

## ПРАВИЛА СТРАХОВАНИЯ ЖИЗНИ №3

(в редакции от 26.02.2021)

### 1. Общие положения

1.1. На основании настоящих Правил страхования жизни №3 (далее – Правила) и действующего законодательства Российской Федерации заключаются Договоры страхования жизни (далее – Договор) между Обществом с ограниченной ответственностью «Страховая компания «ВСК - Линия жизни» (далее – Страховщик) с одной стороны и дееспособными физическими лицами или юридическими лицами (далее – Страхователи) с другой стороны (далее – Стороны).

1.2. Страховщик вправе на основании настоящих Правил разрабатывать и применять страховые продукты, с присвоением им маркетинговых названий. При этом, указанные программы (продукты) могут также содержать условия и положения, отличающиеся по содержанию от настоящих Правил и имеющие преимущественную силу по отношению к настоящим Правилам.

1.3. Договор страхования считается заключенным в целях обеспечения исполнения обязательств заемщика по договору потребительского кредита (займа), если:

- в зависимости от заключения заемщиком такого договора страхования кредитором предлагаются разные условия договора потребительского кредита (займа), в том числе в части срока возврата потребительского кредита (займа) и (или) полной стоимости потребительского кредита (займа), в части процентной ставки и иных платежей, включаемых в расчет полной стоимости потребительского кредита (займа),
- либо если выгодоприобретателем по договору страхования является кредитор, получающий страховую выплату в случае невозможности исполнения заемщиком обязательств по договору потребительского кредита (займа), и страховая сумма по договору страхования подлежит пересчету соразмерно задолженности по договору потребительского кредита (займа),
- либо если договор страхования соответствует иному определению такого договора, данному в законодательных актах Российской Федерации.

1.4. Применяемые в Правилах термины определяются согласно следующим формулировкам:

Несчастный случай – внезапное, внешнее, непредвиденное воздействие на организм человека, произошедшее в период действия Договора, в результате которого причиняется вред здоровью Застрахованного. К таким воздействиям в том числе относятся: взрыв; действие электрического тока; удар молнии; нападение злоумышленников или животных; падение предметов на Застрахованного; падение самого Застрахованного; попадание в дыхательные пути инородного тела; утопление Застрахованного; случайное острое отравление ядовитыми растениями, грибами, химическими веществами, ядовитыми газами; пищевое отравление; движение средств транспорта или

их крушение; пользование движущимися механизмами, оружием и всякого рода инструментами; воздействие высоких (термические ожоги, кроме солнечных) или низких (отморожения) температур, химических веществ, если иное не оговорено Договором.

В рамках настоящих Правил к несчастному случаю также относятся неправильные медицинские манипуляции (операции и медицинские процедуры); заболевания Застрахованного клещевым энцефалитом (клещевым энцефаломиелитом); полиомиелитом; патологические роды или внематочная беременность, приведшие к страховому случаю.

Не относятся к несчастному случаю любые формы острых, хронических и наследственных заболеваний (в том числе инфаркт, инсульт и прочие внезапные поражения органов, вызванные наследственной патологией или патологией в результате развития заболевания), инфекционные заболевания (кроме клещевого энцефалита/клещевого энцефаломиелита, полиомиелита), если иное не оговорено Договором.

Заболевание (болезнь) – любое нарушение состояния здоровья Застрахованного, не вызванное несчастным случаем и впервые диагностированное врачом после вступления Договора в силу, либо обострение в период действия Договора хронического заболевания Застрахованного, заявленного Страхователем и/или Застрахованным в письменном виде Страховщику до заключения Договора и принятого Страховщиком на страхование, если иное не определено Договором. Датой установления диагноза заболевания считается дата регистрации впервые выявленного заболевания в соответствии с приказами Минздрава Российской Федерации, подтвержденная должным образом оформленными соответствующими документами.

Критическое заболевание – заболевание, впервые диагностированное врачом-специалистом в течение срока страхования и предусмотренное Списком критических заболеваний в Приложении 1 к Правилам.

Временная утрата трудоспособности – состояние утраты способности к труду Застрахованным на протяжении определенного ограниченного периода времени, сопровождающееся освобождением Застрахованного от работы в установленном законодательством Российской Федерации порядке, на срок, необходимый для проведения лечения и восстановления работоспособности.

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

В соответствии с условиями Договора страхования франшиза может быть условной (Страховщик освобождается

от возмещения убытка, если его размер не превышает размер франшизы, однако возмещает его полностью в случае, если размер убытка превышает размер франшизы) и безусловной (размер страховой выплаты определяется как разница между размером убытка и размером франшизы).

Период выплат - количество календарных месяцев, за которые Страховщик производит выплату при наступлении страхового случая по риску дожития до потери работы в соответствии с п. 4.1.11 настоящих Правил. При наличии, период выплат указывается в договоре страхования.

Период ожидания

- по риску 4.1.10 настоящих Правил – период времени, исчисляемый с начала действия Договора страхования, в течение которого страховое покрытие не распространяется на случаи, произошедшие с Застрахованным.

- по риску п. 4.1.11 настоящих Правил – период времени, исчисляемый с даты прекращения трудового Договора и, в течение которого Застрахованный должен непрерывно находиться безработным. За период ожидания Страховщик не осуществляет страховых выплат.

Период ожидания указывается в договоре страхования.

Квалификационный период:

- по риску 4.1.11 настоящих Правил – период времени, исчисляемый с начала действия Договора страхования, в течение которого Застрахованный должен непрерывно работать по бессрочному трудовому договору, страховое покрытие в этот период не распространяется на случаи, произошедшие с Застрахованным. Данное положение применяется только при первом заключении Договора страхования. В случае, если Договор страхования непрерывно действует не менее одного года и возобновляется, то положение о Квалификационном периоде к возобновляемому Договору не применяется, если иное не предусмотрено Договором страхования.

Профессиональный спорт — часть спорта, направленная на организацию и проведение спортивных соревнований, за участие в которых и подготовку к которым в качестве своей основной деятельности спортсмены получают вознаграждение от организаторов таких соревнований и (или) заработную плату.

## **2. Субъекты страхования**

2.1. Субъектами страхования являются: Страховщик, Страхователь, Застрахованное лицо (далее – Застрахованный) и Выгодоприобретатель.

2.2. По Договору Страховщик обязуется за обусловленную Договором плату (страховую премию) при наступлении в жизни Застрахованного обусловленного Договором страхового случая произвести страховую выплату Выгодоприобретателю.

2.3. Если Договором страхования не назначен Выгодоприобретатель страховой выплаты (в полном её размере или её части), то страховая выплата производится Застрахованному, а в случае его смерти – наследникам Застрахованного.

2.4. Страхователь вправе назначать, заменять Выгодоприобретателей с письменного согласия Застрахованного до наступления страхового случая в соответствии с действующим законодательством Российской Федерации.

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

## **3. Объекты страхования**

3.1. Объектами страхования являются не противоречащие действующему законодательству Российской Федерации имущественные интересы, связанные с дожитием Застрахованного до определенного возраста или срока либо наступлением иных событий в жизни Застрахованного, а также с причинением вреда здоровью или со смертью Застрахованного.

## **4. Страховые риски, страховые случаи**

4.1. Страховыми рисками являются предполагаемые события, на случай наступления которых осуществляется страхование (за исключением наступивших при обстоятельствах, перечисленных в п. 5 Правил), имевшие место в период действия Договора. В Договор по соглашению Сторон и в соответствии с Правилами могут быть включены следующие страховые риски:

4.1.1. смерть Застрахованного;

4.1.2. смерть Застрахованного в результате несчастного случая;

4.1.3. установление Застрахованному I группы инвалидности;

4.1.4. установление Застрахованному II группы инвалидности;

4.1.5. установление Застрахованному I группы инвалидности в результате несчастного случая;

4.1.6. установление Застрахованному II группы инвалидности в результате несчастного случая;

4.1.7. установление Застрахованному III группы инвалидности в результате несчастного случая;

4.1.8. временная утрата общей трудоспособности Застрахованного;

4.1.9. временная утрата общей трудоспособности Застрахованного в результате несчастного случая;

4.1.10. первичное диагностирование у Застрахованного критического заболевания;

4.1.11. дожитие Застрахованного до события недобровольной потери работы.

4.2. Страховым случаем по настоящим Правилам является совершившееся событие, предусмотренное Договором, с наступлением которого возникает обязанность Страховщика произвести страховую выплату.

4.3. Страховым случаем по п. 4.1.8 Правил, является непрерывная временная нетрудоспособность работающего Застрахованного или лечение в условиях поликлиники или стационара неработающего Застрахованного по любой причине.

4.4. Страховым случаем по п. 4.1.9 Правил, является непрерывная временная нетрудоспособность работающего Застрахованного или лечение в условиях поликлиники или стационара неработающего Застрахованного возникшая в результате несчастного случая.

4.5. Страховым случаем по риску п. 4.1.11 Правил является дожитие Застрахованного до события недобровольной потери работы. В рамках данного страхового риска недобровольной потерей работы является одно из следующих событий:

4.5.1. расторжение трудового договора в связи с ликви-

дацией организации либо прекращением деятельности индивидуальным предпринимателем (п. 1 ч. 1 ст. 81 Трудового кодекса Российской Федерации), а также расторжение трудового договора с работником филиала, представительства или иного обособленного структурного подразделения организации, расположенных в другой местности, в случае прекращения их деятельности (ч. 4 ст. 81 Трудового кодекса Российской Федерации);

4.5.2. расторжение трудового договора в связи с сокращением численности или штата работников организации, индивидуального предпринимателя (п. 2 ч. 1 ст. 81 Трудового кодекса Российской Федерации);

4.5.3. расторжение трудового договора в связи со сменой собственника имущества организации (в отношении руководителя организации, его заместителей и главного бухгалтера) (п. 4 ч. 1 ст. 81 Трудового кодекса Российской Федерации);

4.5.4. прекращение трудового договора в связи с наступлением чрезвычайных обстоятельств, препятствующих продолжению трудовых отношений (военные действия, катастрофа, стихийное бедствие, крупная авария, эпидемия и другие чрезвычайные обстоятельства), если данное обстоятельство признано решением Правительства Российской Федерации или органа государственной власти соответствующего субъекта Российской Федерации (п. 7 ч. 1 ст. 83 Трудового кодекса Российской Федерации);

4.5.5. расторжение служебного контракта в связи с упразднением государственного органа (п. 8.3 ч. 1 ст. 37 Федерального закона «О государственной гражданской службе Российской Федерации»);

4.5.6. расторжение служебного контракта в связи с сокращением должностей гражданской службы в государственном органе (п. 8.2 ч. 1 ст. 37 Федерального закона «О государственной гражданской службе Российской Федерации»);

4.5.7. прекращение служебного контракта в связи с наступлением чрезвычайных обстоятельств, препятствующих продолжению отношений, связанных с гражданской службой (военных действий, катастрофы, стихийного бедствия, крупной аварии, эпидемии и других чрезвычайных обстоятельств), если данное обстоятельство признано чрезвычайным решением Президента Российской Федерации или органа государственной власти соответствующего субъекта Российской Федерации (п. 4 ч. 1 ст. 39 Федерального закона «О государственной гражданской службе Российской Федерации»);

4.5.8. отказа работника от перевода на другую работу, необходимую ему в соответствии с медицинским заключением, выданным в порядке, установленном федеральными законами и иными нормативными правовыми актами Российской Федерации либо отсутствие у работодателя соответствующей работы (п. 8 ч. 1 ст. 77 Трудового кодекса Российской Федерации);

4.5.9. отказа работника от перевода на работу в другую местность вместе с работодателем, в случае перевода на работу в другую местность, отличную от текущего региона или регионов, смежных с текущим (п. 9 ч. 1 ст. 77 Трудового кодекса Российской Федерации);

4.5.10. несоответствия работника занимаемой должности или выполняемой работе вследствие недостаточной квалификации, подтвержденной результатами аттестации (п. 3 ч. 1 ст. 81 Трудового кодекса Российской Федерации);

4.5.11. восстановление на работе работника,

ранее выполнявшего эту работу, по решению государственной инспекции труда или суда (п. 2 ч. 1 ст. 83 Трудового кодекса Российской Федерации);

4.5.12. избрание на должность (п. 3 ч. 1 ст. 83 Трудового кодекса Российской Федерации);

4.5.13. признание работника полностью неспособным к трудовой деятельности в соответствии с медицинским заключением, выданным в порядке, установленном федеральными законами и иными нормативными правовыми актами Российской Федерации (п. 5 ч. 1 ст. 83 Трудового кодекса Российской Федерации);

4.5.14. смерть работодателя - физического лица, а также признание судом работодателя - физического лица умершим или безвестно отсутствующим (п. 6 ч. 1 ст. 83 Трудового кодекса Российской Федерации).

Договором страхования может быть предусмотрено Дожитие Застрахованного до утраты работы по соглашению сторон (ст. 78 Трудового кодекса Российской Федерации) с предоставлением выходного пособия в размере не менее 2 (Двух) среднемесячных заработных плат. Информация о включении данного события в страховое покрытие явно указывается в Договоре страхования.

4.6. Страховые риски, указанные в п.п. 4.1.1 – 4.1.11 Правил, относятся к следующим видам страхования: страхование жизни на случай смерти, дожития до определенного возраста или срока либо наступления иного события.

4.7. Перечень рисков, на случай наступления которых производится страхование, указывается в Страховом полисе.

4.8. Если иное не предусмотрено Договором, время и территория действия страхового покрытия составляет 24 (Двадцать четыре) часа в сутки по всему миру.

4.9. Основным риском по договору является риск п. 4.1.1. Правил (Смерть Застрахованного).

## **5. Общие исключения**

5.1. События, указанные в п. 5 «Общие исключения» Правил, не являются страховыми случаями (исключения из страхового покрытия) и не влекут за собой возникновение у Страховщика обязательств осуществить страховую выплату.

5.2. Не являются страховыми случаями события, указанные в п.п. 4.1.1 – 4.1.11 Правил, если они наступили в результате прямых или косвенных последствий следующих событий (заболеваний):

5.2.1. употребления Застрахованным алкоголя, его заменителей, опьяняющих (одурманивающих) веществ или наркотиков;

5.2.2. принятия лекарств или каких-либо медицинских процедур без назначения врача. Исключением не будет являться принятие лекарств, зарегистрированных Минздравом Российской Федерации, находящихся в свободной продаже, в случае их использования в соответствии с инструкцией по применению;

5.2.3. заболевания СПИДом, психическим заболеванием или ВИЧ-инфекцией.

5.3. Не являются страховыми случаями события, указанные в п.п. 4.1.1 – 4.1.9 Правил, если они произошли при следующих обстоятельствах (в результате):

5.3.1. совершении Застрахованным противоправных действий, за которые предусмотрена ответственность Уголовным кодексом Российской Федерации;

5.3.2. управлении Застрахованным любым транспортным средством без права на управление им, а также при управлении транспортным средством в состоянии алкогольного, наркотического или токсического опьянения, либо передачи Застрахованным управления лицу, не имевшему права на управление транспортным средством или находившемуся в состоянии алкогольного, наркотического или токсического опьянения;

5.3.3. профессионального занятия застрахованным лицом любым видом спорта, включая соревнования и тренировки, участие в эстафетах, гонках любого вида и тренировочных сборов, а также занятие на любительской основе (хобби) экстремальными видами спорта: фрирайд, прыжки с парашютом, полеты на дельтаплане или парплане, пилотирование летательных аппаратов, скалолазание, альпинизм, дайвинг, автоспорт, мотоспорт, любые единоборства, рафтинг, экстремальные прыжки с высоты, которые не были заявлены Страховщику в письменном виде до заключения Договора или в период действия Договора до начала занятий указанными видами спорта;

5.3.4. управлении Застрахованным воздушным транспортным средством любого типа, совершении воздушного полета, за исключением авиaperелета в качестве коммерческого пассажира, имеющего оплаченный билет, а также за исключением чартерного авиaperелета по установленному маршрутно-трассовым листом (где указано, что данное судно выполняет полеты в соответствии с заданным графиком полетов) маршруту и расписанию официально зарегистрированной авиакомпании, если иное не согласовано со Страховщиком в письменной форме.

5.4. Страховым случаем по рискам, указанным в п.п. 4.1.1-4.1.7 Правил, не являются смерть и/или инвалидность, наступившие вследствие сердечно-сосудистого, онкологического или иного заболевания, имевшегося у Застрахованного на дату заключения Договора, при условии, что Страховщик не был поставлен об этом в известность при заключении Договора.

5.5. В случае сообщения Страховщику при заключении Договора заведомо ложных сведений об обстоятельствах, имеющих существенное значение для определения вероятности наступления страхового случая, Страховщик вправе потребовать признания Договора недействительным в порядке, установленном действующим законодательством, или отказаться от Договора.

5.6. Не признается страховым случаем по страховым рискам, указанным в п.п. 4.1.8, 4.1.9 Правил событие, наступившее в результате:

5.6.1. Косметических операций, если они осуществлялись по показаниям иным, нежели жизненно необходимые;

5.6.2. Беременности, родов и/или их осложнений у Застрахованного лица;

5.6.3. Абортов и/или их осложнений, если они осуществлялись по показаниям иным, нежели жизненно необходимые;

5.6.4. Временной нетрудоспособности по уходу за ребенком или по уходу за больным, временной утраты трудоспособности вследствие лечения зубов (за исключением повреждений, полученных в результате несчастного случая), венерических болезней, любых заболеваний нервной системы, психических расстройств вне зависимости от их классификации, пищевой токсикоинфекции (за исключением случаев, повлекших госпитализацию больного),

заболеваний, приобретенных при проведении лечения методами народной (нетрадиционной) медицины;

5.6.5. временная утрата трудоспособности в связи с заболеванием, диагностированным у Застрахованного до заключения Договора или, если Застрахованный обращался в медицинское учреждение или обследовался до заключения Договора с симптомами, свидетельствующими о наличии у него данного заболевания.

5.7. Не признается страховым случаем по страховому риску, указанному в п.п. 4.1.10:

5.7.1. любое состояние, являющееся следствием какого-либо состояния, проявившегося до начала действия Договора, а также состояния, в связи с которым Застрахованный проходил консультации, лечение, запрашивал рекомендации, или о существовании которого был осведомлен до начала действия Договора;

5.7.2. критическое заболевание, которое произошло в результате или было вызвано любыми болезнями Застрахованного лица, имевшимися до начала действия Договора страхования, которые когда-либо требовали госпитализации, амбулаторного лечения или были диагностированы до наступления первого дня срока действия Договора страхования;

5.7.3. первичное диагностирование у Застрахованного критического заболевания до истечения 90 (Девяноста) календарных дней с даты заключения Договора. Также не признается страховым случаем по этому риску первичное диагностирование у Застрахованного критического заболевания, если смерть Застрахованного в результате этого заболевания наступила в течение 30 (Тридцати) календарных дней с даты установления диагноза, если иное не указано в договоре страхования.

5.8. Не признается страховым случаем по страховому риску, указанному в п. 4.1.11 Правил, событие, наступившее:

5.8.1. в результате досрочного расторжения трудового договора/служебного контракта по основаниям, не предусмотренным в п. 4.5 Правил;

5.8.2. в результате досрочного расторжения трудового договора/служебного контракта с нарушением действующего законодательства Российской Федерации;

5.8.3. в результате прекращения срочного трудового договора/служебного контракта в связи с окончанием срока его действия;

5.8.4. во время прохождения Застрахованным испытательного срока.

5.9. Не признается страховым случаем по страховому риску, указанному в п. 4.1.11 Правил, событие, наступившее при следующих обстоятельствах:

5.9.1. Застрахованный состоял в трудовых отношениях не на основании трудового договора (или служебного контракта при осуществлении профессиональной служебной деятельности на должности государственной гражданской службы РФ по служебному контракту), предусматривающего занятость не менее 35 часов в рабочую неделю и получение Застрахованным вознаграждения за свой труд в форме фиксированной ежемесячной заработной платы;

5.9.2. Застрахованный состоял в трудовых отношениях с последним работодателем, трудовой договор/служебный контракт с которым был расторгнут/прекращен, непрерывно менее 3 (трех) месяцев, предшествующих дате наступления страхового случая по расторгнутому/прекращенному трудовому договору/служебному контракту;

5.9.3. Общий трудовой стаж Застрахованного составляет менее 12 (Двенадцати) месяцев;

5.9.4. Застрахованный являлся временным сезонным рабочим, работающим/служащим в отрасли, которая подразумевает сезонный характер в работе;

5.9.5. Застрахованный являлся индивидуальным предпринимателем или владельцем акций/долей работодателя - юридического лица.

5.10. Страховщик освобождается от страховой выплаты, если страховой случай наступил вследствие:

5.10.1. умышленных действий Застрахованного, Страхователя или Выгодоприобретателя, направленных на наступление страхового случая, за исключением самоубийства Застрахованного, произошедшего по прошествии первых двух лет действия Договора;

5.10.2. воздействия ядерного взрыва, радиации, радиоактивного заражения;

5.10.3. военных действий, а также маневров или иных военных мероприятий, во время прохождения Застрахованным военной службы;

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

5.11. При заключении Договора страхования Страхователь и Страховщик вправе договориться об изменениях или исключениях отдельных положений пунктов 5.2-5.10. Соглашение о конкретных рисках, размерах страховой суммы и страховой премии по ним, должно быть достигнуто Сторонами в Договоре страхования отдельно.

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

6.1. Срок страхования – временной период, определенный Договором, в течение которого наступление страхового риска влечет за собой обязательства Страховщика по страховой выплате.

6.2. Срок действия Договора устанавливается по соглашению Сторон и указывается в Страховом полисе.

6.3. Договор страхования в части рисков, указанных в п.п. 4.1.1-4.1.9 Правил вступает в силу с 00 часов 00 минут даты, указанной в Страховом полисе, при условии уплаты Страхователем страховой премии или ее части (в случае оплаты страховой премии в рассрочку) в полном объеме и в срок, указанный в Страховом полисе, и действует в течение предусмотренного Договором срока.

6.4. По риску, указанному в п. 4.1.10, Договор страхования вступает в силу по истечении 90 (девяноста) календарных дней с даты заключения Договора страхования. Договором страхования может быть установлен иной срок вступления Договора в силу по указанному риску.

6.5. По риску, указанному в п.4.1.11, Договор вступает в силу по истечении 60 (шестидесяти) календарных дней с даты заключения Договора страхования. Договором страхования может быть установлен иной срок вступления Договора в силу по указанному риску.

6.6. В случае неуплаты Страхователем в установленный Договором страхования срок страховой премии Договор страхования считается не вступившим в силу, если иное не предусмотрено Договором страхования.

## **7. Страховая сумма, страховая премия, страховой тариф**

7.1. Страховой суммой является денежная сумма или способ определения денежной суммы, исходя из которых определяется размер страховой выплаты при наступлении

страхового случая.

7.2. В Договоре страхования может быть установлена:

- Страховая сумма на каждого Застрахованного;
- Страховая сумма за каждый полный месяц безработицы (месячная страховая сумма);
- Страховая сумма по отдельному риску (рискам).

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

7.4. Страховая премия уплачивается Страхователем в валюте Российской Федерации. При определении страховой премии в Договоре в иностранной валюте сумма, подлежащая уплате в рублях, определяется по курсу Банка России соответствующей валюты на дату оплаты или дату, предусмотренную Договором.

7.5. Страховая премия может быть оплачена единовременным платежом или в рассрочку очередными страховыми взносами.

7.6. При уплате страховой премии в рассрочку очередными страховыми взносами, если иное не предусмотрено Договором страхования, неуплата страхового взноса в предусмотренные Договором страхования сроки или размере, свидетельствует о выражении воли (волеизъявления) Страхователя (Выгодоприобретателя) на односторонний отказ от Договора страхования с 00 часов 00 минут даты, следующей за датой, указанной в Договоре страхования как последняя дата срока уплаты соответствующего страхового взноса и является основанием для прекращения Договора страхования. В этом случае, Страховщик письменно информирует Страхователя о факте неуплаты страхового взноса и уведомляет его о досрочном прекращении Договора страхования с 00 часов 00 минут даты, следующей за датой, указанной в Договоре страхования как крайняя дата уплаты страхового взноса.

Информирование указанных лиц осуществляется любым возможным способом, позволяющим зафиксировать факт отправки сообщения (email, смс, письменное уведомление, системы мгновенного обмена текстовыми сообщениями (мессенджер/ чат-бот) и пр.), по контактным данным, указанным Страхователем при заключении Договора страхования.

Договором страхования могут быть предусмотрены иные последствия неуплаты страхового взноса.

7.7. Размер страховой премии, порядок и сроки ее оплаты устанавливаются по соглашению сторон при заключении Договора страхования.

7.8. Датой уплаты страховой премии (страхового взноса) считается:

- при безналичной оплате - день поступления страховой премии (страхового взноса) на счет Страховщика;
- при оплате наличными деньгами - день уплаты страховой премии (страхового взноса) в кассу Страховщика.

7.9. При определении размера страховой премии (страхового взноса), подлежащей уплате по Договору, Страховщик применяет разработанные им страховые тарифы.

7.10. Страховой тариф - ставка страховой премии с единицы страховой суммы с учетом объекта страхования и характера страхового риска, а также других условий страхования, в том числе наличия франшизы и ее размера в соответствии с условиями страхования.

7.11. Страховой тариф зависит от состояния здоровья, пола, возраста Застрахованного, особенностей его трудовой деятельности, иных факторов, влияющих на степень

риска наступления страхового случая, набора страховых рисков, срока страхования, типа оплаты страховых взносов. Страховой тариф по конкретному Договору добровольного страхования определяется по соглашению сторон.

## **8. Порядок заключения, изменения и исполнения Договора**

8.1. Договор страхования может быть заключен на основании письменного или устного Заявления Страхователя.

При заключении Договора на основании письменного Заявления, Страхователь или его представитель подает Страховщику письменное Заявление по установленной Страховщиком форме.

По просьбе Страхователя и с его слов Заявление о заключении Договора страхования и прилагаемые к нему документы (списки, анкеты и т.п.) могут быть заполнены представителем Страховщика с использованием формулировок, не допускающих неоднозначного толкования;

В случае заполнения заявления в письменной форме оно должно быть подписано Страхователем.

Заявление о заключении Договора страхования, если оно изложено в письменной форме, является неотъемлемой частью Договора страхования.

8.2. Договор заключается путем составления одного документа, подписанного сторонами, либо путем вручения Страхователю страхового Полиса по установленной Страховщиком форме или направления Страхового полиса, составленного в виде электронного документа и подписанного усиленной квалифицированной электронной подписью Страховщика с соблюдением требований Федерального закона от 06 апреля 2011 года № 63-ФЗ «Об электронной подписи».

8.3. Договор страхования может быть заключен путем вручения Страховщиком Страхователю Полиса-оферты. В данном случае согласие Страхователя заключить Договор страхования на предложенных Страховщиком условиях подтверждается принятием от Страховщика данного полиса-оферты и уплатой страховой премии.

8.4. Для заключения Договора Страховщик может запросить документы, указанные в Приложении 2 к Правилам, а также прохождения медицинского обследования Застрахованным для объективной оценки страхового риска. Решение о заключении Договора может быть принято Страховщиком на основании неполного перечня документов.

8.5. При заключении Договора Страховщик вправе ограничить размер страховой суммы, срок страхования, перечень страховых случаев в зависимости от наличия факторов, влияющих на степень страхового риска, в соответствии с условиями андеррайтинга, разработанными Страховщиком.

8.6. При заключении Договора Страхователь вправе ознакомиться с предварительными условиями заключаемого Договора.

8.7. При заключении Договора используются утвержденные Страховщиком формы страховой документации. По соглашению Сторон в них могут быть внесены изменения.

8.8. При заключении Договора Стороны вправе достичь соглашения об изменении, исключении или дополнении отдельных пунктов настоящих Правил.

8.9. Для Страховщика заключение Договора на предложенных Страхователем условиях не является обязательным.

8.10. Если Договор страхования заключается на условиях настоящих Правил, они должны быть изложены в Договоре страхования, либо на его оборотной стороне, либо приложены к Договору страхования как его неотъемлемая часть, либо Договор должен содержать ссылку на адрес размещения Правил на сайте страховщика в сети «Интернет», либо Страхователь должен быть проинформирован об условиях Правил путем направления файла, содержащего текст Правил, на указанный Страхователем адрес электронной почты или путем вручения Страхователю электронного носителя информации, на котором размещен файл, содержащий текст Правил страхования. В Договоре страхования должны быть указаны признаки, позволяющие однозначно определить редакцию документа, в котором изложены Правила страхования.

При заключении Договора страхования в форме электронного документа факт ознакомления Страхователя с Правилами страхования может подтверждаться, в том числе специальными отметками (подтверждениями), проставляемыми страхователем в электронном виде.

В случае если Правила страхования были представлены Страхователю без вручения текста документа на бумажном носителе, Страховщик обязан по требованию страхователя выдать ему текст Правил страхования на бумажном носителе.

## **9. Права и обязанности Сторон**

9.1. Страховщик обязан:

9.1.1. ознакомить Страхователя с положениями настоящих Правил;

9.1.2. при наступлении страхового случая произвести страховую выплату в порядке и сроки, установленные Договором;

9.1.3. не разглашать сведения о Страхователе, Застрахованном, Выгодоприобретателе и их имущественном положении, кроме случаев, предусмотренных законодательством Российской Федерации;

9.1.4. по письменному требованию Страхователя, Застрахованного, Выгодоприобретателя, а также лиц, имеющих намерение заключить Договор, разъяснять положения, содержащиеся в Правилах и Договоре, расчеты страховой выплаты;

9.1.5. получить согласие Страхователя на обработку, хранение, передачу и иное использование его персональных данных в форме, целях и пределах, установленных законодательством Российской Федерации (в т.ч. в соответствии с Федеральными Законами «О персональных данных», «О рекламе»), в течение неограниченного срока либо, по меньшей мере, на период осуществления Договора страхования, если в согласии не указано иное;

9.1.6. не разглашать медицинскую информацию, полученную в связи с заключением или исполнением Договора страхования, за исключением случаев, когда возникает необходимость передачи перестраховщику или другому страховщику медицинских данных по Застрахованному лицу для оценки степени риска и перестрахования риска, сострахования и т.д. Передача данных о Застрахованном лице допускается только в той мере, в какой это необходимо для перестрахования риска /сострахования или обоснования страховой выплаты и с согласия субъекта таких данных в порядке, предусмотренном законодательством Российской Федерации.

## 9.2. Страхователь обязан:

9.2.1. уплачивать страховую премию (страховые взносы) в размере и в срок, установленные Договором. Обязанность Страхователя по уплате страховой премии может быть исполнена третьим лицом;

9.2.2. при наступлении страхового случая уведомить об этом Страховщика в течение 30 (Тридцати) календарных дней с даты наступления страхового случая любым доступным способом, позволяющим объективно зафиксировать факт сообщения. Сообщение должно содержать номер Договора, дату и обстоятельства страхового события, ФИО Застрахованного. Обязанность Страхователя сообщить о факте наступления страхового случая может быть исполнена Застрахованным, Выгодоприобретателем либо наследником (наследниками) Застрахованного;

9.2.3. незамедлительно сообщать Страховщику в письменном виде:

- об изменении сведений, предоставленных при заключении Договора или в период его действия;

- об изменении обстоятельств жизни Застрахованного, влекущих увеличение степени страхового риска (например, изменение рода деятельности (профессии) Застрахованного, занятие на профессиональной основе любыми видами спорта, занятие экстремальными видами спорта);

9.2.4. сохранять документы, подтверждающие уплату страховой премии (страховых взносов), предоставлять их копии по требованию Страховщика;

9.2.5. Ознакомить Застрахованное лицо с условиями Договора страхования и настоящих Правил.

## 9.3. Застрахованный обязан:

9.3.1. В течение 24-х часов с момента несчастного случая обратиться в медицинское учреждение для объективной оценки вреда, причиненного здоровью, и получить медицинский документ, удостоверяющий факт несчастного случая;

9.3.2. При наступлении страхового случая, указанного в п.п. 4.1.11 настоящих Правил:

а) принять все разумные и доступные меры к поиску новой работы (источника дохода), в том числе встать на учет в службе (центре) занятости в течение 10 (десяти) рабочих дней с даты увольнения;

б) предоставлять Страховщику справку о непрерывном нахождении на учёте в службе занятости в течение периода ожидания и периода выплат в качестве безработного и лица ищущего работу;

в) немедленно уведомить Страхователя и Страховщика о возобновлении трудовой деятельности или получении любых других альтернативных источников дохода;

9.3.3. Выполнять обязательства, предусмотренные настоящими Правилами.

## 9.4. Страховщик имеет право:

9.4.1. проверять сообщаемую Страхователем и Застрахованным информацию, а также выполнение Страхователем своих обязанностей по Договору;

9.4.2. направить Застрахованного на медицинское обследование для уточнения диагноза и характера полученного повреждения, а также провести независимую экспертизу;

9.4.3. оставить без рассмотрения заявление о страховой выплате, возратить заявителю все приложенные к заявлению документы, в случае двукратного непрохождения Застрахованным лицом освидетельствования в согласованную со Страховщиком дату;

9.4.4. в случае возникновения в период действия

Договора обстоятельств, влекущих увеличение степени страхового риска, потребовать изменения условий Договора или уплаты дополнительной страховой премии (страхового взноса) соразмерно увеличению степени риска. В случае возражений Страхователя против предложения Страховщика, последний вправе потребовать расторжения Договора в порядке, предусмотренном законодательством;

9.4.5. направлять при необходимости запросы в компетентные органы с целью выяснения обстоятельств наступления страхового случая;

9.4.6. запросить предоставления дополнительных документов, если факт наступления страхового случая не доказан представленными документами;

9.4.7. отказать в страховой выплате при невыполнении со стороны Страхователя (Застрахованного, Выгодоприобретателя) обязанности, указанной в п. 9.2.2 настоящих Правил, что повлекло за собой невозможность установления причин или обстоятельств наступления страхового случая; если не будет доказано, что Страховщик своевременно узнал о наступлении страхового случая либо что отсутствие у Страховщика сведений об этом не могло сказаться на его обязанности произвести страховую выплату;

9.4.8. не производить страховую выплату, если произошедшее с Застрахованным событие не может быть квалифицировано в качестве страхового случая на основании положений, указанных в п. 5 «Общие исключения» Правил;

9.4.9. отказать от Договора либо потребовать признания Договора недействительным в порядке, установленном законодательством, в случае сообщения Страховщику при заключении Договора заведомо ложных сведений об обстоятельствах, имеющих существенное значение для определения вероятности наступления страхового случая в соответствии с п. 5.5 Правил;

9.4.10. использовать для направления уведомлений, заявлений, других документов, необходимых как для урегулирования Страхового случая, так и носящие информативный характер, но имеющие значение для заключенного Договора страхования, по своему выбору одним из способов отправки: на бумажном носителе через Почту России, путем отправления электронного сообщения по адресу электронной почты Страхователя/Застрахованного, указанному в Договоре страхования, и (или) отправления смс (текстового сообщения) по телефону Страхователя, указанному в Договоре страхования или иной службы обмена сообщениями, согласованной сторонами.

## 9.5. Страхователь имеет право:

9.5.1. проверять соблюдение Страховщиком условий Договора;

9.5.2. запросить информацию о размере вознаграждения, выплачиваемого страховому агенту (поверенному), при участии которого осуществляется заключение Договора страхования;

9.5.3. получить дубликат Страхового полиса и приложений к Договору в случае их утраты;

9.5.4. получить от Страховщика информацию, касающуюся его финансовой устойчивости, не являющуюся коммерческой тайной;

9.5.5. вносить изменения в Договор в связи с изменением личных данных Страхователя, Застрахованного, Выгодоприобретателя;

9.5.6. досрочно прекратить Договор (отказаться от Договора) в соответствии с законодательством Российской Федерации и положениями Договора.

9.6. Застрахованный имеет право:

9.6.1. при страховании по рискам, указанным в п.п. 4.1.1 – 4.1.10 настоящих Правил, выразить согласие на смену Выгодоприобретателя;

9.6.2. получить страховую выплату, если Договором страхования не назначен иной Выгодоприобретатель;

9.6.3. ознакомиться с условиями страхования.

## **10. Порядок и условия осуществления страховой выплаты**

10.1. Страховая выплата – выплата денежной суммы в связи с наступлением страхового случая по страховым рискам, перечисленным в Договоре (Страховом полисе).

10.2. Общий размер страховой выплаты по одному или нескольким страховым случаям, указанным в п.п. 4.1.1 – 4.1.11, происшедшим с Застрахованным в период действия Договора, не может превышать размера страховой суммы, установленной Договором для данного Застрахованного по каждому риску.

10.3. Если в результате какого-либо события произошел страховой случай из числа указанных в п.п. 4.1.3 – 4.1.9, в связи с которым была выплачена часть страховой суммы, то при наступлении вследствие этого же события более тяжких последствий для здоровья Застрахованного, приведших к страховому случаю, размер страховой выплаты определяется за вычетом ранее выплаченной суммы.

Если в результате несчастного случая здоровье Застрахованного лица ухудшилось за счет имевшихся у Застрахованного заболеваний, страховая выплата будет производиться, как если бы последствия несчастного случая не осложнились течением имевшихся заболеваний.

10.4. Размер страховой выплаты в связи со страховым случаем из числа указанных в п.п. 4.1.1 – 4.1.10 определяется согласно условиям Договора:

10.4.1. в случае установления Застрахованному лицу временной нетрудоспособности в результате несчастного случая или любой причины производится страховая выплата в размере указанного Договором процента от страховой суммы (от 0,01% до 1%) с учетом включенных в условия Договора ограничений на максимальный размер страховой выплаты и срок нетрудоспособности, за который выплата не производится;

10.4.2. в случае установления Застрахованному лицу инвалидности в результате несчастного случая, либо инвалидности по любой причине, страховая выплата определяется в процентах от страховой суммы, обусловленных Договором в соответствии с установленной Застрахованному лицу группы инвалидности;

10.4.3. в случае смерти Застрахованного лица Выгодоприобретателю выплачивается страховая сумма, установленная Договором;

10.4.4. В случае первичного диагностирования у Застрахованного лица Критического заболевания, выплачивается страховая сумма, установленная Договором.

10.5. Страховые выплаты по риску, указанному в п. 4.1.11 настоящих Правил, производятся либо единовременно, либо на ежемесячной основе за каждый календарный месяц безработицы, прошедший после окончания Перио-

да ожидания, в течение которого Застрахованный оставался непрерывно без работы (источника дохода), но не более максимального периода выплат, установленного условиями Договора.

В случае ежемесячных выплат страховые выплаты производятся за истекший месяц безработицы в размере месячной страховой суммы не позднее 10-ти рабочих дней с даты предоставления Страхователем (либо Застрахованным) Страховщику справки из службы занятости о нахождении Застрахованного непрерывно на учёте в этой службе в истекшем месяце. В случае если выплата производится за неполный месяц (если окончание периода ожидания не совпадает с 1-м числом месяца или по причине возобновления трудовой деятельности Застрахованным в период выплат) сумма, подлежащая выплате за неполный месяц определяется путем деления месячной страховой суммы на количество рабочих дней по календарю пятидневной рабочей недели в данном месяце и умножения на количество рабочих дней по календарю пятидневной рабочей недели со дня окончания периода ожидания (или до дня окончания периода выплат).

10.6. Обязательства Страховщика по осуществлению страховой выплаты по риску, указанному в п. 4.1.11 настоящих Правил, заканчиваются при наступлении самого раннего из следующих событий:

а) в день возобновления трудовой деятельности Застрахованным;

б) в день, когда сумма страховых выплат произведенных по одному страховому случаю становится равной общей страховой сумме или страховой сумме по одному страховому случаю;

в) в день, когда общая сумма страховых выплат, произведенных за период действия Договора страхования, становится равной максимальной страховой сумме по всем страховым случаям.

10.7. Страховая выплата производится Страховщиком за вычетом задолженности по оплате страховой премии (при оплате премии в рассрочку).

10.8. После выплаты 100% страховой суммы по Договору (единовременно или в совокупности), действие Договора прекращается.

10.9. Страховая выплата производится в валюте Российской Федерации. При определении страховых сумм в Договоре в иностранной валюте размер страховой выплаты в рублях определяется Страховщиком по курсу Банка России соответствующей валюты на дату выплаты.

10.10. Страховая выплата производится Выгодоприобретателю, независимо от сумм, причитающихся ему по другим договорам страхования, а также по обязательному социальному страхованию, социальному обеспечению и в порядке возмещения вреда.

10.11. Принятие решения о страховой выплате и составление страхового акта может быть отсрочено Страховщиком, если по фактам, связанным с наступлением страхового случая, Страховщиком назначена дополнительная проверка, возбуждено уголовное дело или начат судебный процесс, до окончания проверки расследования или судебного разбирательства либо до устранения других обстоятельств, препятствовавших выплате. При этом Страховщик направляет лицу, предъявившему требование по страховой выплате, уведомительное письмо с указанием причины задержки страховой выплаты.

щих Правил, заканчиваются при наступлении самого раннего из следующих событий:

- а) в день возобновления трудовой деятельности Застрахованным;
- б) в день, когда сумма страховых выплат произведенных по одному страховому случаю становится равной общей страховой сумме или страховой сумме по одному страховому случаю;
- в) в день, когда общая сумма страховых выплат, произведенных за период действия Договора страхования, становится равной максимальной страховой сумме по всем страховым случаям.

10.7. Страховая выплата производится Страховщиком за вычетом задолженности по оплате страховой премии (при оплате премии в рассрочку).

10.8. После выплаты 100% страховой суммы по Договору (единовременно или в совокупности), действие Договора прекращается.

10.9. Страховая выплата производится в валюте Российской Федерации. При определении страховых сумм в Договоре в иностранной валюте размер страховой выплаты в рублях определяется Страховщиком по курсу Банка России соответствующей валюты на дату выплаты.

10.10. Страховая выплата производится Выгодоприобретателю, независимо от сумм, причитающихся ему по другим договорам страхования, а также по обязательному социальному страхованию, социальному обеспечению и в порядке возмещения вреда.

10.11. Принятие решения о страховой выплате и составление страхового акта может быть отсрочено Страховщиком, если по фактам, связанным с наступлением страхового случая, Страховщиком назначена дополнительная проверка, возбуждено уголовное дело или начат судебный процесс, до окончания проверки расследования или судебного разбирательства либо до устранения других обстоятельств, препятствовавших выплате. При этом Страховщик направляет лицу, предъявившему требование по страховой выплате, уведомительное письмо с указанием причины задержки страховой выплаты.

10.12. Если Страховщик воспользовался правом, предусмотренным п. 9.4.2 Правил страхования, решение о страховой выплате, принимается после проверки достоверности представленной заявителем информации о событии, получения результатов экспертизы, освидетельствования Застрахованного.

10.13. Направление на освидетельствование осуществляется Страховщиком путем сообщения Застрахованному лицу информации о дате, времени и месте проведения освидетельствования, любым возможным способом, позволяющим зафиксировать факт отправки сообщения (email, смс, письменное уведомление, пр.), по контактным данным, указанным Страхователем при заключении Договора страхования, если в заявлении на страховую выплату не указано иное.

10.14. Если Застрахованное лицо не прошло освидетельствование в согласованную дату, Страховщик сообщает этому лицу другую дату освидетельствования. При этом, если течение срока на принятие решения о страховой выплате началось до проведения освидетельствования, то течение данного срока приостанавливается до даты проведения освидетельствования.

10.15. В случае повторного не прохождения Застрахованным лицом освидетельствования в согласованную со

Страховщиком дату, Страховщик возвращает без рассмотрения представленное таким лицом заявление на страховую выплату, а также приложенные к нему документы (как поданные непосредственно вместе с заявлением, так и представленные впоследствии), если иное не будет согласовано между Страховщиком и Страхователем (Выгодоприобретателем, Застрахованным).

10.16. Страховщик в течение 30 (Тридцати) рабочих дней с даты получения последнего из необходимых для принятия решения по страховому событию документов:

10.16.1. принимает решение о признании произошедшего события страховым случаем и осуществлении страховой выплаты и составляет страховой акт;

10.16.2. принимает решение об отсутствии оснований для страховой выплаты;

10.16.3. принимает решение об отказе в страховой выплате.

10.17. В случае если в процессе принятия решения о страховой выплате Страховщиком было выявлено, что Страховщику при заключении Договора были сообщены заведомо ложные сведения об обстоятельствах, имеющих существенное значение для определения вероятности наступления страхового случая, Страховщик:

10.17.1. отказывается от Договора без правовых последствий для сторон или

10.17.2. принимает решение о заявлении требования о признании Договора недействительным в порядке, установленном действующим законодательством.

10.18. Страховая выплата производится Страховщиком в течение 5 (Пяти) рабочих дней с даты составления страхового акта о признании произошедшего события страховым случаем. Страховая выплата перечисляется на банковский счет, указанный получателем в заявлении на страховую выплату.

10.19. Письменное уведомление об отказе в страховой выплате направляется Страховщиком в течение 5 (пяти) рабочих дней после принятия решения об отказе в выплате.

10.20. Если Выгодоприобретатель умер, не успев получить страховую выплату, то выплата производится наследникам Выгодоприобретателя.

## **11. Перечень документов, предоставляемых при наступлении страхового случая**

11.1. При наступлении страхового случая Страховщику предоставляется:

11.1.1. заявление на страховую выплату по форме Страховщика с указанием банковских реквизитов для ее перечисления;

- по рискам смерти Застрахованного заявление на страховую выплату должно быть подписано Выгодоприобретателем, а если он не назначен – наследникам Застрахованного, в порядке, установленном действующим законодательством;

- по остальным рискам заявление на страховую выплату должно быть подписано Застрахованным либо иным Выгодоприобретателем, если по риску назначен Выгодоприобретатель, отличный от Застрахованного;

- если в договоре страхования назначено несколько Выгодоприобретателей, для получения страховой выплаты каждый из Выгодоприобретателей обязан подать заявление на страховую выплату, им подписанное;

- в случае если в договоре страхования не назначен Выгодоприобретатель и у Застрахованного несколько наследников, то для получения страховой выплаты каждый

из наследников Застрахованного обязан подать заявление на страховую выплату, им подписанное;

- при необходимости выступать заявителем, а также подписывать заявление на страховую выплату при наступлении страхового случая может законный или уполномоченный представитель Выгодоприобретателя при предъявлении соответствующих документов;

11.1.2. документ, удостоверяющий личность заявителя;

11.1.3. копия Кредитного договора, заключенного между Застрахованным лицом и Банком, содержащего информацию о первоначальном графике платежей;

11.1.4. справка о размере задолженности по Кредитному договору на дату наступления смерти /на дату установления инвалидности, с указанием размера штрафов, процентов, пени, неустоек и т.п.;

11.1.5. дополнительные документы в зависимости от вида страхового случая.

11.2. При наступлении страхового случая по рискам, указанным в п.п. 4.1.1 – 4.1.2 Правил, дополнительно предоставляются следующие документы:

11.2.1. подлинник (или копия) Договора;

11.2.2. нотариально удостоверенная копия свидетельства о смерти Застрахованного;

11.2.3. копия медицинского свидетельства о смерти или справки о смерти с указанием причины смерти;

11.2.4. копия протокола патологоанатомического вскрытия, а в случае, если вскрытие не производилось, - копия заявления родственников об отказе от вскрытия и копия врачебного (медицинского) свидетельства о смерти Застрахованного;

11.2.5. посмертный эпикриз (если смерть наступила в лечебном учреждении);

11.2.6. выписки из медицинских карт амбулаторного больного (амбулаторных карт) с указанием дат обращений и диагнозов за весь период наблюдения из всех ЛПУ, в которых Застрахованное лицо проходило амбулаторное лечение и/или копии амбулаторных карт, заверенные ЛПУ, за весь период;

11.2.7. выписки из медицинских карт или копии записей в медицинских картах амбулаторного (стационарного) больного, касающиеся обстоятельств наступления заявленного события, из всех лечебных учреждений, в которые обращался Застрахованный;

11.2.8. данные из территориального фонда обязательного медицинского страхования (ОМС)/ страховой компании по ОМС об обращениях за медицинской помощью за весь период;

11.2.9. результаты судебно-медицинской экспертизы (если страховой случай наступил в результате неправильных медицинских манипуляций);

11.2.10. решение суда или обвинительное заключение (если в связи со смертью Застрахованного было возбуждено уголовное дело и проводилось судебное разбирательство и до окончания расследования или судебного разбирательства не представляется возможным выявить обстоятельства, имеющие существенное значение для принятия решения о признании или непризнании заявленного события страховым случаем);

11.2.11. нотариально удостоверенная копия свидетельства о праве на наследство с указанием прав на получение страховой выплаты или ее части либо нотариальная справка об окончательном круге наследников по состоянию на дату окончания наследственного дела (если в Договоре не

назначен Выгодоприобретатель);

11.2.12. если страховой случай наступил в результате несчастного случая дополнительно предоставляются следующие документы, если их оформление предусмотрено законодательством Российской Федерации:

- протокол с места происшествия;
- постановление по делу об административном правонарушении или определение об отказе в возбуждении дела об административном правонарушении;
- постановление о признании потерпевшим;
- постановление о возбуждении/об отказе в возбуждении уголовного дела;
- постановление о приостановлении производства по уголовному делу;
- постановление о прекращении уголовного дела;
- приговор суда первой инстанции, вступивший в законную силу;
- справка (акт), выданная компетентными органами, расследовавшими причины транспортного происшествия;
- акта о несчастном случае с пассажиром на железнодорожном транспорте;
- акт о несчастном случае на автобусном транспорте;
- документ (акт) о произошедшем событии на транспорте и его обстоятельствах, оформленный в порядке, определенном правилами перевозки пассажиров соответствующим видом транспорта, который составляется перевозчиком или лицом, уполномоченным перевозчиком, и содержит следующую информацию: дата, время, место составления; вид транспорта; полное наименование перевозчика; фамилия, имя, отчество потерпевшего; место произошедшего события; описание произошедшего события и его обстоятельств; подпись, фамилия, инициалы должностного лица перевозчика, заверенные печатью перевозчика или лица, уполномоченного перевозчиком;

11.2.13. выписка из протокола ОВД и/или акт о несчастном случае на производстве по форме Н-1 (если страховой случай наступил в результате несчастного случая на производстве);

11.2.14. постановление о возбуждении/об отказе в возбуждении уголовного дела (если страховой случай наступил в результате противоправных действий третьих лиц).

11.3. При наступлении страхового случая по рискам, указанным в п. 4.1.3 – 4.1.7 Правил, дополнительно предоставляются следующие документы:

11.3.1. копия Договора;

11.3.2. копия документа, удостоверяющего личность Застрахованного или Страхователя (если применимо);

11.3.3. справка, подтверждающая факт установления инвалидности, выданная федеральным государственным учреждением медико-социальной экспертизы;

11.3.4. заверенная лечебным учреждением копия направления на медико-социальную экспертизу;

11.3.5. выписка из акта медико-социальной экспертизы гражданина или заверенные в установленном порядке копии акта и/или протокола проведения медико-социальной экспертизы гражданина;

11.3.6. индивидуальная программа реабилитации или реабилитации инвалида, выданная федеральным государственным учреждением медико-социальной экспертизы;

11.3.7. выписки из медицинских карт или копии записей в медицинских картах амбулаторного (стационарного) больного, касающиеся обстоятельств наступления заявленного события, из всех лечебных учреждений, в которые обращал-

ся Застрахованный;

11.3.8. выписки из медицинских карт амбулаторного больного (амбулаторных карт) с указанием дат обращений и диагнозов за весь период наблюдения из всех ЛПУ, в которых Застрахованное лицо проходило амбулаторное лечение и/или копии амбулаторных карт, заверенные ЛПУ, за весь период;

11.3.9. данные из территориального фонда обязательного медицинского страхования (ОМС)/ страховой компании по ОМС об обращениях за медицинской помощью за весь период;

11.3.10. результаты судебно-медицинской экспертизы (если страховой случай наступил в результате неправильных медицинских манипуляций);

11.3.11. если страховой случай наступил в результате несчастного случая дополнительно предоставляются следующие документы, если их оформление предусмотрено законодательством Российской Федерации:

- протокол с места происшествия;
- постановление по делу об административном правонарушении или определение об отказе в возбуждении дела об административном правонарушении;
- постановление о признании потерпевшим;
- постановление о возбуждении/об отказе в возбуждении уголовного дела;
- постановление о приостановлении производства по уголовному делу;
- постановление о прекращении уголовного дела;
- приговор суда первой инстанции, вступивший в законную силу;
- результаты исследования крови и мочи на алкоголь или наркотические и/или токсические вещества или освидетельствования на состояние алкогольного, наркотического и/или токсического опьянения после получения травмы (если вред здоровью был причинен в результате управления Застрахованным транспортным средством);
- справка (акт), выданная компетентными органами, расследовавшими причины транспортного происшествия;
- акта о несчастном случае с пассажиром на железнодорожном транспорте;
- акт о несчастном случае на автобусном транспорте;
- документ (акт) о произошедшем событии на транспорте и его обстоятельствах, оформленный в порядке, определенном правилами перевозки пассажиров соответствующим видом транспорта, который составляется перевозчиком или лицом, уполномоченным перевозчиком, и содержит следующую информацию: дата, время, место составления; вид транспорта; полное наименование перевозчика; фамилия, имя, отчество потерпевшего; место произошедшего события; описание произошедшего события и его обстоятельств; подпись, фамилия, инициалы должностного лица перевозчика, заверенные печатью перевозчика или лица, уполномоченного перевозчиком;
- 11.3.12. выписка из протокола ОВД и/или акт о несчастном случае на производстве по форме Н-1 (если страховой случай наступил в результате несчастного случая на производстве);
- 11.3.13. постановление о возбуждении/об отказе в возбуждении уголовного дела (если страховой случай наступил в результате противоправных действий третьих лиц);
- 11.3.14. ответ главного или федерального бюро medico-социальной экспертизы на запрос Страховщика о проверке обоснованности установления инвалидности;

11.3.15. ответ бюро судебно-медицинской экспертизы на запрос Страховщика;

11.3.16. результат медицинского обследования или независимой экспертизы (при направлении Застрахованного на медицинское обследование для уточнения диагноза и характера полученного повреждения по требованию Страховщика).

11.4. при наступлении страхового случая, указанных в п.п. 4.1.8, 4.1.9 Правил:

11.4.1. копия Договора;

11.4.2. копия документа, удостоверяющего личность Застрахованного или Страхователя (если применимо);

11.4.3. справка из лечебного учреждения с указанием даты получения Застрахованным телесного повреждения, диагноза, сроков лечения, результатов обследования;

11.4.4. выписки из медицинских карт или копии записей в медицинских картах амбулаторного (стационарного) больного, касающиеся обстоятельств наступления заявленного события, из всех лечебных учреждений, в которые обращался Застрахованный;

11.4.5. листок / листки нетрудоспособности из лечебного учреждения, где проводилось лечение (для работающего Застрахованного);

11.4.6. данные проведенных инструментальных методов обследования: в т.ч на электронных носителях информации с приложением описания и заключения специалиста (при переломах и вывихах);

11.4.7. в случае временной нетрудоспособности в связи с онкологическим заболеванием – выписка из онкологического диспансера с информацией о дате установления диагноза;

11.4.8. результаты судебно-медицинской экспертизы (если вред здоровью причинен в результате неправильных медицинских манипуляций или экспертиза была назначена по постановлению компетентных органов);

11.4.9. если страховой случай наступил в результате несчастного случая дополнительно предоставляются следующие документы, если их оформление предусмотрено законодательством Российской Федерации:

- протокол с места происшествия;
- постановление по делу об административном правонарушении или определение об отказе в возбуждении дела об административном правонарушении;
- постановление о признании потерпевшим;
- постановление о возбуждении/об отказе в возбуждении уголовного дела;
- постановление о приостановлении производства по уголовному делу;
- постановление о прекращении уголовного дела;
- приговор суда первой инстанции, вступивший в законную силу;
- результаты исследования крови и мочи на алкоголь или наркотические и/или токсические вещества или освидетельствования на состояние алкогольного, наркотического и/или токсического опьянения после получения травмы (если вред здоровью был причинен в результате управления Застрахованным транспортным средством);
- справка (акт), выданная компетентными органами, расследовавшими причины транспортного происшествия;
- акта о несчастном случае с пассажиром на железнодорожном транспорте;
- акт о несчастном случае на автобусном транспорте;
- документ (акт) о произошедшем событии на транспорте

и его обстоятельствах, оформленный в порядке, определенном правилами перевозки пассажиров соответствующим видом транспорта, который составляется перевозчиком или лицом, уполномоченным перевозчиком, и содержит следующую информацию: дата, время, место составления; вид транспорта; полное наименование перевозчика; фамилия, имя, отчество потерпевшего; место произошедшего события; описание произошедшего события и его обстоятельств; подпись, фамилия, инициалы должностного лица перевозчика, заверенные печатью перевозчика или лица, уполномоченного перевозчиком;

11.4.10. выписка из протокола ОВД и/или акт о несчастном случае на производстве по форме Н-1 (если страховой случай наступил в результате несчастного случая на производстве);

11.4.11. постановление о возбуждении/об отказе в возбуждении уголовного дела (если страховой случай наступил в результате противоправных действий третьих лиц);

11.4.12. результат медицинского обследования или независимой экспертизы (при направлении Застрахованного на медицинское обследование для уточнения диагноза и характера полученного повреждения по требованию Страховщика);

11.4.13. данные из территориального фонда обязательного медицинского страхования (ОМС)/ страховой компании по ОМС об обращениях за медицинской помощью за весь период;

11.4.14. копия трудовой книжки или заверенная выписка из штатного расписания.

11.5. При наступлении страхового случая по риску, указанному в п. 4.1.10 Правил, в зависимости от вида критического заболевания дополнительно должны быть представлены документы, указанные в Перечне документов для осуществления страховой выплаты (Приложение №1 к Правилам) по рискам «первичное диагностирование у Застрахованного критического заболевания».

11.6. При наступлении страхового случая по риску, указанному в п. 4.1.11 Правил, дополнительно предоставляются следующие документы:

11.6.1. копия Договора;

11.6.2. копия документа, удостоверяющего личность Застрахованного (Страхователя, если применимо);

11.6.3. нотариально удостоверенная копия трудовой книжки (все страницы) с записью, подтверждающей увольнение Застрахованного (Страхователя, если применимо) по основаниям, предусмотренным в п. 4.5 Правил, а также без записи о приеме Застрахованного (Страхователя, если применимо) на новую работу.

При этом дата нотариального удостоверения копии трудовой книжки должна быть не ранее чем за 2 (Два) месяца и не позднее 1 (Одного) месяца с даты оплаты следующего страхового взноса, на освобождение от уплаты которого Застрахованный претендует;

11.6.4. копия расторгнутого трудового договора/служебного контракта с последнего места работы (со всеми дополнительными соглашениями), заверенная сотрудником отдела кадров и печатью с последнего места работы;

11.6.5. заверенные копии всех приказов/правовых актов государственного органа, относящихся к заключению и расторжению/прекращению трудового договора/служебного контракта, заверенные сотрудником отдела кадров и печатью с последнего места работы;

11.6.6. копия письменного уведомления Застрахованного об увольнении с указанием его причин – при расторжении трудового договора по причине ликвидации работодателя или сокращения численности либо при расторжении служебного контракта по причине сокращения должностей гражданской службы или упразднения государственного органа;

11.6.7. копия решения Правительства Российской Федерации или органа государственной власти соответствующего субъекта Российской Федерации о признании наступления чрезвычайных обстоятельств – при досрочном прекращении трудового договора/служебного контракта в связи с наступлением чрезвычайных обстоятельств.

11.7. Все документы (кроме документов, удостоверяющих личность) предоставляются в оригинале или в копии, удостоверенной нотариально или выдавшим органом (с расшифровкой ФИО и должности удостоверившего лица, круглой (гербовой) печатью), на русском языке или с нотариально удостоверенным переводом на русский язык. Документы предоставляются в печатном виде или разборчиво написанными от руки.

11.8. Страховщик имеет право принять решение о страховой выплате на основании неполного комплекта документов, указанных в п.п. 11.1 – 11.6 Правил.

## **12. Досрочное прекращение Договора**

12.1. Договор может быть досрочно прекращен в следующих случаях:

12.1.1. отказа Страхователя от Договора (с даты, указанной в заявлении на досрочное прекращение Договора, но не ранее даты поступления заявления к Страховщику);

12.1.2. заключения соглашения Страхователя и Страховщика о расторжении Договора;

12.1.3. смерти Застрахованного, не квалифицированной в качестве страхового случая (если смерть наступила в отношении единственного Застрахованного);

12.1.4. исполнения Страховщиком обязательств в полном объеме;

12.1.5. в иных случаях, предусмотренных законодательством Российской Федерации или Правилами.

12.2. Страховая премия подлежит возврату при отказе Страхователя – физического лица от Договора в следующих случаях:

12.2.1. если с даты заключения Договора страхования до даты отказа от него прошло не более 14 (четырнадцати) календарных дней, Страховщик возвращает Страхователю уплаченную страховую премию в полном объеме;

12.2.2. в иных случаях, предусмотренных законодательными актами Российской Федерации, настоящими Правилами и Договором страхования в установленном ими размере.

12.3. Основаниями для прекращения Договора страхования, заключенного в целях обеспечения исполнения обязательств заемщика по договору потребительского кредита (займа) (п. 1.3 настоящих Правил), в том числе в отношении отдельного Застрахованного, являются:

12.3.1. При присоединении заемщика в качестве Застрахованного к Договору страхования, Страхователем по которому выступает кредитор, страхование в отношении Застрахованного прекращается:

- в случае обращения Застрахованного лица, с заявлением об исключении его из числа Застрахованных лиц (с момента обращения);

- в случае обращения Застрахованного лица в связи с полным досрочным исполнением обязательств по договору

потребительского кредита (займа) (с момента досрочного исполнения);

- по иным основаниям, предусмотренным законодательством Российской Федерации или Договором страхования.

12.3.2. При заключении заемщиком Договора страхования со Страховщиком, Договор страхования прекращается:

- в случае обращения к Страховщику об отказе от Договора страхования (с момента обращения);

- в случае обращения к Страховщику, в связи с полным досрочным исполнением обязательств заемщиком по договору потребителя кредит (займа) (с момента досрочного исполнения);

- по иным основаниям, предусмотренным законодательством Российской Федерации или Договором страхования.

12.4. При прекращении Договора страхования, заключенного в целях обеспечения исполнения обязательств заемщика по договору потребителя кредит (займа) (п. 1.3 настоящих Правил) страховая премия возвращается в следующих случаях:

12.4.1. По основаниям, предусмотренным п. 12.3.1 Правил:

12.4.1.1. если обращение Застрахованного лица с заявлением об исключении его из числа застрахованных лиц, поступило в течение четырнадцати календарных дней со дня выражения воли заемщика на присоединение к Договору страхования, страховая премия возвращается в полном объеме в срок, не превышающий семи рабочих дней со дня получения кредитором заявления Застрахованного об отказе от договора страхования с указанием реквизитов для перечисления денежных средств;

12.4.1.2. в случае обращения Застрахованного лица в связи с полным досрочным исполнением обязательств по договору потребителя кредит (займа), страховая премия возвращается за вычетом части денежных средств, исчисляемой пропорционально времени (дням) в течение которого заемщик являлся Застрахованным лицом, в срок, не превышающий семи рабочих дней со дня получения кредитором заявления Застрахованного;

12.4.1.3. в иных случаях – возврата страховой премии или ее части не производится, если иное не предусмотрено договором страхования или законодательными актами Российской Федерации.

12.4.2. По основаниям, предусмотренным п. 12.3.2 Правил:

12.4.2.1. в случае обращения к Страховщику об отказе от Договора страхования в течение четырнадцати календарных дней со дня его заключения, страховая премия возвращается в полном объеме в срок, не превышающий семи рабочих дней со дня получения Страховщиком письменного заявления об отказе от Договора страхования с указанием реквизитов для перечисления денежных средств;

12.4.2.2. в случае обращения к Страховщику, в связи с полным досрочным исполнением обязательств заемщиком по договору потребителя кредит (займа), страховая премия возвращается за вычетом части страховой премии, исчисляемой пропорционально времени (дням) в течение которого действовало страхование, в срок, не превышающий семи рабочих дней со дня получения заявления Страховщиком;

12.4.2.3. в иных случаях – возврата страховой премии или ее части не производится, если иное не предусмотрено договором страхования или законодательными актами

Российской Федерации.

12.5. Положения п.п. 12.4.1.1, 12.4.1.2, 12.4.2.1, 12.4.2.2 Правил применяются только при отсутствии событий, имеющих признаки страхового случая, в отношении данного Застрахованного лица.

12.6. Возврат страховой премии застрахованному лицу в случаях, предусмотренных п.п. 12.4.1.1 и 12.4.1.2 Правил, осуществляется кредитором, являющимся Страхователем. В этом случае Страховщик обязан возратить Страхователю полученную им страховую премию (или часть страховой премии) в размере, соответствующем размеру возвращенной кредитором заемщику страховой премии. Возврат производится в течение 10-ти рабочих дней с даты получения Страховщиком заявления об отказе от Договора страхования, если иное не предусмотрено Договором страхования.

12.7. При отказе Страхователя от Договора в случаях иных, чем указано в п.п. 12.2, 12.4 Правил страхования, Страховщик не производит возврат страховой премии или ее части. Данное условие является одним из существенных при установлении размера страхового тарифа по Договору страхования и, соответственно, размеров страховой премии, поэтому выкупная сумма по таким договорам равна нулю.

12.8. Возврат Страхователю причитающейся согласно п.п. 12.2 Правил страхования суммы страховой премии или её части производится в течение 7 (семи) рабочих дней с даты получения Страховщиком заявления об отказе от Договора страхования, если иное не предусмотрено законодательными актами Российской Федерации.

12.9. Возврат страховой премии или ее части производится Страхователю на основании его заявления, Полиса (Договора), документа, удостоверяющего личность получателя.

12.10. Возврат производится путем перечисления на банковские реквизиты, предоставленные Страхователем в письменном виде. Если банковские реквизиты для перечисления страховой премии предоставлены Страхователем позже заявления об отказе от Договора страхования, вышеуказанный срок для возврата страховой премии начинает течь с даты предоставления таких реквизитов.

### **13. Заключительные положения**

13.1. Страховщик не несет ответственности за неисполнение/ненадлежащее исполнение его обязанностей по Договору, если оно возникло вследствие обстоятельств непреодолимой силы (форс-мажор).

13.2. При расхождении трактовок соответствующих положений конкретного Договора страхования и настоящих Правил, приоритет имеют положения конкретного Договора страхования.

13.3. По договорам, заключаемым на основании настоящих Правил, настоящим устанавливается обязательный досудебный порядок разрешения споров. Лицо, считающее, что его права, предусмотренные Договором страхования, нарушены, обязано до предъявления иска обратиться с претензией к другой стороне.

13.4. Срок рассмотрения претензии составляет 30 дней с момента её получения. Сообщение считается доставленным и в тех случаях, если оно поступило лицу, которому оно направлено (адресату), но по обстоятельствам, зависящим от него, не было ему вручено или адресат не ознакомился с ним.

13.5. Если между Страховщиком и Выгодоприобретателем возникает спор, подлежащий рассмотрению финансовым уполномоченным согласно Федеральному закону

от 04.06.2018 N 123-ФЗ «Об уполномоченном по правам потребителей финансовых услуг», до подачи иска в суд в отношении Страховщика заинтересованное лицо обязано обратиться с требованием к Финансовому уполномоченному в порядке, предусмотренном законом.

13.6. В иных случаях споры по соблюдении установленного досудебного порядка подлежат рассмотрению судами в соответствии с законодательством Российской Федерации.

13.7. Все заявления и извещения, которые делают друг другу Страховщик и Страхователь, должны производиться в письменной форме любым из способов, позволяющих объективно зафиксировать факт сообщения. К таким способам относится передача через представителя или агента Страховщика, через организацию почтовой связи, через Личный кабинет Страхователя, по email, на сайте Страховщика, смс-уведомлением или с использованием мессенджеров.

13.8. Условия, не оговоренные настоящими Правилами страхования, регламентируются Законом Российской Федерации «Об организации страхового дела в Российской Федерации», Гражданским кодексом Российской Федерации, нормативно-правовыми документами, регламентирующими деятельность Страхователя (Застрахованного лица), и иными актами.

13.9. Страховщик обеспечивает защиту информации, полученной в процессе своей деятельности, независимо от формы ее представления, а также защиту персональных данных получателей страховых услуг, в соответствии с действующим законодательством, стандартами Банка России и Всероссийского союза страховщиков.

13.10. В случаях, согласованных со Страховщиком, официальный сайт Страховщика в информационно-телекоммуникационной сети «Интернет» может использоваться в качестве информационной системы, посредством которой осуществляется создание и отправка Страховщику, являющемуся оператором такой системы, приравненного к письменной форме электронного документа (заявления на изменение условий Договора, уведомления о наступлении страхового случая, заявления на страховую выплату или иных документов).

13.11. При неисполнении или ненадлежащем исполнении Сторонами условий Договора возникающие споры разрешаются в претензионном порядке, для чего Страхователь обязан направить Страховщику заявление (претензию) в письменной или электронной форме.

13.12. Страховщик обязан рассмотреть заявление (претензию) Страхователя и направить ему мотивированный ответ:

13.12.1. в течение пятнадцати рабочих дней со дня получения заявления (претензии) Страхователя, если указанное заявление (претензия) направлено в электронной форме по стандартной форме, утвержденной Службой финансового уполномоченного, и если со дня нарушения прав Страхователя прошло не более ста восьмидесяти дней;

13.12.2. в течение тридцати дней со дня получения заявления (претензии) Страхователя в иных случаях.

13.13. Мотивированный ответ на заявление (претензию) Страховщик направляет по адресу электронной почты Страхователя или в личный кабинет при их отсутствии по почтовому адресу.

13.14. В случае если Страхователь не согласен с мотивированным ответом Страховщика либо в случае неполуче-

ния такого ответа в срок, установленный п. 13.12 настоящих Правил и если размер денежных требований не превышает 500 (пятьсот) тысяч рублей, Страхователь направляет обращение финансовому уполномоченному.

13.15. К обращению в адрес финансового уполномоченного необходимо приложить:

13.15.1. копию заявления (претензии) Страхователя;

13.15.2. копию мотивированного ответа Страховщика;

13.15.3. копию Договора страхования (полиса);

13.15.4. копии иных документов по существу спора.

13.16. Обращение может быть направлено через личный кабинет на официальном сайте финансового уполномоченного <https://fnombudsman.ru/> либо в письменной форме.

13.17. Досудебный порядок урегулирования споров со Страховщиком предусмотрен законом и является для Страхователя обязательным<sup>1</sup>.

13.18. Страхователь вправе заявлять в судебном порядке требования к Страховщику, только после получения от финансового уполномоченного решения по обращению, за исключением случаев, указанных в п. 13.19. настоящих Правил.

13.19. Страхователь вправе заявлять требования к Страховщику в судебном порядке в следующих случаях:

13.19.1. размер денежных требований превышает 500 (пятьсот) тысяч рублей;

13.19.2. непринятия финансовым уполномоченным решения по обращению по истечении предусмотренного для этого срока;

13.19.3. прекращения рассмотрения обращения Страхователя финансовым уполномоченным;

13.19.4. несогласия Страхователя с вступившим в силу решением финансового уполномоченного.

<sup>1</sup> Досудебный порядок урегулирования споров установлен Федеральным законом от 04.06.2018 № 123-ФЗ «Об уполномоченном по правам потребителей финансовых услуг»

**Общество с ограниченной ответственностью  
«Страховая компания «ВСК - Линия жизни»**

**Адрес:** 121552, г. Москва, ул. Островная, д. 4.

**Тел.:** 8 (800) 775 55 37

**Лицензии ЦБ РФ:**

СЛ №3866, СЖ №3866, ОС №3866-02.

### Список критических заболеваний

Данный список применяется в отношении риска «Первичное диагностирование у Застрахованного критического заболевания» (п. 4.1.10 Правил).

Размер страховой выплаты в случае диагностирования одного из критических заболеваний, указанных в настоящем Списке, определяется Договором.

Договором может быть предусмотрен укороченный список заболеваний.

Договором могут быть предусмотрены определения критических заболеваний, отличающиеся от указанных в настоящем Списке.

| № п/п | Критическое заболевание                     | Определение критического заболевания   |
|-------|---|--|
| 1.    | Онкологическое заболевание (инвазивный рак) | <p>Впервые диагностированное у Застрахованного врачом-онкологом в течение срока страхования на основании данных гистологического (цитологического) исследования новообразование из злокачественных клеток, характеризующееся неконтролируемым ростом и пролиферацией в организме, инвазией и деструкцией смежных тканей и/или отдаленными метастазами. Если гистологическое (цитологическое) исследование невозможно по медицинским причинам, диагноз злокачественной опухоли должен быть подтвержден врачом-онкологом. Дополнительно данные медицинские причины должны быть объяснены, и злокачественная опухоль должна быть подтверждена КТ или МРТ исследованием.</p> <p>В рамках настоящих Правил к онкологическому заболеванию также относятся: злокачественная лимфома и злокачественные заболевания костного мозга, включая лейкоз.</p> <p><b>Исключение:</b><br/>Страховым случаем не является диагностирование у Застрахованного следующих заболеваний в период действия Договора:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- доброкачественные или предраковые новообразования, дисплазии;</li> <li>- прединвазивные новообразования и новообразования in situ (Tis – в соответствии с Международной классификацией TNM);</li> <li>- стадия рака простаты ниже T2bN0M0;</li> <li>- папиллярный или фолликулярный рак щитовидной железы со стадией ниже T2N0M0;</li> <li>- базально-клеточный, плоскоклеточный рак кожи, протуберанская дерматофибросаркома;</li> <li>- рак, диагностируемый на основании обнаружения опухолевых клеток и/или связанных с опухолью молекул в крови, слюне, фекалиях, моче или любой другой жидкости организма при отсутствии дополнительных окончательных и клинически проверяемых доказательств;</li> <li>- саркома Капоши и другие опухоли, связанные с ВИЧ или СПИДом.</li> </ul>  |
| 2.    | Инфаркт миокарда                            | <p>Впервые диагностированная у Застрахованного врачом-кардиологом в течение срока страхования гибель участка сердечной мышцы в результате недостаточного кровоснабжения, что сопровождается всеми следующими признаками острого инфаркта:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Типичное повышение и/или падение показателей анализа крови на сердечные биомаркеры (тропонин I, тропонин T), по крайней мере, на один уровень выше 99-го перцентиля верхнего референтного предела.</li> <li>2. Типичные клинические симптомы и признаки сердечного приступа (напр., характерная боль в груди).</li> <li>3. Новые типичные электрокардиографические изменения (не присутствовавшие у Застрахованного до начала заболевания): подъем или депрессия ST, инверсия зубца T, патологические зубцы Q или блокада левой ножки пучка Гиса.</li> </ol> <p><b>Исключение:</b><br/>Не является страховым случаем:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- другие острые коронарные синдромы, включая, помимо прочего, нестабильную стенокардию;</li> <li>- инфаркт миокарда, диагностированный в период страхования при условии, что у Застрахованного до начала страхования было диагностировано одно из следующих состояний: инфаркт миокарда, операция на аорте, аорто-коронарное шунтирование, ангиопластика, пересадка сердца и/или инсульт.</li> </ul>  |
| 3.    | Инсульт                                     | <p>Впервые диагностированное у Застрахованного врачом-неврологом в течение срока страхования нарушение кровоснабжения головного мозга, повлекшее постоянный неврологический дефицит, вызванный кровоизлиянием, инфарктом головного мозга или эмболом внечерепного происхождения, сопровождающееся всеми следующими признаками:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- внезапное появление новых неврологических симптомов, связанных с инсультом;</li> <li>- новые объективные неврологические нарушения при клиническом обследовании, сохраняющиеся непрерывно в течение как минимум 60 (Шестидесяти) календарных дней после постановки диагноза инсульта;</li> <li>- новые результаты компьютерной томографии или МРТ, если они были сделаны, в соответствии с клиническим диагнозом.</li> </ul> <p>Наличие перманентных неврологических расстройств (определяемых, например, по шкале ежедневной активности) должно устанавливаться врачом-неврологом и сохраняться непрерывно в течение минимального периода в 60 (Шестидесять) календарных дней от произошедшего события.</p> <p>Страховая выплата по этому случаю не может быть произведена ранее 60 (Шестидесяти) календарных дней после развития инсульта.</p> <p><b>Исключение:</b><br/>Не является страховым случаем:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- транзиторная ишемическая атака (ТИА);</li> <li>- травматическое повреждение ткани головного мозга или кровеносных сосудов;</li> <li>- вторичное кровотечение в ранее существовавшее поражение мозга;</li> <li>- любые отклонения от нормы, наблюдаемые при сканировании головного мозга или других изображениях без четко связанных клинических симптомов и неврологических признаков.</li> </ul> <p>Не является страховым случаем нарушение кровоснабжения головного мозга, диагностированное в период страхования при условии, что у Застрахованного до начала страхования было диагностировано одно из следующих состояний: инфаркт миокарда, операция на аорте, аорто-коронарное шунтирование, ангиопластика, пересадка сердца и/или инсульт.</p> |

| № п/п | Критическое заболевание                 | Определение критического заболевания  |
|-------|---|---|
| 4.    | Шунтирование                            | <p>Проведение в течение срока страхования по назначению врача-кардиолога оперативного вмешательства на сердце доступом срединной стернотомии (хирургическое рассечение грудины), с целью коррекции при помощи обходных шунтов сужения или закупорки одной или более коронарных артерий.</p> <p><b>Исключение:</b><br/>Не являются страховыми случаями чрескожные коронарные вмешательства, такие как ангиопластика и все другие внутриартериальные катетерные методы или лазерные процедуры, не предусматривающие проведение стернотомии.<br/>Не является страховым случаем аорто-коронарное шунтирование, проведенное в период страхования, при условии, что у Застрахованного до начала страхования было диагностировано одно из следующих состояний: инфаркт миокарда, операция на аорте, аорто-коронарное шунтирование, ангиопластика, пересадка сердца и/или инсульт.</p>                        |
| 5.    | Хроническая почечная недостаточность    | <p>Впервые диагностированная у Застрахованного врачом-нефрологом в течение срока страхования хроническая, необратимая конечная стадия недостаточности обеих почек, требующая либо регулярного диализа.</p>  |
| 6.    | Трансплантация жизненно-важных органов  | <p>Проведение в течение срока страхования операции по трансплантации жизненно-важного целого органа (сердца, печени, легкого, почки, поджелудочной железы) или аллогенного костного мозга у Застрахованного в качестве реципиента.</p>  |
| 7.    | Паралич                                 | <p>Впервые диагностированная у Застрахованного врачом-неврологом в течение срока страхования полная и постоянная потеря способности использования любых двух или более конечностей в силу несчастного случая или заболевания спинного или головного мозга.</p>  |
| 8.    | Хирургическое лечение заболеваний аорты | <p>Проведение в течение срока страхования хирургической операции в связи с опасным для жизни заболеванием аорты: восстановление коарктации, хирургическая замена части пораженной аорты трансплантатом при аневризме или расслоении аорты. Понятие аорты включает в себя грудную и брюшную аорту.</p> <p><b>Исключение:</b><br/>Не является страховым случаем операция на ветвях аорты.<br/>Также не являются страховыми случаями любые другие хирургические операции, например, установка стентов с минимальной инвазией или эндоваскулярное лечение.<br/>Не является страховым случаем хирургическое лечение заболеваний аорты, проведенное в период страхования, при условии, что у Застрахованного до начала страхования было диагностировано одно из следующих состояний: инфаркт миокарда, операция на аорте, аорто-коронарное шунтирование, ангиопластика, пересадка сердца и/или инсульт.</p> |
| 9.    | Оперирование сердечных клапанов         | <p>Проведение в течение срока страхования по назначению врача-кардиолога первой открытой или эндоскопической операции на сердечном клапане, выполняемой для замены или восстановления одного или нескольких сердечных клапанов, как следствие дефектов, которые не могут быть устранены только с помощью процедур внутриартериального катетера.</p> <p><b>Исключение:</b><br/>Не является страховым случаем операция на клапанах сердца в связи с врожденными нарушениями.</p>  |
| 10.   | Слепота (потеря зрения)                 | <p>Впервые диагностированная у Застрахованного врачом-офтальмологом в течение срока страхования полная, постоянная и необратимая потеря зрения на оба глаза в результате несчастного случая или заболевания, которая не подлежит коррекции с помощью медицинских вмешательств (процедур).</p>   |
| 11.   | Рассеянный склероз                      | <p>Впервые диагностированный у Застрахованного врачом-неврологом в течение срока страхования рассеянный склероз – воспалительное и демиелинизирующее заболевание головного и/или спинного мозга, которое вызывает типичные неврологические симптомы и признаки. Диагноз должен быть подтвержден в соответствии с критериями международной группы (пересмотренные критерии Макдональда 2010 *).</p> <p>* Polman, CH, Reingold, SC, Edan, G, et al. Диагностические критерии рассеянного склероза: редакция 2010 г. «критериев Макдональда». Ann Neurol 2011; 69: 292-302</p>   |

## Перечень документов для осуществления страховой выплаты

Данный перечень документов для осуществления страховой выплаты применяется при наступлении страхового случая по риску «Первичное диагностирование у Застрахованного критического заболевания» (п. 4.1.10 Правил):

1. копия документа, удостоверяющего личность Застрахованного;
2. выписки из медицинских карт амбулаторного больного (амбулаторных карт) с указанием дат обращений и диагнозов за весь период наблюдения из всех ЛПУ, в которых Застрахованное лицо проходило амбулаторное лечение и/или копии амбулаторных карт, заверенные ЛПУ, за весь период;
3. выписки из медицинских карт или копии записей в медицинских картах амбулаторного (стационарного) больного, касающиеся обстоятельств наступления заявленного события, из всех лечебных учреждений, в которые обращался Застрахованный, с указанием полного диагноза, даты первичного установления диагноза, подробным указанием результатов лабораторных и инструментальных методов исследования, типичных для соответствующего заболевания (в том числе результаты серологического исследования крови на ВИЧ), с описанием проведенного лечения, в том числе протокола оперативного вмешательства (если оно проводилось);
4. заключение врача-специалиста с подробным описанием симптомов заболевания, подтвержденных результатами исследований, а также описанием анамнеза заболевания;
5. заключение врача-специалиста с указанием показаний к оперативному вмешательству (если оно проводилось);
6. направление на госпитализацию для оперативного лечения (если оно проводилось);
7. заключение врача-специалиста, сделанное по истечении периода, указанного в определении соответствующего критического заболевания, с подробным описанием симптомов, как на дату возникновения заболевания, так и по истечении указанного срока с момента возникновения заболевания (для заболеваний, где предусмотрено обязательное сохранение симптомов на протяжении определенного периода);
8. справка из специализированного диспансера с информацией о дате установления диагноза и дате постановки на учет (для заболеваний, подлежащих диспансерному учету);
9. извещение о больном с впервые в жизни установленным диагнозом злокачественного новообразования (форма 090у) или выписка из ИАС «Канцер-регистр» (при онкологическом заболевании);
10. справка, подтверждающая факт установления инвалидности, выданная федеральным государственным учреждением медико-социальной экспертизы (при потере самообслуживания);
11. заверенная лечебным учреждением копия направления на медико-социальную экспертизу (при потере самообслуживания);
12. выписка из акта медико-социальной экспертизы гражданина или заверенные в установленном порядке копии акта и/или протокола проведения медико-социальной экспертизы гражданина (при потере самообслуживания);
13. индивидуальная программа реабилитации или реабилитации инвалида, выданная федеральным государственным учреждением медико-социальной экспертизы (при потере самообслуживания);
14. результат медицинского обследования или независимой экспертизы (при направлении Застрахованного на медицинское обследование для уточнения диагноза и характера полученного повреждения по требованию Страховщика).

## СПИСОК ДОКУМЕНТОВ, ПРЕДОСТАВЛЯЕМЫХ ПО ЗАПРОСУ СТРАХОВЩИКА ПРИ ЗАКЛЮЧЕНИИ ДОГОВОРА СТРАХОВАНИЯ

I. При заключении договора страхования Страховщиком могут быть затребованы следующие документы:

1. Заявление на страхование
2. Документ, удостоверяющий личность Страхователя, Застрахованного лица (паспорт Российской Федерации или иного государства, гражданином которого является Страхователь или Застрахованное лицо, Свидетельство о рождении).

II. Дополнительно для оценки страхового риска могут потребоваться следующие документы:

1. Дополнительная анкета клиента;
2. Анкеты по дополнительным рискам;
3. Отчет о результатах медицинского обследования;
4. Общий анализ мочи (внешний вид, цитология, содержание белка, рН и т.д.);
5. Заключение ЭКГ с отведениями в покое;
6. Заключение ЭКГ с отведениями в покое и с нагрузкой (велозергометрия или «тред.милл»), если нет медицинских противопоказаний;
7. Лабораторные исследования крови, в состав которых обязательно включены:
  - Клинический развернутый анализ крови;
  - Биохимический анализ крови;
  - Серологическое исследование крови: вирусы гепатита «В», «С»;
  - Исследование крови на онкомаркеры: ПСА.
8. Рентгенография грудной клетки с заключением;
9. Исследование крови на ВИЧ;
10. Заключение врачей-специалистов о состоянии систем и органов лица, принимаемого на страхование, с приложением результатов соответствующих анализов и исследований: КТ (компьютерная томография), МРТ (магнито-резонансная томография), ЭХО исследования органов, УЗИ (ультразвуковое исследование), рентгенографическое исследование, эндоскопические исследования, результаты аудиометрического исследования; ЭКГ с отведениями в покое (с регистрационной лентой), суточное мониторирование по Холтеру, результаты гистологического исследования, гликолизированный гемоглобин.
11. Листок(-ки) нетрудоспособности; справка из ЛПУ с указанием диагноза, сроками лечения, результатами обследования; амбулаторная карта (выписка из амбулаторной карты), выписка из истории болезни, обменная карта, выписной эпикриз из истории болезни в случае стационарного лечения; акт о несчастном случае на производстве по форме Н-1; акт о расследовании несчастного случая на производстве с возможным инвалидным исходом; справка из учреждения медико-социальной экспертной комиссии (справка МСЭ); копия направления на МСЭ, справка из ЛПУ с указанием диагноза, по поводу которого установлена группа инвалидности; акт о профессиональном заболевании;
12. Финансовая анкета;
13. Подтверждение доходов потенциального застрахованного лица по официальной форме за предыдущие 3 года (2-НДФЛ / налоговая декларация / иные документы, установленные действующим законодательством РФ);
14. Копия решения кредитного комитета / кредитный договор (или заверенная банком копия);
15. Штатное расписание (заверенная выписка из штатного расписания) / судовая роль.

III. Документы, запрашиваемые в целях идентификации клиентов (страхователей), в соответствии с требованиями законодательства Российской Федерации о противодействии отмыванию доходов, полученных преступным путем, финансированию терроризма и распространения оружия массового уничтожения:

1. Документ, удостоверяющий личность Страхователя – физического лица, представителя Страхователя, Застрахованного лица:

1.1. для граждан Российской Федерации:

- паспорт гражданина Российской Федерации;
- паспорт гражданина Российской Федерации, дипломатический паспорт, служебный паспорт, удостоверяющие личность гражданина Российской Федерации за пределами Российской Федерации;
- свидетельство о рождении гражданина Российской Федерации (для граждан Российской Федерации в возрасте до 14 лет);
- временное удостоверение личности гражданина Российской Федерации, выдаваемое на период оформления паспорта гражданина Российской Федерации;

1.2. для иностранных граждан:

- паспорт иностранного гражданина;

1.3. для лиц без гражданства:

- документ, выданный иностранным государством и признаваемый в соответствии с международным договором Российской Федерации в качестве документа, удостоверяющего личность лица без гражданства;
- разрешение на временное проживание, вид на жительство;
- документ, удостоверяющий личность лица, не имеющего действительного документа, удостоверяющего личность, на период рассмотрения заявления о признании гражданином Российской Федерации или о приеме в гражданство Российской Федерации;
- удостоверение беженца, свидетельство о рассмотрении ходатайства о признании беженцем на территории Российской Федерации по существу;

- иные документы, признаваемые документами, удостоверяющими личность гражданина Российской Федерации в соответствии с законодательством Российской Федерации, и документами, удостоверяющими личность иностранного гражданина и лиц без гражданства в соответствии с законодательством Российской Федерации и международным договором Российской Федерации.

1.4. Для иностранных граждан и лиц без гражданства, находящихся на территории Российской Федерации, в случае если необходимость наличия у них миграционной карты предусмотрена законодательством Российской Федерации - данные миграционной карты: номер карты, дата начала срока пребывания и дата окончания срока пребывания в Российской Федерации.

1.5. Для иностранных граждан и лиц без гражданства, находящихся на территории Российской Федерации, в случае если необходимость наличия у них документа, подтверждающего право иностранного гражданина или лица без гражданства на пребывание (проживание) в Российской Федерации, предусмотрена законодательством Российской Федерации - данные документа, подтверждающего право иностранного гражданина или лица без гражданства на пребывание (проживание) в Российской Федерации: серия (если имеется) и номер документа, дата начала срока действия права пребывания (проживания), дата окончания срока действия права пребывания (проживания), в случае если наличие указанных данных предусмотрено законодательством Российской Федерации.

1.6. Дополнительно для исполнения законодательства Российской Федерации о противодействии отмыванию доходов, полученных преступным путем, финансированию терроризма и распространения оружия массового уничтожения могут потребоваться документы, подтверждающие следующие сведения в отношении Страхователя – физического лица:

- а) Адрес места жительства (регистрации) или места пребывания.
- б) Идентификационный номер налогоплательщика (при наличии).
- в) Информация о страховом номере индивидуального лицевого счета застрахованного лица в системе обязательного пенсионного страхования (при наличии).
- г) Номера телефонов и факсов (при наличии).
- д) Должность клиента, в случае, если клиент является ИПДЛ/ДЛОК, наименование и адрес его работодателя.
- е) Степень родства либо статус (супруг или супруга) клиента по отношению к лицу
- ж) Сведения, подтверждающие наличие у лица полномочий представителя клиента: наименование, дата выдачи, срок действия, номер документа, на котором основаны полномочия представителя клиента.
- з) Сведения о целях установления и предполагаемом характере деловых отношений с Обществом, сведения о целях финансово-хозяйственной деятельности.
- и) Сведения о финансовом положении.
- к) Сведения о деловой репутации
- л) Сведения об источниках происхождения денежных средств и (или) иного имущества клиента.
- м) Сведения о бенефициарном владельце клиента, включая решение Общества о признании бенефициарным владельцем клиента иного физического лица с обоснованием принятого решения (в случае выявления такого бенефициарного владельца).

2. Документы, запрашиваемые в целях идентификации клиентов (страхователей) – юридических лиц или иностранной структуры без образования юридического лица:

- Устав
- Учредительный договор (при наличии)
- Свидетельство о регистрации
- Свидетельство о постановке на учет в налоговом органе
- Письмо Росстата о присвоении кодов
- Протокол общего собрания учредителей о создании юридического лица;
- Документы, подтверждающие полномочия единоличного исполнительного органа (Решение / Протокол);
- Документы, подтверждающие полномочия иных лиц, наделенных правом подписи (приказ о назначении на должность указанием предоставления права подписи или приказ о назначении на должность и доверенность с указанием предоставления права подписи)
- Приказ о назначении и вступлении в должность руководителя.
- Документ, подтверждающий нахождение организации по адресу осуществления деятельности (свидетельство о праве собственности или договор аренды/субаренды)
- Свидетельство о внесении записи в Единый государственный реестр юридических лиц (если компания зарегистрирована до 01.07.2002);
- Сведения (документы) о финансовом (годовая бухгалтерская отчетность (бухгалтерский баланс, отчет о финансовом результате), годовая (квартальная) налоговая декларация, аудиторское заключение на годовой отчет за прошедший год, в котором подтверждаются достоверность финансовой (бухгалтерской) отчетности и соответствие порядка ведения бухгалтерского учета законодательству РФ, справка об исполнении налогоплательщиком (плательщиком сборов, налоговым агентом) обязанности по уплате налогов, сборов, пеней, штрафов)
- Сведения о деловой репутации (рекомендательные письма)
- Копии документов руководителя организации, бенефициарных владельцев (документы, запрашиваемые при идентификации физического лица – п.1)

2.1. Дополнительно для исполнения законодательства Российской Федерации о противодействии отмыванию доходов, полученных преступным путем, финансированию терроризма и распространения оружия массового уничтожения могут потребоваться документы, подтверждающие следующие сведения в отношении Страхователя – юридического лица или

иностранной структуры без образования юридического лица:

- а) Код (коды) (при наличии) иностранной структуры без образования юридического лица в государстве (на территории) ее регистрации (инкорпорации) в качестве налогоплательщика (или его (их) аналоги).
- б) Сведения о государственной регистрации:
  - основной государственный регистрационный номер - для резидента;
  - номер записи об аккредитации филиала, представительства иностранного юридического лица в государственном реестре аккредитованных филиалов, представительств иностранных юридических лиц, регистрационный номер юридического лица по месту учреждения и регистрации - для нерезидента;
  - место государственной регистрации (местонахождение);
  - регистрационный номер (номера) (при наличии), присвоенный иностранной структуре без образования юридического лица в государстве (на территории) ее регистрации (инкорпорации) при регистрации (инкорпорации), - для иностранной структуры без образования юридического лица.
- в) Адрес юридического лица.
- г) Код в соответствии с Общероссийским классификатором объектов административно-территориального деления (при наличии).
- д) Место ведения основной деятельности иностранной структуры без образования юридического лица.
- е) Состав имущества, находящегося в управлении (собственности), фамилия, имя, отчество (при наличии) (наименование) и адрес места жительства (места нахождения) учредителей и доверительного собственника (управляющего) - в отношении трастов и иных иностранных структур без образования юридического лица с аналогичной структурой или функцией.
- ж) Сведения об органах юридического лица, иностранной структуры без образования юридического лица (структура и персональный состав органов управления юридического лица, за исключением сведений о персональном составе акционеров (участников) юридического лица, владеющих менее чем одним процентом акций (долей) юридического лица, структура и персональный состав органов управления иностранной структуры без образования юридического лица (при наличии).
- з) Номера телефонов и факсов (при наличии).
- и) Сведения о целях установления и предполагаемом характере деловых отношений с Обществом, сведения о целях финансово-хозяйственной деятельности (сведения о планируемых операциях).
- к) Сведения об источниках происхождения денежных средств и (или) иного имущества клиента.
- л) Код юридического лица в соответствии с Общероссийским классификатором предприятий и организаций (при наличии).
- м) Сведения о лицензии на право осуществления деятельности, подлежащей лицензированию: вид, номер, дата выдачи лицензии; кем выдана; срок действия; перечень видов лицензируемой деятельности.
- н) Банковский идентификационный код - для кредитных организаций – резидентов.