

УТВЕРЖДЕНО
Приказом ОАО «САК «ЭНЕРГОГАРАНТ»
от «26» ноября 2012 г. № 401

Генеральный директор

_____ А.А. Зернов



**ПРАВИЛА
ДОБРОВОЛЬНОГО СТРАХОВАНИЯ ОТ НЕСЧАСТНЫХ
СЛУЧАЕВ И БОЛЕЗНЕЙ**

Сид (Мининский)

Сид (и А. Зернове)

[Signature]

Оглавление

1. ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ.....	3
2. СУБЪЕКТЫ СТРАХОВАНИЯ.....	5
3. ОБЪЕКТ СТРАХОВАНИЯ.....	6
4. СТРАХОВЫЕ РИСКИ И СТРАХОВЫЕ СЛУЧАИ	6
5. ИСКЛЮЧЕНИЯ ИЗ СТРАХОВОГО ПОКРЫТИЯ.....	8
6. СТРАХОВАЯ СУММА	9
7. СТРАХОВОЙ ТАРИФ. СТРАХОВАЯ ПРЕМИЯ (СТРАХОВЫЕ ВЗНОСЫ). ФРАНШИЗА.....	10
8. СРОК СТРАХОВАНИЯ.....	11
9. ПОРЯДОК ЗАКЛЮЧЕНИЯ, ПРЕКРАЩЕНИЯ ДОГОВОРА СТРАХОВАНИЯ И ВНЕСЕНИЯ В НЕГО ИЗМЕНЕНИЙ И ДОПОЛНЕНИЙ.....	11
10. ИЗМЕНЕНИЕ СТЕПЕНИ РИСКА	13
11. ПРАВА И ОБЯЗАННОСТИ СТОРОН	14
12. ВЗАИМООТНОШЕНИЯ СТОРОН ПРИ НАСТУПЛЕНИИ СОБЫТИЯ, ИМЕЮЩЕГО ПРИЗНАКИ СТРАХОВОГО СЛУЧАЯ.....	15
13. ОПРЕДЕЛЕНИЕ РАЗМЕРА СТРАХОВОЙ ВЫПЛАТЫ.	17
14. ПОРЯДОК И УСЛОВИЯ ОСУЩЕСТВЛЕНИЯ СТРАХОВЫХ ВЫПЛАТ	19
15. ПОРЯДОК РАЗРЕШЕНИЯ СПОРОВ	19
ДОПОЛНИТЕЛЬНЫЕ УСЛОВИЯ № 1 СТРАХОВАНИЯ РИСКА «СТАЦИОНАРНОЕ ЛЕЧЕНИЕ».....	20
ДОПОЛНИТЕЛЬНЫЕ УСЛОВИЯ № 2 СТРАХОВАНИЯ РИСКА «ХИРУРГИЧЕСКИЕ ОПЕРАЦИИ, ЛЕЧЕБНЫЕ И ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ МАНИПУЛЯЦИИ»	21
ДОПОЛНИТЕЛЬНЫЕ УСЛОВИЯ № 3 СТРАХОВАНИЯ РИСКА «КРИТИЧЕСКОЕ ЗАБОЛЕВАНИЕ (СОСТОЯНИЕ)»	22
ДОПОЛНИТЕЛЬНЫЕ УСЛОВИЯ № 4 СТРАХОВАНИЯ РИСКА «УТРАТА ЗАСТРАХОВАННЫМ ЛИЦОМ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ТРУДОСПОСОБНОСТИ»	28
ДОПОЛНИТЕЛЬНЫЕ УСЛОВИЯ № 5 ОБЯЗАТЕЛЬНОГО СТРАХОВАНИЯ МЕДИЦИНСКИХ, ФАРМАЦЕВТИЧЕСКИХ И ИНЫХ РАБОТНИКОВ ГОСУДАРСТВЕННОЙ И МУНИЦИПАЛЬНОЙ СИСТЕМ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ, РАБОТА КОТОРЫХ СВЯЗАНА С УГРОЗОЙ ИХ ЖИЗНИ И ЗДОРОВЬЮ	29
ДОПОЛНИТЕЛЬНЫЕ УСЛОВИЯ № 6 СТРАХОВАНИЯ РИСКА «ДИАГНОСТИРОВАНИЕ ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО ЗАБОЛЕВАНИЯ»	34
ДОПОЛНИТЕЛЬНЫЕ УСЛОВИЯ № 7 СТРАХОВАНИЯ РИСКА «ЗАБОЛЕВАНИЯ (ЗАРАЖЕНИЯ) ИНФЕКЦИОННЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ»	35
Приложение 8 ТАБЛИЦА РАЗМЕРОВ СТРАХОВЫХ ВЫПЛАТ.....	36
Приложение 9 ТАБЛИЦА РАЗМЕРОВ СТРАХОВЫХ ВЫПЛАТ В СВЯЗИ С ХИРУРГИЧЕСКИМИ ОПЕРАЦИЯМИ, ЛЕЧЕБНЫМИ И ДИАГНОСТИЧЕСКИМИ МАНИПУЛЯЦИЯМИ ПО ПОВОДУ ТРАВМ И БОЛЕЗНЕЙ (ЗАБОЛЕВАНИЙ).....	48
Приложение 10 – БАЗОВЫЕ ТАРИФНЫЕ СТАВКИ.....	75
Приложение 11 – ДОГОВОР СТРАХОВАНИЯ (образец проекта).....	79
Приложение 1 к Договору страхования - ЗАЯВЛЕНИЕ НА СТРАХОВАНИЕ (образец проекта).....	84
Приложение 2 к Договору страхования - СПИСОК ЗАСТРАХОВАННЫХ ЛИЦ (образец проекта).....	85
Приложение 12 - ПОЛИС (образец проекта).....	86

1. ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ

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

1.2. Основные термины, используемые в настоящих Правилах:

1.2.1. **Несчастный случай*** - фактически произошедшее в течение срока действия договора страхования, внезапное, непредвиденное событие, в результате которого наступило расстройство здоровья Застрахованного лица или его смерть.

Несчастными случаями, в частности, являются произошедшие в течение срока действия договора страхования:

- травмы;
- случайные острые отравления бытовыми и промышленными ядами, ядовитыми растениями, лекарственными препаратами, недоброкачественными пищевыми продуктами (за исключением сальмонеллеза, дизентерии и других разновидностей пищевой токсикоинфекции);
- укусы ядовитых насекомых, змей и других животных;
- клещевой энцефалит, боррелиоз;
- столбняк;
- удушье вследствие случайного попадания в дыхательные пути инородного тела;
- утопление;
- анафилактический шок.

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

Под травмами понимаются:

- механические повреждения (ушибы; растяжения; вывихи; переломы; разрывы (ранения) органов и тканей (в том числе раны – резанные, рваные, размозженные, ушибленные, рубленые, колотые, точечные), сдавливание тканей и внутренних органов; сотрясения);
- термические повреждения (ожоги, обморожения);
- химические повреждения;
- баротравмы;
- электротравмы.

Полный исчерпывающий список травм, по которым производятся страховые выплаты, указан в Таблицах размеров страховых выплат (Приложение 8 к настоящим Правилам).

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

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

** Примечание: В рамках данных правил острое отравление бытовыми и промышленными ядами, ядовитыми растениями, лекарственными препаратами, недоброкачественными пищевыми продуктами (за исключением сальмонеллеза, дизентерии и других разновидностей пищевой токсикоинфекции), клещевой энцефалит, укусы ядовитых животных и насекомых, поражение*

электротоком, атмосферным электричеством, столбняк, признаются несчастным случаем только при стационарном лечении.

1.2.5. **Болезнь (заболевание)** - развившееся в период действия договора страхования нарушение состояния здоровья Застрахованного лица, за исключением связанного с травмой, диагноз которого поставлен в тот же период на основании известных медицинской науке объективных симптомов.

1.2.6. **Временная утрата трудоспособности** - нетрудоспособность Застрахованного лица в течение ограниченного периода времени, явившаяся следствием несчастного случая или болезни (заболевания) и удостоверенная выданным ему листком нетрудоспособности или заменяющим его документом.

1.2.7. **Временное нарушение состояния здоровья** - нарушение состояния здоровья Застрахованного лица в течение ограниченного периода времени в результате несчастного случая или болезни (заболевания), подтвержденное квалифицированным врачом и потребовавшее лечения в амбулаторных или стационарных условиях

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

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

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

1.2.11. **Критическое заболевание (состояние)** - одно из тяжелых заболеваний (состояний) или последствий подобного заболевания (состояния), предусмотренных Приложением 1 к Дополнительным условиям № 3, значительно нарушающее жизненный уклад и ухудшающее качество жизни Застрахованного лица и характеризующееся неблагоприятным прогнозом в отношении его жизни.

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

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

1.2.13. **Профессиональная трудоспособность** - способность человека к выполнению работы определенной квалификации, объема и качества.

1.2.14. **Утрата профессиональной трудоспособности** – стойкое снижение или утрата способности человека к выполнению работы определенной квалификации, объема и качества.

1.2.15. **Профессиональное заболевание** – это хроническое или острое заболевание Застрахованного лица, являющееся результатом воздействия на него вредного (вредных) производственного (производственных) фактора (факторов) и повлекшее за собой временную или стойкую утрату Застрахованным лицом профессиональной трудоспособности или его смерть;

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

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

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

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

1.3. При заключении договора страхования Таблицы размеров страховых выплат (Приложение 8) могут быть укорочены.

Конкретный вариант Таблиц размеров страховых выплат указывается в договоре страхования. Травмы, не указанные в Таблицах размеров страховых выплат, упомянутых в договоре страхования, не являются страховым случаем.

Страховая выплата не производится по травмам и иным позициям, не предусмотренным в приложенных к договору страхования Таблицах размеров страховых выплат.

Таблица размеров страховых выплат не применяется и выплаты в соответствии с ней не производятся в тех случаях, когда факт получения того или иного повреждения установлен только на основании сообщений и жалоб заинтересованных в выплатах лиц, даже если подобные сообщения и жалобы зафиксированы письменно, в т.ч. в медицинских документах, но не подтверждены объективными данными инструментальных методов исследований (анализами, рентгеновскими снимками и т.п.)

2. СУБЪЕКТЫ СТРАХОВАНИЯ

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

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

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

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

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

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

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

Выгодоприобретателем может быть дееспособное лицо:

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

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

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

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

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

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

- инвалиды I группы;

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

2.8. Страховщик вправе принять решение о страховании указанных в п. 2.7 категорий физических лиц при условии установления ограничений на объем страхового покрытия, установления франшиз, а также применения повышающих коэффициентов к действующим тарифам.

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

3. ОБЪЕКТ СТРАХОВАНИЯ

Объектом страхования являются не противоречащие законодательству Российской Федерации имущественные интересы Страхователя (Застрахованного лица), связанные с жизнью, здоровьем и трудоспособностью Застрахованного лица.

4. СТРАХОВЫЕ РИСКИ И СТРАХОВЫЕ СЛУЧАИ

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

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

4.3. Страховыми рисками по настоящим Правилам страхования являются:

4.3.1. *Временная утрата трудоспособности* (временное нарушение состояния здоровья, травматическое повреждение) Застрахованного лица с учетом ограничений, перечисленных в разделе 5 настоящих Правил страхования, подтвержденная квалифицированным врачом и потребовавшая лечения в амбулаторных или стационарных условиях, установленная в период действия договора страхования и наступившая в результате:

- а) несчастного случая, в том числе, явившегося следствием:
 - неправильных медицинских манипуляций;
 - пищевого отравления, если иное (обратное) не предусмотрено условиями договора страхования.
- б) болезни (заболевания).

Страховая защита распространяется на случаи установления временной утраты трудоспособности (временного нарушения состояния здоровья) Застрахованному лицу в результате событий, перечисленных в пп. «а», или всех перечисленных в настоящем пункте событий (в зависимости от условий договора страхования).

4.3.2. *Постоянная утрата трудоспособности - инвалидность I, II, III группы или категория «ребенок - инвалид» с учетом ограничений, перечисленных в разделе 5 настоящих Правил страхования*, первично установленная Застрахованному лицу в результате:

- а) несчастного случая, в том числе, явившегося следствием
 - неправильных медицинских манипуляций;
 - пищевого отравления, если иное (обратное) не предусмотрено условиями договора страхования.
- б) болезни (заболевания)

в период действия договора страхования, либо в течение 1 (одного) года со дня наступления этих событий, либо в течение иного периода, указанного в договоре страхования.

Страховая защита распространяется на случаи установления постоянной утраты трудоспособности - инвалидности I, II, III группы или присвоения категории «ребенок - инвалид» в

результате событий, предусмотренных пп. «а» или всех перечисленных в настоящем пункте событий (в зависимости от условий договора страхования).

4.3.3. *Смерть Застрахованного лица с учетом ограничений, перечисленных в разделе 5 настоящих Правил страхования*, наступившая в период действия договора страхования в результате:

- а) несчастного случая, в том числе, явившегося следствием
 - неправильных медицинских манипуляций;
 - пищевого отравления, если иное (обратное) не предусмотрено условиями договора страхования.
- б) болезни (заболевания).

Если это отдельно предусмотрено договором страхования, страховая защита распространяется на случаи смерти Застрахованного лица, наступившие в течение 1 (одного) года со дня наступления событий, указанных в пп. «а» и «б», либо в течение иного периода, указанного в договоре страхования.

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

4.4. В договор страхования по соглашению Сторон могут быть включены как все, так и отдельные страховые риски, из числа перечисленных в пп. 4.3.1. – 4.3.3., или любое их сочетание.

4.5. События, предусмотренные пунктом 4.3. признаются страховыми случаями, если они явились следствием несчастного случая и/или болезни (заболевания), произошедшего в период действия договора страхования, и подтверждены документами, выданными компетентными органами в установленном законом порядке (медицинскими учреждениями, ЗАГСом и т.д.)

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

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

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

4.7. По соглашению Сторон за дополнительную страховую премию помимо страховых рисков, указанных в пп. 4.3.1. – 4.3.3. настоящих Правил, в договор страхования могут быть включены все или некоторые из нижеследующих страховых рисков:

4.7.1. *Стационарное лечение* Застрахованного лица (в соответствии с дополнительными условиями № 1, являющимися неотъемлемой частью настоящих Правил);

4.7.2. *Хирургические операции, лечебные и диагностические манипуляции* (в соответствии с дополнительными условиями № 2, являющимися неотъемлемой частью настоящих Правил);

4.7.3. *Критическое заболевание (состояние)* (в соответствии с дополнительными условиями № 3, являющимися неотъемлемой частью настоящих Правил);

4.7.4. *Утрата Застрахованным лицом профессиональной трудоспособности* (в соответствии с дополнительными условиями № 4, являющимися неотъемлемой частью настоящих Правил),

4.7.5. *Обязательное страхование медицинских, фармацевтических и иных работников государственной и муниципальной систем здравоохранения, работа которых связана с угрозой их жизни и здоровью* (в соответствии с дополнительными условиями № 5, являющимися неотъемлемой частью настоящих Правил);

4.7.6. *Диагностирование профессионального заболевания* (в соответствии с дополнительными условиями № 6, являющимися неотъемлемой частью настоящих Правил);

4.7.7. *Заболевание (заражение) инфекционными заболеваниями* (в соответствии с дополнительными условиями №7, являющимися неотъемлемой частью настоящих Правил)

5. ИСКЛЮЧЕНИЯ ИЗ СТРАХОВОГО ПОКРЫТИЯ

5.1. Не являются страховыми случаями, если иное прямо не предусмотрено договором страхования, события, перечисленные в п. 4.3.1. – 4.3.3 и наступившие в результате:

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

5.1.2. занятия Застрахованным лицом любым видом спорта на профессиональном уровне, включая участие в спортивных соревнованиях и тренировках;

5.1.3. занятия Застрахованным лицом сопряженными с повышенной опасностью видами спорта на любительской, в том числе разовой основе, такими как авто-, мото-, велоспорт, воздушные виды спорта, включая парашютный спорт, альпинизм, горные лыжи, боевые единоборства, подводное плавание;

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

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

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

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

5.3.2. совершения Застрахованным лицом противоправных действий;

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

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

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

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

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

5.3.8. иных обстоятельств, предусмотренных договором страхования.

6. СТРАХОВАЯ СУММА

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

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

6.3. На каждое Застрахованное лицо устанавливается индивидуальная страховая сумма. В договоре страхования могут устанавливаться:

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

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

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

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

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

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

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

6.6. По договору страхования, заключенному в отношении нескольких лиц, размер страховой суммы для каждого Застрахованного лица (в случае необходимости отдельно по каждому риску или по сочетанию рисков) должен быть указан в договоре страхования.

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

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

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

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

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

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

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

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

7.2. Страховщик определяет размер страхового тарифа, исходя из базового страхового тарифа, с учетом поправочных коэффициентов на основе андеррайтерской оценки в зависимости от объема ответственности Страховщика, возраста, пола, рода деятельности Застрахованного лица, его занятий помимо основной деятельности, состояния здоровья, условий проживания, времени действия страховой защиты, порядка расчета размера страховой выплаты, перечня травм, по которым производится страховая выплата и иных обстоятельств.

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

7.4. При заключении договора страхования на срок менее 1 года, а также за неполный год страхования при сроке страхования более одного года, страховая премия рассчитывается умножением годовой страховой премии на следующие понижающие коэффициенты:

Срок действия договора	Коэффициент
- 1 месяц	0,20
- 2 месяца	0,30
- 3 месяца	0,40
- 4 месяца	0,50
- 5 месяцев	0,60
- 6 месяцев	0,70
- 7 месяцев	0,75
- 8 месяцев	0,80
- 9 месяцев	0,85
- 10 месяцев	0,90
- 11 месяцев	0,95

При этом неполный месяц принимается за полный

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

Страхователь несет ответственность за действия такого лица.

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

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

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

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

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

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

8. СРОК СТРАХОВАНИЯ

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

9.7. Если по договору страхования застраховано несколько лиц, к договору прилагается список Застрахованных лиц.

9.8. Договор страхования прекращается:

9.8.1. по истечении срока его действия;

9.8.2. по соглашению сторон;

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

9.15. Страховщик вправе помимо Полисных условий создавать Специальные условия страхования, отражающие особенности отдельных программ страхования. Страховщик обязан соблюдать при этом требования законодательства Российской Федерации в части внесения изменений в документы, явившиеся основанием для выдачи лицензии на страховую деятельность.

9.16. Страховщик вправе на основе образцов документов, представленных в Приложениях 2-4 к настоящим Правилам страхования, разрабатывать и использовать формы договоров страхования, заявлений на страхование и иных приложений к договорам страхования. Страховщик вправе в отдельном договоре или группе договоров изменять названия рисков, не меняя их сути.

10. ИЗМЕНЕНИЕ СТЕПЕНИ РИСКА

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

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

Существенными изменениями в обстоятельствах признаются, в частности:

- выявление у Застрахованного лица болезни (заболевания), не относящейся к перечню страховых случаев, но повлекшей за собой изменение состояния здоровья Застрахованного лица;
- смена Застрахованным лицом профессии или региона проживания;
- занятия Застрахованным лицом любым видом спорта на профессиональном уровне, включая участие в спортивных соревнованиях и тренировках;
- занятия Застрахованным лицом сопряженными с повышенной опасностью видами спорта на любительской, в том числе разовой основе, такими как авто-, мото-, велоспорт, воздушные виды спорта, включая парашютный спорт, альпинизм, горные лыжи, боевые единоборства, подводное плавание;
- участие в любых авиационных перелетах, за исключением полетов в качестве пассажира авиарейса, лицензированного для перевозки пассажиров и управляемого пилотом, имеющим соответствующий сертификат, а также непосредственное участие в военных маневрах, учениях, испытаниях военной техники или иных подобных операциях в качестве военнослужащего либо гражданского служащего.

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

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

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

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

11. ПРАВА И ОБЯЗАННОСТИ СТОРОН

11.1. Страховщик обязан:

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

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

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

11.2. Страхователь обязан:

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

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

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

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

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

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

11.3. Страховщик имеет право:

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

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

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

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

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

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

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

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

11.4. Страхователь имеет право:

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Указанная обязанность Страхователя также распространяется на:

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

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

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

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

12.2. Для решения вопроса о признании наступившего с Застрахованным лицом события страховым случаем и о страховой выплате Страхователь (Застрахованное лицо, Выгодоприобретатель, наследники, законные представители Застрахованного лица) должен обратиться к Страховщику с заявлением. При этом предъявляются документы, удостоверяющие личность заявителя, договор страхования (полис), акт о несчастном случае, составленный на предприятии (в случае получения производственной травмы), выписка из протокола органов внутренних дел (в случае, если несчастный случай стал следствием противоправных действий третьих лиц), а также:

12.2.1. – по временной утрате трудоспособности (временному нарушению состояния здоровья, травматическому повреждению) Застрахованного лица, - документы из лечебно-профилактического учреждения с указанием диагноза и сроков пребывания на амбулаторном или стационарном лечении в соответствии с медицинской справкой (для неработающих Застрахованных лиц и лиц моложе 18 лет) или с указанием диагноза и сроков пребывания на амбулаторном или стационарном лечении в соответствии с листком нетрудоспособности (для работающих Застрахованных лиц), при этом диагноз, установленный Застрахованному лицу, должен быть подтвержден в том числе и объективными данными инструментальных методов исследования;

12.2.2. в связи с наступлением постоянной утраты трудоспособности (стойким нарушением состояния здоровья, наступлением инвалидности, присвоением категории «ребенок-инвалид») - справка МСЭК (либо нотариально заверенную копию), выписка из истории болезни из медицинского учреждения, направившего на медико-социальную экспертизу, выписка из медицинской карты амбулаторного больного, содержащая информацию об имевшихся или отсутствующих у Застрахованного лица до заключения договора страхования профессиональных, общих хронических заболеваниях, злокачественных новообразованиях, в том числе заболеваниях крови (в случае установления инвалидности в результате заболевания);

12.2.3. в случае смерти Застрахованного лица - свидетельство ЗАГСа о смерти Застрахованного лица или его нотариально заверенную копию, медицинское заключение о смерти Застрахованного лица, выданное компетентными органами, выписка из медицинской карты амбулаторного больного, содержащая информацию об имевшихся или отсутствующих у Застрахованного лица до заключения настоящего Договора профессиональных, общих заболеваниях, злокачественных новообразованиях, в том числе заболеваниях крови (в случае смерти в результате заболевания), другие документы, подтверждающие причину наступления страхового случая.

Наследники Застрахованного лица представляют помимо вышеуказанных документов свидетельство о праве на наследство, выданное нотариальной конторой (либо его заверенную копию);

12.2.4. при наступлении события по риску «стационарное лечение» - документы из лечебно-профилактического учреждения с указанием диагноза и срока пребывания на стационарном лечении, а также выписку из истории болезни Застрахованного лица.

12.2.5. при наступлении события по риску «хирургические операции, лечебные и диагностические манипуляции» - документы из лечебно-профилактического учреждения с указанием диагноза и выписку из истории болезни Застрахованного лица

12.2.6. при наступлении события по риску «критическое заболевание (состояние)» - документы из лечебно-профилактического учреждения с указанием диагноза и выписка из истории болезни Застрахованного лица;

12.2.7. в случае утраты профессиональной трудоспособности – справку компетентного органа об утрате Застрахованным лицом профессиональной трудоспособности.

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

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

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

13. ОПРЕДЕЛЕНИЕ РАЗМЕРА СТРАХОВОЙ ВЫПЛАТЫ.

13.1. Страховая выплата может быть произведена:

13.1.1. Застрахованному лицу;

13.1.2. Выгодоприобретателю;

13.1.3. Наследникам Застрахованного лица в случае:

- если Застрахованное лицо умерло, не получив причитающуюся ему страховую выплату;
- если Выгодоприобретатель умышленно лишил жизни Застрахованное лицо или умышленно причинил ему телесные повреждения, повлекшие его смерть;
- если Выгодоприобретатель не был назначен или умер ранее Застрахованного лица;
- если до принятия решения о страховой выплате наступила смерть Застрахованного лица и Выгодоприобретателя.

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

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

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

13.2. При наступлении временной утраты трудоспособности (временного нарушения состояния здоровья, травматического повреждения) Застрахованного лица, размер страховой выплаты определяется по варианту, установленному в соответствии с договором страхования:

13.2.1. В размере, установленном в договоре страхования (не ниже 0,05% и не более 2% от страховой суммы) за каждый день нетрудоспособности (временного нарушения состояния здоровья, травматического повреждения) или болезни (заболевания), начиная с 1-го или иного, указанного в договоре дня временной нетрудоспособности (временного нарушения состояния здоровья) или болезни (заболевания),

13.2.2. В соответствии с предусмотренным при заключении договора страхования вариантом Таблиц размеров страховых выплат (Приложение 8).

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

$$P = S \cdot r$$

где P – размер страховой выплаты,

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

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

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

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

13.3. При установлении Застрахованному лицу группы (категории) инвалидности страховая выплата производится Застрахованному лицу одновременно, исходя из страховой суммы, определенной договором страхования, и в зависимости от группы инвалидности, устанавливаемой на основании медицинского заключения врача и заключения МСЭК:

при I (первой) группе инвалидности - в размере до 100% от страховой суммы;

при II (второй) группе инвалидности – в размере до 100% от страховой суммы;

при III (третьей) группе инвалидности – в размере до 100% от страховой суммы;

при установлении категории «ребенок-инвалид» - в размере до 100% от страховой суммы.

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

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

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

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

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

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

13.4. В связи со смертью Застрахованного лица страховая выплата производится в размере 100% от страховой суммы за вычетом выплат в связи со страховыми случаями, предусмотренными подпунктами 4.3.1., 4.3.2., 4.8.1.-4.8.4., если они производились, при условии, что страховая сумма была установлена единой по всем рискам. Общий размер страховых выплат по договору не может превышать установленного для Застрахованного лица размера единой страховой суммы.

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

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

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

14. ПОРЯДОК И УСЛОВИЯ ОСУЩЕСТВЛЕНИЯ СТРАХОВЫХ ВЫПЛАТ

14.1. Решение о страховой выплате или об отказе в выплате принимается Страховщиком в течение 10 рабочих дней со дня получения всех необходимых документов, указанных в разделе 12, если договором не предусмотрено иное.

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

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

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

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

15. ПОРЯДОК РАЗРЕШЕНИЯ СПОРОВ

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

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

ДОПОЛНИТЕЛЬНЫЕ УСЛОВИЯ № 1

страхования риска «Стационарное лечение»

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

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

- а) несчастного случая, в том числе явившегося следствием неправильных медицинских манипуляций;
- б) болезни (заболевания).

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

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

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

6. В остальном действуют Правила добровольного страхования от несчастных случаев и болезней.

ДОПОЛНИТЕЛЬНЫЕ УСЛОВИЯ № 2

страхования риска «Хирургические операции, лечебные и диагностические манипуляции»

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

2. Страховым случаем являются хирургические операции, лечебные и диагностические манипуляции, предусмотренные Таблицей размеров страховых выплат в связи с хирургическими операциями, лечебными и диагностическими манипуляциями по поводу травм и болезней (заболеваний) (Приложение 9) и фактически проведенные Застрахованному лицу в период действия договора страхования в связи с:

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

3. При заключении договора страхования Таблица размеров страховых выплат в связи с хирургическими операциями, лечебными и диагностическими манипуляциями по поводу травм и болезней (заболеваний) (Приложение 9) может быть укорочена. Конкретный вариант Таблицы размеров страховых выплат в связи с хирургическими операциями, лечебными и диагностическими манипуляциями по поводу травм и болезней (заболеваний) указывается в договоре страхования. Хирургические операции, лечебные и диагностические манипуляции, не указанные в Таблице размеров страховых выплат в связи с хирургическими операциями, лечебными и диагностическими манипуляциями по поводу травм и болезней (заболеваний), упомянутых в договоре страхования, не являются страховым случаем.

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

4. Для решения вопроса о признании наступившего с Застрахованным лицом события страховым случаем и о страховой выплате в дополнение к положениям раздела 12 Правил страхования Страхователь (Застрахованное лицо, Выгодоприобретатель, наследники) обязан представить медицинские документы, подтверждающие факт хирургической операции, лечебных и/или диагностических манипуляций, проведенных Застрахованному лицу в период действия договора страхования.

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

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

7. В остальном действуют Правила добровольного страхования от несчастных случаев и болезней.

ДОПОЛНИТЕЛЬНЫЕ УСЛОВИЯ № 3

страхования риска «Критическое заболевание (состояние)»

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

8. Для решения вопроса о признании наступившего с Застрахованным лицом события страховым случаем и о страховой выплате в дополнение к положениям раздела 12 Правил страхования Страхователь (Застрахованное лицо, Выгодоприобретатель, наследники) обязан представить:

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

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

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

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

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

12. В остальном действуют Правила добровольного страхования от несчастных случаев и болезней.

Приложение 1 к Дополнительным условиям № 3

ПЕРЕЧЕНЬ КРИТИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ (СОСТОЯНИЙ)

1. Злокачественные новообразования – диагностика и развитие у Застрахованного лица в период действия договора страхования одной или более злокачественных опухолей, подтвержденных клинически квалифицированным врачом (онкологом) на основании гистологического исследования, включая:

- 1.1. лейкемию (кроме хронической лимфоцитарной лейкемии – хронического лимфолейкоза),
 - 1.2. лимфомы,
 - 1.3. болезнь Ходжкина,
- характеризующихся:
- а. неконтролируемым ростом,
 - б. метастазированием,
 - в. внедрением в здоровые ткани.

Исключения :

- 1) предраковые заболевания- патологические изменения, предшествующие возникновению злокачественной опухоли.
- 2) опухоли со злокачественными изменениями типа карцином *in situ* (включая дисплазию шейки матки 1, 2, 3 стадий) или, по результатам гистологического исследования - опухоли, являющиеся предшественницами раковых (предраковые);
- 3) злокачественные опухоли кожных покровов и меланомы, максимальная толщина которых, в соответствии с гистологическим заключением, меньше 1.5 мм или которая не превышает уровень развития T3N(0)M(0) по классификации TNM, любая другая опухоль, не проникшая в сосочково-ретикулярный слой
- 4) все гиперкератозы или базально-клеточные карциномы кожи,
- 5) все эпителиально-клеточные раки кожи, при отсутствии прорастания в другие органы,
- 6) саркома Капоши и другие опухоли, ассоциированные с ВИЧ-инфекцией или СПИД,
- 7) рак предстательной железы стадии T1 (включая T1a, T1б) по классификации TNM, либо аналогичные, а также менее выраженные стадии рака, определяемые в соответствии с другими классификациями.
- 8) злокачественные опухоли при наличии ВИЧ-инфекции и/или СПИД.

2. Инфаркт миокарда - остро развившийся у Застрахованного лица в период действия договора страхования некроз (омертвление) части сердечной мышцы вследствие абсолютной или относительной недостаточности коронарного кровотока (нарушения питания сердечной мышцы).

Развитие у Застрахованного лица инфаркта миокарда может быть отнесено к страховым случаям только при условии, что этот диагноз был поставлен на основании комплекса симптомов и результатов медицинских исследований, в обязательном порядке включавшего:

1) длительный приступ характерных болей в определенной области грудной клетки у Застрахованного лица,

2) появление новых и типичных для инфаркта изменений на электрокардиограмме (ЭКГ), таких, как:

- изменение сегмента ST или зубца T с характерной последующей динамикой,

- формирование патологического, стойко сохраняющегося зубца Q, и иных.

3) типичное повышение активности кардиоспецифических ферментов (АсАТ, КФК, ЛДГ и др.) по результатам лабораторного исследования крови застрахованного лица.

Диагноз и данные обследования должны подтверждаться квалифицированным врачом (кардиологом).

Страховая выплата может быть произведена в случае отсутствия некоторых из вышеперечисленных признаков при условии, что это отсутствие явилось результатом проведенного Застрахованному лицу специального лечения, направленного на растворение (лизис) тромба или баллонной ангиопластики на ранних этапах развития инфаркта, а лечащим врачом-кардиологом или врачами в специализированном отделении медицинского учреждения был безусловно подтвержден диагноз истинного инфаркта миокарда.

Диагноз инфаркта миокарда, поставленный только на основании повышенного содержания миоспецифического тропонина T в крови Застрахованного лица (при отсутствии вышеприведенного комплекса) не является достаточным основанием для признания данного случая страховым.

Из определения исключаются: инфаркты миокарда без изменения сегмента ST и с увеличением показателей Тропонина I или T в крови; другие острые коронарные синдромы.

Исключения:

- проявления ишемической болезни сердца в виде стабильной и нестабильной стенокардии;
- если это отдельно не предусмотрено договором страхования, событие, если оно произошло в результате занятия любым видом спорта на профессиональном уровне. При отсутствии такого указания, по умолчанию такое событие считается исключением из страхового покрытия.

Если договором не предусмотрено иное, период ожидания составляет 7 дней

Инфаркт миокарда (диагноз инфаркта миокарда) не является страховым случаем, если иное не предусмотрено договором страхования, если ему предшествовали диагностированные у Застрахованного лица гипертония, стенокардия, атеросклероз и другие болезни коронарных сосудов, загрудинные боли, боли с характерной для стенокардии иррадиацией, сахарный диабет, аритмия, изменения на ЭКГ, указывающие на нарушение кровообращения в миокарде, гиперлипидемия, ожирение, индекс вес/рост более 1,3.

3. Инсульт – развившееся у Застрахованного лица в период действия договора страхования острое нарушение мозгового кровообращения, характеризующееся стойкими неврологическими нарушениями, возникшими в результате тромбоза, эмболии сосудов головного мозга, кровоизлияния в мозг или эмболии экстракраниальных сосудов, сохраняющееся более 24 часов и повлекшее за собой омертвление части головного мозга (инфаркт) и паралич конечностей.

К страховым случаям относится диагностированный у Застрахованного лица инсульт, сопровождавшийся:

- вышеуказанными стойкими неврологическими нарушениями (с параличом конечностей), установленными невропатологом по истечении не менее 3 месяцев после развития инсульта;

- либо полной функциональной потерей хотя бы одной конечности выше уровня лучезапястного или голеностопного сустава, установленной невропатологом по истечении не менее 6 недель после развития инсульта.

Исключения:

- 1) нарушения функции головного мозга, вызванные мигренью;

- 2) нарушения функции головного мозга вследствие травмы или кислородного голодания (гипоксии);
- 3) сосудистые заболевания, сопровождавшиеся поражением глаз или глазного нерва;
- 4) преходящие нарушения мозгового кровообращения, длительностью менее 24 часов;
- 5) заболевания (приступы), развитие которых было обусловлено нарушением кровоснабжения головного мозга вследствие вертебробазиллярной недостаточности;
- 6) инсульты, проявления которых ограничились субъективными ощущениями Застрахованного лица - потерей осязания (сенсорной чувствительности), обоняния и т.д.

Диагноз должен быть подтвержден наличием типичных клинических симптомов и данными компьютерной или магнито-резонансной томографии головного мозга. Длительность неврологической симптоматики должна составлять минимум 3 месяца.

Инсульт не является страховым случаем, если иное не предусмотрено договором страхования, если ему предшествовали диагностированные у Застрахованного лица:

болезни клапанов сердца, преходящие нарушения мозгового кровообращения, гемофилия, эмболия лёгочной артерии (ее ветвей), эмболия любых крупных сосудов, сахарный диабет, аневризмы внутримозговых (внутричерепных) сосудов, атеросклероз сосудов головного мозга, артериосклероз, пороки развития сосудов головного мозга, фибрилляция предсердий.

4. Терминальная почечная недостаточность – развившаяся у Застрахованного лица в период действия договора страхования терминальная стадия необратимого хронического нарушения функции обеих почек, характеризующаяся:

- 1) повышением уровня креатинина в крови до 7-10 мг%;
- 2) наличием безусловных признаков нарушения выведения продуктов азотистого обмена;
- 3) нарушениями водно-солевого обмена, осмотического, кислотно-щелочного равновесия;
- 4) артериальной гипертензией.

Страховым случаем является развитие у Застрахованного лица в период действия договора страхования терминальной почечной недостаточности, если это (по заключению специалиста) явилось показанием к проведенному ему в тот же период следующему лечению:

- постоянному гемодиализу,
- перитонеальному диализу,
- трансплантации донорской почки.

Диагноз должен быть подтвержден квалифицированным врачом (нефрологом).

Исключения:

лечение, независимо от его вида, проведенное по поводу почечной недостаточности в стадии компенсации.

Терминальная почечная недостаточность не является страховым случаем, если иное не предусмотрено договором страхования, если ей предшествовали диагностированные у Застрахованного лица:

врождённая патология, поликистоз почек, нефропатия, вызванная воздействием анальгетиков или повышенным внутрилоханочным давлением (рефлюксом), гипертония, сахарный диабет, системная красная волчанка.

5. Аорто-коронарное шунтирование – операция на открытом сердце, проведенная в период действия договора страхования с целью устранения стеноза (сужения) или окклюзии (закупорки) двух и более коронарных артерий, развившихся и диагностированных в тот же период.

Страховая выплата возможна только после проведения операции и при условии предоставления лечебным учреждением выписки из медицинской карты застрахованного с протоколом проведенной операции.

Исключения:

- баллонная ангиопластика (дилатация) коронарных артерий;
- наружное воздействие лазером и другие процедуры, проведение которых не связано с оперативным доступом к сердцу.

6. Первичная трансплантация органов – факт перенесенной Застрахованным лицом в период действия договора страхования операции первичной трансплантации одного из следующих органов:

- 6.1. сердца (пересадка полностью всего сердца),
- 6.2. легкого,
- 6.3. печени,
- 6.4. почки (за исключением трансплантации при терминальной почечной недостаточности),
- 6.5. поджелудочной железы (исключая трансплантацию только островков Лангерганса),
- 6.6. костного мозга
- 6.7. тонкого кишечника.

Исключения:

трансплантация, связанная с последствиями выполнения Застрахованным лицом донорской функции (донорства органов), повторная трансплантация, трансплантация, связанная с поражением органа, развившимся и диагностированным до заключения договора страхования.

Необходимость применения трансплантации должна быть подтверждена квалифицированным врачом.

Страховая выплата возможна только после проведения операции и при условии предоставления выписки из медицинской карты Застрахованного лица с протоколом проведенной операции.

Не является страховым случаем трансплантация, если иное не предусмотрено договором страхования:

- сердца и сердечно-лёгочного комплекса, если ей предшествовали артериосклероз и другие болезни коронарных артерий, сердечная недостаточность, кардиомиопатия;
- лёгкого, если ей предшествовали легочная недостаточность, муковисцидоз, новообразования, гнойные поражения, туберкулез;
- печени, если ей предшествовали гепатит В или С, терминальная стадия хронического гепатита, цирроз печени, алкогольное повреждение печени, аутоиммунный гепатит, тромбоз печёночных вен, нарушения обмена веществ, новообразования, холангит;
- поджелудочной железы, если ей предшествовали сахарный диабет, панкреатит, муковисцидоз, новообразования;
- почки, если ей предшествовала врождённая патология, поликистоз почек, нефротический синдром (нефроз), нефропатия, вызванная анальгетиками или повышенным внутрилоханочным давлением (рефлюкс), сахарный диабет, системная красная волчанка, новообразования;
- костного мозга, если ей предшествовали любые злокачественные новообразования, анемии, лейкопении или тромбопении.

7. Хирургическое лечение коронарных артерий

Достоверное подтверждение проведения операции на органах грудной полости открытым доступом, в целях восстановления кровотока в двух или более стенозированных (тромбированных) коронарных артериях, методом обходного сосудистого шунтирования. Условием признания случая страховым является проведение операции на основании данных коронарной ангиографии.

Диагноз должен быть подтвержден квалифицированным врачом (кардиохирургом).

Страховая выплата возможна только после проведения операции и при условии предоставления лечебным учреждением выписки из медицинской карты Застрахованного лица с протоколом проведенной операции.

Исключения:

ангиопластика и/или другие манипуляции на артериях; лапароскопические хирургические манипуляции, операция, связанная с поражением коронарных сосудов, развившимся и диагностированным до заключения договора страхования, применение лазера, другие нехирургические процедуры.

8. Рассеянный склероз

Окончательный диагноз «Рассеянный склероз», впервые установленный в период действия договора страхования специалистом-неврологом в медицинском учреждении, имеющем лицензию.

Диагноз должен быть подтвержден типичными симптомами демиелинизации, нарушениями моторной и сенсорной функций, а также типичными признаками заболевания, установленными при магнитно-резонансной томографии.

У Застрахованного лица должны присутствовать неврологические нарушения, проявляющиеся непрерывно в течение минимум шести месяцев, или же застрахованный должен перенести по меньшей мере два документально подтвержденных обострения подобного рода нарушений (имевших место, по крайней мере, за один месяц до заявления), или, по крайней мере, один документально подтвержденный эпизод обострения подобного рода нарушений вместе с наличием характерных изменений в цереброспинальной жидкости, наравне со специфическими повреждениями, регистрируемыми при магнито-резонансной томографии.

9. Паралич - подтвержденная медицинскими документами полная и постоянная (в течение не менее 6 месяцев) потеря двигательной функции двух и более конечностей в связи с поражением спинного мозга, явившимся следствием полученных в период действия договора страхования в результате несчастного случая травмы, отравления или развившегося и диагностированного в тот же период заболевания спинного мозга и проявляющаяся:

- параплегией
- гемиплегией
- тетраплегией

Диагноз должен быть подтвержден опытным врачом-невропатологом по результатам шестимесячного наблюдения Застрахованного лица с момента постановки первоначального диагноза.

Если договором не предусмотрено иное, период ожидания составляет шесть месяцев,

Исключением из покрытия является синдром Гийена-Барре.

10. Пересадка клапанов сердца

Хирургическая замена одного или более пораженных в период действия договора страхования (вследствие развития стеноза, недостаточности или комбинации этих состояний) клапанов сердца искусственным клапаном.

К клапанам сердца относятся: аортальный, митральный, трикуспидальный и легочный (клапан легочной артерии).

Из покрытия исключается: вальвулотомия, вальвулопластика и другие виды лечения, проводимые без пересадки (замены) клапанов.

11. Слепота (потеря зрения)

Полная, постоянная и необратимая потеря зрения на оба глаза вследствие перенесенного заболевания или несчастного случая; включается в покрытие только при наличии соответствующего подтверждения диагноза врачом-офтальмологом.

ДОПОЛНИТЕЛЬНЫЕ УСЛОВИЯ № 4

страхования риска «Утрата Застрахованным лицом профессиональной трудоспособности»

1. По договору страхования, заключенному в соответствии с Правилами добровольного страхования от несчастных случаев и болезней и настоящими Дополнительными условиями, Страховщик предоставляет Застрахованному лицу страховую защиту по риску «Утрата Застрахованным лицом профессиональной трудоспособности».

2. Страховым случаем является утрата Застрахованным лицом профессиональной трудоспособности, установленная ему в соответствии с законодательством на срок не менее 1 года, наступившая по причине:

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

б) болезни (заболевания).

Утрата профессиональной трудоспособности является страховым случаем, если она наступила в период действия договора страхования, либо в течение 1 (одного) года со дня наступления указанных событий, либо в течение иного периода, указанного в договоре страхования.

3. Страховая защита распространяется на случаи утраты Застрахованным лицом профессиональной трудоспособности в результате событий, указанных в п. «а», или всех перечисленных в пункте 2 настоящих Дополнительных условий событий (в зависимости от условий договора страхования).

4. Для решения вопроса о признании наступившего с Застрахованным лицом события страховым случаем и о страховой выплате в дополнение к положениям раздела 12 Правил страхования Страхователь (Застрахованное лицо, Выгодоприобретатель, наследники) обязан представить:

справку компетентного органа об утрате Застрахованным лицом профессиональной трудоспособности.

5. При наступлении событий, предусмотренных пунктом 2 настоящих Дополнительных условий, страховая выплата производится в процентах от страховой суммы в соответствии с представленными документами; размер страховой выплаты соответствует проценту утраты Застрахованным лицом профессиональной трудоспособности, установленной компетентным органом.

6. В остальном действуют Правила добровольного страхования от несчастных случаев и болезней.

ДОПОЛНИТЕЛЬНЫЕ УСЛОВИЯ № 5

обязательного страхования медицинских, фармацевтических и иных работников государственной и муниципальной систем здравоохранения, работа которых связана с угрозой их жизни и здоровью

1. По договору обязательного страхования, заключенному в соответствии с Правилами добровольного страхования от несчастных случаев и болезней, настоящими Дополнительными условиями, а также на основании действующего законодательства РФ (органов государственной власти субъектов РФ, органов местного самоуправления), Страховщик предоставляет Застрахованным лицам страховую защиту по обязательному страхованию медицинских, фармацевтических и иных работников государственной и муниципальной систем здравоохранения, работа которых связана с угрозой их жизни и здоровью (далее – обязательное страхование).

2. Термины, используемые в настоящих Дополнительных условиях (помимо указанных в Правилах страхования):

2.1. **Страхователь** – государственное или муниципальное учреждение системы здравоохранения, которое является работодателем Застрахованного лица на основании заключенного с ним трудового договора по должности (профессии), предусмотренной «Перечнем должностей подлежащих обязательному страхованию медицинских, фармацевтических и иных работников государственной и муниципальной систем здравоохранения, занятие которых связано с угрозой жизни и здоровью этих работников» (далее - Перечень), утвержденным Постановлением Правительства РФ от 03.04.2006 № 191.

2.2. **Застрахованными лицами** являются указанные в договоре обязательного страхования медицинские, фармацевтические и иные работники государственной и муниципальной систем здравоохранения, работа которых связана с угрозой их жизни и здоровью, занимающие должности, предусмотренные Перечнем.

В случае, если работником заключено несколько трудовых договоров с учреждениями здравоохранения о выполнении работы по должностям, указанным в Перечне, обязательное страхование осуществляется по каждой должности.

2.3. **Несчастный случай на производстве** – фактически происшедшее в течение срока действия договора обязательного страхования внезапное, непредвиденное событие, в результате которого Застрахованное лицо получило увечье или иное повреждение здоровья при исполнении им обязанностей по трудовому договору (контракту) / договору гражданско-правового характера как на территории Страхователя, так и за ее пределами, либо во время следования к месту работы или возвращения с места работы на транспорте, предоставленном Страхователем, и которое повлекло необходимость перевода Застрахованного лица на другую работу, временную или стойкую утрату им профессиональной трудоспособности либо его смерть.

2.4. **Профессиональное заболевание** - хроническое или острое заболевание Застрахованного лица, являющееся результатом воздействия на него вредного (вредных) производственного (производственных) фактора (факторов) в период исполнения им трудовых обязанностей и повлекшее смерть Застрахованного лица, временную или стойкую утрату им профессиональной трудоспособности, установленное специализированными учреждениями государственной или муниципальной системы здравоохранения, занимающимися соответствующими вопросами совместно с центром государственного санитарно-эпидемиологического надзора.

3. Страховым случаем при осуществлении обязательного страхования признается документально подтвержденный в установленном порядке факт:

3.1. **временной утраты трудоспособности** (временного нарушения состояния здоровья, травматического повреждения) Застрахованного лица, установленной в период действия договора обязательного страхования и наступившей в результате:

а) несчастного случая на производстве;
б) профессионального заболевания;
в) заражения вирусом и/или заболевания (в том числе инфекционного), указанных в Перечне заболеваний, инфекций (Приложение 1 к настоящим Дополнительным условиям) и/или в действующем законодательстве РФ, субъектов РФ, муниципальных образований, если ими предусмотрен иной перечень инфекций и заболеваний,
при условии, что наступление указанных событий находится в прямой причинно – следственной связи с выполняемой по трудовому договору / договору гражданско-правового характера трудовой функцией (должностными обязанностями) и произошло непосредственно в результате осуществления этой трудовой функции (должностных обязанностей) (в том числе, при исполнении Застрахованным лицом профессионального долга во время оказания медицинской помощи или проведения научных исследований).

3.2. постоянной утраты трудоспособности - инвалидности I, II, III группы, первично установленной Застрахованному лицу в результате:

а) несчастного случая на производстве;
б) профессионального заболевания;
в) заражения вирусом и/или заболевания (в том числе инфекционного), указанных в Перечне заболеваний, инфекций (Приложение 1 к настоящим Дополнительным условиям) и/или в действующем законодательстве РФ, субъектов РФ, муниципальных образований, если ими предусмотрен иной перечень инфекций и заболеваний,
при условии, что наступление указанных событий находится в прямой причинно – следственной связи с выполняемой по трудовому договору / договору гражданско-правового характера трудовой функцией (должностными обязанностями) и произошло непосредственно в результате осуществления этой трудовой функции (должностных обязанностей) (в том числе, при исполнении Застрахованным лицом профессионального долга во время оказания медицинской помощи или проведения научных исследований).

Страховая защита распространяется на случаи установления постоянной утраты трудоспособности - инвалидности I, II, III группы в период действия договора обязательного страхования, либо в течение 1 (одного) года со дня наступления указанных событий, либо в течение 1 (одного) года со дня прекращения трудового договора, либо в течение иного периода, указанного в договоре обязательного страхования.

3.3. смерти Застрахованного лица в результате:

а) несчастного случая на производстве;
б) профессионального заболевания;
в) заражения вирусом и/или заболевания (в том числе инфекционного), указанных в Перечне заболеваний, инфекций (Приложение 1 к настоящим Дополнительным условиям) и/или в действующем законодательстве РФ, субъектов РФ, муниципальных образований, если ими предусмотрен иной перечень инфекций и заболеваний
при условии, что наступление указанных событий находится в прямой причинно – следственной связи с выполняемой по трудовому договору / договору гражданско-правового характера трудовой функцией (должностными обязанностями) и произошло непосредственно в результате осуществления этой трудовой функции (должностных обязанностей) (в том числе, при исполнении Застрахованным лицом профессионального долга во время оказания медицинской помощи или проведения научных исследований).

Страховая защита распространяется на случаи смерти Застрахованного лица, наступившие в период действия договора обязательного страхования, либо в течение 1 (одного) года со дня наступления указанных событий, либо в течение 1 (одного) года со дня прекращения трудового договора, либо в течение иного периода, указанного в договоре обязательного страхования.

3.4. получения Застрахованным лицом профессионального заболевания

Событие признается страховым случаем, если:

а) хроническое или острое заболевание Застрахованного лица явилось результатом воздействия на него вредного (вредных) производственного (производственных) фактора (факторов) в период исполнения им трудовых обязанностей;

и

б) заболевание впервые возникло в период действия договора обязательного страхования;

и

в) смерть Застрахованного лица, временная или стойкая утрата Застрахованным лицом профессиональной трудоспособности по причине этого заболевания установлена специализированными учреждениями государственной или муниципальной системы здравоохранения, занимающимися соответствующими вопросами совместно с центром государственного санитарно-эпидемиологического надзора, в период действия договора обязательного страхования или в течение 1 (одного) года со дня возникновения заболевания (если иной срок не указан в договоре обязательного страхования).

3.5. заражения вирусом, установления диагноза заболевания (в том числе инфекционного), указанных в Перечне заболеваний, инфекций (Приложение 1 к настоящим Дополнительным условиям) и/или в действующем законодательстве РФ, субъектов РФ, муниципальных образований, если ими предусмотрен иной перечень инфекций и заболеваний.

Событие признается страховым случаем, если:

а) заражение вирусом, установление диагноза заболевания (в том числе инфекционного) находится в прямой причинно – следственной связи с выполняемой по трудовому договору / договору гражданско-правового характера трудовой функцией (должностными обязанностями) и получено непосредственно в процессе осуществления этой трудовой функции (должностных обязанностей);

и

б) заражение вирусом, установление диагноза заболевания (в том числе инфекционного) произошло впервые в период действия договора обязательного страхования;

и

в) заражение вирусом, установление диагноза заболевания (в том числе инфекционного) установлено (диагностировано) в период действия договора обязательного страхования либо в течение 1 (одного) года со дня заражения (если иной срок не указан в договоре обязательного страхования).

Факт заражения тем или иным вирусом, инфекцией, заболеванием, а также причина заражения и его связь с исполнением работником служебных обязанностей устанавливаются специализированными учреждениями государственной или муниципальной системы здравоохранения, занимающимися соответствующими вопросами совместно с центром государственного санитарно-эпидемиологического надзора.

4. В договор обязательного страхования по соглашению Сторон могут быть включены как все, так и некоторые из событий, указанных в п. 3 настоящих Дополнительных условий, или любое их сочетание (в зависимости от условий и требований, определенных в соответствующих нормативных актах Правительства Российской Федерации / органов государственной власти субъектов Российской Федерации / органов местного самоуправления).

5. Размеры страховых сумм устанавливаются по согласованию Страхователя со Страховщиком и должны удовлетворять требованиям, установленным Правительством Российской Федерации, органами государственной власти субъектов Российской Федерации, органами местного самоуправления в соответствующих нормативных актах (законах, постановлениях, положениях и т.п.), если такие требования существуют.

6. Наступление вредных для Застрахованного лица последствий общего заболевания, бытового травмирования, не связанных с исполнением своей трудовой функции (должностных обязанностей), не является основанием для выплаты страховых сумм.

7. Размер страхового тарифа по обязательному страхованию определяется Страховщиком по согласованию со Страхователем и должен удовлетворять требованиям, установленным по отношению к нему в соответствующих нормативных актах (законах, постановлениях, положениях и т.п.), если такие требования существуют.

8. Период действия страховой защиты и срок действия договора обязательного страхования устанавливаются в соответствии с требованиями и условиями государственного (муниципального)

контракта, соответствующих нормативных актов и указываются в договоре обязательного страхования, если такие требования существуют.

9. В дополнение к положениям п. 11.2. Правил страхования Страхователь обязан:

9.1. ознакомить работника при его приеме на работу с условиями, на которых осуществляется обязательное страхование, порядком оформления документов, представляемых Страховщику для решения вопроса о признании наступившего с Застрахованным лицом события страховым случаем и о страховой выплате, и способами осуществления страховых выплат.

10. В дополнение к положениям п. 11.3. Правил страхования Страховщик имеет право:

10.1. установить в договоре обязательного страхования период ожидания и/или временную франшизу по отдельным нозологиям.

В договоре обязательного страхования могут быть установлены разные периоды ожидания (временные франшизы) по различным нозологиям.

11. Выплата страховых сумм производится Страховщиком на основании документов, подтверждающих наступление страхового случая, в соответствии с перечнем документов, необходимых для принятия решения о страховой выплате, предусмотренным договором обязательного страхования на основании:

11.1. соответствующих нормативных актов Правительства Российской Федерации (органов государственной власти субъектов Российской Федерации, органов местного самоуправления);

11.2. государственного (муниципального контракта);

11.3. правил страхования;

11.4. настоящих Дополнительных условий.

12. Для решения вопроса о признании наступившего с Застрахованным лицом события страховым случаем и о страховой выплате в дополнение к положениям раздела 12 Правил страхования Страхователь (Застрахованное лицо, Выгодоприобретатель, наследники) обязан представить документы, установленные соответствующими нормативными актами Правительства Российской Федерации (органов государственной власти субъектов Российской Федерации, органов местного самоуправления).

12.1. По запросу Страховщика Страхователь (Застрахованное лицо, Выгодоприобретатель, наследники) обязан представить:

12.1.1. копию трудовой книжки, трудового договора или иного документа, подтверждающего нахождение Застрахованного лица в трудовых отношениях со Страхователем;

12.1.2. копию акта о несчастном случае на производстве и копию акта о профессиональном заболевании по установленной форме или иные документы, которыми может подтверждаться причинно-следственная связь между произошедшим событием и выполнением Застрахованным лицом своей трудовой функции (должностных обязанностей): акт служебного расследования и т.д.;

12.1.3. извещение лечебно-профилактического учреждения об установлении заключительного диагноза острого или хронического профессионального заболевания;

12.1.4. заключение центра профессиональной патологии о наличии профессионального заболевания;

12.1.5. документы (выписки из документов) из компетентных органов, содержащие полный диагноз, сведения об источнике возбудителей инфекции, дате заболевания, связи заболевания с исполнением работником своей трудовой функции (должностных обязанностей), виде и сроках лечения.

12.1.6. заключение учреждения медико-социальной экспертизы о связи смерти пострадавшего с несчастным случаем на производстве или профессиональным заболеванием;

12.1.7. справку об отрицательном результате тестирования на СПИД (ВИЧ/гепатит/сифилис), полученную перед заключением договора обязательного страхования и справку, подтверждающую, что данное лицо не состояло на учете у нарколога или в наркологическом диспансере - в связи с ВИЧ-инфицированием, заболеванием СПИДом;

12.1.8. справку, свидетельствующую о том, что Застрахованное лицо до заключения договора обязательного страхования не состояло на учете у фтизиатра, в противотуберкулезном диспансере - в связи с туберкулезом (в том случае, если указанные выше справки не представлялись при заключении договора обязательного страхования).

13. Страховщик освобождается от обязательств по осуществлению страховой выплаты (если законом или договором обязательного страхования не предусмотрено иное), в следующих случаях:

13.1. заболевание Застрахованного лица развилось (независимо от даты установления диагноза) и/или инфицирование наступило до вступления договора обязательного страхования в силу;

13.2. заболевание (инфицирование) Застрахованного лица развилось вследствие его контакта с инфекционным больным (больными), имевшего место до вступления договора обязательного страхования в силу;

13.3. заболевание (инфицирование) Застрахованного лица развилось в связи с необусловленным служебной деятельностью контактом Застрахованного лица с инфекционным больным (больными);

13.4. заболевание (инфицирование) произошло вследствие проводимых санитарно-противоэпидемических (профилактических) мероприятий (их последствий) за исключением случаев введения вакцины заболевания, предусмотренных договором обязательного страхования.

14. Принятие Страховщиком решения о страховой выплате или об отказе в ней, а также осуществление страховой выплаты происходит в порядке и сроки, предусмотренные соответствующим нормативным актом Правительства Российской Федерации (органом государственной власти субъекта Российской Федерации, органом местного самоуправления), а при отсутствии предусмотренных порядка и сроков, - в соответствии с правилами страхования и договором обязательного страхования.

15. Виновные в необоснованном отказе в предоставлении и оформлении Застрахованным лицам (Выгодоприобретателям) документов, необходимых для принятия решения о страховой выплате, несут ответственность в порядке, установленном законодательством Российской Федерации.

16. Финансовое обеспечение обязательного страхования осуществляется за счет средств, предусмотренных на эти цели в бюджете субъекта РФ (области, города, муниципального образования, государственного учреждения, иной административной или территориальной единицы) на соответствующий финансовый год.

17. В остальном действуют Правила добровольного страхования от несчастных случаев и болезней и соответствующие нормативные акты Правительства Российской Федерации (органов государственной власти субъектов Российской Федерации, органов местного самоуправления).

Приложение 1 к Дополнительным условиям № 5

ПЕРЕЧЕНЬ ЗАБОЛЕВАНИЙ, ИНФЕКЦИЙ

- | | |
|---|--|
| 1. Вирусный гепатит (А, В, С, Д/Дельта) | 14. Орнитоз |
| 2. Сифилис | 15. Полиомиелит |
| 3. Малярия | 16. Пситтакоз |
| 4. ВИЧ-инфекция | 17. Сап |
| 5. СПИД | 18. Сибирская язва |
| 6. Туберкулез | 19. Сыпной тиф |
| 7. Бруцеллез | 20. Туляремия |
| 8. Вирусные геморрагические лихорадки | 21. Бешенство |
| 9. Желтая лихорадка | 22. Чума |
| 10. Лихорадка Ку и другие риккетсиозы | 23. Холера |
| 11. Миелоидоз | 24. Энцефалиты |
| 12. Менингококковая инфекция | 25. Иное (указывается в договоре обязательного страхования по договоренности с лечебным учреждением в зависимости от рода опасности заражения) |
| 13. Ортопоксвирусная инфекция | |

ДОПОЛНИТЕЛЬНЫЕ УСЛОВИЯ № 6

страхования риска «Диагностирование профессионального заболевания»

1. По договору страхования, заключенному в соответствии с Правилами добровольного страхования от несчастных случаев и болезней и настоящими Дополнительными условиями, Страховщик предоставляет Застрахованному лицу страховую защиту по риску «Диагностирование профессионального заболевания».

2. Страховым случаем является диагностирование у Застрахованного лица профессионального заболевания (в т.ч. диагностированного посмертно), впервые выявленного в период действия договора страхования или в течение 1 (одного) года со дня возникновения заболевания (если иной срок не указан в договоре страхования).

3. Событие признается страховым случаем, если хроническое или острое заболевание Застрахованного лица явилось результатом воздействия на него вредного (вредных) производственного (производственных) фактора (факторов) в период исполнения им трудовых обязанностей.

Факт возникновения профессионального заболевания у Застрахованного лица устанавливается специализированными учреждениями государственной или муниципальной системы здравоохранения, занимающимися соответствующими вопросами совместно с центром государственного санитарно-эпидемиологического надзора и подтверждается актом о случае профессионального заболевания.

4. Для решения вопроса о признании наступившего с Застрахованным лицом события страховым случаем и о страховой выплате в дополнение к положениям раздела 12 Правил страхования Страхователь (Застрахованное лицо, Выгодоприобретатель, наследники) обязан представить:

4.1. копию акта о случае профессионального заболевания по установленной форме или иные документы, которыми может подтверждаться причинно-следственная связь между произошедшим событием и выполнением Застрахованным лицом своей трудовой функции (должностных обязанностей);

4.2. извещение лечебно-профилактического учреждения об установлении заключительного диагноза острого или хронического профессионального заболевания;

4.3 заключение центра профессиональной патологии о наличии профессионального заболевания;

5. При наступлении события, предусмотренного пунктом 2 настоящих Дополнительных условий, страховая выплата производится одновременно в размере страховой суммы по данному страховому риску. Договором страхования может быть установлен иной размер страховой выплаты.

6. В остальном действуют Правила добровольного страхования от несчастных случаев и болезней.

ДОПОЛНИТЕЛЬНЫЕ УСЛОВИЯ № 7

страхования риска «Заболевания (заражения) инфекционными заболеваниями»

1. По договору страхования, заключенному в соответствии с Правилами добровольного страхования от несчастных случаев и болезней, настоящими Дополнительными условиями, а также на основании действующего законодательства РФ (органов государственной власти субъектов РФ, органов местного самоуправления), Страховщик предоставляет застрахованным лицам страховую защиту по риску «Заболевание (заражение) инфекционными заболеваниями»

2. Термины, используемые в настоящих Дополнительных условиях (помимо указанных в п.1.2. настоящих Правил страхования):

2.1. **Страхователь** – юридические лица – организации здравоохранения, осуществляющие заготовку, переработку, хранение и обеспечение безопасности донорской крови и ее компонентов, другие организации здравоохранения, заключившие со Страховщиком договор страхования риска заболевания (заражения) инфекционными заболеваниями.

2.2. **Инфекционные заболевания** – болезни, причинами которых являются микроорганизмы.

3. Страховым случаем является заболевание (заражение) Застрахованного лица в результате инфицирования его инфекционными заболеваниями в период действия договора страхования.

4. Для решения вопроса о признании наступившего с Застрахованным лицом события страховым случаем и о страховой выплате в дополнение к положениям раздела 12 Правил страхования Страхователь (Застрахованное лицо, Выгодоприобретатель, наследники) обязан предоставить:

копию учетной карточки донора (активного, резерва, родственника) (форма №405-05/у)

копию справки о количестве кроводач, плазмадач (форма №448-05/у)

5. При наступлении события, предусмотренного пунктом 4 настоящих Дополнительных условий, страховая выплата производится в процентах от страховой суммы в соответствии с условиями, установленными в договоре страхования, но не более 100 % страховой суммы.

6. В остальном действуют Правила добровольного страхования от несчастных случаев и болезней.

Пронумеровано, пронумеровано
и скреплено печатью и подписью
86 (введен в силу, листы) листов
Генеральный директор
ОАО «САК «ЭНЕРГОГАРАНТ»
А.А. Зернов
2011 года

