.12 настоящих Правил страхования.

1.4.8. **Лимит ответственности (также может именоваться «лимит страхового обязательства»)** – максимальный размер страховой выплаты, установленный Правилами страхования (включая Приложение к Правилам страхования) и/или Договором страхования (включая Приложение к Договору страхования) по программе (-ам) страхования / страховому (-ым) риску (-ам) / по отдельным заболеваниям (состояниям) / на отдельные медицинские и иные услуги. Лимиты ответственности могут быть установлены, в том числе в денежном выражении, в процентах от страховой суммы, в определенном образом рассчитанном размере страховой суммы / части страховой суммы, а также в натуральном выражении (в том числе по количественным показателям медицинских услуг, количеству обращений и т.п.).

1.4.9. **Льготный период** – если иное не предусмотрено Договором страхования, период времени, предоставляемый Страхователю для погашения задолженности по оплате очередного страхового взноса во избежание прекращения Договора страхования в связи с неоплатой (неполной оплатой). При этом срок требования Страховщика по оплате страхового взноса считается наступившим с даты, предшествующей дате начала льготного периода. Договором страхования может быть предусмотрено, что льготный период не устанавливается.

1.4.10. **Медицинская организация** - юридическое лицо независимо от организационно-правовой формы, осуществляющее в качестве основного (уставного) вида деятельности медицинскую деятельность на основании лицензии, а также иные юридические лица независимо от организационно-правовой формы, осуществляющие наряду с основной (уставной) деятельностью медицинскую деятельность. К медицинским организациям приравниваются индивидуальные предприниматели, осуществляющие медицинскую деятельность.

1.4.11. **Медицинские услуги**, предусмотренные по страховому риску, указанному в п. 3.1.12 настоящих Правил страхования - объем (перечень (виды)) медицинских услуг, организуемых и оказываемых в счет страховой выплаты по Договору страхования, указанный в Программе добровольного медицинского страхования **«Второе экспертное медицинское мнение»**;

1.4.12. **Медицинские услуги и профилактические мероприятия**, предусмотренные по страховому риску, указанному в п. 3.1.13 настоящих Правил страхования - услуги, оказанные и оплаченные при обращении Застрахованного лица в медицинские организации: консультации медицинских специалистов, проведение лабораторных и инструментальных исследований, проведение иммунопрофилактики.

1.4.13. **Несчастный случай** – фактически произошедшее с Застрахованным лицом внезапное непредвиденное внешнее событие, не зависящее от воли Застрахованного лица и не являющееся следствием заболевания или врачебных манипуляций, характер, время и место которого могут быть однозначно определены.

1.4.14. **Период уплаты страховых взносов** – установленный Договором страхования период времени, в течение которого подлежат оплате страховые взносы (при оплате страховой премии в рассрочку) с периодичностью, в размере и сроки, предусмотренные Договором страхования. Период уплаты страховых взносов прекращается в случае досрочного прекращения Договора страхования, а также в иных случаях, предусмотренных Договором страхования (если применимо).

1.4.15. **Платежное поручение** – документ, сформированный кредитно-денежной организацией, осуществившей перевод денежных средств, по факту оплаты страховой премии (страхового взноса), который остается у нее на хранении.

1.4.16. **Полисный год** – 12 месяцев действия Договора страхования (полный год). Если иное не предусмотрено Договором, отсчет ведется с даты вступления Договора страхования в силу (включая указанную дату).

1.4.17. **Программа страхования** – один или комбинация нескольких страховых рисков, с ответственностью по которым заключается Договор страхования.

1.4.18. **Программа добровольного медицинского страхования «Второе экспертное медицинское мнение»** (Программа ДМС) – документ, в котором определен объем (перечень (виды)) медицинских и /или иных услуг, оказание которых Страховщик организует и оплачивает по Договору страхования, а также иные положения, в том числе положения (условия), предусмотренные настоящими Правилами страхования и/или Договором страхования.

1.4.19. **Профессиональный пилот** – лицо, допущенное к управлению воздушным судном в порядке, установленном законодательством Российской Федерации или иным применимым законодательством другой страны.

1.4.20. **Срок страхования** – период времени, определяемый Договором страхования, при наступлении страховых случаев в течение которого у Страховщика возникает обязанность по осуществлению страховых выплат с учетом положений настоящих Правил и Договора страхования. Если Договором страхования для разных страховых рисков и/или в отношении разных Застрахованных лиц предусмотрены различные сроки страхования, то применительно к конкретному страховому риску и/или конкретному Застрахованному лицу под сроком страхования понимается срок страхования, установленный Договором страхования для такого страхового риска и/или такого Застрахованного лица.

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

1.4.22. **Страховой взнос** – часть страховой премии, уплачиваемой Страхователем в рассрочку в соответствии с условиями Договора страхования.

1.4.23. **Травма** – причинение вреда здоровью (нарушение анатомической целостности или физиологических функций органов и тканей организма) Застрахованного лица, наступившее вследствие несчастного случая, произошедшего в течение периода действия страхования.

1.5. Стороны вправе придать иное значение определениям, содержащимся в настоящих Правилах страхования, в т.ч. в п. 1.4 Правил, а также установить дополнительные определения, закрепив это в письменной форме (в т.ч. в условиях Договора страхования), если это не противоречит действующему законодательству Российской Федерации и остальным положениям Правил страхования.

Иные определения, используемые в настоящих Правилах и/или Договоре страхования, значения которых не установлены в настоящих Правилах страхования и/или Договоре страхования трактуются в соответствии с законодательством Российской Федерации.

1.6. Если иное не предусмотрено соглашением Сторон, страхование, обусловленное Договором страхования (также далее по тексту – **«период действия страхования»**):

1.6.1. по всем страховым рискам, предусмотренным Правилами, кроме страхового риска **«травма»**, действует 24 часа в сутки в течение срока страхования.

1.6.2. по страховому риску **«травма»** Договор страхования может быть заключен с периодом действия страхования:

- 24 часа в сутки в течение срока страхования;

- на период нахождения Застрахованного лица в течение срока страхования в следующих типах образовательных организаций, реализующих основные образовательные программы (далее по тексту «образовательная организация»): дошкольная образовательная организация, общеобразовательная организация, профессиональная образовательная организация, образовательная организация высшего образования, а также в период нахождения Застрахованного лица на выездной экскурсии / выездных занятиях, организованных такой образовательной организацией.

1.7. Территория действия страхования (**территория страхования**) по Договору страхования жизни и/или по Договору комбинированного страхования в части страхования жизни – весь мир, если иное не предусмотрено Договором страхования.

Договором добровольного медицинского страхования (Договором комбинированного страхования в части медицинского страхования) и/или Программой ДМС может быть предусмотрена территория страхования, на которой Застрахованным лицом могут быть получены медицинские и иные услуги, предусмотренные соответствующей Программой ДМС. В качестве территории страхования может быть предусмотрена территория Российской Федерации (или ее часть) территория иных (-ого) государств (-а) (или их (его) части) и/или иная территория, определенная в Договоре страхования как территория страхования, в т.ч. может быть указан конкретный перечень медицинских и иных организаций, привлекаемых Страховщиком для оказания медицинских и иных услуг Застрахованному лицу.

1.8. Страховщик проводит проверку наличия имущественного интереса у Страхователя (Застрахованного лица, Выгодоприобретателя) при заключении Договора страхования или при принятии решения об осуществлении страховой выплаты по такому Договору страхования (с учетом того, что применимо) в следующем порядке:

1.8.1. устанавливается лицо, чьи имущественные интересы следует проверить;

1.8.2. анализируются имеющиеся у Страховщика и, при необходимости, запрашиваются дополнительные сведения и (или) документы в объеме, достаточном для установления наличия / отсутствия имущественного интереса и не противоречащем законодательству Российской Федерации и настоящим Правилам страхования.

1.9. Использование иностранной валюты, а также платежных документов в иностранной валюте при осуществлении расчетов на территории Российской Федерации по обязательствам допускается в случаях, в порядке и на условиях, определенных законом или в установленном им порядке.

По соглашению Сторон в Договоре страхования обязательства Сторон могут быть установлены в рублях в сумме, эквивалентной определенной сумме в иностранной валюте. В этом случае подлежащая уплате в рублях сумма определяется по официальному курсу соответствующей валюты, установленному Центральным банком Российской Федерации на день платежа, если иной курс или иная дата его определения не установлены настоящими Правилами страхования и (или) соглашением Сторон.

Денежные обязательства Сторон могут быть установлены в следующей иностранной валюте (в рублях в сумме, эквивалентной определенной сумме в следующей иностранной валюте): доллары США или по соглашению Сторон иная иностранная валюта.

## 2. Объект страхования. Субъекты страхования

2.1. Объектом страхования являются:

2.1.1. в отношении страховых рисков, указанных в подп. 3.1.1 – 3.1.11 Правил, - не противоречащие действующему законодательству Российской Федерации имущественные интересы, связанные с дожитием Застрахованного лица до определенного срока либо наступлением иных событий в жизни Застрахованного лица, а также с его смертью (**«страхование жизни»**);

2.1.2. в отношении страховых рисков, указанных в подп. 3.1.12-3.1.13 Правил, – не противоречащие действующему законодательству Российской Федерации имущественные интересы, связанные с оплатой организации и оказания медицинской помощи (медицинских услуг) и иных услуг вследствие расстройства здоровья Застрахованного лица или состояния Застрахованного лица, требующих организации и оказания таких услуг, а также проведения профилактических мероприятий, снижающих степень опасных для жизни или здоровья Застрахованного лица угроз и (или) устраняющих их (**«медицинское страхование»**).

В Договоре страхования может быть предусмотрена комбинация объектов страхования, относящихся к страхованию жизни и к медицинскому страхованию (**«комбинированное страхование»**).

2.2. Страховщик – Общество с ограниченной ответственностью Страховая компания «Сбербанк страхование жизни» (ООО СК «Сбербанк страхование жизни»), юридическое лицо, созданное и действующее в соответствии с законодательством Российской Федерации на основании полученной в установленном порядке лицензии.

2.3. Страхователь – дееспособное физическое лицо, индивидуальный предприниматель или юридическое лицо, заключившее Договор страхования.

2.4. Выгодоприобретатель – одно или несколько лиц, назначенных с письменного согласия Застрахованного лица, в пользу которого(-ых) заключен Договор страхования, и которое(-ые)

обладает(-ют) правом на получение страховой выплаты при наступлении страхового случая. Договор страхования считается заключенным в пользу Застрахованного лица, если в Договоре не названо в качестве Выгодоприобретателя другое лицо. В случае смерти Застрахованного лица по Договору страхования, в котором не назван иной Выгодоприобретатель, Выгодоприобретателями признаются наследники Застрахованного лица. Договором страхования в отношении одного или нескольких страховых рисков может быть предусмотрена очередность, в соответствии с которой лицо может рассматриваться в качестве Выгодоприобретателя. Условия Договора страхования об очередности определяются по соглашению между Страхователем и Страховщиком. Страхователь вправе заменить Выгодоприобретателя, названного в Договоре страхования, другим лицом, письменно уведомив об этом Страховщика. Выгодоприобретатель не может быть заменен другим лицом после того, как он выполнил какую-либо из обязанностей по Договору страхования или предъявил Страховщику требование о страховой выплате.

2.5. Застрахованное лицо – физическое лицо, в отношении которого Страхователем и Страховщиком заключен Договор страхования.

Договор страхования может быть заключен в отношении одного или нескольких Застрахованных лиц: Застрахованного взрослого и/или Застрахованного ребенка. Если Правилами страхования и/или Договором страхования прямо не предусмотрено иное, упоминание по тексту термина Застрахованное лицо в равной степени подразумевает под собой и Застрахованного взрослого, и Застрахованного ребенка.

2.6. Страховщик оставляет за собой право в каждом конкретном случае (или в отношении отдельных категорий Застрахованных лиц) перед заключением Договора страхования произвести оценку страхового риска любым способом по усмотрению Страховщика. По результатам оценки страховых рисков Страховщик вправе рассмотреть вопрос о применении индивидуальных андеррайтерских решений, влекущих применение поправочных коэффициентов и/или изменение условий страхования и/или иные решения, в той мере, в какой это не противоречит действующему законодательству Российской Федерации и настоящим Правилам страхования.

### 3. Страховые риски. Страховые случаи

3.1. В соответствии с настоящими Правилами Договор страхования может быть заключен с ответственностью по любому (-ым) страховому (-ым) риску (-ам) из числа следующих:

3.1.1. **Дожитие Застрахованного лица до установленной даты** (также может именоваться «**дожитие**»). Страховым случаем является дожитие Застрахованного лица до установленной Договором страхования даты.

3.1.2. **Смерть Застрахованного лица** (также может именоваться «**смерть**»). Страховым случаем является смерть Застрахованного лица в течение срока страхования (с учетом определений и исключений из страхового покрытия, установленных настоящими Правилами и/или Договором страхования).

3.1.3. **Смерть Застрахованного лица в результате несчастного случая** (также может именоваться «**смерть от несчастного случая**»). Страховым случаем является смерть Застрахованного лица в результате несчастного случая, произошедшего в течение срока страхования, когда смерть наступила в течение 180 (ста восьмидесяти) календарных дней с даты несчастного случая и в течение срока страхования (с учетом определений и исключений из страхового покрытия, установленных настоящими Правилами и/или Договором страхования).

3.1.4. **Смерть Застрахованного лица (с освобождением от уплаты взносов)** (также может именоваться «**смерть (с освобождением от уплаты взносов)**»). Страховым случаем является смерть Застрахованного лица в течение срока страхования (с учетом определений и исключений из страхового покрытия, установленных настоящими Правилами и/или Договором страхования).

3.1.5. **Смерть Застрахованного лица (с возвратом взносов)** (также может именоваться «**смерть (с возвратом взносов)**»). Страховым случаем является смерть Застрахованного лица в течение срока страхования (с учетом определений, установленных настоящими Правилами и Договором страхования, и исключений из страхового покрытия, установленных Договором страхования).

3.1.6. **Смерть Застрахованного лица в результате дорожно-транспортного происшествия** (также может именоваться «**смерть в результате ДТП**»). Страховым случаем является смерть Застрахованного лица в результате дорожно-транспортного происшествия, произошедшего в течение срока страхования, когда она наступила в течение 180 (ста восьмидесяти) календарных

дней с даты дорожно-транспортного происшествия и в течение срока страхования (с учетом определений и исключений из страхового покрытия, установленных настоящими Правилами и/или Договором страхования).

**3.1.7. Смерть Застрахованного лица в результате авиакатастрофы** (также может именоваться **«смерть в результате авиакатастрофы»**). Страховым случаем является смерть Застрахованного лица в результате авиакатастрофы, произошедшей в течение срока страхования, когда она наступила в течение 180 (ста восьмидесяти) календарных дней с даты авиакатастрофы и в течение срока страхования (с учетом определений и исключений из страхового покрытия, установленных настоящими Правилами и/или Договором страхования).

**3.1.8. Инвалидность Застрахованного лица 1 или 2 группы** (также может именоваться **«инвалидность 1 или 2 группы (с освобождением от уплаты взносов)»**). Страховым случаем является установление федеральными государственными учреждениями медико-социальной экспертизы Застрахованному лицу в течение срока страхования инвалидности 1 или 2 группы (с учетом определений и исключений из страхового покрытия, установленных настоящими Правилами и/или Договором страхования).

**3.1.9. Травма Застрахованного лица в результате несчастного случая** (также может именоваться **«травма»**). Страховым случаем является получение Застрахованным лицом травмы в результате несчастного случая, произошедшего в течение периода действия страхования (с учетом определений и исключений из страхового покрытия, установленных настоящими Правилами и/или Договором страхования);

**3.1.10. Установление Застрахованному лицу 1, 2 или 3 группы инвалидности в результате несчастного случая** (также может именоваться **«инвалидность в результате несчастного случая»**). Страховым случаем является установление федеральными государственными учреждениями медико-социальной экспертизы Застрахованному лицу в течение срока страхования категории «ребенок-инвалид» или инвалидности 1, 2 или 3 группы в результате несчастного случая, произошедшего в течение срока страхования (с учетом определений и исключений из страхового покрытия, установленных настоящими Правилами и/или Договором страхования);

**3.1.11. Дожитие до наступления события недобровольной потери работы** (также может именоваться **«дожитие до недобровольной потери работы»**).

Страховым случаем является дожитие Застрахованного лица до наступления события недобровольной потери работы Застрахованным лицом в течение срока страхования, под которой понимается прекращение трудового договора, заключенного на неопределенный срок по основному месту работы с Застрахованным лицом, работающим непрерывно не менее 6 месяцев до даты прекращения трудового договора, в соответствии с любым(и) из указанных ниже оснований, (с учетом и исключений из страхового покрытия, установленных настоящими Правилами и/или Договором страхования):

- расторжение трудового договора по инициативе работодателя в связи с ликвидацией организации либо прекращения деятельности индивидуальным предпринимателем (п. 1 части 1 статьи 81 Трудового кодекса Российской Федерации), а также в случае расторжения трудового договора с работником филиала, представительства или иного обособленного структурного подразделения организации, расположенных в другой местности, в случае прекращения их деятельности;
- расторжение трудового договора по инициативе работодателя в связи с сокращением численности или штата работников организации, индивидуального предпринимателя (п. 2 части 1 статьи 81 Трудового кодекса Российской Федерации).

**3.1.12. Второе экспертное медицинское мнение** (также может именоваться **«второе экспертное медицинское мнение»**).

Страховым случаем является обращение Застрахованного лица в течение срока страхования за организацией и оказанием медицинских и иных услуг, предусмотренных Программой добровольного медицинского страхования **«Второе экспертное медицинское мнение»**, являющейся Приложением № 2 к Правилам страхования, вследствие расстройства здоровья Застрахованного лица или состояния Застрахованного лица, требующих организации и оказания таких услуг, повлекшее возникновение обязательства Страховщика по организации оказания Застрахованному лицу таких услуг и их оплате (с учетом определений и исключений из

страхового покрытия, установленных настоящими Правилами (включая Приложение №2) и/или Договором страхования).

**3.1.13. Возмещение медицинских расходов** (также может именоваться **«возмещение медицинских расходов»**).

Страховым случаем с учетом определений и исключений из страхового покрытия, установленных Правилами и/или Договором страхования, является документально подтвержденное обращение Застрахованного лица в течение срока страхования в медицинские организации на территории Российской Федерации для оказания ему платных медицинских услуг вследствие расстройства здоровья Застрахованного лица или состояния, требующих организации и оказания ему таких услуг, а также для проведения ему платных профилактических мероприятий, снижающих степень опасных для жизни или здоровья Застрахованного лица угроз и (или) устраняющих их.

К медицинским услугам и профилактическим мероприятиям применительно к страховому риску **«возмещение медицинских расходов»** относятся следующие услуги, оказанные и оплаченные при обращении Застрахованного лица в медицинские организации: консультации медицинских специалистов, проведение лабораторных и инструментальных исследований, проведение иммунопрофилактики.

3.2. Перечень страховых рисков, на случай наступления которых производится страхование, определяется Договором страхования.

3.2.1. Если по Договору страхования несколько Застрахованных лиц, то в отношении разных Застрахованных лиц Договором страхования может быть предусмотрено страхование по различным страховым рискам, из числа предусмотренных настоящими Правилами страхования.

3.2.2. Договор страхования по страховому(-ым) риску(-ам) **«смерть (с освобождением от уплаты взносов)»** и/или **«инвалидность 1 или 2 группы (с освобождением от уплаты взносов)»** может быть заключен только в случаях, когда страховая премия подлежит оплате в рассрочку и в отношении Застрахованного лица, являющегося Страхователем.

3.3. По всем страховым рискам, предусмотренным Правилами, кроме страховых рисков **«дожитие»**, **«смерть (с возвратом взносов)»**, **«дожитие до недобровольной потери работы»**, **«второе экспертное медицинское мнение»** и **«возмещение медицинских расходов»** не признаются страховыми случаями (**исключения из страхового покрытия**) события, наступившие в результате и/или во время:

3.3.1. участия Застрахованного лица в столкновениях, иных приравняемых к ним событиях, в нарушениях общественного порядка, подготовки и/или совершении террористического акта;

3.3.2. совершения Застрахованным лицом уголовного преступления.

3.4. Дополнительно к событиям, перечисленным в п. 3.3. настоящих Правил, по страховым рискам **«смерть от несчастного случая»**, **«инвалидность 1 или 2 группы (с освобождением от уплаты страховых взносов)»**, **«инвалидность в результате несчастного случая»**, **«травма»** не признаются страховыми случаями (**исключения из страхового покрытия**) события, наступившие при следующих обстоятельствах (с учетом того, что применимо):

3.4.1. в результате профессионального или общего заболевания, имевшегося у Застрахованного лица до даты заключения Договора страхования и/или несчастного случая, произошедшего с Застрахованным лицом до даты заключения Договора страхования;

3.4.2. в результате отравления алкоголем, наркотическими, психотропными веществами и лекарствами, не предписанными врачом (или по предписанию врача, но с превышением указанной им дозировки);

3.4.3. в результате и/или во время управления Застрахованным лицом транспортным средством в состоянии алкогольного, токсического или наркотического опьянения, управления Застрахованным лицом транспортным средством без права на управление, либо, когда Застрахованное лицо передало управление лицу, не имевшему права на управление транспортным средством, либо находившемуся в состоянии алкогольного, токсического или наркотического опьянения;

3.4.4. во время пребывания Застрахованного лица в местах содержания под стражей, отбывания наказания в виде лишения свободы;

3.4.5. в результате и/или во время непосредственного участия Застрахованного лица в военных учениях, испытаниях военной техники в качестве военнослужащего либо гражданского служащего, а также исполнения Застрахованным лицом своих трудовых (должностных)



обязанностей на высоте, под землей, под водой, с радиацией, взрывчатыми веществами, огнем, хищными животными, включая работу по профессиям: сотрудник ОМОН/ СОБР/ОДОН или иного специализированного подразделения МВД, сотрудник ГИБДД, дружинник, инкассатор, вооруженный охранник, телохранитель, спасатель, рабочий горнодобывающей, нефтяной, атомной, химической или сталелитейной промышленности, каскадер, испытатель.

3.4.6. в результате и/или во время полета Застрахованного лица на летательном аппарате, в качестве пассажира, члена экипажа, тренера, управления им, кроме случаев полета в качестве пассажира на самолете гражданской авиации, управляемом профессиональным пилотом;

3.4.7. в результате и/или во время занятий Застрахованным лицом любым видом спорта на профессиональном уровне, включая соревнования, тренировки и сборы;

3.4.8. в результате и/или во время занятий следующими видами спорта /увлечениями (вне зависимости от уровня): автоспорт и мотоспорт (включая любые соревнования на скорость), воздушные виды спорта (включая прыжки с парашютом, прыжки с канатом), альпинизм, скалолазание, спелеотуризм, контактные и боевые единоборства, стрельба, подводное плавание, конный спорт, рафтинг, катание на водных мотоциклах/моторном катере, гребля на байдарках, каноэ;

3.4.9. в результате прямых или косвенных последствий психических заболеваний и расстройств поведения, эпилептических припадков, конвульсий;

3.4.10. в результате пластических операций или косметического лечения, а также их последствий.

3.5. В дополнение к событиям, перечисленным в п. 3.3 настоящих Правил, по страховым рискам **«смерть», «смерть (с освобождением от уплаты взносов)»** не признается страховым случаем (**исключение из страхового покрытия**) смерть Застрахованного лица, наступившая по причине следующих заболеваний, диагностированных у Застрахованного лица до заключения Договора страхования: атеросклеротическая болезнь сердца; гипертоническая болезнь 3, 4 степени; ишемическая болезнь сердца (инфаркт миокарда, стенокардия); порок сердца; кардиосклероз; инсульт; сахарный диабет; хронический вирусный гепатит В, С; паралич; нарушения психической или нервной (эпилепсия; рассеянный склероз; болезнь Альцгеймера; болезнь Паркинсона) системы; онкологические заболевания (злокачественные новообразования, доброкачественные новообразования головного и/или спинного мозга); заболевания, вызванные злоупотреблением алкоголем и/или другими психоактивными веществами; цирроз печени; туберкулез независимо от клинической формы и стадии; ВИЧ, а также болезни, вызванные ВИЧ (включая СПИД), любые их мутации, вариации или деривации.

3.6. В дополнение к событиям, перечисленным в п.п. 3.3, 3.4 настоящих Правил, по страховому риску **«травма»** не признается страховым случаем (**исключение из страхового покрытия**) получение Застрахованным лицом травмы в результате несчастного случая, произошедшего не в течение периода действия страхования, установленного для данного страхового риска.

3.7. В дополнение к событиям, перечисленным в п.п. 3.3. настоящих Правил, по страховому риску **«смерть в результате ДТП»** не признается страховым случаем (**исключение из страхового покрытия**) следующие события:

3.7.1. в результате и(или) во время управления Застрахованным лицом транспортным средством в состоянии алкогольного, токсического или наркотического опьянения, управления Застрахованным лицом транспортным средством без права на управление, либо, когда Застрахованное лицо передало управление лицу, не имевшему права на управление транспортным средством, либо находившемуся в состоянии алкогольного, токсического или наркотического опьянения;

3.7.2. в результате прямых или косвенных последствий психических заболеваний и расстройств поведения, эпилептических припадков, конвульсий.

3.8. По страховому риску **«дожитие до недобровольной потери работы»** не признаются страховыми случаями (**исключения из страхового покрытия**) следующие события:

3.8.1. прекращение (расторжение) трудового договора по иным основаниям, чем предусмотрены в подп. 3.1.11. настоящих Правил;

3.8.2. прекращение (расторжение) трудового договора, работа по которому являлась для Застрахованного лица работой по совместительству (внутреннему или внешнему);

3.8.3. прекращение (расторжение) трудового договора, заключенного с Застрахованным лицом на определенный срок (срочного трудового договора).

3.9. По страховому риску **«второе экспертное медицинское мнение»** не признаются страховыми случаями (**исключения из страхового покрытия**) события, указанные в качестве исключений из страхового покрытия в Программе **«Второе экспертное медицинское мнение»**, являющейся Приложением №2 к Правилам страхования.

3.10. По страховому риску **«возмещение медицинских расходов»** не признаются страховыми случаями (исключения из страхового покрытия) следующие события:

3.10.1. Обращение Застрахованного лица за возмещением расходов по оплате медицинских услуг и профилактических мероприятий, оказанных дистанционно.

3.10.2. Обращение Застрахованного лица за возмещением расходов по оплате медицинских услуг и профилактических мероприятий, не предусмотренных определением, указанным в п. 3.1.13 Правил страхования.

3.11. По соглашению между Страхователем и Страховщиком Договором страхования может быть предусмотрен перечень исключений из страхового покрытия, отличающийся от указанного в п.п. 3.3–3.10 настоящих Правил, и Стороны вправе предусмотреть положения, отличные от предусмотренных, и/или сократить данный перечень исключений из страхового покрытия и/или дополнить его иными положениями.

3.12. События, определенные в п.п. 3.3–3.10 настоящих Правил, не являются страховыми случаями (**исключения из страхового покрытия**) и в связи с этим не влекут за собой возникновение у Страховщика обязательств осуществить страховую выплату.

#### **4. Порядок определения страховой суммы, страхового тарифа и страховой премии**

4.1. Страховая сумма или порядок ее определения устанавливается Страховщиком по соглашению со Страхователем и указывается в Договоре страхования и/или Правилах страхования.

Страховая сумма может устанавливаться отдельно по каждому страховому риску и/или в виде единой суммы по определенным страховым рискам.

4.1.1. Если иное не предусмотрено Договором страхования, по всем страховым рискам, предусмотренным Правилами, кроме страховых рисков **«инвалидность 1 или 2 группы (с освобождением от уплаты взносов)»**, **«смерть (с освобождением от уплаты взносов)»**, страховые суммы являются постоянными в течение всего срока действия Договора страхования.

4.1.2. Если иное не предусмотрено Договором страхования, по страховым рискам **«инвалидность 1 или 2 группы (с освобождением от уплаты взносов)»**, **«смерть (с освобождением от уплаты взносов)»** страховая сумма является изменяемой и определяется следующим образом:

4.1.2.1. Со дня вступления Договора страхования в силу страховая сумма определяется как сумма очередных страховых взносов по Договору страхования (в совокупности по всем страховым рискам), даты оплаты которых приходятся на период освобождения от уплаты страховых взносов, устанавливаемый в соответствии с подп. 8.7.5.1 настоящих Правил страхования.

4.1.2.2. До момента вступления Договора страхования в силу страховая сумма приравнивается к первому страховому взносу по Договору страхования (в совокупности по всем страховым рискам).

4.2. Страховые суммы указываются в российских рублях, а в случаях, не противоречащих действующему законодательству Российской Федерации, – в иностранной валюте или одновременно в рублях и в иностранной валюте.

При установлении страховой суммы в рублях в сумме, эквивалентной определенной сумме в иностранной валюте, сумма в рублях устанавливается по официальному курсу Центрального банка Российской Федерации на дату заключения Договора страхования, если Договором страхования не определены иной курс и/или иная дата его установления.

4.3. При определении размера страховой премии, подлежащей уплате по Договору страхования, Страховщик применяет разработанные им страховые тарифы.

Страховой тариф представляет собой ставку страховой премии, взимаемую с единицы страховой суммы, с учетом объекта страхования и характера страхового риска, а также других условий страхования.

Для расчета страховых тарифов Страховщик применяет методы актуарной математики.

Страховой тариф устанавливается на основании базовых тарифных ставок, зависящих от срока страхования, перечня страховых рисков, периодичности уплаты страховой премии.

4.4. Страховая премия оплачивается единовременно или в рассрочку в виде страховых взносов в размере и в сроки, установленные Договором страхования.

Если иное не предусмотрено Договором страхования, при оплате страховой премии в рассрочку страховые взносы оплачиваются равными платежами в течение установленного Договором страхования периода времени с периодичностью, установленной Договором страхования, в т.ч., ежегодно или ежемесячно.

При оплате страховой премии в рассрочку Страховщик:

- обязан уведомлять Страхователя о факте просрочки уплаты очередного страхового взноса, в т.ч. об оплате его не в полном объеме, а также о последствиях таких нарушений способом, согласованным в Договоре страхования.

- в праве уведомлять Страхователя о необходимости произвести оплату очередного (-ых) страхового (-ых) взноса (-ов).

При этом уведомления, направленные посредством СМС-сообщений на номер мобильного телефона согласно документам, указанным в п. 5.6 настоящих Правил, рассматривается Сторонами как надлежащие уведомления и считаются сделанными в письменной форме.

4.5. Если Стороны в письменной форме не согласуют изменения, касающиеся порядка, размера и/или сроков оплаты страховой премии, при ненадлежащей оплате (не вовремя или не в полном объеме) страховой премии (первого страхового взноса) Договор страхования считается не вступившим в силу и страховые выплаты по нему не осуществляются, а уплаченные денежные средства (при наличии) подлежат возврату Страхователю на основании его письменного обращения (с указанием всех необходимых для перечисления реквизитов) в течение 10 (десяти) рабочих дней с даты получения Страховщиком указанного обращения Страхователя, если иной порядок для возврата (в т.ч. срок) не предусмотрен действующим законодательством и/или соглашением Сторон.

При этом, если оплата производилась в рублях:

- 4.5.1. возврат денежных средств производится в рублях;

- 4.5.2. если страховая премия (ее часть) установлена Договором страхования в иностранной валюте, возврату подлежит оплаченная Страхователем сумма в рублях.

4.6. Если иное не предусмотрено соглашением Сторон, в случае, когда оплата страховой премии осуществляется в рассрочку и внесение очередного взноса просрочено (в т.ч. произведено не в полном объеме), Страхователю предоставляется льготный период продолжительностью 60 (шестьдесят) календарных дней, если предусмотрена ежегодная оплата страховых взносов или 30 (тридцать) календарных дней, если предусмотрена ежемесячная оплата страховых взносов.

Льготный период исчисляется с даты уплаты платежа, внесение которого просрочено.

Стороны пришли к соглашению, что при ненадлежащей оплате очередного страхового взноса (неполная или несвоевременная оплата) в течение льготного периода Страховщик вправе в одностороннем порядке отказаться от исполнения Договора страхования в полном объеме. При этом Договор страхования считается расторгнутым (прекращенным досрочно) в соответствии с настоящими Правилами страхования и заключения отдельного соглашения Сторон не требуется.

Договором страхования могут быть предусмотрены иные последствия неуплаты очередных страховых взносов (согласно п. 7.9 настоящих Правил).

4.7. При наступлении страхового случая Страховщик при определении размера подлежащей выплате суммы вправе зачесть сумму просроченного(-ых) страхового(-ых) взноса(-ов).

4.8. Если иное не предусмотрено Договором страхования, датой оплаты страховой премии (страхового взноса) является:

- 4.8.1. при безналичных формах расчетов:

- обязательства Страхователя перед Страховщиком по оплате страховой премии (страхового взноса) считаются исполненными в сумме, указанной в распоряжении о переводе денежных средств, с момента подтверждения его исполнения обслуживающей Страхователя кредитной организацией (дата оплаты страховой премии (страхового взноса)), если Страхователем является физическое лицо;

- дата зачисления денежных средств на корреспондентский счет кредитной организации, обслуживающей Страховщика, если Страхователь - юридическое лицо или индивидуальный

предприниматель, при этом Страховщика и Страхователя обслуживают разные кредитные организации;

- дата зачисления денежных средств на расчетный счет Страховщика, если Страхователь - юридическое лицо или индивидуальный предприниматель, при этом Страховщика и Страхователя обслуживает одна и та же кредитная организация.

4.8.2. при наличных формах расчетов – день внесения денежных средств в кассу Страховщика или получение денежных средств уполномоченным представителем Страховщика.

## **5. Порядок заключения и изменения Договора страхования**

5.1. Договор страхования может заключаться одним из следующих способов:

5.1.1. Путем составления одного документа, подписываемого обеими Сторонами (в том числе на основании письменного заявления Страхователя). Таким документом может быть страховой полис по установленной Страховщиком форме.

5.1.2. Путем направления Страховщиком Страхователю на основании устного или письменного заявления Страхователя страхового полиса (или свидетельства, сертификата, квитанции), составленного в виде электронного документа и подписанного Страховщиком в соответствии с действующим законодательством Российской Федерации или заключение Договора в виде электронного документа (обмена электронными документами) иным способом в соответствии с законодательством Российской Федерации.

5.1.3. Путем вручения Страховщиком Страхователю страхового полиса (или свидетельства, сертификата, квитанции) на бумажном носителе, подписанного Страховщиком, на основании устного или письменного заявления Страхователя. На основании ст. 435, 438 и п. 2 ст. 940 Гражданского кодекса Российской Федерации согласием Страхователя заключить Договор страхования на предложенных Страховщиком условиях (акцептом) считается надлежащая оплата страховой премии (первого страхового взноса).

Дополнительным подтверждением факта заключения Договора страхования и вручения Страхователю Правил страхования может служить подпись Страхователя в платежных или иных документах. Если иное не предусмотрено соответствующей кредитной организацией, платежные документы оформляются в одном экземпляре для передачи Страхователю в подтверждение факта оплаты страховой премии (страхового взноса).

Страховщик вправе, не изменяя сведения, обобщать и структурировать в процессе исполнения Договора страхования всю или часть имеющейся у него информации из Платежного поручения и/или иных документов (в т.ч. сведения о выбранных Страхователем размере страхового взноса и сроке страхования), в своей базе данных. При этом Страховщик вправе формировать на основании базы данных документы (выгрузки, выписки, отчеты и т.д.), которые будут обладать той же юридической силой в части установления условий страхования, что и первоисточники.

5.2. Для заключения Договора страхования, в т.ч. оценки страховых рисков, и дальнейшего его исполнения Страховщику должны быть предоставлены следующие документы и сведения:

5.2.1. Письменное заявление по установленной Страховщиком форме (если предусмотрена) в случаях, когда Договор страхования заключается на основании письменного заявления.

5.2.2. Сведения и/или документы, позволяющие идентифицировать потенциального Страхователя (Застрахованное лицо, Выгодоприобретателя), а также их представителей (персональные данные (фамилия, имя, отчество, дата рождения и др.) и полномочия представителей; сведения и/или документы, подтверждающие дееспособность Страхователя / Застрахованного лица; документы, удостоверяющие личность, для физических лиц; документы о государственной регистрации, выписка из Единого государственного реестра юридических лиц, отражающая все изменения (при этом Страховщик вправе установить допустимый максимальный срок, прошедший с момента выдачи выписки), и учредительные документы для юридических лиц; выписка из Единого государственного реестра индивидуальных предпринимателей, отражающая все изменения (при этом Страховщик вправе установить допустимый максимальный срок, прошедший с момента выдачи выписки), и др.).

5.2.3. Документы, подтверждающие полномочия (для представителей), например, решения/протоколы о назначении (избрании) или продлении полномочий, доверенность, приказ о назначении на должность и др.

5.2.4. Карточка с образцами подписей и оттиска печати (для юридических лиц).

5.2.5. Свидетельство о государственной регистрации юридического лица или Свидетельство о внесении записи в Единый государственный реестр юридических лиц о юридическом лице, зарегистрированном до 1 июля 2002 года (в зависимости от того, что применимо).

5.2.6. Свидетельство о постановке на учет в налоговом органе (в отношении Страхователя).

5.2.7. Документы, подтверждающие наличие всех необходимых одобрений на заключение Договора страхования (например, если Договор страхования представляет собой крупную сделку или сделку с заинтересованностью, подлежащую одобрению в соответствии с законодательством Российской Федерации, учредительными документами юридического лица).

5.2.8. Свидетельство о государственной регистрации физического лица в качестве индивидуального предпринимателя или Свидетельство о внесении в Единый государственный реестр индивидуальных предпринимателей записи об индивидуальном предпринимателе, зарегистрированном до 1 января 2004 года (в зависимости от того, что применимо).

5.2.9. Сведения и/или документы, необходимые для оценки страхового риска (в частности, возраст, пол Застрахованного лица, сведения о взаимозависимости, в т.ч. о родстве (если применимо) Застрахованного лица / Страхователя / Выгодоприобретателя, сведения о наличии у Застрахованного лица инвалидности или направления на медико-социальную экспертизу, сведения о профессиональной деятельности Застрахованного лица, в т.ч. трудовом страже, сведения о прошлых и/или имеющихся заболеваниях (состояниях) Застрахованного лица, а также его родственников; сведения о результатах медицинских обследований Застрахованного лица и/или рекомендованном ему лечении; сведения об отнесении Застрахованного лица к резидентам Российской Федерации, сведения о личном страховании (в т.ч. об имеющихся Договорах страхования и размерах страховых сумм по ним)).

5.2.10. Сведения, необходимые для дальнейшего исполнения Договора страхования (например, контактные данные, платежные реквизиты и др.).

5.2.11. Сведения о наличии статуса налогового резидента иностранного государства и иные связанные с этим данные.

5.2.12. 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).

5.2.13. Согласие на обработку персональных данных (в случаях, если согласно законодательству Российской Федерации, Страховщик не вправе осуществлять обработку персональных данных без такого согласия), а также согласие Застрахованного лица (или его законного представителя) на получение Страховщиком сведений, составляющих врачебную тайну, в т.ч. на истребование медицинских документов (если это требуется в связи с заключением и/или исполнением Договора страхования).

5.2.14. Сведения и/или документы, позволяющие осуществить проверку наличия имущественного интереса (при необходимости).

5.3. Страховщик при заключении Договора страхования вправе производить оценку страховых рисков и может при этом:

5.3.1. Запросить у Страхователя следующие сведения в отношении Застрахованного лица:

- возраст, пол, вес, рост, артериальное давление;
- сведения о диспансерном учете;
- сведения о прошлых и (или) имеющихся диагнозах, а также о фактах обращения за оказанием медицинской помощи (в т.ч. сведения о прошлых и/или имеющихся заболеваниях / расстройствах / нарушениях / повреждениях / травмах / оперативных (хирургических) вмешательствах/госпитализации/сведения, связанные с беременностью (для женщин)), сведения о назначенных и/или принимаемых медицинских препаратах;
- сведения о наличии/отсутствии ограничений в трудоспособности (в т.ч. временной), а также информацию в связи с прохождением медико-социальной экспертизы (в т.ч. сведения об установлении группы инвалидности (включая, установленные ранее, если в последствии инвалидность была снята) или о направлении нахождение медико-социальной экспертизы);
- сведения о профессии/профессиональной деятельности/роде занятий (в т.ч. об условиях труда, о прохождении военной или гражданской службы, о занятости в профессиональной и

непрофессиональной авиации, занятости в сфере с особым риском (химическое производство, атомная энергетика и др.);

- сведения, характеризующие личность, а также сведения об образе жизни (сведения об употреблении алкоголя, курении, наличии зависимостей, информация, связанная с судимостью, и др.);

- сведения об увлечениях и занятии спортом на различном уровне (в т. ч. о принадлежности к спортивным клубам, участии в соревнованиях и др.);

- сведения о месте жительства/временного или постоянного пребывания, а также об их потенциальном изменении (сведения о переезде/перемещении в зоны вооруженных конфликтов, военных действий и др.);

- сведения о личном страховании (об имеющихся Договорах страхования или обращениях по вопросу их заключения, об отказах в заключении Договора страхования, о получении страховых выплат и др.);

- сведения о наличии/отсутствии определенных заболеваний, имеющихся (-вшихся) у родственников Застрахованного лица;

- сведения об иждивенцах;

- сведения о предпринимательской деятельности (для индивидуальных предпринимателей) (в т. ч. территория ведения деятельности, количество сотрудников и их занятость, годовой оборот, полная прибыль и чистая прибыль);

- сведения об имущественном положении и финансовой состоятельности (например, сведения о доходах и источниках их получения (в т. ч. о соотношении активов и принятых на себя обязательств).

5.3.2. Потребовать прохождения медицинского осмотра/обследования потенциального Застрахованного лица для оценки фактического состояния его здоровья в учреждении по выбору и за счет Страховщика. Объем сведений о состоянии здоровья и, соответственно, объем медицинского осмотра или обследования определяется Страховщиком. В случае если для заключения Договора страхования необходимо проведение такого медицинского осмотра/обследования Страховщик информирует об этом потенциального Страхователя при его обращении.

5.4. Форма предоставления указанных в п. 5.2 и 5.3 документов (надлежащим образом заверенные или простые копии, оригиналы) устанавливается Страховщиком и доводится до сведения потенциального Страхователя при его обращении. Указанные в п. 5.2 и 5.3 перечни сведений и документов, необходимых для заключения Договора страхования и оценки страховых рисков, являются исчерпывающими. При этом Страховщик вправе сократить перечень документов и (или) сведений или принять взамен иные документы и (или) сведения из числа предоставленных потенциальным Страхователем / Застрахованным лицом / Выгодоприобретателем.

5.5. При заключении Договора страхования Страхователь обязан сообщить Страховщику известные Страхователю обстоятельства, имеющие существенное значение для определения вероятности наступления страхового случая (страхового риска), если эти обстоятельства не известны и не должны быть известны Страховщику. Если будет установлено, что Страхователь сообщил Страховщику заведомо ложные или недостоверные сведения об обстоятельствах, имеющих существенное значение для определения вероятности наступления страхового случая и оценки страхового риска, Страховщик вправе потребовать признания Договора страхования недействительным.

Если Страхователем / Застрахованным лицом / Выгодоприобретателем указаны неполные или неточные сведения из числа перечисленных в п. 5.2 и п. 5.3 Правил страхования, Страховщик вправе отложить вопрос об оформлении Договора страхования до получения необходимых сведений/документов. О необходимости предоставления недостающих сведений/документов Страховщик уведомляет Страхователя.

5.6. При наличии согласия Страхователя (выраженного как в письменной форме, так и посредством совершения установленных Договором страхования действия (например, оплата страховой премии/страхового взноса)) подписание Страховщиком документов в связи с заключением, исполнением, изменением, прекращением Договора страхования с использованием факсимильного отображения (иного графического воспроизведения) подписи уполномоченного представителя Страховщика и печати Страховщика (при ее проставлении) является надлежащим подписанием документов (в т.ч. Договора страхования) со стороны Страховщика.

5.7. Если иное не предусмотрено соглашением Сторон, все заявления и извещения, которые делают друг другу Страховщик и Страхователь в процессе исполнения Договора страхования, должны производиться в письменной форме по адресам и иным контактным данным Сторон, содержащимся в следующих документах:

5.7.1. о Страховщике – в Договоре страхования;

5.7.2. о Страхователе – в Договоре страхования, платежном поручении, а также в базах данных, которые Страховщик ведет согласно п. 5.1 настоящих Правил страхования (при наличии);

5.7.3. о Сторонах - в уведомлениях, которые Стороны направляют друг другу в связи с изменениями контактной информации в порядке, установленном настоящими Правилами страхования.

При изменении контактных данных Страхователь обязан незамедлительно уведомить об этом Страховщика путем направления письменного уведомления нарочно или посредством почтовой связи, в противном случае Страхователь несет риск любых неблагоприятных последствий, вызванных неуведомлением / несвоевременным уведомлением.

Страховщик уведомляет Страхователя об изменении своих контактных данных (в т. ч. адреса места нахождения, телефона) посредством размещения обновленной информации на своем сайте в информационно-телекоммуникационной сети Интернет.

Если иное не установлено законом или Договором страхования, Страховщик вправе направлять Страхователю (Выгодоприобретателю, Застрахованному лицу) сообщения (в т.ч. предусмотренные подп. 10.1.2 Правил страхования) посредством электронной почты по адресу, указанному Страхователем (Выгодоприобретателем, Застрахованным лицом) в имеющихся у Страховщика документах, или посредством размещения информации на своем сайте в информационно-телекоммуникационной сети Интернет. В таком случае сообщение считается направленным надлежащим образом, если можно достоверно установить от кого исходило сообщение и кому оно адресовано.

5.8. Стороны вправе вносить в Договор страхования изменения, не противоречащие Правилам страхования и действующему законодательству Российской Федерации. Изменения вносятся в форме и в порядке, предусмотренные законодательством Российской Федерации, настоящими Правилами и Договором страхования.

5.9. В случаях, когда изменения в Договор страхования подлежат внесению по соглашению Сторон, Страховщик вправе руководствоваться установленными им условиями (порядком) и оставляет за собой право отказать Страхователю в изменении условий страхования.

5.10. Если соглашением Сторон не предусмотрено иное, в период действия Договора страхования Страхователь обязан уведомлять Страховщика о наступлении обстоятельств, влекущих изменение страхового риска, в письменной форме с приложением сведений и (или) документов согласно п. 5.2, 5.3 настоящих Правил страхования, а Страховщик вправе при этом руководствоваться п. 5.4 Правил.

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

Размер увеличения степени риска определяется Страховщиком.

К обстоятельствам, влекущим изменение страхового риска, относятся любые обстоятельства, в результате которых изменились следующие сведения о Застрахованном лице, сообщенные при заключении Договора страхования: сведения о профессии / профессиональной деятельности / роде занятий (в т. ч. об условиях труда, о прохождении военной или гражданской службы, о занятости в профессиональной и непрофессиональной авиации, занятости в сфере с особым риском (химическое производство, атомная энергетика и др.); сведения об увлечениях и занятии спортом на различном уровне (в т. ч. о принадлежности к спортивным клубам, участии в соревнованиях и др.).

Если Страхователь возражает против изменения условий Договора страхования или доплаты страховой премии, Страховщик вправе потребовать расторжения Договора страхования в порядке, установленном законодательством Российской Федерации.

5.11. В случае утери Договора страхования Страховщик на основании письменного заявления Страхователя выдает дубликат документа, после чего утраченный документ считается недействительным с момента подачи заявления Страхователем и выплаты по нему не производятся.

В случае заключения Договора страхования в порядке, предусмотренном в подп. 5.1.3 Правил страхования, при обращении Страхователя по вопросам выдачи дубликата Страховщик вправе

потребовать предоставления платежных документов, которые должны находиться в распоряжении Страхователя, и не осуществлять выдачу дубликата без удовлетворения Страхователем данного требования.

5.12. Страховщик вправе предусмотреть на своем официальном сайте в сети «Интернет» возможность для создания и отправки Страхователем (Застрахованным лицом, Выгодоприобретателем) Страховщику информации в электронной форме (в т.ч. обращений, касающихся заключения и/или изменения и/или досрочного прекращения Договора страхования и/или страховой выплаты) и связанных с ними документов/сведений). При этом требования к использованию электронных документов и порядок обмена информацией в электронной форме (в т.ч. случаи и порядок создания и отправки указанной в настоящем пункте информации) устанавливаются соглашением между Страхователем (Застрахованным лицом, Выгодоприобретателем) и Страховщиком в соответствии с действующим законодательством Российской Федерации.

Любые документы, оформленные Страховщиком и/или Страхователем (Застрахованным лицом, Выгодоприобретателем) в виде электронного документа в соответствии с требованиями действующего законодательства / с требованиями указанного в настоящем пункте соглашения, признаются равнозначными документам, оформленным на бумажном носителе.

## **6. Срок действия Договора страхования**

6.1. Срок действия Договора страхования и/или порядок его определения указывается в Договоре страхования.

6.2. Если Договором страхования не предусмотрено иное, срок действия Договора страхования начинается исчисляться с 00 часов 00 минут даты вступления Договора страхования в силу и оканчивается в 24 часа 00 минут последнего дня его действия.

6.3. Срок страхования может определяться посредством указания в Договоре страхования даты (дня) его начала и даты (дня) окончания и/или периода времени.

Соглашением Сторон могут предусматриваться разные сроки начала и/или окончания срока страхования для каждого (отдельных) страховых рисков.

Срок страхования исчисляется с 00 часов 00 минут дня, определяющего его начало, до 24 часов 00 минут (включительно) дня, определяющего его прекращение.

Досрочное прекращение действия Договора страхования влечет за собой досрочное прекращение срока страхования по всем страховым рискам

## **7. Порядок прекращения Договора страхования и расчета выкупной суммы**

7.1. Действие Договора страхования после его вступления в силу досрочно прекращается:

7.1.1. При одностороннем отказе Страхователя от Договора страхования. При этом дата прекращения (последний день действия) Договора страхования определяется Страховщиком, но не может быть позднее чем 30 (тридцатый) календарный день с даты получения Страховщиком документов, предусмотренных п. 7.6 Правил страхования.

7.1.2. По инициативе Страховщика на основании п. 4.6 настоящих Правил страхования с уведомлением Страхователя в письменной форме. При этом дата прекращения (последний день действия) Договора страхования определяется Страховщиком в одностороннем порядке, но не может быть ранее даты окончания льготного периода.

7.1.3. Если возможность наступления страхового случая отпала и существование страхового риска прекратилось по обстоятельствам иным, чем страховой случай, в том числе, когда при наступлении смерти единственного Застрахованного лица Страховщик отказал в страховой выплате в соответствии с подп. 8.16.1 или подп. 8.16.6 Правил страхования. При этом Договор страхования прекращается со дня, следующего за днем смерти Застрахованного лица.

7.1.4. По соглашению Сторон.

7.1.5. При выполнении Страховщиком своих обязательств по Договору страхования в полном объеме или при прекращении обязательств Страховщика по Договору страхования по иным основаниям, в т.ч. как это предусмотрено Договором страхования и/или Правилами страхования.

7.1.6. В иных случаях, предусмотренных действующим законодательством Российской Федерации.



7.2. При одностороннем отказе Страхователя от Договора страхования до его вступления в силу Договор страхования считается не вступившим в силу и страховые выплаты по нему не осуществляются. При этом уплаченные денежные средства (при наличии) подлежат возврату Страхователю на основании его письменного обращения (с указанием всех необходимых для перечисления реквизитов) и, если иное не установлено законодательством Российской Федерации, с предоставлением иных документов, указанных в п. 7.6 Правил, в течение 10 (десяти) рабочих дней (если иной срок не предусмотрен соглашением Сторон и/или законодательством Российской Федерации) с даты получения Страховщиком указанного обращения Страхователя.

При этом, если оплата производилась в рублях:

7.2.1. Возврат денежных средств производится в рублях.

7.2.2. Если страховая премия установлена Договором страхования в иностранной валюте, возврату подлежит оплаченная Страхователем сумма в рублях.

7.3. Если соглашением Сторон или законодательством Российской Федерации не предусмотрено иное, при досрочном прекращении Договора страхования после его вступления в силу возврат уплаченной страховой премии не производится.

7.4. При досрочном прекращении Договора страхования после его вступления в силу, в соответствии с подп. 7.1.1, 7.1.2 настоящих Правил страхования, а также в иных случаях (если предусмотрены Договором страхования или законодательством Российской Федерации), Страховщик выплачивает Страхователю (а в случае смерти Страхователя – физического лица его наследникам) выкупную сумму в пределах сформированного страхового резерва на день прекращения Договора страхования.

Размер выкупной суммы определяется в соответствии с размером, установленным Договором страхования (приложением к нему) для периода действия Договора страхования, соответствующего дате досрочного прекращения.

В случае наличия задолженности Страхователя по уплате страховых взносов на дату досрочного прекращения Договора страхования Страховщик вправе уменьшить размер выкупной суммы на размер задолженности Страхователя.

7.5. При досрочном прекращении Договора страхования в соответствии с подп. 7.1.4 настоящих Правил страхования возврат Страхователю уплаченных им по Договору страхования денежных средств/их части (если Стороны пришли к соглашению о таком возврате) регламентируется соответствующим соглашением Сторон.

7.6. При взаимодействии Сторон в связи с досрочным прекращением Договора страхования, Страховщику должны быть предоставлены следующие документы (с учетом того, что применимо):

7.6.1. письменное заявление по установленной Страховщиком форме (если предусмотрена);

7.6.2. документ, удостоверяющий личность заявителя (в том числе, применительно к паспорту гражданина Российской Федерации, страницы с указанием места жительства) и если заявитель не является российским гражданином, также документы, подтверждающие право его нахождения и въезда на территорию Российской Федерации (в т.ч. вид на жительство, виза, миграционная карта (с учетом того, что применимо));

7.6.3. документы, удостоверяющие право заявителя на получение денежных средств, если выплату, когда она полагается, получает не Страхователь (например, свидетельство о праве на наследство);

7.6.4. надлежащим образом оформленный документ, подтверждающий полномочия представителя (при обращении представителей);

7.6.5. в случае досрочного прекращения Договора страхования по основанию, из числа предусмотренных в подп. 7.1.3, 7.1.6 настоящих Правил, представлению Страховщику подлежат оригиналы или надлежащим образом заверенные копии документов, подтверждающих наступление соответствующих обстоятельств. При этом на заявителя возлагается обязанность предоставить построчный перевод документов, составленных на иностранном языке, оформленный на отдельном листе, а также совершить все необходимые действия по удостоверению соответствующим образом документов, составленных за пределами территории Российской Федерации (легализация документа или проставление апостиля), кроме того в случаях, когда согласно законодательству Российской Федерации и/или международным договорам Российской Федерации, легализация или проставление апостиля не требуется, Страховщик вправе потребовать предоставления нотариально удостоверенного перевода документа;

7.6.6. в случае выплаты выкупной суммы лицу, не являющемуся налоговым резидентом Российской Федерации, предоставлению Страховщику подлежит оригинал или надлежащим образом заверенная копия документа, содержащего сведения об идентификационном номере налогоплательщика, присвоенного иностранным государством (территорией), налоговым резидентом которого он является.

7.7. Выкупная сумма (если полагается) выплачивается в течение 10 (десяти) рабочих дней (если иной срок не предусмотрен законодательством Российской Федерации) с момента досрочного прекращения Договора страхования или получения Страховщиком всех необходимых документов согласно п. 7.6 настоящих Правил, в зависимости от того, какое событие наступит позднее.

7.8. При обращении к Страховщику Выгодоприобретателя (-ей) в связи с наступлением события, имеющего признаки страхового случая, Страхователь (а в случае смерти Страхователя – физического лица - его наследники) и Страховщик, в соответствии со ст. 430 Гражданского кодекса Российской Федерации, не могут с момента такого (-их) обращения (-ий) расторгать или изменять Договор страхования без согласия обратившегося (-ихся) Выгодоприобретателя (-ей).

7.9. Прекращение срока действия Договора страхования не прекращает обязательства Сторон, которые возникли в связи со страховым случаем, произошедшим в период действия Договора страхования.

Расторжение Договора страхования до истечения срока, на который он был заключен, влечет за собой прекращение всех обязательств Сторон по Договору страхования, за исключением тех, которые связаны с прекращением Договора страхования. В частности, досрочное прекращение действия Договора страхования прекращает обязательства Страховщика по осуществлению страховой (-ых) выплаты (-т) (как по заявленным событиям, так и по событиям, о которых Страховщик не был уведомлен), и начиная со дня, следующего за последним днем действия Договора страхования, страховая (-ые) выплата (-ы) по Договору страхования не производится (-ятся).

7.10. Если иное не установлено законодательством Российской Федерации, Договором страхования могут быть предусмотрены положения, касающиеся прекращения Договора страхования, дополнительные или отличные от указанных в настоящих Правилах страхования.

## **8. Порядок определения страховых выплат и сроки их осуществления.**

### **Основания отказа в страховой выплате**

8.1. При наступлении события, имеющего признаки страхового случая по страховым рискам, предусмотренных Договором страхования, Выгодоприобретатель должен известить об этом Страховщика в следующие сроки:

8.1.1. По всем страховым рискам, кроме страхового риска **«инвалидность 1 или 2 группы (с освобождением от уплаты взносов)»**, **«второе экспертное медицинское мнение»** – в течение 30 (Тридцать) рабочих дней с момента, когда Страхователю (Выгодоприобретателю) стало известно о наступлении события, имеющего признаки страхового случая по соответствующему страховому риску.

8.1.2. В отношении страхового риска **«инвалидность 1 или 2 группы (с освобождением от уплаты взносов)»** – первично в течение 30 (Тридцать) рабочих дней с момента, когда Страхователю (Застрахованному лицу) стало известно о наступлении события, имеющего признаки страхового случая, а далее – согласно подп. 8.2.11.1 настоящих Правил страхования (если применимо);

8.2. При наступлении события, имеющего признаки страхового случая по страховым рискам, предусмотренным настоящими Правилами, Страхователь (Застрахованное лицо, Выгодоприобретатель) должен предоставить Страховщику следующие документы:

8.2.1. Договор страхования (страховой полис / свидетельство / сертификат / квитанция) и дополнительно при заключении Договора страхования способом, указанным в подп. 5.1.3 Правил, – платежные документы, подтверждающие оплату страховой премии (страховых взносов).

8.2.2. Надлежащим образом подписанное заявление по установленной Страховщиком форме (если предусмотрена) от каждого заявителя отдельно.

8.2.3. Документ, удостоверяющий личность заявителя и получателя выплаты (если отличается от заявителя).

8.2.4. Если применимо, документы, подтверждающие право на получение страховой выплаты (например, свидетельство о праве на наследство (для наследника)) и/или подтверждающие изменение персональных данных, идентифицирующих личность (например, свидетельство о заключении брака) и/или согласие органов опеки и попечительства (в случаях, предусмотренных законодательством Российской Федерации)).

8.2.5. Надлежащим образом оформленный документ, подтверждающий полномочия представителя (при обращении представителя).

8.2.6. Документы, требование о предоставлении которых обусловлено выполнением 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).

8.2.7. Дополнительно к указанному в подп. 8.2.1 – 8.2.6 настоящих Правил по страховому риску **«дожитие»** предоставляется документ, свидетельствующий о нахождении Застрахованного лица в живых: свидетельство об удостоверении факта нахождения гражданина в живых, выданное нотариусом (иным уполномоченным законодательством Российской Федерации на совершение таких действий органом / должностным лицом), или, по согласованию со Страховщиком, надлежащим образом заверенная копия паспорта Застрахованного лица или выписка из него. Страховщик вправе установить допустимый максимальный срок, прошедший с момента заверения копии / выписки.

8.2.8. Дополнительно к указанному в подп. 8.2.1–8.2.6 настоящих Правил по страховым рискам **«смерть», «смерть (с освобождением от уплаты взносов)», «смерть (с возвратом взносов)», «смерть в результате ДТП», «смерть в результате авиакатастрофы», «смерть от несчастного случая»** предоставляются (с учетом того, что применимо):

8.2.8.1. Свидетельство о смерти Застрахованного лица.

8.2.8.2. Официальный документ, содержащий причину смерти. Наиболее распространенными в этой связи документами являются медицинское свидетельство о смерти, справка о смерти, выданная органами ЗАГС (либо иными уполномоченными органами), посмертный эпикриз, акт судебно-медицинского или патологоанатомического исследования трупа, или выписки из них.

8.2.8.3. Выписка из медицинской карты Застрахованного лица, содержащая информацию об имевшихся у Застрахованного лица заболеваниях или копия медицинской карты амбулаторного или стационарного больного, надлежащим образом заверенная. Указанные документы должны содержать, в том числе, точные даты установления диагнозов, результаты дополнительных методов исследования, назначенное и проводимое лечение (включая сроки) заболевания и/или состояния. При этом Страховщик вправе ограничить период, за который предоставляются документы из медицинских организаций;

8.2.8.4. Если событие наступило в результате иного события, чем болезнь, в т. ч. в результате несчастного случая, Страховщику должны быть предоставлены документы из органов и учреждений МВД России, МЧС России, прокуратуры или иных компетентных органов власти / организаций / учреждений / лиц (протоколы, постановления, справки, определения, акт о несчастном случае на производстве по форме Н1 (если применимо) и др.), когда событие или его обстоятельства зафиксированы или должны быть ими зафиксированы.

8.2.8.5. Водительское удостоверение Застрахованного лица и документ, содержащий результаты исследования крови Застрахованного лица на содержание алкоголя в крови во время дорожно-транспортного происшествия, если событие произошло в результате дорожно-транспортного происшествия при управлении транспортным средством Застрахованным лицом (предоставляются по требованию Страховщика).

8.2.9. Дополнительно к указанному в подп. 8.2.1–8.2.6 настоящих Правил по страховому риску **«инвалидность в результате несчастного случая»** предоставляются (с учетом того, что применимо):

8.2.9.1. Официальный документ, выданный государственным учреждением медико-социальной экспертизы, удостоверяющий факт установления и группу инвалидности

Застрахованного лица: справка об установлении инвалидности (по текущей группе инвалидности).

8.2.9.2. Справки, выданные федеральным государственным учреждением медико-социальной экспертизы, об установленных ранее группах инвалидности (в случае повторного установления группы инвалидности), а также официальные документы компетентной организации, содержащие причины (основной диагноз) в отношении установленных ранее групп инвалидности.

8.2.9.3. Официальный документ компетентной организации, содержащий причину (основной диагноз) по текущей группе инвалидности. Наиболее распространенными в связи с этим документами являются направление на медико-социальную экспертизу и/или обратный талон и/или протокол медико-социальной экспертизы.

8.2.9.4. Документы, указанные в подп. 8.2.8.3–8.2.8.5 настоящих Правил.

8.2.10. Дополнительно к указанному в подп. 8.2.1–8.2.6 настоящих Правил по страховому риску **«травма»** предоставляются (с учетом того, что применимо):

8.2.10.1. Медицинские документы, выданные лечебно-профилактическими или особого типа учреждениями здравоохранения и/или частными врачами, с указанием диагноза, обстоятельств получения телесного повреждения, в том числе даты и места получения телесного повреждения, описанием проведенного лечения и продолжительностью лечения и позволяющие сделать заключение о причинах травмы. Наиболее распространенными в этой связи документами являются: выписка из амбулаторной карты/истории болезни, заключение врачебной комиссии. При этом Страховщик вправе ограничить период, за который предоставляются документы из медицинских организаций.

8.2.10.2. Результаты лабораторных и инструментальных исследований, протоколы выполненных операций и манипуляций (например, описание рентгеновских снимков) (предоставляются по требованию Страховщика).

8.2.10.3. Документ из образовательной организации, подтверждающий факт нахождения Застрахованного лица в образовательной организации и/или на выездной экскурсии / выездных занятиях, организованной такой образовательной организацией, на момент получения им травмы.

8.2.10.4. Документы, указанные в подп. 8.2.8.4–8.2.8.5 настоящих Правил.

8.2.11. Дополнительно к указанному в подп. 8.2.1–8.2.6 и подп. 8.2.9 настоящих Правил по страховому риску **«инвалидность 1 или 2 группы (с освобождением от уплаты взносов)»** предоставляются (если применимо):

8.2.11.1. Если установленная группа инвалидности требует прохождения переосвидетельствования в установленные сроки, Страхователь (Застрахованное лицо) обязан сообщать Страховщику о результатах переосвидетельствования и предоставлять документы, подтверждающие решение медико-социальной экспертизы (далее по тексту - МСЭ, в течение 2 (двух) месяцев, следующих за месяцем, на который было назначено переосвидетельствование).

8.2.12. Дополнительно к указанному в подп. 8.2.1–8.2.6 настоящих Правил, по страховому риску **«дожитие до недобровольной потери работы»** предоставляются (с учетом того, что применимо):

8.2.12.1. трудовая книжка (со всеми вкладышами в трудовую книжку (при наличии)) Застрахованного лица и (или) сведения о трудовой деятельности (как это определено в трудовом законодательстве Российской Федерации) Застрахованного лица, при этом в трудовой книжке (сведениях о трудовой деятельности) должна содержаться информация об увольнении Застрахованного лица с указанием основания и причины прекращения с ним трудового договора;

8.2.12.2. документы, подтверждающие факты заключения и расторжения трудового договора, заключенного с Застрахованным лицом (например, расторгнутый (прекращенный) трудовой договор с последнего места работы Застрахованного лица (со всеми дополнительными соглашениями); решение суда, вступившее в законную силу при наличии трудового спора и разрешении его в судебном порядке).

8.2.13. Дополнительно к указанному в подп. 8.2.1–8.2.6 настоящих Правил, по страховому риску **«возмещение медицинских расходов»** предоставляются:

8.2.13.1. Документ (копия документа), подтверждающий обращение Застрахованного лица в медицинское учреждение для оказания платных медицинских услуг с указанием даты обращения, ФИО пациента, названия медицинского учреждения, наименования, количества и стоимости медицинских услуг (наиболее распространенными документами являются: договор на оказание медицинских услуг, счет на оплату медицинских услуг).

8.2.13.2. Документ (копия документа), подтверждающий оплату оказанных медицинских услуг в отношении Застрахованного лица (наиболее распространенными документами являются: платежные поручения, кассовые и товарные чеки в т.ч. электронные).

8.3. Если соглашением Сторон прямо не предусмотрено иное, документы, перечисленные в п. 8.2 настоящих Правил, должны предоставляться в виде оригиналов или в виде копий, заверенных нотариально или органом / учреждением / организацией, которые выдали документ и/или располагают его подлинником.

При этом на Страхователя (Выгодоприобретателя) возлагается обязанность предоставить почтовый перевод документов, составленных на иностранном языке, оформленный на отдельном листе, 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.

8.4. Решение о признании или непризнании события, имеющего признаки страхового случая, страховым случаем Страховщик принимает, руководствуясь положениями Правил страхования, Договора страхования и действующим законодательством Российской Федерации, на основании предоставленных и самостоятельно полученных документов.

8.5. Указанный в п. 8.2 настоящих Правил перечень документов и сведений является исчерпывающим. Страховщик вправе, в том числе на основании предоставленных документов проводить экспертизу, устанавливать факты, выяснять причины и обстоятельства произошедшего события (в частности, основываясь на объяснениях лиц, знающих обстоятельства события, на ксерокопиях, предоставленных Страхователем (Застрахованным лицом, Выгодоприобретателем) документов, запрашивая сведения (информацию) из единого государственного реестра записей актов гражданского состояния, единой государственной информационной системы в сфере здравоохранения, единой информационной системы нотариата и прочих информационных систем, предусмотренных законодательством Российской Федерации). Результаты указанной в настоящем подпункте экспертизы / установления фактов / выяснения причин и обстоятельств, проводимых Страховщиком, могут оформляться в виде акта или иного документа (в том числе в качестве составной части страхового акта), который может заменять собой часть документов, доказывающих наступление страхового случая. Страховщик вправе по своему усмотрению принять решение о достаточности фактически предоставленных документов и сократить указанный в п. 8.2. настоящих Правил страхования перечень документов, а также принять иные документы, сведения (информацию) (в т. ч. в иной форме, по отношению к той, которая установлена настоящими Правилами страхования) взамен указанных.

8.6. При непредставлении Страхователем (Выгодоприобретателем) документов из числа указанных в перечне и/или если предоставленные документы оформлены с нарушением требований, установленных настоящими Правилами страхования и/или Договором страхования, Страховщик вправе в течение 10 (десяти) рабочих дней с момента получения неполных и/или ненадлежащим образом оформленных документов запросить недостающие документы и сведения, о чем в тот же срок уведомляет заявителя (Застрахованное лицо (Выгодоприобретателя)). При этом Страховщик вправе отсрочить принятие решения о признании или непризнании заявленного события страховым случаем до получения последнего из всех необходимых документов.

8.7. При установлении и наличии документального подтверждения факта наступления страхового случая, а также при отсутствии основания отказа в страховой выплате, Страховщик осуществляет страховую выплату в следующем порядке и размере (с учетом того, что установлено Договором страхования для отдельных страховых рисков и порядка определения страховой суммы):

- 8.7.1. по страховому риску **«дожитие»** - 100 % страховой суммы, установленной для данного страхового риска;
- 8.7.2. по страховому риску **«смерть»** - 100 % страховой суммы, установленной для данного страхового риска;
- 8.7.3. по страховому риску **«смерть (с возвратом взносов)»** - в размере уплаченной страховой премии или уплаченных до наступления страхового случая страховых взносов при оплате страховой премии в рассрочку (с учетом того, что применимо в зависимости от порядка уплаты страховой премии по Договору) для страховых рисков **«дожитие»** и **«смерть (с возвратом взносов)»**;
- 8.7.4. по страховому риску **«смерть от несчастного случая»** - 100 % страховой суммы, установленной для данного страхового риска;
- 8.7.5. по страховым рискам **«смерть (с освобождением от уплаты взносов)»**, **«инвалидность 1 или 2 группы (с освобождением от уплаты взносов)»** Страхователь (в случае смерти Страхователя – лицо, принявшее на себя его права и обязанности) освобождается от обязанности уплачивать страховой (-ые) взнос (-ы) по Договору страхования. При этом:
- 8.7.5.1. освобождение от уплаты взносов наступает с даты оплаты очередного страхового взноса, непосредственно следующей за датой принятия Страховщиком решения о страховой выплате согласно п. 8.11 настоящих Правил страхования;
- 8.7.5.2. если установленная группа инвалидности требует прохождения переосвидетельствования в установленные сроки, Страхователь (Застрахованное лицо) обязан сообщать Страховщику о результатах переосвидетельствования и предоставлять документы, подтверждающие решение МСЭ, в течение 2 (двух) месяцев, следующих за месяцем, на который было назначено переосвидетельствование;
- 8.7.5.3. освобождение Страхователя от обязанности уплачивать страховые взносы прекращается, если инвалидность 1 или 2 группы снята или изменена на 3 группу, с первого числа месяца, следующего за месяцем, в котором было принято решение МСЭ;
- 8.7.5.4. по страховым рискам **«смерть (с освобождением от уплаты взносов)»** и **«инвалидность 1 или 2 группы (с освобождением от уплаты взносов)»** страховые выплаты, не связанные с оплатой страхового (-ых) взноса (-ов) по Договору страхования, не производятся.
- 8.7.6. по страховому риску **«смерть в результате ДТП»** - 100 % страховой суммы, установленной для данного страхового риска;
- 8.7.7. по страховому риску **«смерть в результате авиакатастрофы»** - 100 % страховой суммы, установленной для данного страхового риска;
- 8.7.8. по страховому риску **«травма»** в размере, определяемом в проценте от страховой суммы, установленной по Договору страхования, в соответствии с «Таблицей размеров страховой выплаты по страховому риску «травма» (Приложением №1 к Правилам страхования).
- 8.7.9. по страховым рискам **«инвалидность в результате несчастного случая»** страховая выплата осуществляется в размере, зависящем от установленной группы инвалидности:
- 1 группа инвалидности - 100% страховой суммы, установленной по Договору страхования;
- 2 группа инвалидности - 75% от страховой суммы, установленной по Договору страхования;
- 3 группа инвалидности - 50% от страховой суммы, установленной по Договору страхования.
- В случае если в результате одного и того же события производится повышение группы инвалидности, каждая страховая выплата по соответствующему страховому риску в связи с установлением более высокой группы инвалидности производится за вычетом ранее произведенных страховых выплат по такому страховому риску.
- 8.7.10. по страховому риску **«дожитие до недобровольной потери работы»** - 100 % страховой суммы, установленной для данного страхового риска;
- 8.7.11. по страховому риску **«возмещение медицинских расходов»** - в размере фактических понесенных расходов по оплате медицинских услуг, оказанных Застрахованному лицу на платной основе в течение полисного года, но не более 100% страховой суммы, установленной по данному риску для соответствующего полисного года.
- 8.8. Если иное не предусмотрено Договором, в случае, когда событие можно классифицировать как страховой случай одновременно по страховым рискам **«смерть»** и **«смерть от несчастного случая»/ «смерть в результате ДТП» / «смерть в результате авиакатастрофы»/ «смерть (с освобождением от**

**уплаты взносов)»** (т.е. совершившееся событие соответствует одновременно страховому случаю, предусмотренному для каждого из указанных страховых рисков (в т.ч. с учетом определений и исключений из страхового покрытия, установленных настоящими Правилами и/или Договором страхования, для соответствующего страхового риска)), страховые выплаты осуществляются по каждому из указанных страховых рисков, предусмотренных Договором страхования для соответствующего Застрахованного лица.

Если иное не предусмотрено Договором, в случае, когда событие можно классифицировать как страховой случай одновременно по страховым рискам **«инвалидность в результате несчастного случая»** и **«инвалидность 1 или 2 группы (с освобождением от уплаты взносов)»** (т.е. совершившееся событие соответствует одновременно страховому случаю, предусмотренному для каждого из указанных страховых рисков (в т.ч. с учетом определений и исключений из страхового покрытия, установленных настоящими Правилами и/или Договором страхования, для соответствующего страхового риска)), по страховому риску **«инвалидность в результате несчастного случая»** осуществляется страховая выплата, а по страховому риску **«инвалидность 1 или 2 группы (с освобождением от уплаты взносов)»** устанавливается освобождение от уплаты взносов в соответствии с п. 8.7.5 настоящих Правил.

8.9. Договором страхования, заключенным на основании настоящих Правил страхования, предусмотрены лимиты ответственности (лимиты страхового обязательства), указанные ниже в настоящем пункте и в Приложении (-ях) к настоящим Правилам страхования:

8.9.1. страховые выплаты по страховым рискам **«травма», «возмещение медицинских расходов», «второе экспертное медицинское мнение»** по всем страховым случаям, наступившим в течение каждого полисного года, не могут превышать размера страховой суммы, установленного Договором страхования по соответствующему страховому риску. Превышающая(-ие) лимит сумма(-ы) (часть суммы) не подлежит(-ат) выплате;

8.9.2. Размер страховой выплаты по страховым рискам **«инвалидность в результате несчастного случая», «дожитие до недобровольной потери работы»** за весь срок страхования не может превышать размера страховой суммы, установленной для соответствующего страхового риска. В случае если Страховщиком была произведена страховая выплата в размере 100 % страховой суммы, установленной для соответствующего страхового риска, обязательства Страховщика по соответствующему страховому риску в отношении Застрахованного лица считаются полностью исполненными, и срок страхования по соответствующему страховому риску, прекращается с даты исполнения Страховщиком своих обязательств.

8.10. Решение о признании или непризнании события, имеющего признаки страхового случая, страховым случаем, а также об осуществлении или об отказе в страховой выплате Страховщик принимает, руководствуясь положениями Правил страхования, Договора страхования и действующим законодательством Российской Федерации, на основании предоставленных и самостоятельно полученных документов. Решение о страховой выплате принимается Страховщиком в случае признания произошедшего события страховым случаем и при отсутствии оснований для отказа в страховой выплате.

8.11. Страховщик принимает решение о страховой выплате (в случае признания произошедшего события страховым случаем и при отсутствии оснований для отказа в страховой выплате) и осуществляет страховую выплату в следующие сроки:

8.11.1. по событиям, наступившим по всем страховым рискам, кроме страхового риска **«второе экспертное медицинское мнение»** – в течение 15 (Пятнадцать) рабочих дней после получения Страховщиком последнего из всех необходимых (в том числе запрошенных Страховщиком дополнительно) документов;

8.11.2. по событиям, наступившим по страховому риску **«второе экспертное медицинское мнение»** - в соответствии с разделом 9 Правил страхования.

8.12. При наличии оснований для отказа в страховой выплате, Страховщик принимает соответствующее решение в течение 15 (Пятнадцать) рабочих дней после получения Страховщиком последнего из всех необходимых документов (в т.ч. запрошенных Страховщиком дополнительно) и в этот же срок направляет Выгодоприобретателю письменное уведомление с обоснованием отказа.

8.13. Выплаты, которые Выгодоприобретатель не успел получить в связи со своей смертью, осуществляются наследникам Выгодоприобретателя в порядке и в сроки, установленные настоящими

Правилами страхования, после получения Страховщиком последнего из всех необходимых документов (в т. ч. запрошенных Страховщиком дополнительно).

8.14. Страховая выплата по всем страховым рискам, кроме страхового риска **«второе экспертное медицинское мнение»**, производится путем перечисления денежных средств на банковский счет Выгодоприобретателя или иным способом по согласованию Сторон. По страховому риску **«второе экспертное медицинское мнение»** страховая выплата осуществляется Страховщиком путем оплаты стоимости, оказанных Застрахованному лицу медицинских и (или) иных услуг в соответствии с разделом 9 Правил страхования.

8.15. Страховщик освобождается от страховой выплаты в следующих случаях:

8.15.1. Если страховой случай по любому страховому риску, предусмотренному Правилами, кроме страхового риска **«дожитие»** наступил вследствие умысла Страхователя, Выгодоприобретателя или Застрахованного лица. Страховщик не освобождается от выплаты страховой суммы, если смерть Застрахованного лица наступила вследствие самоубийства и к этому времени Договор страхования действовал уже не менее двух лет.

8.15.2. Если страховой случай по любому страховому риску, предусмотренными Правилами, кроме страховых рисков **«дожитие»**, **«дожитие до недобровольной потери работы»**, **«смерть (с возвратом взносов)»** наступил вследствие:

8.15.2.1. воздействия ядерного взрыва, радиации или радиоактивного заражения.

8.15.2.2. военных действий, а также маневров или иных военных мероприятий.

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

8.16. Страховщик отказывает в страховой выплате по следующим основаниям:

8.16.1. Произошедшее событие не является страховым случаем, т. е. не относится к событиям, на случай наступления которых был заключен Договор страхования (например, отнесено к исключениям из страхового покрытия (установленных разделом 3 Правил страхования и/или Договором страхования) или не может быть квалифицировано в качестве страхового случая, исходя из определений, установленных в Правилах страхования и/или Договоре страхования (включая приложения к нему) или в отношении соответствующего Застрахованного лица не предусмотрен такой страховой риск).

8.16.2. Достигнут лимит ответственности (лимит страхового обязательства). При этом, возможен частичный отказ в страховой выплате пропорционально превышению лимита.

8.16.3. Событие произошло до начала или после окончания (в т. ч. досрочного) срока страхования (например, после прекращения срока страхования по соответствующему страховому риску или после прекращения Договора страхования в связи с исполнением Страховщиком своих обязательств в полном объеме).

8.16.4. Событие произошло с лицом, которое не является Застрахованным лицом по Договору страхования.

8.16.5. На основании п. 7.9 настоящих Правил страхования.

8.16.6. По основаниям, предусмотренным действующим законодательством Российской Федерации (в т. ч. если Страховщик освобожден от страховой выплаты).

## **9. Страховые выплаты по страховому риску «второе экспертное медицинское мнение»**

9.1. При наступлении страхового случая и отсутствии оснований для отказа в страховой выплате Страховщик в счет страховой выплаты организует оказание медицинских и (или) иных услуг Застрахованному лицу в соответствии с условиями Договора страхования и Программой ДМС, Приложение №2 к настоящим Правилам) (в т.ч. с учетом установленных лимитов ответственности), и оплачивает медицинские услуги, оказанные Застрахованному лицу, с учетом установленных лимитов ответственности.

9.2. Медицинские и (или) иные услуги, предусмотренные Программой ДМС, организуются и оказываются Застрахованному лицу в сроки и в соответствии с порядком работы, предусмотренным в организации, непосредственно оказывающей медицинские или иные услуги. При этом Страховщик вправе проверить и качество услуг, оказанных Застрахованному лицу, и их соответствие условиям Договора страхования.

9.3. Организация и оказание медицинских и иных услуг Застрахованному лицу осуществляется Страховщиком с привлечением медицинских и иных организаций (в т.ч. сервисных компаний) с последующей оплатой организованных и оказанных ими медицинских и иных услуг, на основании



документов, предоставленных такими медицинскими и иными организациями: смет, счетов (счетов-фактур), реестров организованных и оказываемых медицинских услуг и иных услуг, актов выполненных работ (услуг), рецептов, иных медицинских и платежных документов, подтверждающих объем и виды организованных и оказанных медицинских услуг и иных услуг, и содержащих информацию о датах, сроках оказания таких услуг и о необходимости их оказания Застрахованному лицу, а также о стоимости оказанных услуг.

9.4. Страховщик производит оплату медицинских и (или) иных услуг, организуемых и оказываемых Застрахованному лицу в соответствии с условиями Договора страхования и Программы ДМС, непосредственно медицинским организациям и сервисным компаниям в сроки и порядке, предусмотренные в договорах, заключенных с сервисными и медицинскими организациями.

9.5. Размер страховой выплаты определяется стоимостью организации медицинских и (или) иных услуг, в пределах лимитов ответственности, установленных Программой ДМС.

9.6. Выплаты по всем страховым случаям, наступившим в течение каждого полисного года, не могут превышать размера страховой суммы, установленного Договором страхования по страховому риску **«второе экспертное медицинское мнение»**. Превышающая(-ие) лимит сумма(-ы) (часть суммы) не подлежит(-ат) выплате.

## 10. Права и обязанности Сторон

10.1. Страховщик обязан:

10.1.1. Ознакомить Страхователя с настоящими Правилами страхования.

10.1.2. Предоставить по требованию Страхователя (Застрахованного лица, Выгодоприобретателя) информацию в объеме и в соответствии с законодательством Российской Федерации и обязательными для Страховщика положениями, установленными объединением страховщиков (при наличии). При этом информация предоставляется в следующем порядке: на основании письменного запроса Страхователя (Застрахованного лица, Выгодоприобретателя) в течение 30 (тридцати) календарных дней с момента получения запроса (если меньший срок не установлен законодательством Российской Федерации), используя способы взаимодействия, которые установлены Договором страхования.

10.1.3. При наступлении страхового случая и отсутствии оснований для отказа в страховой выплате произвести страховую выплату в порядке и в сроки, установленные Правилами страхования.

10.1.4. Обеспечить конфиденциальность и безопасность персональных данных Страхователя, Застрахованного лица, Выгодоприобретателей, полученных в связи с заключением и исполнением Договора страхования.

10.2. Страховщик имеет право:

10.2.1. Перед заключением Договора страхования запросить у Страхователя и у потенциального Застрахованного лица сведения и/или документы, необходимые для заключения Договора страхования и/или оценки страхового риска (в том числе медицинского характера), а также потребовать прохождения потенциальным Застрахованным лицом медицинского осмотра / обследования с целью оценки фактического состояния его здоровья. Страховщик информирует потенциального Страхователя при его обращении о необходимости прохождения такого медицинского осмотра/обследования.

10.2.2. Проверять достоверность данных и информации, сообщаемой Страхователем или Застрахованным лицом, любыми способами, не противоречащими законодательству Российской Федерации.

10.2.3. Отказаться в любой момент в одностороннем порядке в полном объеме от исполнения Договора страхования, заключенного с юридическим лицом / физическим лицом, действующим в качестве индивидуального предпринимателя, в случае нарушения Страхователем положения (-ий) настоящих Правил страхования и /или Договора страхования;

10.2.4. Отсрочить принятие решения о признании или непризнании произошедшего события страховым случаем в соответствии с п. 8.6 настоящих Правил страхования.

10.2.5. Проверять выполнение Страхователем положений Договора страхования.

10.2.6. Отказаться в страховой выплате в случаях, предусмотренных настоящими Правилами.

10.2.7. Осуществлять иные действия для исполнения положений Договора страхования.

10.3. Страхователь обязан:

- 10.3.1. Уплачивать страховую премию в порядке, размере и в сроки, определенные Договором страхования.
- 10.3.2. При заключении Договора страхования предоставить сведения и/или документы, необходимые для заключения Договора страхования.
- 10.3.3. Незамедлительно (не позднее 7 (семи) рабочих дней с момента внесения изменений) уведомлять Страховщика обо всех изменениях сведений, предоставленных Страховщику при заключении Договора страхования. При получении указанной информации Страховщик обновляет соответствующие сведения в течение дня с момента их получения. Сведения, предоставленные при заключении Договора страхования, считаются актуальными до момента получения Страховщиком информации об их изменении.
- 10.3.4. Получить согласие Застрахованного лица на назначение Выгодоприобретателей.
- 10.3.5. При наступлении события, имеющего признаки страхового случая, известить об этом Страховщика в установленные настоящими Правилами страхования сроки.
- 10.3.6. Довести до сведения Застрахованного лица (если не совпадает со Страхователем) информацию о том, что в отношении него заключен Договор страхования, а также сведения о Страховщике (реквизиты лицензии, сведения о режиме работы структурного подразделения Страховщика и привлеченных Страховщиком сторонних организаций для оказания страховых услуг, адрес сайта Страховщика в информационно – телекоммуникационной сети «Интернет») и ознакомить Застрахованное лицо с его правами и обязанностями по Договору страхования.
- 10.4. Страхователь имеет право:
- 10.4.1. Ознакомиться с настоящими Правилами страхования, а также получить их на руки.
- 10.4.2. Обратиться к Страховщику за получением разъяснений и информации в соответствии с законодательством Российской Федерации и обязательными для Страховщика положениями, установленными объединением страховщиков (при наличии).
- 10.4.3. Получить дубликат Договора страхования в случае его утраты.
- 10.4.4. Заменить в порядке, установленном законодательством Российской Федерации, названного в Договоре страхования Выгодоприобретателя другим лицом (с письменного согласия Застрахованного лица).
- 10.4.5. Досрочно расторгнуть Договор страхования с письменным уведомлением об этом Страховщика.
- 10.4.6. Проверять соблюдение Страховщиком условий Договора страхования.
- 10.5. Помимо указанного в настоящем разделе, Стороны имеют иные права и исполняют обязанности, предусмотренные иными положениями настоящих Правил страхования и/или Договором страхования и/или действующим законодательством Российской Федерации.
- 10.6. Права и обязанности Страхователя (Застрахованного лица, Выгодоприобретателя) по Договору страхования не могут быть переданы другому лицу без письменного согласия на это Страховщика.

## **11. Порядок разрешения споров**

- 11.1. Все споры, возникающие между Сторонами по Договору страхования, разрешаются в досудебном претензионном порядке. При невозможности достичь взаимного согласия, споры между юридическими лицами решаются в арбитражном суде по месту нахождения Страховщика (если иное не предусмотрено соглашением сторон).

ВАЖНО: настоящее Приложение считается врученным Страхователю и подлежит применению, только если Договором страхования предусмотрено, что оно является неотъемлемой частью такого Договора страхования.

Приложение № 1  
к Правилам комбинированного страхования  
№ 0083.СЖ/СЛ.01/05.00,  
утвержденным Приказом  
Общества с ограниченной ответственностью  
Страховая компания «Сбербанк страхование жизни»  
от 21.01.2022 года № Пр/5

### Таблица размеров страховых выплат по страховому риску «травма»

В настоящем Приложении приводятся размеры страховой выплаты по страховому риску «травма». При этом:

1. Размер страховых выплат, причитающихся в связи с травмой органа, не должен превышать размера страховой выплаты, причитающейся при потере этого органа (лимит страхового обязательства).

2. В случае если в результате одного несчастного случая возникнут повреждения, указанные в одной статье нижеследующей Таблицы, страховая выплата определяется по одному из подпунктов статьи, учитывающему наиболее тяжелое повреждение. Если в результате одного несчастного случая возникнут повреждения, указанные в разных статьях нижеследующей Таблицы, страховая выплата определяется с учетом подпунктов, учитывающих наиболее тяжелое повреждение, каждой статьи путем суммирования, если иное не предусмотрено в тексте нижеследующей Таблицы.

3. Размер страховой выплаты по страховому риску «травма» в связи с получением Застрахованным лицом травмы, не предусмотренной в нижеследующей Таблице, в том числе при патологических переломах, составляет 0,1 % (ноль целых одну десятую процента) от страховой суммы по указанному риску, но не менее 1000 (Одна тысяча) рублей. Страховая выплата по данному пункту производится не чаще 1 (одного) раза за каждый полный год с даты вступления Договора страхования в силу (лимит страхового обязательства).

4. При заключении Договора страхования Стороны могут договориться об изменении размера выплат по одной или нескольким статьям, приведенным в Таблице ниже, или исключении отдельных положений настоящего Приложения.

Статья	Характер повреждения	Размер выплат (% от страховой суммы по риску «травма»)
<b>Кости черепа, нервная система</b>		
1.	Перелом костей черепа (за исключением перелома орбиты, костей носа, скуловой кости, верхней и нижней челюсти):	
	<i>а) наружной пластинки костей свода</i>	5
	<i>б) свода</i>	15
	<i>в) основания</i>	20
	<i>г) свода и основания</i>	25
2.	Внутричерепные травматические гематомы:	
	<i>а) эпидуральная</i>	10
	<i>б) субдуральная, внутримозговая</i>	15
	<i>в) эпидуральная и субдуральная (внутримозговая)</i>	20
3.	Повреждения головного мозга:	
	<i>а) ушиб головного мозга при сроке стационарного лечения до 10 календарных дней</i>	3

ВАЖНО: настоящее Приложение считается врученным Страхователю и подлежит применению, только если Договором страхования предусмотрено, что оно является неотъемлемой частью такого Договора страхования.

	<i>б) ушиб головного мозга при сроке стационарного лечения от 11 до 14 календарных дней</i>	5
	<i>в) ушиб головного мозга при сроке стационарного лечения более 14 календарных дней</i>	10
	<i>г) субарахноидальное кровоизлияние</i>	10
	<i>д) неудаленные инородные тела в полости черепа (за исключением шовного и пластического материала)</i>	15
	<i>е) разможнение вещества головного мозга</i>	50
4.	Повреждение нервной системы (травматическое, токсическое, гипоксическое), повлекшее за собой:	
	<i>а) верхний или нижний монопарез (неполный паралич, ослабление произвольных движений мышц одной верхней или одной нижней конечности; страховая выплата в связи с монопарезом производится при ослаблении произвольных движений в мышцах всей конечности целиком)</i>	10
	<i>б) геми- или парапарез (неполный паралич, ослабление произвольных движений мышц обеих верхних или обеих нижних конечностей, обеих правых или обеих левых конечностей; страховая выплата в связи с геми- или парапарезом производится при ослаблении произвольных движений в мышцах обеих конечностей целиком)</i>	25
	<i>в) тетрапарез (парез обеих верхних и обеих нижних конечностей)</i>	35
	<i>г) моноплегию (паралич, отсутствие произвольных движений мышц одной конечности целиком)</i>	35
	<i>д) геми-, параплегию (паралич, отсутствие произвольных движений мышц в обеих правых или обеих левых, обеих верхних или обеих нижних конечностях целиком), нарушение функции тазовых органов</i>	70
	<i>е) тетраплегию (паралич, отсутствие произвольных движений мышц в обеих правых или обеих левых, обеих верхних или обеих нижних конечностях целиком), декортикацию</i>	100
5.	Периферическое повреждение одного или нескольких черепно-мозговых нервов	10
6.	Повреждение спинного мозга на любом уровне, конского хвоста:	
	<i>а) частичный разрыв</i>	50
	<i>б) полный перерыв спинного мозга</i>	100
6.1.	<b>Примечания к статьям 1–6:</b>	
	<i>а) при повреждениях, указанных в статьях 1, 2, 3, 4, 5, страховая выплата производится по статье, учитывающей наибольший размер выплаты</i>	
	<i>б) при повреждениях, указанных в подпунктах «а», «б», «в», «г» статьи 3, установленные диагнозы должны быть подтверждены результатами инструментальных и/или лабораторных исследований (компьютерная томография головного мозга, исследование ликвора и т. п.)</i>	
	<i>в) страховая выплата в связи с последствиями травмы нервной системы, указанными в статье 4, производится в том случае, если они установлены лечебно-профилактическим учреждением не ранее 3 месяцев со дня травмы и подтверждены медицинскими документами</i>	
	<i>г) если повреждение черепно-мозговых нервов наступило при переломе костей основания черепа, страховая выплата производится по статье 1, при этом статья 5 не применяется</i>	
7.	Повреждение, ранение, перерыв шейного, плечевого, поясничного, крестцового сплетений	
	<i>а) частичный разрыв сплетения</i>	40
	<i>б) перерыв сплетения</i>	70
8.	Перерыв нервов:	
	<i>а) одного: лучевого, локтевого или срединного на уровне лучезапястного сустава и предплечья; малоберцового или большеберцового</i>	10

ВАЖНО: настоящее Приложение считается врученным Страхователю и подлежит применению, только если Договором страхования предусмотрено, что оно является неотъемлемой частью такого Договора страхования.

	б) двух и более: лучевого, локтевого, срединного на уровне лучезапястного сустава и предплечья; малоберцового и большеберцового				20		
	в) одного: подмышечного, лучевого, локтевого, срединного на уровне локтевого сустава и плеча, седалищного или бедренного				25		
	г) двух и более: подмышечного, лучевого, локтевого, срединного на уровне локтевого сустава и плеча, седалищного и бедренного				40		
8.1.	<b>Примечания к статьям 7–8:</b>						
	а) невралгии, невралгии (плексопатии), возникшие в связи с травмой, не включаются в настоящую Таблицу и не предусмотрены ею						
	б) повреждения нервов на уровне стопы, пальцев стопы и/или пальцев кисти не включаются в настоящую Таблицу и не предусмотрены ею						
<b>Органы зрения</b>							
9.	Паралич аккомодации одного глаза				15		
10.	Гемианопсия (выпадение половины поля зрения одного глаза)				15		
11.	Сужение поля зрения одного глаза:						
	а) неконцентрическое				5		
	б) концентрическое				10		
12.	Пульсирующий экзофтальм одного глаза				15		
13.	Проникающее ранение одного глаза, не повлекшее за собой снижение остроты зрения, ожоги II, III степени, гемофтальм				5		
14.	Повреждение глаза, повлекшее за собой снижение остроты зрения						
<b>Острота зрения</b>			<b>Острота зрения</b>				
	до травмы	после травмы	Страховая выплата в % от страховой суммы	до травмы	после травмы		
					Страховая выплата в % от страховой суммы		
<b>1,0</b>	0,9		3	<b>0,6</b>	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 0,1	20	
	0,3		15		0,0	25	
	0,2		20		<b>0,5</b>	0,4	5
	0,1		30			0,3	5
	ниже 0,1		40			0,2	10
0,0		50	0,1	10			
<b>0,9</b>	0,8		3	<b>0,4</b>	ниже 0,1	15	
	0,7		5		0,0	20	
	0,6		5		0,3	5	
	0,5		10		0,2	5	
	0,4		10		0,1	10	
	0,3		15		ниже 0,1	15	
	0,2		20		0,0	20	
	0,1		30		<b>0,3</b>	0,2	5
ниже 0,1		40	0,1	5			
0,0		50	ниже 0,1	10			
0,0		50	0,0	20			
<b>0,8</b>	0,7		3	<b>0,2</b>	0,0	20	
	0,6		5		0,1	5	
	0,5		10		ниже 0,1	10	
	0,4		10		0,0	20	
	0,3		15		<b>0,1</b>	ниже 0,1	10

ВАЖНО: настоящее Приложение считается врученным Страхователю и подлежит применению, только если Договором страхования предусмотрено, что оно является неотъемлемой частью такого Договора страхования.

	0,2	20		0,0	20
	0,1	30	<b>ниже 0,1</b>	0,0	20
	ниже 0,1	40			
	0,0	50			
<b>0,7</b>	0,6	3			
	0,5	5			
	0,4	10	<b>14.1. Примечания к статье 14:</b>		
	0,3	10	а) к полной слепоте (0,0) приравнивается острота зрения ниже 0,01 и до светоощущения (счет пальцев у лица)		
	0,2	15	б) при удалении в результате травмы глазного яблока, обладавшего до повреждения зрением, а также при сморщивании его дополнительно выплачивается 10 % от страховой суммы		
	0,1	20			
	ниже 0,1	30			
	0,0	40			
в) решение о страховой выплате в связи со снижением в результате травмы остроты зрения и другими последствиями принимается после окончания лечения, но не ранее 3 месяцев со дня травмы. По истечении этого срока Застрахованное лицо 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 статьям 13, 17					
г) 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					
д) если в результате травмы были повреждены оба глаза и сведения об их зрении до травмы отсутствуют, следует условно считать, что острота зрения их составляла 1,0					
е) 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					
15.	Повреждение глаза (глаз), повлекшее за собой полную потерю зрения единственного глаза или обоих глаз, обладавших зрением не ниже 0,01				100
16.	Удаление в результате травмы глазного яблока слепого глаза				10
17.	Перелом орбиты				10
17.1.	<b>Примечания к статьям 9–17:</b>				
	а) ожоги глаза без указания степени, а также ожоги глаза I степени, не повлекшие за собой патологических изменений, не включаются в настоящую Таблицу и не предусмотрены ею				
	б) поверхностные инородные тела на оболочках глаза не включаются в настоящую Таблицу и не предусмотрены ею				
	в) если повреждения, перечисленные в статье 13, повлекут за собой снижение остроты зрения, страховая выплата производится в соответствии со статьей 14, при этом статья 13 не применяется; если же в связи с повреждением глазного яблока произведена страховая выплата по статье 13, а в дальнейшем травма осложнилась снижением остроты зрения и это дает основание для страховой выплаты в большем размере, то выплате подлежит разница между указанными суммами				
	г) решение о страховой выплате в связи со снижением в результате травмы остроты зрения и другими последствиями принимается после окончания лечения, но не ранее 3 месяцев со дня травмы; по истечении этого срока Застрахованное лицо 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 статьям 13, 17				

ВАЖНО: настоящее Приложение считается врученным Страхователю и подлежит применению, только если Договором страхования предусмотрено, что оно является неотъемлемой частью такого Договора страхования.

	д) <i>если в результате травмы возникли повреждения, указанные в статьях 1, 2, 3, 4, 5, то выплата по статье 17 не производится</i>	
<b>Органы слуха</b>		
18.	Повреждение ушной раковины, повлекшее за собой:	
	а) <i>отсутствие до 1/3 части ушной раковины</i>	3
	б) <i>отсутствие 1/3–1/2 части ушной раковины</i>	5
	в) <i>отсутствие более 1/2 части ушной раковины</i>	10
19.	Повреждение одного уха, повлекшее за собой снижение слуха:	
	а) <i>шепотная речь на расстоянии от 1 до 3 м</i>	5
	б) <i>шепотная речь на расстоянии до 1 м</i>	15
	в) <i>полная глухота (разговорная речь – 0)</i>	25
20.	Разрыв одной барабанной перепонки в результате травмы, не повлекший за собой снижение слуха	3
20.1.	<b>Примечания к статьям 18–20:</b>	
	а) <i>решение о страховой выплате по статье 18 принимается на основании данных освидетельствования, проведенного после заживления раны; если страховая выплата произведена по статье 18, выплата по статье 45 не производится</i>	
	б) <i>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 Застрахованное лицо направляется к ЛОР-специалисту для определения последствий перенесенного повреждения; в таких случаях предварительно может быть произведена страховая выплата с учетом факта травмы по статье 20 (если имеются основания)</i>	
	в) <i>если в результате травмы произошел разрыв барабанной перепонки и наступило снижение слуха, страховая выплата производится по статье 19, при этом статья 20 не применяется</i>	
	г) <i>если разрыв барабанной перепонки произошел в результате перелома костей основания черепа (средняя черепная ямка), статья 20 не применяется</i>	
<b>Дыхательная система</b>		
21.	Перелом костей носа	1
22.	Повреждение легкого, подкожная эмфизема, гемоторакс, пневмоторакс, экссудативный плеврит:	
	а) <i>с одной стороны</i>	5
	б) <i>с двух сторон</i>	10
23.	Повреждение в результате травмы грудной клетки и ее органов, повлекшее за собой:	
	а) <i>удаление доли, части легкого</i>	30
	б) <i>удаление одного легкого</i>	50
24.	Перелом / переломы грудины	5
25.	Перелом / переломы ребер:	
	а) <i>одного</i>	1
	б) <i>двух</i>	2
	в) <i>трех и более</i>	5
26.	Проникающее ранение грудной клетки, торакоскопия, торакоцентез, торакотомия, произведенные в связи с травмой:	
	а) <i>торакоскопия, торакоцентез, проникающее ранение без повреждения органов грудной полости, не потребовавшее проведения торакотомии</i>	3
	б) <i>торакотомия при отсутствии повреждения органов грудной полости</i>	10
	в) <i>торакотомия при повреждении органов грудной полости</i>	15
27.	Перелом подъязычной кости	5
28.	Повреждение гортани, трахеи, подъязычной кости, щитовидного хряща, трахеостомия, произведенная в связи с травмой, повлекшие за собой:	

ВАЖНО: настоящее Приложение считается врученным Страхователю и подлежит применению, только если Договором страхования предусмотрено, что оно является неотъемлемой частью такого Договора страхования.

	<i>а) потерю голоса, ношение трахеостомической трубки в течение не менее 3 месяцев после травмы</i>	10
	<i>б) потерю голоса, ношение трахеостомической трубки в течение не менее 6 месяцев после травмы</i>	20
28.1.	<b>Примечания к статьям 21–28:</b>	
	<i>а) пневмония, развившаяся в период лечения травмы или после оперативного вмешательства, произведенного по поводу травмы, не дает оснований для страховой выплаты</i>	
	<i>б) если переломы ребер, грудины повлекли за собой осложнения, предусмотренные статьей 22, страховая выплата по статье 22 производится за вычетом ранее произведенных выплат по статьям 24, 25</i>	
	<i>в) при переломе ребер во время реанимационных мероприятий страховая выплата производится на общих основаниях</i>	
	<i>г) перелом хрящевой части ребра дает основание для страховой выплаты</i>	
	<i>д) если в связи с повреждением грудной клетки и ее органов было произведено удаление легкого или его части, страховая выплата осуществляется в соответствии со статьей 23, при этом статья 26 не применяется</i>	
	<i>е) статьи 22 и 26 одновременно не применяются</i>	
	<i>ж) статьи 25 и 26 одновременно не применяются</i>	
	<i>з) если в связи с травмой грудной полости проводились торакоскопия, торакоцентез, торакотомия, страховая выплата осуществляется с учетом наиболее сложного вмешательства однократно; выплата по статье 26 за повторные вмешательства, произведенные по поводу одной травмы, не производится</i>	
<b>Сердечно-сосудистая система</b>		
29.	Повреждение сердца, его оболочек и крупных магистральных сосудов, не повлекшее за собой сердечно-сосудистую недостаточность	10
30.	Повреждение сердца, его оболочек и крупных магистральных сосудов, повлекшее за собой сердечно-сосудистую недостаточность:	
	<i>а) I степени</i>	10
	<i>б) II–III степени</i>	25
31.	Повреждение крупных периферических сосудов (не повлекшее за собой нарушения кровообращения) на уровне:	
	<i>а) плеча, бедра</i>	10
	<i>б) предплечья, голени</i>	5
32.	Повреждение крупных периферических сосудов, повлекшее за собой сосудистую недостаточность	20
32.1.	<b>Примечания к статьям 29–32:</b>	
	<i>а) если в медицинских документах по поводу повреждения оболочек сердца, крупных магистральных сосудов не указана степень сердечно-сосудистой недостаточности, страховая выплата производится по подпункту «а» статьи 30</i>	
	<i>б) 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</i>	
	<i>в) 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</i>	
	<i>г) если в заявлении указано, что травма повлекла за собой нарушение функции сердечно-сосудистой системы, необходимо получить заключение специалиста</i>	



ВАЖНО: настоящее Приложение считается врученным Страхователю и подлежит применению, только если Договором страхования предусмотрено, что оно является неотъемлемой частью такого Договора страхования.

	<i>д) страховая выплата по статьям 30, 32 производится дополнительно, если указанные в этих статьях осложнения травмы будут установлены в лечебно-профилактическом учреждении по истечении 3 месяцев после травмы и подтверждены медицинскими документами этого учреждения; ранее этого срока выплата производится по статьям 29, 31</i>	
<b>Органы пищеварения</b>		
33.	Перелом верхней челюсти, скуловой кости или нижней челюсти:	
	<i>а) перелом одной кости</i>	5
	<i>б) перелом двух и более костей или двойной перелом одной кости</i>	10
34.	Повреждение челюсти, повлекшее за собой отсутствие:	
	<i>а) части челюсти (за исключением альвеолярного отростка)</i>	40
	<i>б) челюсти</i>	60
35.	Повреждение языка, повлекшее за собой:	
	<i>а) отсутствие кончика языка</i>	10
	<i>б) отсутствие дистальной трети языка</i>	15
	<i>в) отсутствие языка на уровне средней трети</i>	30
	<i>г) отсутствие языка на уровне корня или полное отсутствие языка</i>	60
36.	Повреждение (разрыв, ожог, ранение) пищевода, вызвавшее:	
	<i>а) сужение пищевода</i>	40
	<i>б) непроходимость пищевода (при наличии гастростомы), а также состояние после пластики пищевода</i>	80
37.	Повреждение (разрыв, ожог, ранение) органов пищеварения, случайное острое отравление, повлекшее за собой:	
	<i>а) рубцовое сужение (деформацию) желудка, кишечника, заднепроходного отверстия</i>	15
	<i>б) спаечную болезнь, состояние после операции по поводу спаечной непроходимости</i>	25
	<i>в) кишечный свищ, кишечно-влагалищный свищ, свищ поджелудочной железы</i>	50
	<i>г) противоестественный задний проход (формирование или наложение колостомы)</i>	80
38.	Повреждение печени, желчного пузыря, повлекшие за собой:	
	<i>а) ушивание разрывов печени или удаление желчного пузыря</i>	15
	<i>б) ушивание разрывов печени и удаление желчного пузыря</i>	20
	<i>в) удаление части печени</i>	25
	<i>г) удаление части печени и желчного пузыря</i>	35
39.	Повреждение селезенки, повлекшее за собой:	
	<i>а) подкапсульный разрыв селезенки, не потребовавший оперативного вмешательства</i>	5
	<i>б) удаление селезенки</i>	15
40.	Повреждение желудка, поджелудочной железы, кишечника, брыжейки, повлекшее за собой:	
	<i>а) резекцию желудка, кишечника, поджелудочной железы</i>	25
	<i>б) удаление желудка</i>	50
41.	Повреждение органов живота, в связи с которым произведены:	
	<i>а) лапароскопия (лапароцентез)</i>	3
	<i>б) лапаротомия при подозрении на повреждение органов живота (в том числе с лапароскопией (лапароцентезом))</i>	10
	<i>в) лапаротомия при повреждении органов живота (в том числе с лапароскопией (лапароцентезом))</i>	15
41.1.	<b>Примечания к статьям 33–41:</b>	
	<i>а) при переломе челюсти, наступившем во время стоматологических манипуляций, страховая выплата производится на общих основаниях</i>	

ВАЖНО: настоящее Приложение считается врученным Страхователю и подлежит применению, только если Договором страхования предусмотрено, что оно является неотъемлемой частью такого Договора страхования.

	<i>б) перелом альвеолярного отростка, наступивший при потере зубов, не дает оснований для страховой выплаты</i>	
	<i>в) если в результате травмы возникли повреждения, предусмотренные статьями 1, 2, 3, 4, 5, 33, то страховая выплата производится по статье, предусматривающей наибольший размер выплаты</i>	
	<i>г) если травма челюсти сопровождалась повреждением других органов ротовой полости, процент страховой выплаты определяется с учетом этих повреждений по соответствующим статьям путем суммирования</i>	
	<i>д) переломы и/или потеря зубов не дают оснований для страховой выплаты</i>	
	<i>е) при осложнениях травмы, предусмотренных подпунктами «а», «б» статьи 37, страховая выплата производится при условии, что эти осложнения имеются по истечении 3 месяцев после травмы, а предусмотренные в подпунктах «в» и «г» – по истечении 6 месяцев после травмы; указанные осложнения травмы признаются только в том случае, если они подтверждены медицинскими документами</i>	
	<i>ж) страховая выплата по статье 37 производится дополнительно к страховой выплате, определенной в связи с травмой органов живота, если она явилась прямым последствием этой травмы</i>	
	<i>з) если в связи с травмой органов живота имеются основания для страховой выплаты по статьям 38–40, то при этом статья 41 не применяется</i>	
	<i>и) выплата по статье 41 за повторные вмешательства, произведенные по поводу одной травмы, не производится</i>	
<b>Мочевыделительная и половая системы</b>		
42.	Повреждение почки, повлекшее за собой:	
	<i>а) удаление части почки</i>	20
	<i>б) удаление почки</i>	50
43.	Повреждение органов мочевыделительной системы (почек, мочеточников, мочевого пузыря, мочеиспускательного канала), повлекшее за собой:	
	<i>а) острую почечную недостаточность</i>	10
	<i>б) уменьшение объема мочевого пузыря</i>	15
	<i>в) сужение мочеточника, мочеиспускательного канала</i>	15
	<i>г) синдром длительного раздавливания (травматический токсикоз, краш-синдром, синдром размозжения)</i>	15
	<i>д) хроническую почечную недостаточность</i>	30
	<i>е) непроходимость мочеточника, мочеиспускательного канала, мочеполовые свищи</i>	40
44.	Повреждение половой системы, повлекшее за собой:	
	<i>а) удаление одного яичника, маточной трубы, яичка</i>	15
	<i>б) удаление обоих яичников, обеих маточных труб, яичек, части полового члена</i>	30
	<i>в) потерю матки у женщин в возрасте:</i>	
	<i>до 40 лет</i>	50
	<i>с 40 до 50 лет</i>	30
	<i>50 лет и старше</i>	15
	<i>г) потерю полового члена и обоих яичек</i>	50
44.1.	<b>Примечания к статьям 42–44:</b>	
	<i>а) при осложнениях травмы, предусмотренных подпунктами «б», «д», «е» статьи 43, страховая выплата производится в том случае, если эти осложнения имеются по истечении 3 месяцев после травмы; ранее этого срока страховая выплата может быть произведена по статье 42 (если имеются основания), и этот процент вычитается при принятии окончательного решения</i>	
<b>Мягкие ткани</b>		

ВАЖНО: настоящее Приложение считается врученным Страхователю и подлежит применению, только если Договором страхования предусмотрено, что оно является неотъемлемой частью такого Договора страхования.

45.	Повреждение мягких тканей лица, переднебоковой поверхности шеи, подчелюстной области, ушных раковин, повлекшее за собой после заживления:	
	а) образование рубцов площадью от 0,5 до 1,0 см <sup>2</sup>	3
	б) образование рубцов площадью 1,0 см <sup>2</sup> и более или длиной 5 см и более	5
	в) значительное нарушение косметики	10
	г) резкое нарушение косметики, неизгладимое обезображивание лица	30
46.	Повреждение мягких тканей волосистой части головы, туловища, конечностей, повлекшее за собой после заживления образование рубцов площадью:	
	а) свыше 5 см <sup>2</sup> до 0,5 % поверхности тела включительно	3
	б) свыше 0,5 до 4,0 % включительно	5
	в) свыше 4,0 до 8,0 % включительно	10
	г) свыше 8,0 до 15,0 % включительно	15
	д) свыше 15,0 %	20
47.	Ожоги (в соответствии с таблицей соответствующих выплат)	
	<b>Площадь ожога (% поверхности тела)</b>	<b>Степень ожога</b>
		<b>I</b> <b>II</b> <b>IIIА</b> <b>IIIБ</b> <b>IV</b>
	свыше 5 до 10	3      10      15      17      20
	свыше 10 до 20	5      15      20      25      35
	свыше 20 до 30	7      20      25      45      55
	свыше 30 до 40	10      25      30      70      75
	свыше 40 до 50	20      30      40      85      90
	свыше 50 до 60	25      35      50      95      95
	свыше 60 до 70	30      45      60      100      100
	свыше 70 до 80	40      55      70      100      100
	свыше 80 до 90	60      70      80      100      100
	более 90	80      90      95      100      100
48.	Повреждение мягких тканей:	
	а) <i>неудаленные инородные тела</i>	3
	б) <i>мышечная грыжа, посттравматический периостит, нерассосавшаяся гематома площадью не менее 2 см<sup>2</sup>, разрыв мышц</i>	3
	в) <i>разрыв сухожилий, за исключением пальцев кисти, взятие аутотрансплантата из другого отдела опорно-двигательного аппарата</i>	5
48.1.	<b>Примечания к статьям 45–48:</b>	
	а) <i>к косметически заметным рубцам относятся рубцы, отличающиеся по окраске от окружающей кожи, втянутые или выступающие над ее поверхностью, стягивающие ткани. Обезображивание лица – это резкое изменение естественного вида лица человека в результате механического, химического, термического и других насильственных воздействий, не исчезающее со временем самостоятельно либо под влиянием консервативного лечения, для его устранения требуется оперативное вмешательство (например, косметическая операция). Неизгладимость данного повреждения, а также его медицинских последствий устанавливается судебно-медицинской экспертизой</i>	
	б) <i>если в связи с переломом костей лицевого черепа со смещением отломков была произведена операция (открытая репозиция), вследствие чего на лице образовался рубец, страховая выплата производится с учетом перелома и послеоперационного рубца, если этот рубец нарушает косметику в той или иной степени</i>	
	в) <i>если в результате повреждения мягких тканей лица, переднебоковой поверхности шеи, подчелюстной области образовался рубец и в связи с этим была выплачена соответствующая часть страховой суммы, а затем Застрахованное лицо получило повторную травму, повлекшую за собой</i>	

ВАЖНО: настоящее Приложение считается врученным Страхователю и подлежит применению, только если Договором страхования предусмотрено, что оно является неотъемлемой частью такого Договора страхования.

	<i>образование новых рубцов, страховая выплата производится с учетом последствий повторной травмы</i>	
	<i>г) при определении площади рубцов следует учитывать и рубцы, образовавшиеся на месте взятия кожного трансплантата для замещения дефекта пораженного участка кожи</i>	
	<i>д) при открытых повреждениях с последующей пластикой сухожилий, сшиванием сосудов, нервов статья 46 не применяется</i>	
	<i>е) 1 % поверхности тела исследуемого равен площади ладонной поверхности его кисти и пальцев; эта площадь определяется в квадратных сантиметрах путем умножения длины кисти, измеряемой от лучезапястного сустава до верхушки ногтевой фаланги III пальца, на ее ширину, измеряемую на уровне головок II-V пястных костей (без учета I пальца)</i>	
	<i>ж) решение о страховой выплате по статьям 45, 46 принимается с учетом данных освидетельствования, проведенного после заживления раневых поверхностей, но не ранее 1 месяца после травмы</i>	
	<i>з) общая сумма выплат по статье 46 не должна превышать 40 %</i>	
	<i>и) страховая выплата в связи с нерассосавшейся гематомой, мышечной грыжей или посттравматическим периоститом производится в том случае, если эти осложнения травмы имеются по истечении 1 месяца со дня травмы</i>	
<b>Позвоночник</b>		
49.	Перелом, переломовывих или вывих тел, дужек и суставных отростков позвонков (за исключением крестца и копчика):	
	<i>а) одного</i>	5
	<i>б) двух</i>	10
	<i>в) трех-пяти</i>	20
	<i>г) шести и более</i>	30
50.	Разрыв межпозвоночных связок (при сроке лечения не менее 14 календарных дней), подвывих позвонков (за исключением копчика)	5
51.	Перелом каждого поперечного или остистого отростка	1
52.	Перелом крестца	10
53.	Повреждения копчика:	5
	<i>а) вывих копчиковых позвонков</i>	3
	<i>б) перелом копчиковых позвонков</i>	5
53.1.	<b>Примечания к статьям 48–53:</b>	
	<i>а) при рецидивах подвывиха позвонка страховая выплата не производится</i>	
	<i>б) если перелом или вывих позвонков сопровождался повреждением спинного мозга, страховая выплата производится с учетом обоих повреждений путем суммирования, при этом страховая выплата за оперативные вмешательства производится однократно</i>	
	<i>в) 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</i>	
<b>Верхняя конечность</b>		
<b>Лопатка, ключица</b>		
54.	Перелом лопатки, ключицы, полный или частичный разрыв акромиально-ключичного, грудино-ключичного сочленений:	
	<i>а) перелом, вывих одной кости, разрыв одного сочленения</i>	3
	<i>б) перелом двух костей, двойной перелом одной кости, разрыв двух сочленений или перелом, вывих одной кости и разрыв одного сочленения, переломовывих ключицы</i>	5
	<i>в) разрыв двух сочленений и перелом одной кости, перелом двух костей и разрыв одного сочленения</i>	10

ВАЖНО: настоящее Приложение считается врученным Страхователю и подлежит применению, только если Договором страхования предусмотрено, что оно является неотъемлемой частью такого Договора страхования.

	<i>г) несросшийся перелом (ложный сустав)</i>	15
<b>Плечевой сустав</b>		
55.	Повреждения области плечевого сустава (суставной впадины лопатки, головки плечевой кости, анатомической, хирургической шейки, бугорков, суставной сумки):	
	<i>а) разрыв сухожилий, капсулы сустава, отрывы костных фрагментов, в том числе отрыв (перелом) большого бугорка, перелом суставной впадины лопатки, вывих плеча</i>	5
	<i>б) перелом двух костей, перелом лопатки и вывих плеча</i>	10
	<i>в) перелом плеча (головки, анатомической, хирургической шейки), переломовывих плеча</i>	10
56.	Повреждения плечевого пояса, повлекшие за собой:	
	<i>а) привычный вывих плеча</i>	15
	<i>б) отсутствие движений в суставе (анкилоз)</i>	20
	<i>в) «болтающийся» плечевой сустав в результате резекции суставных поверхностей составляющих его костей</i>	40
<b>Плечо</b>		
57.	Перелом плечевой кости:	
	<i>а) на любом уровне, за исключением области суставов (верхняя, средняя, нижняя треть)</i>	15
	<i>б) двойной (множественный) перелом</i>	20
58.	Перелом плечевой кости, повлекший за собой образование несросшегося перелома (ложного сустава)	45
59.	Травматическая ампутация верхней конечности или тяжелое повреждение, приведшее к ампутации:	
	<i>а) с лопаткой, ключицей или их частью</i>	80
	<i>б) плеча на любом уровне</i>	75
	<i>в) единственной конечности на уровне плеча</i>	100
59.1.	<b>Примечания к статьям 54–59:</b>	
	<i>а) 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 медицинскими документами; эта выплата производится за вычетом ранее произведенных выплат в связи с данной травмой</i>	
	<i>б) страховая выплата по статье 56 производится за вычетом страховых выплат, произведенных ранее в связи с повреждениями 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 медицинскими документами</i>	
	<i>в) страховая выплата при привычном вывихе плеча производится в том случае, если он наступил после первичного вывиха, происшедшего в период действия договора страхования; диагноз «привычный вывих плеча» должен быть подтвержден лечебным учреждением, в котором производилось его вправление; при рецидивах привычного вывиха плеча страховая выплата не производится</i>	
	<i>г) страховая выплата по статье 58 производится за вычетом страховых выплат, произведенных ранее в связи с травмой плеча, если указанное осложнение будет установлено в лечебно-профилактическом учреждении по истечении 9 месяцев после травмы</i>	
	<i>д) если страховая выплата производится по статье 59, дополнительная выплата за послеоперационные рубцы не производится</i>	
<b>Локтевой сустав</b>		
60.	Повреждения области локтевого сустава:	
	<i>а) гемартроз (при проведении пункции сустава и получения из его полости геморрагического содержимого), пронационный подвывих предплечья</i>	1

ВАЖНО: настоящее Приложение считается врученным Страхователю и подлежит применению, только если Договором страхования предусмотрено, что оно является неотъемлемой частью такого Договора страхования.

	<i>б) отрывы костных фрагментов, в том числе надмыщелков плечевой кости, перелом лучевой или локтевой кости, вывих кости</i>	5
	<i>в) перелом лучевой и локтевой кости, вывих предплечья</i>	10
	<i>г) перелом плечевой кости</i>	15
	<i>д) перелом плечевой кости с лучевой и локтевой костями</i>	20
61.	Повреждения области локтевого сустава, повлекшие за собой:	
	<i>а) отсутствие движений в суставе (анкилоз)</i>	20
	<i>б) «болтающийся» локтевой сустав в результате резекции суставных поверхностей составляющих его костей</i>	30
<b>Предплечье</b>		
62.	Перелом костей предплечья на любом уровне, за исключением области суставов (верхняя, средняя, нижняя треть):	
	<i>а) перелом одной кости</i>	3
	<i>б) перелом двух костей, двойной перелом одной кости</i>	5
63.	Несросшийся перелом (ложный сустав) костей предплечья:	
	<i>а) одной кости</i>	15
	<i>б) двух костей</i>	30
64.	Травматическая ампутация или тяжелое повреждение, приведшее:	
	<i>а) к ампутации предплечья на любом уровне</i>	60
	<i>б) экзартикуляции в локтевом суставе</i>	70
	<i>в) ампутации единственной конечности на уровне предплечья</i>	100
64.1.	<b>Примечания к статьям 60–64:</b>	
	<i>а) страховая выплата по статье 61 производится за вычетом страховых выплат, произведенных ранее в связи с повреждениями 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 медицинскими документами</i>	
	<i>б) страховая выплата по статье 63 производится за вычетом страховых выплат, произведенных ранее в связи с травмой предплечья, если это осложнение будет установлено в лечебно-профилактическом учреждении по истечении 9 месяцев после травмы и подтверждено медицинскими документами</i>	
	<i>в) если страховая выплата производится по статье 64, дополнительная выплата за послеоперационные рубцы не производится</i>	
<b>Лучезапястный сустав</b>		
65.	Повреждения области лучезапястного сустава:	
	<i>а) перелом одной кости предплечья, отрыв (перелом) шиловидного отростка (отростков), отрыв костного фрагмента (фрагментов), вывих головки локтевой кости</i>	3
	<i>б) перелом двух костей предплечья</i>	5
66.	Повреждение области лучезапястного сустава, повлекшее за собой отсутствие движений (анкилоз) в этом суставе	45
<b>Кисть</b>		
67.	Перелом или вывих костей запястья, пястных костей одной кисти:	
	<i>а) перелом одной кости (за исключением ладьевидной)</i>	2
	<i>б) перелом двух и более костей (за исключением ладьевидной)</i>	5
	<i>в) перелом ладьевидной кости</i>	3
	<i>г) вывих (перилунарный вывих), переломовывих кисти</i>	10
68.	Повреждение кисти, повлекшее за собой:	
	<i>а) несросшийся перелом (ложный сустав) одной или нескольких костей (за исключением отрыва костных фрагментов)</i>	5
	<i>б) потерю всех пальцев, ампутацию на уровне пястных костей запястья или лучезапястного сустава</i>	50

ВАЖНО: настоящее Приложение считается врученным Страхователю и подлежит применению, только если Договором страхования предусмотрено, что оно является неотъемлемой частью такого Договора страхования.

	<i>в) ампутацию единственной кисти</i>	100
68.1.	<b>Примечания к статьям 65–68:</b>	
	<i>а) страховая выплата по статье 66 производится за вычетом страховых выплат, произведенных ранее в связи с повреждениями области лучезапястного сустава, в том случае, если отсутствие движений в суставе будет установлено лечебно-профилактическим учреждением по истечении 6 месяцев после травмы и подтверждено медицинскими документами</i>	
	<i>б) страховая выплата в связи с несросшимся переломом (ложным суставом) костей запястья или пястных костей производится за вычетом страховых выплат, произведенных ранее в связи с травмой костей кисти, в том случае, если это осложнение травмы будет установлено в лечебно-профилактическом учреждении по истечении 6 месяцев после травмы и подтверждено медицинскими документами</i>	
<b>Пальцы кисти</b>		
<b>Первый палец</b>		
69.	Повреждение пальца, повлекшее за собой перелом фаланги (фаланг)	3
70.	Повреждения пальца, повлекшие за собой:	
	<i>а) отсутствие движений в одном суставе</i>	5
	<i>б) отсутствие движений в двух суставах</i>	10
71.	Повреждения пальца, повлекшие за собой:	
	<i>а) реампутацию (повторную ампутацию) на уровне той же фаланги</i>	5
	<i>б) ампутацию на уровне ногтевой фаланги</i>	5
	<i>в) ампутацию на уровне межфалангового сустава (потеря ногтевой фаланги)</i>	10
	<i>г) ампутацию на уровне основной фаланги, пястно-фалангового сустава (потеря пальца)</i>	15
	<i>д) ампутацию пальца с пястной костью или частью ее</i>	20
<b>Второй, третий, четвертый, пятый палец</b>		
72.	Повреждение пальца, повлекшее за собой перелом фаланги (фаланг) пальца	1
73.	Повреждения пальца, повлекшие за собой:	
	<i>а) отсутствие движений в одном суставе</i>	3
	<i>б) отсутствие движений в двух или трех суставах пальца</i>	5
74.	Повреждения пальца, повлекшие за собой:	
	<i>а) реампутацию (повторную ампутацию) на уровне той же фаланги</i>	3
	<i>б) ампутацию на уровне ногтевой фаланги</i>	3
	<i>в) ампутацию на уровне межфалангового сустава (потеря ногтевой фаланги)</i>	5
	<i>г) ампутацию на уровне основной фаланги, пястно-фалангового сустава (потеря пальца)</i>	10
	<i>д) ампутацию пальца с пястной костью или частью ее</i>	15
74.1.	<b>Примечания к статьям 69–74:</b>	
	<i>а) гнойное воспаление околоногтевого валика (паронихия) не дает оснований для страховой выплаты</i>	
	<i>б) страховая выплата в связи с нарушением функции пальца по статьям 70, 73 производится за вычетом страховых выплат, произведенных ранее 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 медицинскими документами</i>	
	<i>в) если страховая выплата произведена по статьям 71, 74, дополнительная выплата за послеоперационные рубцы не производится</i>	

ВАЖНО: настоящее Приложение считается врученным Страхователю и подлежит применению, только если Договором страхования предусмотрено, что оно является неотъемлемой частью такого Договора страхования.

	<i>г) при повреждении нескольких пальцев кисти страховая выплата производится с учетом каждого повреждения путем суммирования, однако размер ее не должен превышать 50 % для одной кисти и 100 % для обеих кистей</i>	
<b>Таз</b>		
75.	Повреждения таза:	
	<i>а) перелом одной кости</i>	5
	<i>б) перелом двух костей или разрыв одного сочленения, двойной перелом одной кости, перелом вертлужной впадины</i>	10
	<i>в) перелом трех и более костей, разрыв двух или трех сочленений</i>	15
76.	Повреждения таза, повлекшие за собой отсутствие движений (анкилоз) в тазобедренных суставах:	
	<i>а) в одном суставе</i>	20
	<i>б) в двух суставах</i>	40
<b>Нижняя конечность</b>		
<b>Тазобедренный сустав</b>		
77.	Повреждения тазобедренного сустава:	
	<i>а) отрыв костного фрагмента (фрагментов)</i>	5
	<i>б) изолированный отрыв вертела (вертелов)</i>	10
	<i>в) вывих бедра</i>	10
	<i>г) перелом головки, шейки, проксимального метафиза бедра</i>	20
78.	Повреждения тазобедренного сустава, повлекшие за собой:	
	<i>а) отсутствие движений (анкилоз)</i>	20
	<i>б) несросшийся перелом (ложный сустав) шейки бедра</i>	30
	<i>в) эндопротезирование сустава</i>	40
	<i>г) «болтающийся» сустав в результате резекции головки бедра</i>	40
<b>Бедро</b>		
79.	Перелом бедра:	
	<i>а) на любом уровне, за исключением области суставов (верхняя, средняя, нижняя треть)</i>	20
	<i>б) двойной (множественный) перелом бедра</i>	30
80.	Перелом бедра, повлекший за собой образование несросшегося перелома (ложного сустава)	30
81.	Травматическая ампутация или тяжелое повреждение, приведшее к ампутации конечности на любом уровне бедра:	
	<i>а) одной конечности</i>	70
	<i>б) единственной конечности</i>	100
	<i>в) обеих конечностей</i>	100
81.1.	<b>Примечания к статьям 75–81:</b>	
	<i>а) страховая выплата в связи с нарушением функции тазобедренного сустава (суставов) производится по статье 76 за вычетом страховых выплат, произведенных ранее в связи с травмой таза, в том случае, если отсутствие движений в суставе будет установлено лечебно-профилактическим учреждением через 9 месяцев после травмы и подтверждено медицинскими документами</i>	
	<i>б) страховая выплата в связи с осложнениями, перечисленными в статье 78, производится за вычетом страховых выплат, произведенных ранее по поводу травмы сустава</i>	
	<i>в) страховая выплата по подпунктам «а», «б», «г» статьи 78 производится в том случае, если это осложнение травмы будет установлено в лечебно-профилактическом учреждении по истечении 9 месяцев после травмы и подтверждено медицинскими документами</i>	



ВАЖНО: настоящее Приложение считается врученным Страхователю и подлежит применению, только если Договором страхования предусмотрено, что оно является неотъемлемой частью такого Договора страхования.

	г) если страховая выплата произведена по подпункту «в» статьи 78, статье 81, дополнительная выплата за послеоперационные рубцы не производится	
	д) страховая выплата по статье 80 производится за вычетом страховых выплат, произведенных ранее в связи с переломом бедра, если такое осложнение будет установлено в лечебно-профилактическом учреждении по истечении 9 месяцев после травмы и подтверждено медицинскими документами	
<b>Коленный сустав</b>		
82.	Повреждения области коленного сустава:	
	а) гемартроз (при проведении пункции сустава и получении из его полости геморрагического содержимого), повреждение мениска (менисков), крестообразной связки (связок)	1
	б) отрыв костного фрагмента (фрагментов), перелом надмыщелка (надмыщелков), перелом головки малоберцовой кости, межмыщелкового возвышения, мыщелка (мыщелков) большеберцовой кости	5
	в) перелом надколенника	5
	г) перелом большеберцовой кости на уровне проксимального метафиза	10
	д) перелом проксимального метафиза большеберцовой кости с головкой малоберцовой	15
	е) перелом мыщелка (мыщелков) бедра, вывих голени	20
	ж) перелом дистального метафиза бедра	20
	з) перелом дистального метафиза, мыщелка (мыщелков) бедра с проксимальными отделами одной или обеих берцовых костей	25
83.	Повреждения области коленного сустава, повлекшие за собой:	
	а) отсутствие движений в суставе	20
	б) «болтающийся» коленный сустав в результате резекции суставных поверхностей составляющих его костей	30
	в) эндопротезирование сустава	40
<b>Голень</b>		
84.	Перелом костей голени (за исключением области суставов):	
	а) малоберцовой, отрывы костных фрагментов	5
	б) большеберцовой, двойной перелом малоберцовой	10
	в) обеих костей, двойной перелом большеберцовой	15
85.	Перелом костей голени, повлекший за собой несросшийся перелом, ложный сустав (за исключением отрыва костных фрагментов):	
	а) малоберцовой кости	5
	б) большеберцовой кости	15
	в) обеих костей	20
86.	Травматическая ампутация или тяжелое повреждение, повлекшее за собой:	
	а) ампутацию голени на любом уровне	60
	б) экзартикуляцию в коленном суставе	70
	в) ампутацию единственной конечности на любом уровне голени	100
86.1.	<b>Примечания к статьям 82–86:</b>	
	а) страховая выплата по статье 83 производится за вычетом страховых выплат, произведенных ранее в связи с травмой этого сустава	
	б) страховая выплата по подпунктам «а», «б» статьи 83 производится за вычетом страховых выплат, произведенных ранее в связи с травмой коленного сустава, если такое осложнение будет установлено в лечебно-профилактическом учреждении по истечении 9 месяцев после травмы и подтверждено медицинскими документами	
	в) если страховая выплата произведена по подпункту «в» статьи 83, статье 86, дополнительная выплата за послеоперационные рубцы не производится	

ВАЖНО: настоящее Приложение считается врученным Страхователю и подлежит применению, только если Договором страхования предусмотрено, что оно является неотъемлемой частью такого Договора страхования.

	<p>г) страховая выплата по статье 84 определяется:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– при переломах малоберцовой кости в верхней и средней трети;</li> <li>– переломах диафиза большеберцовой кости на любом уровне;</li> <li>– переломах большеберцовой кости в области диафиза (верхняя, средняя, нижняя треть) и переломах малоберцовой кости в верхней или средней трети</li> </ul>	
	<p>д) 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 статьям 82 и 84 или 87 и 84 путем суммирования</p>	
	<p>е) страховая выплата по статье 85 производится за вычетом страховых выплат, произведенных ранее в связи с переломом костей голени, если такие осложнения будут установлены в лечебно-профилактическом учреждении по истечении 9 месяцев после травмы и подтверждены медицинскими документами</p>	
<b>Голеностопный сустав</b>		
87.	Повреждения области голеностопного сустава:	
	<p>а) перелом одной лодыжки, перелом края или отрыв костного фрагмента (фрагментов) большеберцовой кости, изолированный разрыв межберцового синдесмоза</p>	5
	<p>б) перелом двух лодыжек или перелом одной лодыжки с краем большеберцовой кости</p>	10
	<p>в) перелом обеих лодыжек с краем большеберцовой кости</p>	10
88.	Повреждение области голеностопного сустава, повлекшее за собой:	
	<p>а) отсутствие движений в голеностопном суставе</p>	20
	<p>б) «болтающийся» голеностопный сустав в результате резекции суставных поверхностей составляющих его костей</p>	40
	<p>в) экзартикуляцию в голеностопном суставе</p>	50
89.	Повреждение ахиллова сухожилия, потребовавшее проведения оперативного лечения	5
<b>Стопа</b>		
90.	Перелом или вывих костей предплюсны, плюсневых костей одной стопы:	
	<p>а) перелом одной кости (за исключением пяточной и таранной)</p>	3
	<p>б) перелом двух костей, перелом таранной кости</p>	5
	<p>в) перелом трех и более костей, перелом пяточной кости, подтаранный вывих стопы, вывих в поперечном суставе стопы (Шопара) или предплюсне-плюсневом суставе (Лисфранка)</p>	10
91.	Повреждения стопы, повлекшие за собой:	
	<p>а) несросшийся перелом (ложный сустав) одной-двух костей (за исключением пяточной и таранной костей)</p>	5
	<p>б) несросшийся перелом (ложный сустав) трех и более костей, таранной или пяточной кости</p>	10
	<p>в) артродез подтаранного сустава, поперечного сустава предплюсны (Шопара) или предплюсне-плюсневом (Лисфранка)</p>	15
	<p>г) ампутацию на уровне:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– плюсне-фаланговых суставов (отсутствие всех пальцев стопы)</li> <li>– плюсневых костей или предплюсны</li> <li>– таранной, пяточной костей (потеря стопы)</li> </ul>	20 30 40
91.1.	<b>Примечания к статьям 87–91:</b>	
	<p>а) страховая выплата по статье 88 производится за вычетом страховых выплат, произведенных ранее в связи с повреждениями области голеностопного сустава, в том случае, если нарушение движений в этом суставе будет установлено лечебно-профилактическим учреждением по истечении 6 месяцев после травмы и подтверждено медицинскими документами</p>	

ВАЖНО: настоящее Приложение считается врученным Страхователю и подлежит применению, только если Договором страхования предусмотрено, что оно является неотъемлемой частью такого Договора страхования.

	б) страховая выплата в связи с осложнениями травм стопы, предусмотренными подпунктами «а», «б», «в» статьи 91, производится за вычетом страховых выплат, произведенных ранее в связи с травмой стопы, в том случае, если они будут установлены лечебно-профилактическим учреждением по истечении 6 месяцев после травмы и подтверждены медицинскими документами, а по подпункту «г» статьи 91 – независимо от срока, прошедшего со дня травмы	
	в) если страховая выплата производится в связи с ампутацией по подпункту «г» статьи 91 или статье 88, дополнительная выплата за послеоперационные рубцы не производится	
<b>Пальцы стопы</b>		
92.	Перелом фаланги (фаланг):	
	а) одного пальца	1
	б) двух-трех пальцев	3
	в) четырех-пяти пальцев	10
93.	Травматическая ампутация или повреждение пальцев стопы, повлекшее за собой ампутацию:	
	а) первого пальца:	
	– на уровне ногтевой фаланги или межфалангового сустава	5
	– на уровне основной фаланги или плюсне-фалангового сустава	10
	б) второго, третьего, четвертого, пятого пальцев:	
	– одного-двух пальцев на уровне ногтевых или средних фаланг	5
	– одного-двух пальцев на уровне основных фаланг или плюсне-фаланговых суставов	10
	– трех-четырех пальцев на уровне ногтевых или средних фаланг	15
	– трех-четырех пальцев на уровне основных фаланг или плюсне-ногтевых суставов	20
93.1.	<b>Примечания к статьям 92–93:</b>	
	а) гнойное воспаление околоногтевого валика (паронихия), нагноительные воспаления пальцев стоп не включаются в настоящую Таблицу и не предусмотрены ею	
	б) страховые выплаты в связи с повреждениями, предусмотренными подпунктом «а» статьи 93, производятся путем суммирования со страховыми выплатами, предусмотренными подпунктом «б» статьи 93	
	в) если страховая выплата произведена по статье 93, дополнительная выплата за послеоперационные рубцы не производится	
	г) при повреждении пальцев обеих стоп страховая выплата производится с учетом каждого повреждения путем суммирования, однако размер ее не должен превышать 70 % для обеих стоп	
<b>Разное</b>		
94.	Травматический шок, геморрагический, анафилактический шок, развившийся в связи с травмой	5
94.1.	<b>Примечание к статье 94:</b>	
	а) страховая выплата по статье 94 производится дополнительно к выплатам, произведенным в связи с травмой	
95.	Изнасилование лица в возрасте:	
	а) до 15 лет	50
	б) с 15 до 18 лет	30
	в) 18 лет и старше	15
96.	Поражение молнией, потребовавшее стационарного лечения сроком:	
	а) от 7 до 14 календарных дней	5
	б) от 15 до 21 календарного дня	10
	в) более 21 календарного дня	15

ВАЖНО: настоящее Приложение считается врученным Страхователю и подлежит применению, только если Договором страхования предусмотрено, что оно является неотъемлемой частью такого Договора страхования.

97.	Воздействие электрического тока, потребовавшее стационарного лечения сроком:	
	<i>а) от 7 до 14 календарных дней</i>	5
	<i>б) от 15 до 21 календарного дня</i>	10
	<i>в) более 21 календарного дня</i>	15
98.	Отморожение III или IV степени (с некрозом тканей):	
	<i>а) от 5 до 10 % площади поверхности тела включительно</i>	10
	<i>б) более 10 % площади поверхности тела</i>	15
98.1.	<b>Примечание к статье 98:</b>	
	<i>а) отморожение без указания степени и площади в процентах поверхности тела, а также отморожение I или II степени, не повлекшие за собой патологических изменений, не дают оснований для страховой выплаты</i>	

ВАЖНО: настоящее Приложение считается врученным Страхователю и подлежит применению, только если Договором страхования предусмотрено, что оно является неотъемлемой частью такого Договора страхования.

**Приложение №2**  
к Правилам комбинированного страхования  
№ 0083.СЖ/СЛ.01/05.00,  
утвержденным Приказом  
Общества с ограниченной ответственностью  
Страховая компания «Сбербанк страхование жизни»  
от 21.01.2022 года № Пр/5

**ПРОГРАММА ДОБРОВОЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ**  
**«Второе экспертное медицинское мнение»**

**Раздел 1. ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ**

1.1. Страховщик (ООО СК «Сбербанк страхование жизни») при наступлении страхового случая организует оказание и оплачивает медицинские и иные услуги, предусмотренные Разделом 2 настоящей Программы добровольного медицинского страхования «Второе экспертное медицинское мнение» (далее также – Программа), в пределах лимитов ответственности (лимитов страхового обязательства), установленных Договором страхования и/или настоящей Программой.

1.2. Страховым случаем является обращение Застрахованного лица в течение срока страхования за организацией и оказанием медицинских и иных услуг, предусмотренных настоящей Программой, вследствие расстройства здоровья Застрахованного лица или состояния Застрахованного лица, требующих организации и оказания таких услуг, повлекшее возникновение обязательства Страховщика по организации оказания Застрахованному лицу таких услуг и их оплате (за исключением событий, перечисленных в разделе 4 настоящей Программы).

1.3. В настоящей Программе используются следующие понятия:

1.3.1. Врач-специалист - специалист, имеющий высшее медицинское образование и получивший специальную подготовку по какой-либо области медицины, работающий в медицинской организации и в трудовые (должностные) обязанности которого входит осуществление медицинской деятельности, либо специалист, который является индивидуальным предпринимателем, непосредственно осуществляющим медицинскую деятельность.

1.3.2. Второе экспертное медицинское мнение - консультация Застрахованного лица, имеющего первое медицинское мнение, проводимая врачом-специалистом по итогам рассмотрения и оценки медицинской информации, представленной Застрахованным лицом, содержащейся в медицинских документах (в частности, в истории болезни и/или иных медицинских документах, содержащих первое медицинское мнение), без непосредственного общения с Застрахованным лицом.

1.3.3. Выписка из амбулаторной карты и/или истории болезни - медицинский документ, содержащий информацию о заболеваниях, диагнозе Застрахованного лица, о назначенном и проведенном ему лечении.

1.3.4. Медицинская информация - информация о состоянии здоровья Застрахованного лица (в том числе сведения о результатах медицинского обследования Застрахованного лица, заключение врача о наличии у Застрахованного лица заболеваний (первое медицинское мнение)), содержащаяся в медицинских документах, представленных Застрахованным лицом (в том числе, выписка из амбулаторной карты и/или истории болезни, документы, содержащие заключение врача, к которому Застрахованное лицо обращалось (первое медицинское мнение), данные гистологических, лабораторных и других исследований, проведенных Застрахованному лицу, сведения о назначенном Застрахованному лицу лечении) в целях предоставления второго экспертного медицинского мнения.

1.3.5. Первичное медицинское заключение (первое медицинское мнение) - заключение о состоянии здоровья с указанием диагноза, выданное лечащим врачом или другими врачами,

ВАЖНО: настоящее Приложение считается врученным Страхователю и подлежит применению, только если Договором страхования предусмотрено, что оно является неотъемлемой частью такого Договора страхования.

принимающими непосредственное участие в медицинском обследовании и лечении Застрахованного лица, на основании записей в медицинской документации либо по результатам медицинского обследования.

## Раздел 2. ОБЪЕМ УСЛУГ, ВХОДЯЩИХ В ПРОГРАММУ

2.1. Страховщик вследствие наличия расстройства здоровья или состояния Застрахованного лица, в связи с которым вынесено **первое медицинское мнение**, организует оказание медицинских и иных услуг по получению Застрахованным лицом второго экспертного медицинского мнения о состоянии его здоровья в одной из следующих областей медицины:

• Онкология	• Хирургия
• Кардиология	• Отоларингология
• Неврология	• Урология
• Нефрология	• Дермато-венерология
• Ортопедия	• Гинекология
• Гематология	• Гастроэнтерология
• Офтальмология	• Аллергология-иммунология
• Эндокринология	• Маммология
• Пульмонология	• Проктология

При этом наличие первичного медицинского заключения (первого медицинского мнения) о состоянии здоровья Застрахованного лица является необходимым и обязательным условием для получения второго экспертного медицинского мнения.

2.2. Второе экспертное медицинское мнение проводится врачами-специалистами, осуществляющими врачебную деятельность на территории России в соответствии с действующим законодательством.

2.3. Объем услуг, оказываемых Застрахованному лицу в соответствии с условиями настоящей Программы:

2.3.1. Предоставление Застрахованному лицу второго экспертного медицинского мнения в порядке, предусмотренном Разделом 3 настоящей Программы, при соблюдении следующих условий:

2.3.1.1. Застрахованное лицо имеет право на получение второго экспертного медицинского мнения о состоянии своего здоровья в областях медицины, предусмотренных в п. 2.1 Программы, в пределах следующего лимита страхового обязательства: **1 (Один) обращение в течение каждого полисного года.**

2.3.1.2. Второе экспертное медицинское мнение выносится врачом-специалистом, назначенным по выбору Страховщика (сервисной компании, если привлекается Страховщиком), по итогам рассмотрения и оценки медицинской информации, содержащейся в медицинских документах (первое медицинское мнение), представленной Застрахованным лицом, без обязательного физического (личного) обследования Застрахованного лица таким врачом-специалистом.

2.3.1.3. Второе экспертное медицинское мнение содержит заключение и/или комментарии врача-специалиста о состоянии здоровья Застрахованного лица, о котором составлено первое медицинское мнение, об установленном в первом медицинском мнении Застрахованному лицу диагнозе, комментарии и/или рекомендации в отношении выбранных методов диагностики, лечения при оказании медицинской помощи Застрахованному лицу, степени достижения запланированного результата, а также может содержать иные комментарии врача-специалиста, в том числе по плану лечения.

2.3.2. Предоставление Застрахованному лицу на территории Российской Федерации сопутствующих медицинских услуг:

2.3.2.1. Проведение Застрахованному лицу лабораторных, инструментальных исследований, которые по мнению врача-специалиста, привлеченного Страховщиком (сервисной компанией, если

ВАЖНО: настоящее Приложение считается врученным Страхователю и подлежит применению, только если Договором страхования предусмотрено, что оно является неотъемлемой частью такого Договора страхования.

привлекается) для составления второго экспертного медицинского мнения необходимы в целях подготовки второго экспертного медицинского мнения.

2.3.2.2. Проведение Застрахованному лицу медицинских диагностических исследований, рекомендованных врачом-специалистом, подготовившим второе экспертное медицинское мнение, по итогам рассмотрения и оценки медицинской информации, содержащейся в медицинских документах (первое медицинское мнение), предоставленных Застрахованным лицом.

Лимит страхового обязательства Страховщика по сопутствующим медицинским услугам, указанным в п.п. 2.3.2.1, 2.3.2.2 настоящей Программы, установлен в размере **10 000,00 (Десять тысяч)** рублей на каждый полисный год.

2.3.3. Предоставление Застрахованному лицу иных услуг: консультационные услуги в связи с заболеванием, в отношении которого Застрахованному лицу представляется второе экспертное медицинское мнение в соответствии с настоящей Программой:

- консультирование по выбору профильного медицинского учреждения в России;
- консультирование по получению квот на лечение в России, в том числе по порядку получения квот на высокотехнологичную медицинскую помощь;
- консультирование по вопросам, связанным с правами граждан на получение медицинской помощи в рамках системы обязательного медицинского страхования.

### **Раздел 3. ПОРЯДОК ОКАЗАНИЯ УСЛУГ, ВХОДЯЩИХ В ПРОГРАММУ**

3.1. Для получения услуг, предусмотренных Программой, Застрахованному лицу необходимо:

3.1.1. обратиться к Страховщику либо зарегистрироваться в онлайн ресурсе, с помощью которого обеспечивается получение услуг по Программе.

Порядок регистрации и получения услуг по настоящей Программе изложен в информационных материалах и/или на официальном сайте Страховщика в сети «Интернет» (и/или на сайте сервисной компании, если привлекается), актуальный на момент обращения;

3.1.2. предоставить сведения и/или документы, предусмотренные порядком, указанным выше в п. 3.1.1 Программы (если предусмотрены).

3.2. Услуги, указанные выше в п. 2.3.1 Программы, предоставляются дистанционно (осуществляются без очного приема Застрахованного лица врачом) с использованием технических средств связи в порядке, предусмотренном настоящей Программой.

3.3. Для получения Застрахованным лицом услуг, предусмотренных п. 2.3.1 Программы, Страховщик (сервисная компания, если привлекается) информирует Застрахованное лицо (например, путем размещения соответствующей информации в личном кабинете в онлайн-ресурсе, с помощью которого обеспечивается получение услуг по Программе) о том, какие документы, включая медицинскую информацию (медицинские документы) необходимо представить для получения второго экспертного медицинского мнения. При этом после предоставления Застрахованным лицом медицинской информации (в том числе, медицинских документов о состоянии здоровья Застрахованного лица) представитель Страховщика (сервисной компании, если привлекается) имеет право связываться с Застрахованным лицом по телефону или с помощью других средств связи (в частности, по электронной почте) для уточнения предоставленной информации и/или получения дополнительной информации, в случае если предоставление такой информации необходимо для получения второго экспертного медицинского мнения.

3.4. Для получения Застрахованным лицом услуг, предусмотренных п. 2.3.2 Программы, Страховщик и/или сервисная компания (если привлекается) организует проведение рекомендованного врачом-специалистом, привлеченного для подготовки второго экспертного медицинского мнения, медицинское диагностическое обследование в медицинских организациях, определенных Страховщиком и/или сервисной компанией (если привлекается).

ВАЖНО: настоящее Приложение считается врученным Страхователю и подлежит применению, только если Договором страхования предусмотрено, что оно является неотъемлемой частью такого Договора страхования.

3.5. Услуги, предусмотренные настоящей Программой, оказываются в следующие сроки:

3.5.1. услуги, предусмотренные п. 2.3.1 настоящей Программы, – не позднее 14 рабочих дней со дня предоставления Застрахованным лицом всей необходимой медицинской информации, предусмотренной в п. 3.3 настоящей Программы, кроме случаев, указанных в п. 3.5.2 настоящей Программы;

3.5.2. 30 рабочих дней со дня предоставления Застрахованным лицом необходимой медицинской информации, предусмотренной в п. 3.3 настоящей Программы, в случаях, требующих участия нескольких врачей-специалистов или проведения дополнительных консультаций для составления второго экспертного медицинского мнения;

3.5.3. услуги, предусмотренные п. 2.3.2 настоящей Программы, – не позднее 20 рабочих дней со дня обращения Застрахованного лица к Страховщику (в сервисную компанию, если привлекается) за организацией оказания соответствующих услуг;

3.5.4. услуги, предусмотренные п. 2.3.3 настоящей Программы, – не позднее 10 рабочих дней со дня обращения Застрахованного лица к Страховщику (в сервисную компанию, если привлекается) за организацией оказания соответствующих услуг.

3.6. Застрахованное лицо имеет возможность перенести дату начала оказания услуг или отказаться от оказания согласованных услуг, предусмотренных п. 3.4 Программы, не менее чем за 24 часа до начала их оказания, 1 раз в течение полисного года:

3.6.1. услуги, предусмотренные п. 2.3.2 Программы, от оказания которых Застрахованное лицо отказалось в срок менее чем за 24 часа, входят в объем предоставленных Страховщиком в текущем полисном году, в рамках настоящей Программы;

3.6.2. под началом оказания услуг, из числа предусмотренных в п. 2.3.2 настоящей Программы, понимается дата и время (если было установлено) оказания услуг в медицинской организации, привлеченной Страховщиком (сервисной компанией) в соответствии с п. 3.4 настоящей Программы, которое было назначено Застрахованному лицу для оказания таких услуг.

#### **Раздел 4. ИСКЛЮЧЕНИЯ ИЗ СТРАХОВАНИЯ. ОСНОВАНИЯ ДЛЯ ОТКАЗА В СТРАХОВОЙ ВЫПЛАТЕ**

4.1. По настоящей Программе не признается страховым случаем и, следовательно, Страховщик не организует оказание и не производит оплату медицинских и иных услуг (исключения из страхования):

4.1.1. Обращение Застрахованного лица за организацией оказания медицинских и иных услуг, не предусмотренных настоящей Программой.

4.1.2. Обращение за организацией оказания медицинских и иных услуг, предусмотренных Программой, лица, не являющегося Застрахованным лицом по Договору страхования, в том числе в случае установления факта передачи Застрахованным лицом Договора страхования и/или иных документов другому лицу для получения таким лицом медицинских и иных услуг, предусмотренных Программой страхования.

4.1.3. Обращение Застрахованного лица за организацией услуг, предусмотренных Программой страхования, если Застрахованному лицу не был установлен диагноз в соответствующей области медицины, по которой он обращается за получением второго экспертного медицинского мнения (т.е. не было вынесено первое медицинское мнение).

4.2. Страховщик имеет право отказать в страховой выплате по следующим основаниям:

4.2.1. Количество обращений за оказанием медицинских и иных услуг превышает лимит ответственности, установленный Договором страхования и/или настоящей Программой. Страховщик отказывает в страховой выплате в части превышающий лимит ответственности;

4.2.2. Обращение за оказанием медицинских и иных услуг произошло до начала или после окончания (в т.ч. досрочного) срока страхования (например, после прекращения срока страхования по



ВАЖНО: настоящее Приложение считается врученным Страхователю и подлежит применению, только если Договором страхования предусмотрено, что оно является неотъемлемой частью такого Договора страхования.

соответствующему страховому риску или после прекращения договора страхования в связи с исполнением Страховщиком своих обязательств в полном объеме);

4.2.3. По основаниям, предусмотренным действующим законодательством Российской Федерации (в т.ч. когда Страховщик освобожден от страховой выплаты).