

Приложение №1 к Приказу

УТВЕРЖДЕНЫ

Приказом Генерального директора  
Гадлиба Ю. О.

№ 028 от 3 марта 2021 г.

## Правила страхования

штатных сотрудников предприятий и организаций и членов их семей от критических заболеваний

## Оглавление

1. Терминология.....	3
2. Субъекты страхования.....	5
3. Объект страхования.....	5
4. Страховые риски, страховые случаи .....	5
5. Заключение, оформление Договора. Срок действия Договора.....	8
6. Страховая премия и порядок ее уплаты, страховой тариф.....	10
7. Страховые суммы .....	12
8. Страховые выплаты.....	12
9. Прекращение Договора.....	17
10. Права и обязанности.....	18
12. Заключительные положения .....	22

Приложение №1 к Правилам страхования штатных сотрудников предприятий и организаций и членов их семей от критических заболеваний (Список медицинских состояний);

Приложение №2 к Правилам страхования штатных сотрудников предприятий и организаций и членов их семей от критических заболеваний (Таблица страховых сумм на 1 единицу страховой защиты/максимальное число единиц защиты);

Приложение №3к Правилам страхования штатных сотрудников предприятий и организаций и членов их семей от критических заболеваний (Типовая форма договора страхования);

Приложение №4 к Правилам страхования штатных сотрудников предприятий и организаций и членов их семей от критических заболеваний (Заявление об отзыве согласия на обработку персональных данных)

Приложение №5 к Правилам страхования штатных сотрудников предприятий и организаций и членов их семей от критических заболеваний (Заявление на получение страховой выплаты);

Приложение №6 к Правилам страхования штатных сотрудников предприятий и организаций и членов их семей от критических заболеваний (Заявление на выдачу дубликата договора страхования);

Приложение №7 к Правилам страхования штатных сотрудников предприятий и организаций и членов их семей от критических заболеваний (Расчет возврата страховой премии);

Приложение №8 к Правилам страхования штатных сотрудников предприятий и организаций и членов их семей от критических заболеваний (Распоряжение о назначении выгодоприобретателя);

Приложение №9 к Правилам страхования штатных сотрудников предприятий и организаций и членов их семей от критических заболеваний (Заявление-анкета на страхование)

Настоящие Правила страхования штатных сотрудников предприятий и организаций и членов их семей от критических заболеваний (далее именуемые — Правила) разработаны в соответствии с законодательством Российской Федерации на основе вида страхования «Страхование от несчастных случаев и болезней». Правила являются неотъемлемой частью договора добровольного страхования от критических заболеваний (далее именуемого — Договор).

## 1. Терминология

1.1. Далее в Правилах, а также в заключаемых в соответствии с Правилами Договорах используются термины, перечисленные ниже.

**Страховщик** — АО «Группа Ренессанс Страхование», созданное и действующее на основании Устава в соответствии с законодательством Российской Федерации и осуществляющее страховую деятельность в соответствии с лицензией, выданной органом страхового надзора.

**Страхователь** — дееспособное физическое лицо, заключившее Договор со Страховщиком в соответствии с настоящими Правилами и уплачивающее страховую премию (страховые взносы) по Договору.

**Родственник** — лицо, находящееся в зарегистрированном браке со Страхователем (супруг, супруга), или находящееся со Страхователем в фактических брачных отношениях (не зарегистрированных в установленном законом порядке в органах записи актов гражданского состояния), или находящееся в родственной связи со Страхователем, его супругом (супругой) по прямой восходящей и нисходящей линии (родитель, ребенок, внук), полнородные и неполнородные (имеющие общих отца или мать) брат и сестра (его (ее) супруги (супруга)), или ребенок полнородных или неполнородных брата и сестры Страхователя, а также лицо, усыновленное Страхователем или его супругом (супругой).

**Застрахованный** — Страхователь или Родственник, в отношении которого Страхователь и Страховщик заключили Договор на случай причинения вреда жизни или здоровью Застрахованного.

**Выгодоприобретатель** — лицо, которому принадлежит право на получение страховых выплат. Выгодоприобретателем является Застрахованный, если иное не предусмотрено Договором. В случае если Застрахованный является несовершеннолетним, то Выгодоприобретателем признается его законный представитель.

В случае смерти Застрахованного Выгодоприобретателем признается лицо, назначенное Страхователем с согласия Застрахованного для получения страховых выплат по Договору. Если последнее не установлено, Выгодоприобретателями признаются наследники Застрахованного в соответствии с законодательством Российской Федерации, которые получают страховую выплату в равных долях, если иное не предусмотрено свидетельствами о праве на наследство или завещанием Страхователя.

**Страховая сумма** — установленная Договором денежная сумма, исходя из которой определяются размер страховой премии за каждую единицу защиты и размер страховой выплаты за каждую единицу защиты при наступлении страхового случая, в пределах которой Страховщик обязуется осуществить страховую выплату в соответствии с условиями Договора. Размер страховой суммы за единицу защиты зависит от возраста Застрахованного и изменяется при продлении Договора согласно Приложению №2 к настоящим Правилам. Изменение размера страховой суммы за единицу защиты вступает в силу с первого числа месяца, следующего за месяцем, в

течение которого у Застрахованного наступает очередной день рождения.

**Страховая выплата** — установленная Договором денежная сумма, выплачиваемая Страховщиком Выгодоприобретателю при наступлении страхового случая.

**Страховой риск** — предполагаемое событие в жизни Застрахованного, предусмотренное Договором, на случай наступления которого проводится страхование. Событие, рассматриваемое в качестве страхового риска, должно обладать признаками вероятности и случайности его наступления. При реализации страхового риска и соблюдении условий, установленных настоящими Правилами и Договором, страховой риск признается страховым случаем.

**Страховой случай** — совершившееся в течение срока страхования событие в жизни Застрахованного, предусмотренное Договором, с наступлением которого возникает обязанность Страховщика произвести страховую выплату в размере и порядке, предусмотренном Договором.

**Страховая премия** — денежная сумма, которая определена в порядке, установленном Договором при его заключении, и уплачивается Страховщику в качестве платы за страхование.

**Страховой взнос** — часть страховой премии, подлежащей уплате Страховщику на условиях, предусмотренных Договором.

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

**Срок страхования** — период времени, определяемый Договором, при наступлении страховых случаев, в течение которого у Страховщика возникает обязанность по осуществлению страховых выплат в соответствии с настоящими Правилами и Договором. Срок страхования состоит из Периодов страхования. Первый Период страхования начинается с даты начала срока действия Договора и заканчивается последней календарной датой того же месяца. Последующие Периоды страхования равны одному календарному месяцу.

**Факторы существенного увеличения степени страхового риска:** смена профессиональной деятельности Застрахованного, связанная с повышенным риском и/или способная привести к появлению профессиональных заболеваний; переезд (командировка) в другую страну или в другой климатический пояс на срок свыше 1 (одного) года; появление увлечений, т.е. начало занятий видами спорта и отдыха (включая ныряние с аквалангом, занятия парашютным спортом, планеризмом, скалолазание, состязание в скорости (за исключением бега), рафтинг, прыжки с помощью эластичного троса с высоты, спелеологию; авто- и мотоспорт, контактные единоборства и т.п. виды спорта и отдыха), объективно связанное с повышением вероятности возникновения несчастных случаев или болезней; смена пола Застрахованного; инфицирование Застрахованного ВИЧ (вирусом иммунодефицита человека), заболевание Застрахованного СПИДом (синдромом приобретенного иммунодефицита) или другим аналогичным синдромом. Также фактором существенного увеличения степени страхового риска являются:

- законодательное изменение критериев установления групп инвалидности или установление иного порядка оценки социальной недостаточности законодательством РФ;
- пол и возраст застрахованного лица;
- категория профессиональной деятельности;

- наличие отклонения от нормы в системах, анализах, наличие заболеваний;
- территория страхования;
- срок действия договора страхования;
- валюта страхования.

Страховщик имеет право применять к базовым тарифным ставкам повышающие или понижающие коэффициенты исходя из обстоятельств, имеющих существенное значение для определения степени страхового риска.

**Список** — список медицинских состояний, на которые распространяется страховая защита в рамках Правил и Договора. Список медицинских состояний приведен в Приложении №1 к настоящим Правилам (далее — Список).

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

**Медицинское состояние** — диагностированное квалифицированным врачом в течение срока страхования нарушение нормальной жизнедеятельности организма, обусловленное функциональными и/или морфологическими изменениями. Из настоящего определения исключаются состояния, по поводу которых Застрахованный обращался за медицинской помощью или проходил лечение до даты начала срока страхования.

**Хирургическая операция** — медицинская процедура посредством рассечения тканей тела Застрахованного, переносимая Застрахованным по медицинским показаниям и осуществляемая квалифицированным хирургом в соответствии с общепринятыми медицинскими нормами.

**Единица защиты** — условная единица, определяющая сочетание страховых сумм по страховым рискам. Размеры страховых сумм для одной Единицы защиты и правило расчета размеров страховых сумм по рискам в зависимости от количества Единиц защиты указаны в Приложении №2 к настоящим Правилам.

## 2. Субъекты страхования

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

## 3. Объект страхования

- 3.1. Объектом страхования являются не противоречащие законодательству Российской Федерации имущественные интересы, связанные с причинением вреда здоровью Застрахованного, а также с его смертью вследствие возникновения у него медицинского состояния из Списка.

## 4. Страховые риски, страховые случаи

- 4.1. Страховыми рисками являются:

- 4.1.1. Впервые выявленные и диагностированные в течение срока страхования медицинское состояние или проведенная в течение срока страхования серьезная хирургическая операция (далее — риск медицинских состояний / серьезных операций).

Медицинскими состояниями / серьезными операциями считаются состояния и операции, обозначенные в Списке медицинских состояний (далее — Список, Приложение №1 к настоящим Правилам) и характеризующиеся установлением в период действия Договора диагноза и наличием диагностических признаков/критериев, соответствующих указанному в Списке. Одномоментное диагностирование нескольких медицинских состояний из указанных в Списке медицинских состояний в целях страхования считается одним медицинским состоянием.

- 4.1.2. Смерть в результате впервые выявленных и диагностированных в течение срока страхования медицинских состояний №1, №2, №3, №7, №8.1., №8.2., №11.1., №11.2. из Списка (далее — риск смерти).

- 4.2. Совершившиеся события, указанные в п. 4.1 настоящих Правил, являются страховыми случаями только тогда, когда они подтверждены документами, выданными компетентными органами, врачами соответствующей квалификации и/или медицинскими учреждениями, имеющими соответствующую лицензию.

**Конкретный перечень исключений** из страхового покрытия устанавливается Списком по отношению к каждому медицинскому состоянию / серьезной операции.

- 4.2.1. В дополнение к перечню исключений, указанных в Списке, по всем медицинским состояниям / серьезным операциям, указанным в Списке, а также по риску смерти страховыми случаями не признаются страховые риски:

- а) реализующиеся в ходе умышленного совершения Застрахованным (попытка совершения) уголовно наказуемого деяния, находящегося в прямой причинной связи с событием, обладающего признаками страхового случая;
- б) реализующиеся во время управления Застрахованным транспортным средством без права на управление транспортным средством данной категории или управления транспортным средством лицом, не имевшим права на управление транспортным средством данной категории, при условии передачи управления такому лицу Застрахованным;
- в) реализующиеся во время управления Застрахованным транспортным средством в состоянии алкогольного, наркотического или токсического опьянения или под воздействием сильнодействующих и/или психотропных веществ, медицинских препаратов, при применении которых противопоказано управление транспортными средствами, или управления транспортным средством лицом, находящимся в состоянии алкогольного, наркотического или токсического опьянения или под воздействием сильнодействующих и/или психотропных веществ, медицинских препаратов, при применении которых противопоказано управление транспортными средствами, при условии передачи управления такому лицу Застрахованным;
- г) реализующиеся в результате алкогольного, наркотического или токсического отравления Застрахованного, вследствие употребления им спиртосодержащих жидкостей, наркотических, токсических, сильнодействующих и психотропных веществ без предписания врача (или по предписанию врача, но с нарушением указанной им дозировки);

- д) заболевания/операции на фоне хронического алкоголизма / алкогольной болезни / злоупотребления алкоголем;
  - е) заболевания/операции на фоне наркомании/токсикомании и/или употреблении наркотических, токсических и сильнодействующих веществ;
  - ж) реализующиеся в результате прямого или косвенного влияния психического заболевания;
  - з) реализующиеся в результате эпилептического приступа (или иных судорожных или конвульсивных приступов);
  - и) реализующиеся в результате осложнений беременности, родов, аборта, выкидыша;
  - к) реализующиеся во время непосредственного участия Застрахованного в качестве военнослужащего либо гражданского служащего в военных действиях, гражданских, военных переворотах, народных волнениях, вооруженных столкновениях, иных аналогичных или приравняемых к ним событиям, а также во время прохождения Застрахованным военной службы, участия в военных сборах и учениях;
  - л) реализующиеся во время пребывания в местах лишения свободы или в период нахождения его под стражей, а также во время осуществления следственных мероприятий;
  - м) реализующиеся в результате болезни Застрахованного в присутствии ВИЧ-инфекции.
- 4.2.2. Помимо исключений из страхового покрытия, установленных абзацем вторым п. 4.2. и п. 4.2.1, по всем медицинским состояниям / серьезным операциям, указанным в Списке, страховыми случаями не признаются страховые риски:
- а) если медицинское состояние (за исключением медицинских состояний №8.2, №9.2, №10.2, №11.2 Списка, указанных в Списке как реализующихся в результате несчастного случая) диагностируется или хирургическая операция проводится в течение первых трех Периодов страхования;
  - б) если диагностика медицинского состояния или хирургическая операция проводится врачом, не имеющим необходимой квалификации или с нарушением общепринятых в медицинской практике стандартов.
- 4.3. Страховщик освобождается от страховой выплаты полностью или частично при наличии следующих обстоятельств:
- 4.3.1. умышленных действий Страхователя и/или Застрахованного (Выгодоприобретателя) либо лиц, действующих по их поручению, направленных на наступление страхового события;
  - 4.3.2. наступление события, имеющего признаки страхового случая, вне сроков страхования;
  - 4.3.3. самоубийство или попытки самоубийства Застрахованного, а также умышленные самоповреждения; Страховщик не освобождается от выплаты в случае смерти Застрахованного лица, если его смерть наступила вследствие самоубийства и к этому времени Договор в отношении данного Застрахованного действовал не менее 2 (двух) лет;
  - 4.3.4. война, интервенция, военные действия иностранных войск, вооруженные столкновения, иные аналогичные или приравняемые к ним события (независимо от того, была ли объявлена война), гражданская война, мятеж,

путч, иные гражданские волнения, предполагающие перерастание в гражданское либо военное восстание, бунт, вооруженный или иной незаконный захват власти;

- 4.3.5. медицинское состояние / серьезная операция (любые), смерть Застрахованного, вызванные воздействием ядерного взрыва, радиации или радиоактивного заражения.

## 5. Заключение, оформление Договора. Срок действия Договора

- 5.1. Согласно настоящим Правилам страхования Договор страхования заключается путем составления одного документа — страхового полиса (свидетельства, сертификата, квитанции), подписанного Страховщиком, и его вручения Страховщиком Страхователю на основании устного или письменного заявления Страхователя.

Для заключения Договора Страхователь сообщает Страховщику данные о Застрахованных, которые указываются в Договоре.

Договор заключается без обследования и/или медицинского освидетельствования принимаемого на страхование лица (в возрасте от 18 до 60 лет), если иное не предусмотрено Договором. Для лиц младше 18 лет необходимо проведение медицинского обследования. При заключении Договора Страховщик вправе потребовать проведения медицинских обследований каждого принимаемого на страхование лица для оценки фактического состояния его здоровья в соответствии с п. 2 ст. 945 Гражданского кодекса Российской Федерации. О необходимости прохождения медицинского обследования Страховщик письменно уведомляет Страхователя (заявляемое на страхование лицо) при обращении Страхователя к Страховщику с заявлением о заключении Договора. В случае если Страховщик потребовал прохождения медицинского обследования для оценки страхового риска — Договор может быть заключен только после исполнения Страхователем (Застрахованным) указанных требований. Заключение Договора без обследования и/или медицинского освидетельствования принимаемого на страхование лица не освобождает Страхователя от сообщения достоверных данных о состоянии здоровья лица, принимаемого на страхование, и не лишает Страховщика права на оспаривание договора при выявлении факта сообщения заведомо ложных сведений о состоянии здоровья Застрахованного лица.

Дата, время и место, а также порядок проведения обследования согласовывается с Застрахованным лицом. По результатам прохождения медицинского обследования Страховщик имеет право при расчете страхового тарифа применить к базовому страховому тарифу повышающий коэффициент.

- 5.2. На момент заключения Договора лицо:

- являющееся инвалидом, ребенком-инвалидом или направленное на комиссию по установлению инвалидности;
- являющееся носителем ВИЧ или болеющее СПИДом; страдающее психическим заболеванием или расстройством;
- состоящее на учете в наркологическом или психоневрологическом диспансере,
- может быть Застрахованным только при условии письменного уведомления Страховщика о таком состоянии здоровья лица, заявленного на страхование. При этом Страховщик имеет право при расчете страхового тарифа применять к базовому страховому тарифу повышающий коэффициент. Если после заключения Договора будет установлено, что на страхование было принято лицо, попадающее в одну из категорий, перечисленных в настоящем пункте, о чем Страхователь



(Застрахованный) письменно не уведомил Страховщика, ввел в заблуждение либо сообщил заведомо ложные сведения о вышеуказанных обстоятельствах при заключении Договора, то Страховщик имеет право потребовать признания Договора в отношении указанного лица недействительным в порядке, предусмотренном действующим законодательством РФ.

- 5.3. Лицо, которому на момент заключения Договора было диагностировано одно из медицинских состояний из Списка или была проведена/рекомендована серьезная хирургическая операция из Списка, может быть принято на страхование с ограничением страхового покрытия согласно следующей таблице.

<b>Мед. состояние</b>	<b>Исключение для страховых событий по риску медицинских состояний / серьезных операций</b>
1	Мед. состояние 1, 9.1, 9.2
2	Мед. состояние 2, 3, 4, 5, 6, 8.1, 8.2
3	Мед. состояние 2, 3, 4, 5, 6, 8.1, 8.2, 10.1, 10.2, 11.1, 11.2
4	Мед. состояние 2, 3, 4
5	Мед. состояние 2, 3, 4, 5, 6
6	Мед. состояние 2, 3, 4, 5, 6
7	Мед. состояние 3, 7, 11.1, 11.2
8.1	Мед. состояние 2, 3, 8.1, 8.2, 9.1, 9.2
8.2	Мед. состояние 8.1, 8.2
9.1	Мед. состояние 2, 3, 4, 5, 6, 8.1, 8.2, 9.1, 9.2
9.2	Мед. состояние 2, 3, 4, 5, 6, 8.1, 8.2, 9.1, 9.2
10.1	Мед. состояние 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8.1, 8.2, 9.1, 9.2, 10.1, 10.2, 11.1, 11.2
10.2	Мед. состояние 10.1, 10.2
11.1	Мед. состояние 3, 5, 6, 7, 11.1, 11.2
11.2	Мед. состояние 3, 5, 6, 7, 11.1, 11.2

- 5.4. При заключении Договора Страхователь (Застрахованное лицо) обязан сообщить Страховщику все известные Страхователю (Застрахованному лицу) обстоятельства, имеющие существенное значение для определения вероятности наступления страхового случая и размера возможных убытков от его наступления (страхового риска). При этом существенными могут быть признаны обстоятельства, определенно оговоренные Страховщиком в настоящих Правилах, Договоре, в заявлении на страхование, анкете Застрахованного лица, по форме, установленной Страховщиком, или в письменном запросе Страховщика.

- 5.5. Информация, которая поступила к Страховщику при принятии решения о заключении Договора, является строго конфиденциальной.

- 5.6. Страховщик оформляет и передает Страхователю страховой полис, подтверждающий заключение Договора, который содержит подпись или аналог собственноручной подписи уполномоченного лица Страховщика. Под аналогом собственноручной подписи понимается графическое и цветное воспроизведение подписи типографским способом или ее воспроизведение при выводе на печать Договора непосредственно из информационной операционной системы Страховщика.

В случае утери страхового полиса Страховщик на основании письменного заявления Страхователя бесплатно выдает дубликат страхового полиса. После передачи дубликата страхового полиса Страхователю утерянный экземпляр страхового полиса считается не имеющим юридической силы с момента подачи заявления Страхователя, выплаты по нему не производятся.

- 5.7. При заключении Договора Стороны вправе предусмотреть возможность автоматического (без подписания Дополнительного соглашения к Договору) продления срока действия Договора на следующий календарный месяц, с сохранением

остальных условий страхования неизменными. При этом Страхователь и Страховщик соглашаются, что условие об автоматическом продлении срока действия Договора перестает действовать в случае, если одна из сторон (Страхователь или Страховщик) не менее чем за 10 рабочих дней до окончания срока действия Договора в письменной форме уведомит об этом другую сторону.

5.8. Если иное не определено в Договоре:

а) срок действия Договора устанавливается с даты начала его действия и составляет один месяц. Далее Договор может быть продлен автоматически на следующий календарный месяц на аналогичных при соблюдении условий настоящих Правил. Срок действия Договора указывается в Страховом полисе;

б) страховая премия подлежит уплате единовременно (одним платежом) за весь срок действия Договора, в случае продления действия Договора страховая премия подлежит уплате единовременным платежом за продлеваемый срок страхования (календарный месяц);

в) обязанность Страховщика по осуществлению страховой выплаты при наступлении страхового случая возникает с установленной Договором даты начала срока его действия, при условии оплаты страховой премии в полном объеме в сроки, предусмотренные Правилами и Договором.

5.9. Страхование действует по всему миру, 24 часа в сутки.

5.10. Договор может быть заключен в отношении Страхователя, то есть Страхователь является одновременно Застрахованным по Договору страхования. Также Договор может быть заключен в отношении Родственника.

5.11. Договор вступает в силу с момента уплаты страховой премии по Договору.

## 6. Страховая премия и порядок ее уплаты, страховой тариф

6.1. Размер страховой премии по Договору определяется согласно тарифам, установленным Страховщиком, в зависимости от количества Застрахованных, количества Единиц защиты, установленных для каждого Застрахованного.

Страховой тариф по конкретному Договору определяется по соглашению сторон в соответствии с утвержденной Страховщиком методикой расчета Страховых тарифов.

6.2. Если иное не установлено Договором, страховая премия уплачивается Страхователем лично либо путем поручения бухгалтерии предприятия или организации, сотрудником которой является Страхователь, переводить Страховую премию Страховщику, при этом:

- оплата страховой премии должна быть произведена в первый день действия Договора. Первая Страховая премия в размере, указанном в Договоре, является согласованной сторонами страховой премией за весь период с начала действия Договора и до окончания месяца, следующего за месяцем, в котором началось действие Договора;
- при автоматическом продлении срока действия Договора на следующий календарный месяц оплата Страховой премии производится в первый календарный день месяца, на который был продлен срок действия Договора.

Страхователь вправе использовать иные варианты уплаты Страховой премии — с использованием платежной карты, через учреждение банка без открытия счета или перечислением на счет Страховщика путем безналичных расчетов, в том числе путем периодического дебетования Страховщиком карточного счета Страхователя, осуществляемого на основании его письменного разрешения, а также оплачивать

страховую премию путем внесения наличных денежных средств в кассу Страховщика / его представителя. При этом обязанность Страхователя по уплате очередного страхового взноса считается выполненной:

- при оплате через бухгалтерию работодателя — на дату поступления денежных средств на указанный в Договоре расчетный счет Страховщика в полном размере, указанном в Договоре;
- при оплате с использованием платежной карты — на дату списания денежных средств с платежной карты;
- при оплате через учреждение банка без открытия счета — на дату оформления документа, выдаваемого учреждением банка в подтверждение принятия денежных средств от плательщика;
- при оплате банковским переводом — на дату поступления денежных средств на указанный в Договоре расчетный счет Страховщика в полном размере, указанном в Договоре.
- при оплате наличными деньгами — на дату внесения наличных денежных средств в кассу Страховщика / его представителя либо платежному агенту (субагенту), осуществляющему деятельность по приему платежей физических лиц.

6.3. Если иное не предусмотрено в Договоре, для уплаты страховых взносов устанавливается льготный период. Льготный период для оплаты страховой премии по Договору начинается с даты начала действия Договора и заканчивается датой окончания срока страхования. При неуплате или неполной уплате первого страхового взноса в установленные сроки — до окончания действия льготного периода — Договор считается не вступившим в силу, Стороны не несут по нему обязательств, а действие срока страхования не начинается, если иное не предусмотрено Договором страхования. Денежные средства, уплаченные в размере меньшем, чем установлено Договором страхования для уплаты страховой премии, считаются ошибочно уплаченными и подлежат возврату лицу, уплатившему их. Возврат ошибочно уплаченных денежных средств осуществляется по письменному заявлению Страхователя в течение 15 (пятнадцати) рабочих дней с момента получения Страховщиком заявления от Страхователя.

6.4. Льготный период для оплаты страхового взноса за продление Договора на новый срок страхования начинается с первого числа календарного месяца, на который продлевается Договор, и заканчивается последним числом данного месяца. В случае если страховой взнос за продленный календарный месяц Договора не будет уплачен в полном объеме до окончания льготного периода, предоставленного Страхователю для его уплаты, и если в течение продленного периода Договора не произошло страховых случаев, то автоматическое продление Договора будет считаться не вступившим в действие по решению Страхователя, а Договор считается прекратившим свое действие с момента окончания последнего календарного месяца, за который был оплачен страховой взнос. Денежные средства, уплаченные в размере меньшем, чем установлено Договором страхования для уплаты очередного страхового взноса, а также уплаченные после даты, установленной в качестве даты уплаты очередного страхового взноса, считаются ошибочно уплаченными и подлежат возврату лицу, уплатившему их. Возврат ошибочно уплаченных денежных средств осуществляется по письменному заявлению Страхователя в течение 15 (пятнадцати) рабочих дней с момента получения Страховщиком заявления от Страхователя.

6.5. Для случаев, когда оплата страхового взноса производится Страхователем через бухгалтерию работодателя Страхователя, применяются условия, перечисленные ниже.

- 6.5.1. Договор не будет прекращен по основаниям, предусмотренным п. 6.4. настоящих Правил, при условии, что Страхователь (либо работодатель Страхователя) до окончания льготного периода заключит со Страховщиком соответствующее письменное соглашение об отсрочке перечисления страхового взноса по Договору страхования на возобновление периода страхования.
- 6.5.2. Договор считается вступившим в силу и не прекращается по основаниям, предусмотренным п. 6.3. и 6.4. настоящих Правил, при условии, что Страхователь до окончания льготного периода направит Страховщику подтверждение списания в течение льготного периода соответствующей суммы денежных средств в оплату страхового взноса по Договору до окончания продленного периода Договора.
- 6.5.3. В случае если условия, описанные в п. 6.5.1. и/или п. 6.5.2. настоящих Правил не будут выполнены Страхователем (либо работодателем Страхователя), то Договор:
- в порядке, предусмотренном п. 6.3. и 6.4. настоящих Правил, будет считаться не вступившим в силу или, соответственно, прекратившим свое действие с момента окончания последнего календарного месяца, за который был оплачен страховой взнос;
  - при наступлении страхового случая в течение льготного периода Договор будет считаться прекратившим свое действие по окончании соответствующего льготного периода, за который Страховщик предоставил Страхователю отсрочку. В этом случае ответственность Страховщика по Договору прекращается с даты окончания соответствующего льготного периода, за который Страховщик предоставил Страхователю отсрочку, с учетом п. 8.1. настоящих Правил. Страховщик вправе отказать в страховой выплате по Договору, при наступлении события, обладающего признаками страхового случая, в период с даты окончания льготного периода до даты восстановления действия страхования по Договору.

## 7. Страховые суммы

- 7.1. Страховые суммы устанавливаются в Договоре отдельно по каждому Застрахованному кратно страховой сумме, соответствующей одной единице защиты, при этом общее количество единиц защиты в отношении Застрахованного не должно превышать максимально допустимого количества единиц защиты, установленного в Приложении №2 к настоящим Правилам.
- 7.2. В течение срока страхования Страхователь вправе изменить количество единиц защиты в отношении Застрахованного посредством заключения нового (дополнительного) Договора, при этом в отношении нового Договора будут применяться требования п. 4.1, п. 4.2, п. 4.3., п. 5.2 настоящих Правил, а общее количество единиц защиты по всем Договорам, действующим в отношении Застрахованного, не должно превышать максимально допустимого количества единиц защиты, установленного в Приложении №2 к настоящим Правилам.

## 8. Страховые выплаты

- 8.1. Страховая выплата в объеме, предусмотренном Договором, осуществляется Страховщиком при условии, что страховые взносы уплачивались в размере и в сроки, которые установлены Договором. При неуплате очередного страхового взноса в

течение льготного периода и наступлении страхового случая в течение данного периода страховая выплата уменьшается на величину неуплаченного страхового взноса.

8.2. Размер страховых выплат определяется с учетом количества единиц защиты, установленных для Застрахованного на основании Приложения №2 к Правилам.

8.2.1. Размер страховой выплаты по всем застрахованным рискам, кроме медицинского состояния №1, составляет 100% от установленной Застрахованному страховой суммы.

8.2.2. **Размер страховой выплаты по медицинскому состоянию №1** определяется с учетом установленной Застрахованному размера страховой суммы и стадии заболевания.

а) Злокачественные новообразования **I стадии** (злокачественные опухоли без отдаленных метастазов и без поражения регионарных лимфатических узлов по классификации TNM), а также болезнь Ходжкина I ст. Размер страховой выплаты составляет 50% от страховой суммы.

б) Злокачественные новообразования **II стадии** (злокачественные опухоли без отдаленных метастазов и без поражения регионарных лимфатических узлов по классификации TNM), а также болезнь Ходжкина II ст., хронические лейкозы и неходжкинские виды лимфом, лимфомы кожи. Размер страховой выплаты составляет 70% от страховой суммы.

в) Злокачественные новообразования **III стадии** (злокачественные опухоли с поражением регионарных лимфатических узлов, но без отдаленных метастазов), а также болезнь Ходжкина III ст. Размер страховой выплаты составляет 90% от страховой суммы.

г) Злокачественные опухоли **IV стадии** — опухоль с наличием отдаленных метастазов, с поражением или без поражения регионарных лимфатических узлов), а также все виды острых лейкозов, болезнь Ходжкина IV ст., опухоли головного мозга Gr III-IV. Размер страховой выплаты составляет 100% от страховой суммы.

8.2.3. Размер страховой выплаты по риску смерти составляет 100% установленной Застрахованному страховой суммы. Выгодоприобретатель имеет право на получение страхового возмещения по риску смерти только в том случае, если Застрахованным ранее не была получена страховая выплата в связи с реализацией риска медицинских состояний / серьезных операций.

8.3. Для решения вопроса о признании наступившего с Застрахованным события страховым случаем и о страховой выплате Страхователь (Застрахованный, Выгодоприобретатель) в обязательном порядке должен представить Страховщику:

а) письменное заявление со ссылкой на номер Договора (страхового полиса), с подробным описанием обстоятельств, повлекших за собой реализацию соответствующего страхового риска, и с указанием полных банковских реквизитов для перевода страховой выплаты;

б) копию страхового полиса с приложениями;

в) документы, удостоверяющие личность лица, обратившегося за страховой выплатой (Страхователя, Выгодоприобретателя и их представителей), банковские реквизиты для осуществления страховой выплаты в безналичной форме, а также распоряжение Страхователя/Выгодоприобретателя о порядке осуществления страховой выплаты.

Если с заявлением на страховую выплату (или за страховой выплатой) обращается представитель Страхователя/Выгодоприобретателя, то он обязан предоставить надлежащим образом оформленную действующую доверенность, подтверждающую полномочия на подписание заявления (или на получение страховой выплаты).

Предусмотренный настоящими Правилами срок для осуществления страховой выплаты начинает течь не ранее получения Страховщиком документа, удостоверяющего личность получателя страховой выплаты и/или банковских реквизитов для осуществления страховой выплаты (в случае если в заявлении о выплате Страхователем/Выгодоприобретателем указан вариант осуществления страховой выплаты в безналичном порядке);

- г) оригиналы выписки из амбулаторной карты / истории болезни Застрахованного или медицинской справки, выданные соответствующим медицинским учреждением, с окончательным диагнозом, описанием проведенного лечения и продолжительностью лечения, заверенные соответствующим образом выдавшими лечебными учреждениями;
  - д) копии протоколов проведенных операций;
  - е) копии результатов лабораторных, клинических, гистологических и прочих исследований, заверенные выдавшим медицинским учреждением;
  - ж) заключение врача-специалиста (онколога, гематолога, кардиолога и т.п.) с указанием диагноза;
  - з) копии закрытых листов нетрудоспособности, заверенные отделом кадров Застрахованного;
  - и) акт о несчастном случае на производстве (форма Н1) и заверенную выдавшим учреждением копию медицинского заключения о характере и степени тяжести производственной травмы, если страховой риск реализовался в результате несчастного случая на производстве;
  - к) оригинал или заверенную выдавшим органом копию документа соответствующего уполномоченного органа (министерства внутренних дел, министерства юстиции, следственного комитета и т.п.), если реализация страхового риска или обстоятельства его наступления зафиксированы таким органом в соответствии с действующим законодательством;
  - л) если Застрахованный являлся пассажиром транспортного средства или пешеходом, необходимо предоставить справку или иной документ, где Застрахованный указан как пассажир или пешеход, пострадавший в ДТП;
  - м) если Застрахованный являлся водителем, пострадавшим в дорожно-транспортном происшествии, — необходимы заверенные выдавшим учреждением или следственными органами результаты исследования на содержание в крови и других биологических жидкостях алкоголя и/или наркотических, токсических веществ, а также копия водительского удостоверения.
- 8.4. При заявлении Страховщику требования о страховой выплате в связи с реализацией риска медицинских состояний / серьезных операций — Страхователь (Застрахованный, Выгодоприобретатель), помимо документов, предусмотренных п. 8.3 настоящих Правил, обязан предоставить документы, указанные в Списке, применительно к установлению определенного диагноза медицинского состояния или проведению определенной хирургической операции.
- 8.5. При реализации риска смерти (помимо документов, предусмотренных п. 8.3 настоящих

Правил, исключая листы нетрудоспособности) Выгодоприобретатель также обязан предоставить:

- а) нотариально заверенную копию свидетельства о смерти Застрахованного;
- б) медицинское заключение о причине смерти: заверенную копию медицинского свидетельства о смерти, копию протокола патологоанатомического вскрытия, копию акта судебно-медицинского исследования;
- в) свидетельство о праве на наследство, состоящее из суммы страховой выплаты, выданное нотариусом (или форму о назначении Выгодоприобретателя);
- г) заверенную копию посмертного эпикриза;
- д) заверенную копию протокола операции;
- е) распоряжение Страхователя о назначении Выгодоприобретателя на случай смерти Застрахованного.

8.6. Все документы предоставляются в виде оригиналов или должным образом заверенных копий.

Все предоставляемые документы должны быть на русском языке либо в виде нотариально удостоверенного перевода.

Все документы, выданные компетентными органами/учреждениями, должны быть заверены подписью уполномоченного лица и печатью соответствующего органа/учреждения.

Все представляемые Выгодоприобретателем копии документов должны быть надлежащим образом заверены, то есть учреждением/органом, выдавшим данный документ, либо нотариально.

8.7. При необходимости Страховщик вправе самостоятельно выяснять у медицинских учреждений, правоохранительных органов и иных компетентных органов, и организаций, располагающих информацией об обстоятельствах страхового случая, обстоятельства, связанные с этим страховым случаем, а также организовывать за свой счет проведение независимых экспертиз. Застрахованное лицо уведомляется о месте и времени обследования по электронной почте или почтовым отправлением (заказным письмом с уведомлением) с указанием не менее двух вариантов времени на выбор. При этом если течение срока урегулирования требования о страховой выплате началось до проведения освидетельствования, то течение данного срока приостанавливается до даты проведения освидетельствования. В случае непрохождения Застрахованным лицом медицинского обследования в объеме и сроках, согласованных со Страховщиком, Застрахованный обращается к Страховщику для согласования повторной даты прохождения обследования. В случае повторного непрохождения Застрахованным лицом медицинского обследования — заявление о наступлении страхового случая Страховщиком не рассматривается, Страховщик возвращает без рассмотрения представленное таким лицом заявление на страховое возмещение, а также приложенные к нему документы (как поданные непосредственно вместе с заявлением, так и представленные впоследствии), если иное не будет согласовано между Страховщиком и Страхователем (Застрахованным лицом, Выгодоприобретателем).

8.8. Если иное не предусмотрено Договором, то в течение 20 (двадцати) рабочих дней со дня получения от Страхователя заявления и всех необходимых документов, в том числе дополнительно запрошенных Страховщиком, а также документов, запрошенных у медицинских учреждений, правоохранительных органов и иных компетентных органов, и организаций, Страховщик обязан:

- в случае признания произошедшего события страховым случаем составить и утвердить страховой акт и осуществить страховую выплату в пользу Застрахованного (Выгодоприобретателя);
- в случае непризнания произошедшего события страховым случаем принять решение об отказе в страховой выплате, о чем письменно сообщить Застрахованному (Выгодоприобретателю), с указанием основания принятия такого решения со ссылками на нормы права, условия Договора и/или настоящих Правил, на основании которых принято решение об отказе. Указанная информация предоставляется в том объеме, в каком это не противоречит действующему законодательству;
- принять решение об отсрочке страховой выплаты, о чем письменно известить Застрахованного (Выгодоприобретателя), если по фактам, связанным с наступлением события, имеющего признаки страхового случая, в соответствии с действующим законодательством назначена дополнительная проверка, возбуждено уголовное дело или начат судебный процесс, до окончания проверки, расследования или судебного разбирательства либо устранения других обстоятельств, препятствующих выплате.

8.9. В случае предоставления Страхователем/Выгодоприобретателем документов, недостаточных для принятия Страховщиком решения об осуществлении страховой выплаты и/или ненадлежащим образом оформленных документов в соответствии с требованиями настоящих Правил и/или договора страхования и/или документов, которые не могут быть прочтены Страховщиком в связи с особенностями почерка врача или сотрудника компетентного органа/учреждения, а также вследствие нарушения целостности документа (надорван, смят, стерт и т.д.), Страховщик обязан:

- принять их, при этом срок, указанный в п. 8.8. настоящих Правил страхования, не начинает течь до предоставления последнего из необходимых и надлежащим образом оформленных документов;
- в срок, не превышающий 10 (десяти) рабочих дней, уведомить об этом подавшее заявление на страховую выплату лицо, с указанием перечня недостающих и/или ненадлежащим образом оформленных документов.

Срок рассмотрения документов исчисляется со дня, следующего за днем получения Страховщиком заявления о событии, обладающем признаками страхового случая, и всех предусмотренных настоящими Правилами и Договором документов.

8.10. При наступлении страхового случая, связанного со смертью Застрахованного, соблюдается следующий приоритет получателей страховой выплаты, причитающейся согласно Договору в связи со смертью Застрахованного:

- а) в первую очередь — Выгодоприобретатель, указанный в распоряжении Страхователя о назначении Выгодоприобретателя на случай смерти Застрахованного, оформленном в письменной форме с согласия Застрахованного. Если указано несколько Выгодоприобретателей, но не указаны их доли, выплата осуществляется всем Выгодоприобретателям в равных долях;
- б) при отсутствии Выгодоприобретателя (не был назначен, умер ранее Застрахованного, умер одновременно с Застрахованным) получателем является лицо, указанное в завещании Застрахованного как единственный наследник всего имущества Застрахованного либо как получатель страховой выплаты;
- в) при отсутствии получателя по п. 8.10. «а» и п. 8.10. «б» настоящих Правил получателем является лицо, признанное наследником Застрахованного по гражданскому законодательству, при предоставлении свидетельства о праве на



наследство по закону, а при наличии нескольких наследников выплата осуществляется всем наследникам в равных долях, если иное не предусмотрено свидетельствами о праве на наследство.

8.11. После осуществления страховой выплаты по одному из медицинских состояний Договор прекращает свое действие относительно отдельных медицинских состояний, указанных в п. 5.3. настоящих Правил.

## 9. Прекращение Договора

9.1. Страхование в отношении Застрахованного прекращается:

- по истечении срока действия Договора;
- в первый день месяца, следующего за месяцем достижения Застрахованным возраста 66 лет;
- в случае смерти Застрахованного.

9.2. Страхование может быть прекращено также:

- в соответствии с п. 6.3., п. 6.4., п. 6.5. настоящих Правил в случае неуплаты очередного страхового взноса в установленные сроки;
- при отказе Страхователя от Договора по причинам, указанным в п. 2 ст. 958 ГК РФ, на основании письменного заявления (уведомления) Страхователя;
- в случае смерти Страхователя.
- до наступления срока, на который Договор был заключен, если после его вступления в силу возможность наступления страхового случая отпала и существование страхового риска прекратилось по обстоятельствам иным, чем страховой случай (п. 1 ст. 958 ГК РФ).

9.3. При досрочном прекращении Договора в связи со смертью Застрахованного, не являющейся страховым случаем, Страховщик производит возврат части премии, пропорциональной не истекшему сроку страхования.

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

При отказе Страхователя от Договора до начала срока страхования Страховщик возвращает Страхователю уплаченную страховую премию в полном объеме.

При отказе Страхователя от Договора после начала срока страхования, но в течение 14 (четырнадцати) календарных дней (если иной срок не установлен органом страхового надзора) включительно со дня заключения Договора — Страхователь вправе получить часть уплаченной премии пропорционально сроку действия страхования, при условии отсутствия в период страхования событий, имеющих признаки страхового случая.

При отказе Страхователя от Договора после начала срока страхования и по истечении 14 (четырнадцати) календарных дней (если иной срок не установлен органом страхового надзора) со дня заключения Договора или в случае, если в течение 14 (четырнадцати) календарных дней с момента заключения Договора произошел страховой случай по любому из рисков, — уплаченная страховая премия возврату не подлежит, если иное не предусмотрено Договором.

Денежные средства подлежат возврату Страхователю в течение 10 (десяти) рабочих дней с даты получения Страховщиком письменного заявления (уведомления) об

отказе от Договора.

- 9.5. Договор считается прекратившим свое действие с даты получения Страховщиком письменного заявления (уведомления) Страхователя об отказе от Договора.
- 9.6. В случае если Выгодоприобретатель заявил требование о страховой выплате по страховому случаю, произошедшему до расторжения Договора, и возврат страховой премии был произведен в полном объеме в соответствии с условиями п. 9.4., размер страховой выплаты, подлежащей выплате Страхователю/Выгодоприобретателю, уменьшается на сумму возвращенной страховой премии.

## 10. Права и обязанности

### 10.1. Страхователь вправе:

- а) с согласия Застрахованного назначить Выгодоприобретателя на случай смерти Застрахованного;
- б) пользоваться другими правами, предусмотренными Договором, настоящими Правилами и законодательством Российской Федерации;
- в) вносить изменения в Договор на основании письменного заявления установленной формы. Изменения вступают в силу с начала очередного календарного месяца, следующего за месяцем, в котором заявление об изменении было принято и подписано Страховщиком;
- г) получить информацию о размере вознаграждения, выплачиваемого Страховщиком страховому агенту или страховому брокеру, при посредничестве которых со Страхователем заключается договор страхования;
- д) получить по запросу один раз по одному Договору бесплатно заверенный Страховщиком расчет суммы страховой премии (части страховой премии), подлежащих возврату в связи с расторжением или досрочным прекращением Договора, со ссылками на нормы права и/или условия Договора и Правил страхования, на основании которых произведен расчет.

### 10.2. Страхователь обязан:

- а) уплатить страховую премию в размере и в сроки, которые установлены Договором;
- б) при наступлении события, имеющего признаки страхового случая, письменно известить об этом Страховщика в течение 30 (тридцати) дней со дня, когда у Страхователя появилась возможность сообщить о случившемся. Данная обязанность может быть исполнена Выгодоприобретателем;
- в) сообщить Страховщику достоверную информацию о Застрахованном по требованию Страховщика, а также предоставлять Страховщику или его представителю свободный доступ к информации, имеющей отношение к страховому случаю;
- г) предоставить Страховщику согласие на обработку своих персональных данных;
- д) получить от Застрахованных лиц письменные согласия на обработку Страховщиком их персональных данных в соответствии с Федеральным законом №152-ФЗ от 27 июля 2006 г. «О персональных данных» в объеме, необходимом Страховщику в целях, указанных в п. 11.1. Правил, а также предоставить по запросу Страховщика указанные письменные согласия Застрахованных лиц;
- е) письменно уведомить Страховщика в случае отзыва Застрахованным лицом своего согласия на обработку персональных данных, переданного Страхователю;

- ж) доплатить страховую премию в случае увеличения степени страхового риска на основании счета, выставленного Страховщиком в течение 7 (семи) календарных дней, если иное не установлено в Договоре страхования;
- з) в течение 7 (семи) рабочих дней сообщить Страховщику в письменном виде об изменении своих банковских реквизитов, места нахождения, номеров контактных телефонов и иных средств связи, а также об изменении фамилии, имени, отчества Застрахованного лица, его фактического места жительства, места работы, профессии;
- и) довести до сведения Застрахованных лиц (их законных представителей) положения настоящих Правил, условия действия Договора;
- к) выполнять иные обязанности, предусмотренные Договором, Правилами и законодательством Российской Федерации.

### 10.3. Страховщик вправе:

- а) проверять сообщаемую Страхователем и Выгодоприобретателем информацию, а также выполнение ими условий Договора и настоящих Правил;
- б) если Страхователем при заключении Договора Страховщику была предоставлена заведомо ложная информация о Застрахованном — применить последствия, предусмотренные Статьей 944 Гражданского Кодекса Российской Федерации;
- в) отсрочить принятие решения о страховой выплате или приостановить осуществление страховой выплаты, если по факту реализации страхового риска в соответствии с действующим законодательством назначена дополнительная проверка, возбуждено уголовное дело или начат судебный процесс, — до окончания проверки, расследования или судебного разбирательства, если от результатов проверки/расследования/разбирательства зависит решение Страховщика по заявленному событию;
- г) при наступлении обстоятельств, влекущих увеличение степени риска по Договору, потребовать изменения условий Договора или уплаты дополнительной страховой премии соразмерно увеличению риска. Если Страхователь возражает против изменения условий Договора или доплаты страховой премии, Страховщик вправе потребовать расторжения Договора в соответствии с законодательством Российской Федерации;
- д) вносить изменения и дополнения в настоящие Правила и применяемые тарифы. В случаях, когда вносимые изменения затрагивают интересы Страхователя и/или Застрахованных, Страховщик обязан уведомить Страхователя об указанных изменениях и предложить ему заключить соответствующее дополнительное соглашение к Договору;
- е) если Договором предусмотрена возможность автоматического продления срока действия Договора на следующий календарный месяц, с сохранением условий страхования неизменными, то в случае отказа Страхователя от заключения дополнительного соглашения к Договору в связи с изменением настоящих Правил или страховых тарифов (п. 10.3. «д» настоящих Правил) Страховщик вправе не продлевать срок действия Договора со Страхователем на следующий календарный месяц;
- ж) для принятия решения о Страховой выплате запрашивать у Страхователя (Застрахованного лица) медицинскую документацию, перечень которой предусмотрен настоящими Правилами или Договором, а также самостоятельно выяснять у медицинских учреждений, правоохранительных органов и иных учреждений обстоятельства, связанные с этим фактом, и организовывать за свой

счет проведение независимых медицинских экспертиз;

- з) получать письменное согласие от каждого принимаемого на страхование лица на обработку его персональных данных и получение сведений, составляющих врачебную тайну, по форме, установленной Страховщиком;
- и) продлить срок принятия решения по заявленному событию с признаками Страхового случая до предоставления Застрахованным лицом или Выгодоприобретателем документов, указанных в разделе 8, требуемых для оценки его обстоятельств;
- к) пользоваться другими правами, предусмотренными Договором, Правилами и законодательством Российской Федерации.

#### 10.4. Страховщик обязан:

- а) при заключении договора страхования предоставить Страхователю договор, состоящий из текста договора и всех приложений, являющихся неотъемлемой частью договора страхования, ссылка на которые имеется по тексту договора страхования, в том числе Правила страхования (Полисные условия / Дополнительные условия / Программы страхования);
- б) по запросу Страхователя, позволяющему подтвердить факт его получения Страховщиком, предоставить ему копию Договора (страхового полиса) и иных документов, являющихся неотъемлемой частью Договора по действующим договорам страхования, бесплатно один раз. Исключение составляет информация, не подлежащая разглашению (персональные данные других застрахованных лиц, данные об уплаченных премиях по коллективным договорам страхования, условия страхования других категорий застрахованных лиц и пр.);
- в) по требованиям Страхователя / Выгодоприобретателя / Застрахованного лица, а также лиц, имеющих намерение заключить договор страхования, бесплатно разъяснять положения, содержащиеся в настоящих Правилах, программах и Договоре;
- г) по запросу Страхователя/Выгодоприобретателя, полученному им после заявления о наступлении события, имеющего признаки страхового случая, предоставить информацию в соответствии с положениями, предусмотренными Договором и/или Правилами:
  - обо всех необходимых действиях, которые Страхователь/Выгодоприобретатель обязан предпринять, обо всех документах, предъявление которых обязательно для рассмотрения вопроса о признании события страховым случаем и определения размера страховой выплаты, а также о сроках проведения указанных действий и предоставления документов;
  - о форме и способах осуществления страховой выплаты и порядке их изменения, направленных на обеспечение прав Страхователя/Выгодоприобретателя на получение страховой выплаты удобным для него способом из числа указанных в Договоре;
- д) по запросу Страхователя/Выгодоприобретателя в срок, не превышающий 30 (тридцати) календарных дней с момента получения такого запроса, при условии возможности идентификации заявителя в соответствии с требованиями Федерального закона от 27 июня 2006 г. №152-ФЗ «О персональных данных» и после принятия решения о страховой выплате, предоставить в письменном виде информацию о расчете суммы страховой выплаты. Информация и документы предоставляются в объеме, не противоречащем действующему законодательству

РФ;

- е) по письменному запросу Страхователя/Выгодоприобретателя в срок, не превышающий 30 (тридцати) календарных дней с момента получения такого запроса, бесплатно один раз по каждому страховому случаю предоставить в письменном виде исчерпывающую информацию и документы (в том числе копии документов и/или выписки из них), на основании которых Страховщиком было принято решение о страховой выплате. Исключения составляют документы, которые свидетельствуют о возможных противоправных действиях Страхователя (Выгодоприобретателя), направленных на получение страховой выплаты. Информация и документы предоставляются в объеме, не противоречащем действующему законодательству РФ;
- ж) по письменному запросу Страхователя/Выгодоприобретателя в срок, не превышающий 30 (тридцати) календарных дней с момента получения такого запроса, бесплатно один раз по одному событию предоставить в письменном виде информацию и документы (в том числе копии документов и/или выписки из них), за исключением документов, которые свидетельствуют о возможных противоправных действиях Страхователя/Выгодоприобретателя, направленных на получение страховой выплаты, обосновывающие решение об отказе. Информация и документы предоставляются в объеме, не противоречащем действующему законодательству РФ;
- з) соблюдать конфиденциальность в отношении исполнения Договора и полученной информации о Страхователе, Застрахованном и Выгодоприобретателе;
- и) обеспечить рассмотрение претензий от Страхователя, Выгодоприобретателя, связанных с исполнением условий Договора, в порядке, установленном законодательством Российской Федерации, Базовыми стандартами саморегулируемой организации на финансовом рынке, членом которой является Страховщик и/или определенном в Договоре;
- к) выполнять иные обязанности, предусмотренные Договором, Правилами и законодательством Российской Федерации.

## 11. Персональные данные

11.1. Заключая (подписывая) Договор и/или предоставляя Страховщику (представителю Страховщика) свои персональные данные (ФИО, дату рождения, паспортные данные и другие сведения, предусмотренные формой Договора страхования), Страхователь, Застрахованное лицо, Выгодоприобретатель в соответствии с Федеральным законом от №152-ФЗ «О персональных данных» и иными нормативно-правовыми актами приняли решение о предоставлении своих персональных данных (далее — ПД) и дают согласие Оператору ПД — Страховщику (адрес местонахождения, ИНН, ОГРН Страховщика указаны в Договоре страхования) — на обработку своих персональных данных в целях:

- 1) подготовки заявления о заключении Договора;
- 2) формирования и дальнейшего исполнения Договора;
- 3) продвижения товаров, работ, услуг и проведения опросов для оценки качества услуг, направления любых информационных и рекламных материалов, сообщений и вызовов путем прямых контактов с помощью любых средств связи, в том числе, но не ограничиваясь, по сетям электросвязи, с использованием средств мобильной сотовой связи, по сети Интернет (в том числе на ящик электронной почты — почтовый ящик);

- 4) поручения обработки своих персональных данных третьим лицам в целях осуществления прав и исполнения обязательств Страховщика перед такими лицами в рамках заключенных с ними договоров;
- 5) поручения обработки своих персональных данных аффилированным лицам Страховщика.

Обработка персональных данных включает: сбор, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), использование, передачу, обезличивание, блокирование, уничтожение и иные действия, осуществляемые не дольше, чем этого требуют цели обработки персональных данных.

Заклячая (подписывая) Договор, Страхователь подтверждает, что получил соответствующее согласие на обработку персональных данных от Застрахованных лиц, Выгодоприобретателей, указанных в Договоре.

Согласие предоставляется на срок действия Договора и в течение 5 (пяти) лет с момента его окончания либо до момента его отзыва.

Отзыв согласия осуществляется по письменному заявлению, направляемому Страховщику на адрес, указанный в Договоре. Заявление должно быть подано за 30 (тридцать) дней до даты отзыва согласия.

По запросу Страховщика Страхователь обязуется своевременно предоставить Страховщику указанные письменные согласия Застрахованных лиц, Выгодоприобретателей.

В случае отзыва Застрахованным своего согласия на обработку персональных данных, переданного Страхователю, Страхователь обязан письменно уведомить об этом Страховщика.

Страховщик гарантирует соблюдение врачебной тайны и тайны страхования в соответствии с законодательством Российской Федерации.

## 12. Заключительные положения

- 12.1. Споры, вытекающие из договоров страхования, заключенных на основе настоящих Правил, рассматриваются в порядке, предусмотренном законодательством Российской Федерации.
- 12.2. Все документы, которые Страховщик предлагает заполнить в рамках Договора, являются его составной частью. К таким документам относятся документы, необходимые для заключения Договора и осуществления Страховой выплаты, настоящие Правила, а также все относящиеся к Договору надлежащим образом оформленные заявления, изменения, соглашения и дополнения.
- 12.3. Страховщик не несет ответственности за последствия изменения законодательства, связанного с изменением налогообложения для Страхователей, Застрахованных и Выгодоприобретателей при уплате ими Страховой премии или получении ими Страховых выплат.
- 12.4. При наступлении обстоятельств, которые Страховщик не мог предвидеть, в том числе обстоятельств непреодолимой силы (форс-мажор), Страховщик вправе задержать выполнение обязательств по Договорам страхования или освобождается от их выполнения, информировав об этом Страхователя любыми доступными способами в течение 30 дней с момента наступления вышеуказанных обстоятельств. К обстоятельствам непреодолимой силы относятся, в числе прочих, стихийные бедствия, бунты, войны, акции гражданского неповиновения, наводнения, землетрясения, дезорганизация органов государственной власти или финансовой

системы, сбои в работе телекоммуникационных сетей и систем денежных переводов.

- 12.5. Страхователь и Страховщик соглашаются, что Страховщик вправе использовать факсимильное воспроизведение подписей уполномоченных лиц Страховщика при заключении Договора, а также при осуществлении иных юридических и фактических действий после заключения Договора.
- 12.6. Все уведомления, извещения и сообщения, направляемые Страховщиком в адрес Страхователя (Застрахованного лица, Выгодоприобретателя), в соответствии с настоящими Правилами считаются направленными надлежащим образом при их направлении одним из следующих способов, указанных в Договоре или в заявлении о выплате страхового возмещения:
- в виде СМС-сообщения по телефону, указанному в Договоре или заявлении о страховой выплате;
  - почтовым отправлением по адресу, указанному в Договоре или заявлении о страховой выплате;
  - по электронной почте по электронному адресу, указанному в Договоре или заявлении о Страховой выплате.

Если в заявлении о страховой выплате или Договоре не указан способ уведомления Страхователя, Застрахованного лица, Выгодоприобретателя, то уведомление осуществляется по электронной почте — по электронному адресу, указанному в Договоре или заявлении о страховой выплате страхового возмещения, а при отсутствии электронного адреса — простым или заказным письмом по адресу, указанному в Договоре.

При наличии нескольких отличающихся контактных данных Страхователя (Застрахованного лица, Выгодоприобретателя) выбор конкретного номера телефона, почтового адреса или адреса электронной почты для отправки уведомления осуществляет Страховщик.

Гражданско-правовые последствия, связанные с направлением Страховщиком в адрес Страхователя, Застрахованного лица уведомлений, извещений и сообщений, считаются наступившими для Страхователя, Застрахованного лица с момента, указанного в тексте уведомления, извещения или сообщения, а если данный момент не указан — с момента направления Страховщиком уведомления, извещения или сообщения в адрес Страхователя, Застрахованного лица.

В случае изменения адресов, реквизитов, телефонов и иных данных Страхователь (Застрахованное лицо, Выгодоприобретатель) обязуется в течение 7 (семи) рабочих дней письменно известить Страховщика об этом. Если Страховщик не был извещен об изменении этих данных заблаговременно, то риск неполучения направленной Страховщиком корреспонденции (сообщений, извещений) несет Страхователь (Застрахованное лицо, Выгодоприобретатель).

Список медицинских состояний

<p><b>Медицинское состояние</b></p>	<p><b>Случаи, признаваемые страховыми, при условии соблюдения всех установленных настоящей таблицей критериев и исключений из страхового покрытия</b></p>	<p><b>Критерии признания случая страховым (при этом должны быть соблюдены все указанные ниже критерии; в противном случае событие не может быть признано страховым случаем)</b></p>	<p><b>Исключения из страхового покрытия</b> <i>(наличие любого из указанных ниже состояний и/или обстоятельств означает, что произошедшее событие не признается страховым случаем)</i></p>	<p><b>Документы, которые необходимо предоставить Страховщику при заявлении о наступлении события, имеющего признаки страхового случая</b> <i>Если предоставленные документы содержат недостаточно информации для принятия Страховщиком решения по заявленному событию, он вправе запросить следующие дополнительные документы:</i>  <ul style="list-style-type: none"> <li>- заверенную выдавшим учреждением копию карты пациента, получающего помощь в амбулаторных условиях;</li> <li>- заверенную выдавшим учреждением копию медицинской карты стационарного больного.</li> </ul> </p>
-------------------------------------	---	---	--	---



<p>Медицинское состояние № 1.</p>	<p>Злокачественное новообразование / заболевание с установлением диагноза согласно любому из следующих кодов классификации по МКБ 10:  С 00-С 14. Злокачественные новообразования губы, полости рта и глотки.  С 15-С 26. Злокачественные новообразования органов пищеварения.  С 30-С 39. Злокачественные новообразования органов дыхания и грудной клетки.  С 40-С 41. Злокачественные новообразования костей и суставных хрящей.  С 43-С 44. Меланома и другие злокачественные новообразования кожи.  С 45-С 49. Злокачественные новообразования мезотелиальных и мягких тканей.  С 50. Злокачественное новообразование молочной железы.  С 51-С 58. Злокачественные новообразования женских половых органов.  С 60-С 63. Злокачественные новообразования мужских половых органов.  С 64-С 68. Злокачественные новообразования мочевых путей.  С 69-С 72. Злокачественные новообразования глаза, головного мозга и других отделов центральной нервной системы.  С 73-С 75. Злокачественные новообразования щитовидной железы и других эндокринных желез.  С 81-С 96. Злокачественные новообразования лимфоидной, кровяной и родственных им тканей.  С 97. Злокачественные новообразования самостоятельных (первичных) множественных локализаций.</p>	<p>1. Диагноз, соответствующий критериям медицинского состояния, является окончательным.  2. Диагноз, соответствующий критериям медицинского состояния, установлен Застрахованному впервые в жизни и в течение срока страхования.  3. Диагноз, соответствующий критериям медицинского состояния, подтвержден заключением специализированного медицинского учреждения (онкологический/гематологический профиль) или профильного врача специалиста (онколога/гематолога), при этом диагноз, соответствующий критериям медицинского состояния, содержит указание как стадии новообразования по системе TNM (Т (Т1, Т2, Т3, Т4), N (N0, N1, N2, N3, Nx), M (M0, M1, Mx), так и стадии опухолевого процесса: 1, 2, 3, 4 стадии.  4. Наличие данных клинко-инструментальных методов диагностики, свидетельствующих об имеющемся злокачественном новообразовании и нарушении функционирования органов и систем организма в связи с опухолевым процессом.  5. Наличие данных морфологического (гистологического) исследования биопсийного материала, свидетельствующих о злокачественной природе опухолевого образования, код биологических свойств которого соответствует /3 (первичный очаг), /6 (метастаз), /9 (первичный или метастатический очаг) по действующей Международной классификации онкологических заболеваний (МКБ-О).  Датой наступления страхового случая является дата проведения прижизненного патолого-анатомического / гистологического исследования, указанная в пункте 28 Протокола прижизненного патолого-анатомического исследования биопсийного (операционного) материала (учетная форма № 014-1/у).</p>	<p>1. Все степени выраженности цервикальной интраэпителиальной неоплазии (CIN I-III).  2. Все злокачественные опухоли кожных покровов, кроме злокачественной меланомы кожных покровов и лимфомы кожи.  3. Все опухоли, гистологически описанные как предраковые.  4. Любой неинвазивный рак (cancer in situ, опухолевые образования, код биологических свойств которых соответствует /2 (неинвазивный рак) на основании гистологического заключения по действующей Международной классификации онкологических заболеваний (МКБ-О).  5. Все опухоли в присутствии ВИЧ-инфекции и/или СПИД.  6. Все злокачественные заболевания на фоне хронического алкоголизма / алкогольной болезни / злоупотребления алкоголем.  7. Все злокачественные заболевания на фоне употребления наркотических, токсических и сильнодействующих веществ.  8. Установление диагноза вне срока страхования.</p>	<p>1. Выписка (выписки) из истории болезни (карты амбулаторного больного), выданная (выданные) государственным или муниципальным учреждением здравоохранения Российской Федерации, имеющим лицензию на осуществление медицинской деятельности, в объеме стационарной и/или высокотехнологичной медицинской помощи, в т.ч. работ по онкологии, подписанная (подписанные) лечащим врачом, завизированная (завизированные) главным врачом (руководителем структурного подразделения) лечебного учреждения, чья подпись заверена гербовой печатью лечебного учреждения.  Выписка должна содержать:  - анамнез (история развития) настоящего заболевания;  - полный окончательный диагноз с указанием кода по МКБ10, классификации TNM и стадии опухолевого процесса;  - результаты обследования пациента;  - результаты морфологического (гистологического) исследования биопсийного материала (с указанием даты заключения, кода биологических свойств новообразования по действующей Международной классификации онкологических заболеваний);  - данные о проведенном лечении;  - рекомендации по дальнейшей тактике лечения и наблюдения.  2. Заключение врача онколога (гематолога), если лечение проводилось в медицинском учреждении не онкологического профиля.  3. Извещение о больном с впервые в жизни установленным диагнозом злокачественного новообразования (форма N 090/У).  4. Контрольная карта диспансерного наблюдения больного злокачественным новообразованием (форма №030-6/У).  5. Регистрационная карта больного злокачественным новообразованием (форма №030-6/ГРП).  6. Протокол прижизненного патолого-анатомического исследования биопсийного (операционного) материала (форма №014-1/у).</p>
<p>Медицинское состояние № 2.</p>	<p>Некроз (омертвление) участка сердечной мышцы в результате острой недостаточности коронарного</p>	<p>1. Диагноз, соответствующий критериям медицинского состояния, является окончательным.</p>	<p>1. Инфаркты миокарда, имеющие проявление только в виде</p>	<p>1. Выписка из истории болезни, выданная государственным или муниципальным учреждением здравоохранения Российской Федерации, имеющим</p>

	<p>кровообращения с установлением диагноза согласно любому из следующих кодов классификации по МКБ10:</p> <p>I 21 – острый инфаркт миокарда (инфаркт миокарда, уточненный как острый или установленной продолжительностью 4 недели (28 дней) или менее после возникновения острого начала):</p> <p>I 21.0 Острый трансмуральный инфаркт передней стенки миокарда;</p> <p>I 21.1 Острый трансмуральный инфаркт нижней стенки миокарда;</p> <p>I 21.2 Острый трансмуральный инфаркт миокарда других уточненных локализаций;</p> <p>I 21.3 Острый трансмуральный инфаркт миокарда неуточненной локализации;</p> <p>I 21.4 Острый субэндокардиальный инфаркт миокарда;</p> <p>I 21.9 Острый инфаркт миокарда неуточненный.</p>	<p>2. Диагноз, соответствующий критериям медицинского состояния, установлен Застрахованному впервые в жизни и в течение срока страхования.</p> <p>3. Диагноз, соответствующий критериям медицинского состояния, подтвержден заключением специализированного медицинского учреждения (кардиологический профиль) или профильного врача специалиста (кардиолога).</p> <p>4. Наличие нижеследующих изменений в данных электрокардиографического исследования:</p> <p>4.1. Пациенты с элевацией сегмента ST: элевация сегмента ST в точке «J» в двух или более соседних отведениях <math>\geq 0,2</math> mV в V1, V2, V3 и <math>\geq 0,1</math> mV в других отведениях (соответственно, во фронтальной плоскости это отведения aVL, I, инвертированное aVR, II, aVF, III).</p> <p>4.2. Пациенты без элеваций сегмента ST*:</p> <p>a. депрессия сегмента ST;</p> <p>b. только отклонения от нормы зубца T.</p> <p><i>*Новая или предположительно новая депрессия сегмента ST или отличный от нормального зубец T, или то и другое вместе, должны наблюдаться в двух или более соответствующих отведениях. Так же новая или предположительно новая инверсия зубца T <math>\geq 1</math> мм должна быть представлена минимум в двух соответствующих отведениях.</i></p> <p>5. Наличие нижеследующих изменений в результатах лабораторных исследований крови:</p> <p>5.1 максимальная концентрация тропонина I или T превышающая установленный уровень (99-й перцентиль эталонной контрольной группы) хотя бы в одном случае в течении 24 часов, следующих за клиническим событием;</p> <p>5.2 максимальное значение MB КФК* (предпочтительно определение массы MB КФК) превышающее 99-й перцентиль эталонной контрольной группы при двух последовательных определениях, или однократное значение превышающее нормальное значение в два раза в течении</p>	<p>зарегистрированного увеличения концентрации тропонина I или T в крови.</p> <p>2. Инфаркты миокарда, не сопровождающиеся диагностически значимыми изменениями (элевация или депрессия) положения сегмента ST.</p> <p>3. Безболевыми, бессимптомные («немые») формы инфаркта миокарда, не сопровождающиеся клиническими проявлениями.</p> <p>4. Другие формы острых коронарных синдромов.</p> <p>5. Диагноз инфаркта миокарда с неизвестными или неустановленными сроками давности, постинфарктный кардиосклероз.</p> <p>6. Инфаркт на фоне хронического алкоголизма / алкогольной болезни / злоупотребления алкоголем.</p> <p>7. Инфаркт на фоне употребления наркотических, токсических и сильнодействующих веществ.</p> <p>8. Установление диагноза вне срока страхования.</p>	<p>лицензию на осуществление медицинской деятельности, в объеме стационарной и/или высокотехнологичной медицинской помощи, в т.ч. работ по кардиологии, подписанная лечащим врачом, завизированная главным врачом (руководителем структурного подразделения) лечебного учреждения, чья подпись заверена гербовой печатью лечебного учреждения.</p> <p>Выписка должна содержать:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- анамнез (историю) настоящего заболевания;</li> <li>- полный окончательный клинический диагноз с указанием кода по МКБ10, классификации и стадии процесса;</li> <li>- результаты обследования пациента: описание ЭКГ, результаты исследований в крови уровня биохимических маркеров, характерных для некроза клеток миокарда (ферменты, тропонины и др.);</li> <li>- данные о проведенном лечении;</li> <li>- рекомендации по дальнейшей тактике лечения и наблюдения.</li> </ul>
--	--	--	--	---

		<p>первых часов после начала клинического события.</p> <p><i>*Уровень МВ КФК должен сначала повышаться, а затем - снижаться.</i></p> <p><i>*При недоступности тропонина или МВ КФК, могут быть задействованы общая КФК (в значении в два раза превышающем контрольный уровень) или В фракция КФК.</i></p> <p>Датой наступления страхового случая является дата, указанная в заключении специализированного медицинского учреждения (кардиологический профиль) или профильного врача специалиста (кардиолога) как дата инфаркта миокарда. В случае, если в заключении дата не указана, датой страхового случая является дата установления окончательного диагноза, соответствующего критериям медицинского состояния.</p>		
Медицинское состояние № 3.	<p>Острое нарушение мозгового кровообращения вследствие причины цереброваскулярного (не травматического) происхождения с установлением диагноза согласно любому из следующих кодов классификации по МКБ10:</p> <p>I 60 Субарахноидальное кровоизлияние:</p> <p>I 60.0 Субарахноидальное кровоизлияние из каротидного синуса и бифуркации внутренней сонной артерии;</p> <p>I 60.1 Субарахноидальное кровоизлияние из средней мозговой артерии;</p> <p>I 60.2 Субарахноидальное кровоизлияние из передней соединительной артерии;</p> <p>I 60.3 Субарахноидальное кровоизлияние из задней соединительной артерии;</p> <p>I 60.4 Субарахноидальное кровоизлияние из базиллярной артерии;</p> <p>I 60.5 Субарахноидальное кровоизлияние из позвоночной артерии;</p> <p>I 60.6 Субарахноидальное кровоизлияние из других внутричерепных артерий;</p> <p>I 60.7 Субарахноидальное кровоизлияние из внутричерепной артерии неуточненной;</p> <p>I 60.8 Другое субарахноидальное кровоизлияние;</p> <p>I 60.9 Субарахноидальное</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Диагноз, соответствующий критериям медицинского состояния, является окончательным.</li> <li>2. Диагноз, соответствующий критериям медицинского состояния, установлен Застрахованному впервые в жизни и в течение срока страхования.</li> <li>3. Диагноз, соответствующий критериям медицинского состояния, подтвержден заключением специализированного медицинского учреждения (неврологический профиль) или профильного врача специалиста (невролога).</li> <li>4. Внезапное (в течение минут, реже – часов) появление не выявлявшейся ранее очаговой неврологической симптоматики и/или общемозговых нарушений.</li> <li>5. Имеется стойкая неврологическая симптоматика длительностью более 24 часов.</li> <li>6. Диагноз, соответствующий критериям медицинского состояния, подтвержден наличием типичных клинических симптомов, данными компьютерной или магнито-резонансной томографии головного мозга (включающими в себя омертвление участка мозговой ткани, геморрагию и эмболию).</li> <li>7. Длительность стойких неврологических нарушений должна составлять не менее 3</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Преходящие ишемические нарушения мозгового кровообращения.</li> <li>2. Травматические повреждения головного мозга.</li> <li>3. Неврологические симптомы, возникающие в результате мигрени.</li> <li>4. Лакунарные инсульты без неврологической симптоматики.</li> <li>5. Инсульты, проявления которых ограничились субъективными ощущениями застрахованного лица - потерей осязания (сенсорной чувствительности), обоняния, головными болями, апатией, синдромом хронической усталости, головокружениями, тошнотой, утомляемостью.</li> <li>6. Инсульт на фоне</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Выписка из истории болезни стационарного больного, выданная государственным или муниципальным учреждением здравоохранения Российской Федерации, имеющим лицензию на осуществление медицинской деятельности, в объеме стационарной или высокотехнологичной медицинской помощи, в т.ч. работ по неврологии/нейрохирургии, подписанная лечащим врачом, завизированная главным врачом (руководителем структурного подразделения) лечебного учреждения, заверенная гербовой печатью лечебного учреждения. Выписка должна содержать: <ul style="list-style-type: none"> <li>- анамнез (историю) настоящего заболевания;</li> <li>- полный окончательный клинический диагноз с указанием кода по МКБ10, классификации и стадии процесса;</li> <li>- результаты обследования пациента (описание и заключение СКТ, МРТ, результаты исследований ликвора, описание и заключение УЗИ, ангиографии и т.д.);</li> <li>- данные о проведенном лечении;</li> <li>- рекомендации по дальнейшей тактике лечения и наблюдения.</li> </ul> </li> <li>2. Выписка/выписки из истории болезни/карты амбулаторного больного, выданная государственным или муниципальным учреждением здравоохранения Российской Федерации, имеющим лицензию на осуществление медицинской деятельности по неврологии/нейрохирургии, подписанная лечащим врачом, завизированная главным врачом (руководителем структурного подразделения) лечебного учреждения, чья</li> </ol>

<p>кровоизлияние неуточненное.</p> <p>I 61 Внутримозговое кровоизлияние:  I 61.0 Внутримозговое кровоизлияние в полушарие субкортикальное;  I 61.1 Внутримозговое кровоизлияние в полушарие кортикальное;  I 61.2 Внутримозговое кровоизлияние в полушарие неуточненное;  I 61.3 Внутримозговое кровоизлияние в ствол мозга;  I 61.4 Внутримозговое кровоизлияние в мозжечок;  I 61.5 Внутримозговое кровоизлияние внутрижелудочковое;  I 61.6 Внутримозговое кровоизлияние множественной локализации;  I 61.8 Другое внутримозговое кровоизлияние;  I 61.9 Внутримозговое кровоизлияние неуточненное.</p> <p>I 62 Другое нетравматическое внутричерепное кровоизлияние:  I 62.0 Субдуральное кровоизлияние (острое) (нетравматическое);  I 62.1 Нетравматическое экстрадуральное кровоизлияние;  I 62.2 Внутричерепное кровоизлияние (нетравматическое) неуточненное.</p> <p>I 63 Инфаркт мозга.  I 63.0 Инфаркт мозга, вызванный тромбозом прецеребральных артерий;  I 63.1 Инфаркт мозга, вызванный эмболией прецеребральных артерий;  I 63.2 Инфаркт мозга, вызванный неуточненной закупоркой или стенозом прецеребральных артерий;  I 63.3 Инфаркт мозга, вызванный тромбозом мозговых артерий;  I 63.4 Инфаркт мозга, вызванный эмболией мозговых артерий;  I 63.5 Инфаркт мозга, вызванный неуточненной закупоркой или стенозом мозговых артерий;  I 63.6 Инфаркт мозга, вызванный</p>	<p>(трёх) месяцев с даты возникновения стойкой неврологической симптоматики.</p> <p>Стойким неврологическим нарушением признается одно из нижеследующих медицинских состояний, установленных невропатологом:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• плегия одной из конечностей;</li> <li>• афазия, анартрия;</li> <li>• сосудистые деменции;</li> <li>• неспособность самостоятельно выполнять три и более элементарных бытовых действия: <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ самостоятельный приём пищи;</li> <li>✓ контроль экскреторных функций;</li> <li>✓ соблюдать личную гигиену (пользоваться туалетом, поддерживать приемлемый уровень гигиены);</li> <li>✓ мыться (способность мыться в душе или в ванне);</li> <li>✓ одеваться (снимать или надевать на себя одежду, застегиваться или расстегиваться);</li> </ul> </li> <li>• подвижность (способность самостоятельно передвигаться дома или в пределах этажа);</li> <li>• необходимость постоянного наблюдения и присутствия специального персонала по уходу.</li> </ul> <p>Датой наступления страхового случая является дата, указанная в заключении специализированного медицинского учреждения (неврологический профиль) или профильного врача специалиста (невролога) как дата нарушения мозгового кровообращения. В случае, если в заключении дата не указана, датой страхового случая является дата установления окончательного диагноза, соответствующего критериям медицинского состояния.</p>	<p>хронического алкоголизма / алкогольной болезни / злоупотребления алкоголем.  7. Инсульт на фоне употребления наркотических, токсических и сильнодействующих веществ.  8. Установление диагноза вне срока страхования.</p>	<p>подпись заверена гербовой печатью лечебного учреждения.  Выписка должна содержать:  - полное описание неврологического статуса и стойких неврологических нарушений не ранее чем через 3 месяца с даты установления диагноза.</p>
---	---	--	---

	тромбозом вен мозга, непиогенный; I 63.8 Другой инфаркт мозга; I 63.9 Инфаркт мозга неуточненный. I 64 Инсульт, не уточненный как кровоизлияние или инфаркт.			
Медицинское состояние № 4.	<p>Перенесение Застрахованным операции аортокоронарного / маммокоронарного шунтирования (наложение анастомозов между аортой / внутренней грудной артерией и участком пораженной коронарной артерии) из приведенного ниже списка, выполненной открытым доступом в целях коррекции одной или более стенозированных или закупоренных коронарных артерий.</p> <p>Список операций в соответствии с кодом действующей Номенклатуры медицинских услуг:</p> <p>A16.12.004.001 Коронарное шунтирование в условиях искусственного кровообращения.</p> <p>A16.12.004.002 Коронарное шунтирование на работающем сердце без использования искусственного кровообращения.</p> <p>A16.12.004.003 Коронарное шунтирование с протезированием клапанов сердца в условиях искусственного кровообращения.</p> <p>A16.12.004.004 Коронарное шунтирование с пластикой клапанов сердца в условиях искусственного кровообращения.</p> <p>A16.12.004.005 Коронарное шунтирование с протезированием и пластикой клапанов сердца в условиях искусственного кровообращения.</p> <p>A16.12.004.006 Коронарное шунтирование в сочетании с трансмиокардиальной лазерной реваскуляризацией сердца.</p> <p>A16.12.004.007 Коронарное шунтирование в сочетании с трансмиокардиальной лазерной реваскуляризацией сердца в условиях искусственного кровообращения.</p>	<p>1. Операция назначена Застрахованному впервые в жизни и в течение срока страхования.</p> <p>2. Операция проведена Застрахованному впервые в жизни и в течение срока страхования.</p> <p>3. Необходимость проведения операции должна быть подтверждена методом ангиографии коронарных артерий.</p> <p>4. Операция завершилась благополучно для жизни Застрахованного, т.е. заявить о событии, обладающем признаками страхового случая, он вправе только после проведения операции.</p> <p>Датой наступления страхового случая является дата проведения операции.</p>	<p>1. Ангиопластика.</p> <p>2. Стентирование.</p> <p>3. Любые другие внутриартериальные манипуляции.</p> <p>4. Эндоскопические манипуляции.</p> <p>5. Воздействие лазером.</p> <p>6. Другие процедуры, проведение которых не связано с открытым оперативным доступом к сердцу.</p> <p>7. Операции на фоне хронического алкоголизма / алкогольной болезни / злоупотребления алкоголем.</p> <p>8. Операции на фоне употребления наркотических, токсических и сильнодействующих веществ</p> <p>9. Операция вне срока страхования.</p>	<p>1. Выписка из истории болезни / копия истории болезни, выданная государственным или муниципальным учреждением здравоохранения Российской Федерации, имеющим лицензию на осуществление медицинской деятельности, в объеме стационарной и / или высокотехнологичной медицинской помощи, в т.ч. работ по кардиохирургии, подписанная лечащим врачом, завизированная главным врачом (руководителем структурного подразделения) лечебного учреждения, чья подпись заверена гербовой печатью лечебного учреждения.</p> <p>Выписка должна содержать:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- анамнез (историю) развития настоящего заболевания;</li> <li>- дату, когда Застрахованному впервые сделано назначение о проведении операции;</li> <li>- полный окончательный клинический диагноз с указанием кода по МКБ10, классификации и стадии процесса.</li> <li>- результаты коронарной ангиографии.</li> </ul> <p>2. Копия протокола операции или копия истории болезни, подписанная главным врачом лечебного учреждения, чья подпись заверена гербовой печатью лечебного учреждения.</p>
Медицинское состояние № 5.	Перенесение Застрахованным реконструктивной операции на грудной и / или брюшной частях аорты в целях лечения заболевания аорты,	<p>1. Операция назначена Застрахованному впервые в жизни и в течение срока страхования.</p> <p>2. Операция проведена Застрахованному</p>	<p>1. Стентирование аорты.</p> <p>2. Любые манипуляции на аорте с применением внутрисосудистого</p>	<p>1. Выписка из истории болезни / копия истории болезни, выданная государственным или муниципальным учреждением здравоохранения Российской Федерации, имеющим лицензию на осуществление медицинской</p>

	<p>диагностированного в срок страхования, посредством иссечения и замены дефектной части аорты трансплантатом, и определенной согласно коду действующей Номенклатуры медицинских услуг как «А16.12.011.002 Резекция аорты с протезированием».</p>	<p>впервые в жизни и в течение срока страхования.</p> <p>3. Операция завершилась благополучно для жизни Застрахованного, т.е. заявить о событии, обладающем признаками страхового случая, он вправе только после проведения операции.</p> <p>Датой наступления страхового случая является дата проведения операции.</p>	<p>доступа.</p> <p>3. Операции на ветвях аорты.</p> <p>4. Операции на фоне хронического алкоголизма / алкогольной болезни / злоупотребления алкоголем.</p> <p>5. Операции на фоне употребления наркотических, токсических и сильнодействующих веществ</p> <p>6. Операции вне срока страхования.</p>	<p>деятельности, в объеме стационарной и / или высокотехнологичной медицинской помощи, в т.ч. работ по кардиохирургии, подписанная лечащим врачом, завизированная главным врачом (руководителем структурного подразделения) лечебного учреждения, чья подпись заверена гербовой печатью лечебного учреждения.</p> <p>Выписка должна содержать:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- анамнез (историю) развития настоящего заболевания;</li> <li>- дату, когда Застрахованному впервые сделано назначение о проведении операции;</li> <li>- полный окончательный клинический диагноз с указанием кода по МКБ10, классификации и стадии процесса.</li> </ul> <p>2. Копия протокола операции или копия истории болезни, подписанная главным врачом лечебного учреждения, чья подпись заверена гербовой печатью лечебного учреждения.</p>
<p>Медицинское состояние № 6.</p>	<p>Перенесение Застрахованным операции (из приведенного ниже списка) полной хирургической замены одного или более пораженных в период срока страхования клапанов сердца искусственными аналогами с целью лечения недостаточности и / или стеноза клапанов сердца (митрального, трикуспидального, аортального, клапана легочной артерии). Список операций в соответствии с кодом действующей Номенклатуры медицинских услуг:</p> <p>А16.10.003.005 Протезирование митрального клапана в условиях искусственного кровообращения.</p> <p>А16.10.003.006 Протезирование аортального клапана в условиях искусственного кровообращения</p> <p>А16.10.003.007 Протезирование трикуспидального клапана в условиях искусственного кровообращения.</p> <p>А16.10.003.008 Протезирование аортального клапана и митрального клапана в условиях искусственного кровообращения.</p> <p>А16.10.003.009 Протезирование аортального клапана и пластика митрального клапана в условиях искусственного кровообращения.</p> <p>А16.10.003.010 Протезирование</p>	<p>1. Операция назначена Застрахованному впервые в жизни и в течение срока страхования.</p> <p>2. Операция проведена Застрахованному впервые в жизни и в течение срока страхования.</p> <p>3. Операция завершилась благополучно для жизни Застрахованного, т.е. заявить о событии, обладающем признаками страхового случая, он вправе только после проведения операции.</p> <p>Датой наступления страхового случая является дата проведения операции.</p>	<p>1. Открытое рассечение клапана сердца (вальвулотомия).</p> <p>2. Пластика клапанов сердца (вальвулопластика).</p> <p>3. Любые манипуляции на клапанах сердца с применением внутрисосудистого доступа.</p> <p>4. Операции с целью лечения врожденных пороков клапанов сердца.</p> <p>5. Операции с целью лечения пороков клапанов сердца, диагностированных до заключения договора страхования.</p> <p>6. Операции на фоне хронического алкоголизма / алкогольной болезни / злоупотребления алкоголем.</p> <p>7. Операции на фоне употребления наркотических, токсических и сильнодействующих веществ.</p>	<p>1. Выписка из истории болезни, выданная государственным или муниципальным учреждением здравоохранения Российской Федерации, имеющим лицензию на осуществление медицинской деятельности, в объеме стационарной и / или высокотехнологичной медицинской помощи, в т.ч. работ по кардиохирургии, подписанная лечащим врачом, завизированная главным врачом (руководителем структурного подразделения) лечебного учреждения, чья подпись заверена гербовой печатью лечебного учреждения.</p> <p>Выписка должна содержать:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- анамнез (историю) развития настоящего заболевания;</li> <li>- дату, когда Застрахованному впервые сделано назначение о проведении операции;</li> <li>- полный окончательный клинический диагноз с указанием кода по МКБ10, классификации и стадии процесса.</li> </ul> <p>2. Копия протокола операции или копия истории болезни, подписанная главным врачом лечебного учреждения, чья подпись заверена гербовой печатью лечебного учреждения.</p>

	<p>митрального клапана и пластика аортального клапана в условиях искусственного кровообращения.  A16.10.003.011 Протезирование митрального клапана и трикуспидального клапана в условиях искусственного кровообращения.  A16.10.003.012 Протезирование митрального клапана и пластика трикуспидального клапана в условиях искусственного кровообращения.  A16.10.003.013 Протезирование трикуспидального клапана и пластика митрального клапана в условиях искусственного кровообращения.  A16.10.003.014 Протезирование аортального клапана и трикуспидального клапана в условиях искусственного кровообращения.  A16.10.003.015 Протезирование аортального клапана и пластика трикуспидального клапана в условиях искусственного кровообращения.  A16.10.003.016 Протезирование трикуспидального клапана и пластика аортального клапана в условиях искусственного кровообращения.  A16.10.003.017 Протезирование аортального клапана, митрального клапана и трикуспидального клапана в условиях искусственного кровообращения.  A16.10.003.018 Протезирование митрального клапана, трикуспидального клапана и пластика аортального клапана в условиях искусственного кровообращения.  A16.10.003.019 Протезирование митрального клапана, пластика трикуспидального клапана и аортального клапана в условиях искусственного кровообращения.  A16.10.003.020 Протезирование трикуспидального клапана, пластика аортального клапана и митрального клапана в условиях искусственного кровообращения.</p>		8. Операции вне срока страхования.	
Медицинское состояние	Установление Застрахованному диагноза согласно следующему коду	1. Диагноз, соответствующий критериям медицинского состояния, является	1. Рассеянный склероз на фоне хронического	1.Выписка из истории болезни/амбулаторной карты, выданная государственным или муниципальным

№ 7.	классификации по МКБ10: «G 35. Рассеянный склероз».	<p>окончательным.</p> <p>2. Диагноз, соответствующий критериям медицинского состояния установлен Застрахованному впервые в жизни и в течение срока страхования.</p> <p>3. Диагноз, соответствующий критериям медицинского состояния, подтвержден заключением специализированного медицинского учреждения (неврологический профиль) или профильного врача специалиста (невролога).</p> <p>4. Наличие типичных клинических симптомов демиелинизации и нарушений моторной и сенсорной функций, включая различные нарушения функций зрительных нервов, ствола головного мозга, спинного мозга, координационные и сенсорные расстройства.</p> <p>5. Наличие типичных для данного заболевания изменений, выявленных при МРТ головного мозга.</p> <p>6. Присутствие у застрахованного неврологических нарушений, проявляющихся непрерывно в течение по меньшей мере шести месяцев.</p> <p>7. Перенесение застрахованным по меньшей мере двух документально подтвержденных эпизодов обострения заболевания с промежутками не менее одного месяца.</p> <p>8. Перенесение застрахованным одного документально подтвержденного эпизод обострения при наличии характерных изменений в цереброспинальной жидкости (выявление олигоклонального иммуноглобулина IgG).</p> <p>Датой наступления страхового случая является дата установления окончательного диагноза, соответствующего критериям медицинского состояния.</p>	<p>алкоголизма/ алкогольной болезни / злоупотребления алкоголем.</p> <p>2. Рассеянный склероз на фоне употребления наркотических, токсических и сильнодействующих веществ.</p> <p>3. Установление диагноза вне срока страхования.</p>	<p>учреждением здравоохранения Российской Федерации, имеющим лицензию на осуществление медицинской деятельности, в объеме стационарной или высокотехнологичной медицинской помощи, в т.ч. работ по неврологии / нейрохирургии, подписанная лечащим врачом, завизированная главным врачом (руководителем структурного подразделения) лечебного учреждения, чья подпись заверена гербовой печатью лечебного учреждения.</p> <p>Выписка должна содержать:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- анамнез (историю) развития настоящего заболевания;</li> <li>- полный окончательный клинический диагноз с указанием кода по МКБ10, классификации и стадии процесса;</li> <li>- результаты обследования пациента (описание и заключение СКТ, МРТ, результаты исследований ликвора, т.д.);</li> <li>- данные о проведенном лечении;</li> <li>- рекомендации по дальнейшей тактике лечения и наблюдения.</li> </ul> <p>2. Выписки из карты амбулаторного больного / истории болезни, выданная государственным или муниципальным учреждением здравоохранения Российской Федерации, имеющим лицензию на осуществление медицинской деятельности по неврологии/нейрохирургии, подписанная лечащим врачом, завизированная главным врачом (руководителем структурного подразделения) лечебного учреждения, чья подпись заверена гербовой печатью лечебного учреждения.</p> <p>Выписка должна содержать:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- описание неврологических нарушений, наблюдаемых непрерывно в течение по меньшей мере шести месяцев;</li> <li>- описание эпизодов обострения заболевания;</li> <li>- результаты магнитно-резонансной томографии;</li> <li>- результаты исследования цереброспинальной жидкости.</li> </ul>
Медицинское состояние № 8.1.	Терминальная стадия хронической почечной недостаточности, развившаяся в результате заболевания, подтвержденная установлением диагноза согласно следующему коду классификации по МКБ10: «N 18.0. Терминальная стадия почечной недостаточности на стадии 5 хронической болезни почек (N 18.5.)».	<p>1. Диагноз, соответствующий критериям медицинского состояния, является окончательным.</p> <p>2. Диагноз, соответствующий критериям медицинского состояния, установлен Застрахованному впервые в жизни и в течение срока страхования.</p> <p>3. Диагноз, соответствующий критериям</p>	<p>1. Лечение, независимо от его вида, проведенное по поводу почечной недостаточности в стадии компенсации.</p> <p>2. Терминальная стадия почечной недостаточности в результате поражения</p>	<p>1. Выписка из истории болезни, выданная государственным или муниципальным учреждением здравоохранения Российской Федерации, имеющим лицензию на осуществление медицинской деятельности, в объеме стационарной и / или высокотехнологичной медицинской помощи, в т.ч. имеющим право осуществлять трансплантацию почки (при перенесении застрахованным процедуры трансплантации почки) и / или</p>



	<p>Терминальная стадия хронической почечной недостаточности - патологический симптомокомплекс, обусловленный резким уменьшением числа и функции нефронов, что приводит к необратимому нарушению экскреторной и инкреторной функции почек, расстройству всех видов обмена веществ, кислотно-щелочного равновесия, деятельности всех органов и систем организма и требует проведения регулярного диализа (гемодиализ или перитонеальный диализ) или операции трансплантации донорской почки.</p>	<p>медицинского состояния подтвержден заключением специализированного медицинского учреждения (нефрологический/урологический профиль) или профильного врача специалиста (нефролога/уролога).</p> <p>4. Наличие нижеследующих изменений в данных клинических и лабораторных исследований:</p> <p>4.1. Клиренс креатинина: прогрессирующее снижение клубочковой фильтрации (менее 15 мл/мин/1,73 м<sup>2</sup>).</p> <p>4.2. Анализ крови биохимический: - нарастающий уровень креатинина крови в мкмоль/л, соответствующий стадии 5 ХБП по номограмме с учетом пола, возраста и расы; -дисэлектролитемия (гиперкалиемия, гиперфосфоремия, гиперкальциемия, гипернатриемия).</p> <p>4.3. Исследование рН крови: метаболический ацидоз.</p> <p>4.4. Анализ крови общий: анемия, тромбоцитопения, увеличение СОЭ.</p> <p>4.5. Первичные изменения тканей почек с уменьшением числа и функции нефронов.</p> <p>4.6. Вторичные изменения различных внутренних органов и систем (артериальная гипертензия, «уремическое легкое», перикардит, остеит, энцефалопатия, стоматит и другие).</p> <p>4.7. Изменение концентрационной функции почек по результатам пробы с нагрузкой белком, пробы на разведение и концентрацию.</p> <p>5. Проводится регулярный диализ (гемодиализ или перитонеальный диализ) или осуществлена трансплантация донорской почки.</p> <p>Датой наступления страхового случая является дата первой процедуры регулярного диализа (трансплантации).</p>	<p>почек алкогольной природы.</p> <p>3. Терминальная стадия почечной недостаточности на фоне хронического алкоголизма/ алкогольной болезни / злоупотребления алкоголем.</p> <p>4. Терминальная стадия почечной недостаточности при поражении почек в результате употребления наркотических, токсических и сильнодействующих веществ.</p> <p>5. Терминальная стадия почечной недостаточности на фоне употребления наркотических, токсических и сильнодействующих веществ.</p> <p>6. Установление диагноза вне срока страхования.</p>	<p>имеющим право на проведении процедуры гемодиализа (при перенесении застрахованным процедуры гемодиализа), подписанная лечащим врачом, завизированная главным врачом (руководителем структурного подразделения) лечебного учреждения, чья подпись заверена гербовой печатью лечебного учреждения.</p> <p>Выписка должна содержать:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- анамнез (историю) развития настоящего заболевания;</li> <li>- полный окончательный клинический диагноз с указанием кода по МКБ10, классификации и стадии процесса;</li> <li>- результаты обследования пациента: биохимический анализ крови в динамике (с обязательным указанием креатинина, электролитов, рН), полный клинический анализ крови, результаты пробы с нагрузкой белком;</li> <li>- данные о проведенном лечении;</li> <li>- дату начала гемодиализа / перитонеального диализа;</li> <li>- протокол операции по трансплантации почки (при проведении такой операции);</li> <li>- рекомендации по дальнейшей тактике лечения и наблюдения.</li> </ul>
<p>Медицинское состояние № 8.2.</p>	<p>Терминальная стадия хронической почечной недостаточности, развившаяся в результате несчастного случая, произошедшего в течение срока страхования, подтвержденная установлением диагноза согласно</p>	<p>1. Диагноз, соответствующий критериям медицинского состояния, является окончательным.</p> <p>2. Диагноз, соответствующий критериям медицинского состояния установлен Застрахованному впервые в жизни и в течение</p>	<p>1. Лечение, независимо от его вида, проведенное по поводу почечной недостаточности в стадии компенсации.</p> <p>2. Терминальная стадия</p>	<p>1. Выписка из истории болезни, выданная государственным или муниципальным учреждением здравоохранения Российской Федерации, имеющим лицензию на осуществление медицинской деятельности, в объеме стационарной и / или высокотехнологичной медицинской помощи, в т.ч. имеющим право</p>

	<p>следующему коду классификации по МКБ10: «N 18.0. Терминальная стадия почечной недостаточности на стадии 5 хронической болезни почек (N 18.5).».</p> <p>Терминальная стадия хронической почечной недостаточности - патологический симптомокомплекс, обусловленный резким уменьшением числа и функции нефронов, что приводит к необратимому нарушению экскреторной и инкреторной функции почек, расстройству всех видов обмена веществ, кислотно-щелочного равновесия, деятельности всех органов и систем организма и требует проведения регулярного диализа (гемодиализ или перитонеальный диализ) или операции трансплантации донорской почки.</p>	<p>срока страхования.</p> <p>3. Несчастный случай, приведший к развитию медсостояния произошел в течение срока страхования.</p> <p>4. Диагноз, соответствующий критериям медицинского состояния подтвержден заключением специализированного медицинского учреждения (нефрологический/урологический профиль) или профильного врача специалиста (нефролога/уролога).</p> <p>5. Наличие нижеследующих изменений в данных клинических и лабораторных исследований:</p> <p>5.1. Клиренс креатинина: прогрессирующее снижение клубочковой фильтрации (менее 15 мл/мин/1,73 м2).</p> <p>5.2. Анализ крови биохимический: - нарастающий уровень креатинина крови в мкмоль/л, соответствующий стадии 5 ХБП по номограмме с учетом пола, возраста и расы; - дисэлектролитемия (гиперкалиемия, гиперфосфоремия, гиперкальциемия, гипернатриемия).</p> <p>5.3. Исследование pH крови: метаболический ацидоз.</p> <p>5.4. Анализ крови общий: анемия, тромбоцитопения, увеличение СОЭ.</p> <p>5.5. Первичные изменения тканей почек с уменьшением числа и функции нефронов.</p> <p>5.6. Вторичные изменения различных внутренних органов и систем (артериальная гипертензия, «уремическое легкое», перикардит, остеит, энцефалопатия, стоматит и другие).</p> <p>5.7. Изменение концентрационной функции почек по результатам пробы с нагрузкой белком, пробы на разведение и концентрацию.</p> <p>6. Проводится регулярный диализ (гемодиализ или перитонеальный диализ) или осуществлена трансплантация донорской почки.</p> <p>Датой наступления страхового случая является дата первой процедуры регулярного диализа (операции трансплантации).</p>	<p>почечной недостаточности в результате поражения почек алкогольной природы.</p> <p>3. Терминальная стадия почечной недостаточности на фоне хронического алкоголизма / алкогольной болезни / злоупотребления алкоголем.</p> <p>4. Терминальная стадия почечной недостаточности при поражении почек в результате употребления наркотических, токсических и сильнодействующих веществ.</p> <p>5. Терминальная стадия почечной недостаточности на фоне употребления наркотических, токсических и сильнодействующих веществ.</p> <p>6. Установление диагноза вне срока страхования.</p>	<p>осуществлять трансплантацию почки (при перенесении застрахованным процедуры трансплантации почки) и / или имеющим право на проведении процедуры гемодиализа (при перенесении застрахованным процедуры гемодиализа), подписанная лечащим врачом, завизированная главным врачом (руководителем структурного подразделения) лечебного учреждения, чья подпись заверенная гербовой печатью лечебного учреждения.</p> <p>Выписка должна содержать:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- анамнез (историю) развития настоящего заболевания;</li> <li>- полный окончательный клинический диагноз с указанием кода по МКБ10, классификации и стадии процесса;</li> <li>- результаты обследования пациента: биохимический анализ крови в динамике (с обязательным указанием креатинина, электролитов, pH), полный клинический анализ крови, результаты пробы с нагрузкой белком;</li> <li>- данные о проведенном лечении;</li> <li>- дату начала гемодиализа/перитонеального диализа;</li> <li>- протокол операции по трансплантации почки (при проведении такой операции);</li> <li>- рекомендации по дальнейшей тактике лечения и наблюдения.</li> </ul> <p><b>2. Документ с описанием обстоятельств несчастного случая (см. сноску * в конце настоящей таблицы).</b></p>
Медицинское	Операция трансплантации жизненно-	1.Операция назначена Застрахованному	1. Любая трансплантации	1. Медицинское заключение о необходимости

<p>состояние № 9.1.</p>	<p>важных органов из приведенного ниже списка, перенесенная Застрахованным (в качестве реципиента) по причине, возникшей в результате заболевания.</p> <p>Список жизненно-важных органов и операций по их трансплантации в соответствии с кодом действующей Номенклатуры медицинских услуг:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Сердце. А16.10.013.</li> <li>2. Легкое. А16.09.002.</li> <li>3. Комплекс сердце – легкое. А16.09.002.001, А16.30.056.</li> <li>4. Печень. А16.14.033.</li> <li>5. Почка. А16.28.005.</li> <li>6. Поджелудочная железа с 12-перстной кишкой (исключая трансплантацию только островков Лангерганса).</li> <li>7. Тонкий кишечник.</li> <li>8. Костный мозг. А16.05.001.</li> </ol>	<p>впервые в жизни и в течение срока страхования.</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>2. Операция проведена Застрахованному впервые в жизни и в течение срока страхования.</li> <li>3. Необходимость проведения операции подтверждена заключением о необходимости трансплантации органов и / или тканей человека.</li> <li>4. Операция завершилась благополучно для жизни Застрахованного, т.е. заявить о событии, обладающем признаками страхового случая, он вправе только после проведения операции.</li> </ol> <p>Датой наступления страхового случая является дата проведения операции.</p>	<p>собственного органа, за исключением трансплантации костного мозга.</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>2. Любая трансплантация, когда Застрахованный является донором для третьей стороны.</li> <li>3. Трансплантация, осуществляемая в результате покупки донорских органов.</li> <li>4. Любая трансплантация, необходимая в связи с алкогольной болезнью / алкогольным поражением органа.</li> <li>5. Операции на фоне хронического алкоголизма/ алкогольной болезни / злоупотребления алкоголем.</li> <li>6. Любая трансплантация, необходимая в связи с поражением органов в результате употребления наркотических, токсических и сильнодействующих веществ.</li> <li>7. Операции на фоне употребления наркотических, токсических и сильнодействующих веществ.</li> <li>8. Операции вне срока страхования.</li> </ol>	<p>трансплантации органов и / или тканей человека, выданное государственным или муниципальным учреждением здравоохранения, которому в соответствии с законодательством Российской Федерации разрешено осуществлять трансплантацию органов, подписанное членами консилиума в составе лечащего врача, хирурга, анестезиолога, а при необходимости врачами других специальностей на основании инструкции Министерства здравоохранения Российской Федерации, завизированное руководителем лечебного учреждения, чья подпись заверена гербовой печатью лечебного учреждения.</p> <p>2. Выписка из истории болезни / копия истории болезни, выданная государственным или муниципальным учреждением здравоохранения, которому в соответствии с законодательством Российской Федерации разрешено осуществлять трансплантацию органов, подписанная лечащим врачом, завизированная главным врачом (руководителем структурного подразделения) лечебного учреждения, чья подпись заверена гербовой печатью лечебного учреждения.</p> <p>Выписка должна содержать:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- анамнез (историю) развития настоящего заболевания;</li> <li>- дату, когда Застрахованному впервые сделано назначение о проведении операции;</li> <li>- полный окончательный клинический диагноз с указанием кода по МКБ10, классификации и стадии процесса;</li> <li>- результаты обследования пациента;</li> <li>- данные о проведенном лечении;</li> <li>- протокол операции по трансплантации;</li> <li>- рекомендации по дальнейшей тактике лечения и наблюдения.</li> </ul>
-------------------------	--	---	---	---

<p>Медицинское состояние № 9.2.</p>	<p>Операция трансплантации жизненно-важных органов из приведенного ниже списка, перенесенная Застрахованным (в качестве реципиента) по причине, возникшей в результате несчастного случая, произошедшего в течение срока страхования.</p> <p>Список жизненно-важных органов и операций по их трансплантации в соответствии с кодом действующей Номенклатуры медицинских услуг:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Сердце. А16.10.013.</li> <li>2. Легкое. А16.09.002.</li> <li>3. Комплекс сердце – легкое. А16.09.002.001, А16.30.056.</li> <li>4. Печень. А16.14.033.</li> <li>5. Почка. А16.28.005.</li> <li>6. Поджелудочная железа с 12-перстной кишкой (исключая трансплантацию только островков Лангерганса).</li> <li>7. Тонкий кишечник.</li> <li>8. Костный мозг. А16.05.001.</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Операция назначена Застрахованному впервые в жизни и в течение срока страхования.</li> <li>2. Операция проведена Застрахованному впервые в жизни и в течение срока страхования.</li> <li>3. Необходимость проведения операции подтверждена заключением о необходимости трансплантации органов и / или тканей человека.</li> <li>4. Несчастный случай, приведший к необходимости операции произошел в течение срока страхования</li> <li>5. Операция завершилась благополучно для жизни Застрахованного, т.е. заявить о событии, обладающем признаками страхового случая, он вправе только после проведения операции.</li> </ol> <p>Датой наступления страхового случая является дата проведения операции.</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Любая трансплантации собственного органа, за исключением трансплантации костного мозга.</li> <li>2. Любая трансплантация, когда Застрахованный является донором для третьей стороны.</li> <li>3. Трансплантация, осуществляемая в результате покупки донорских органов.</li> <li>4. Любая трансплантация, необходимая в связи с алкогольной болезнью / алкогольным поражением органа.</li> <li>5. Операции на фоне хронического алкоголизма / алкогольной болезни / злоупотребления алкоголем.</li> <li>6. Любая трансплантация, необходимая в связи с поражением органов в результате употребления наркотических, токсических и сильнодействующих веществ.</li> <li>7. Операции на фоне употребления наркотических, токсических и сильнодействующих веществ.</li> <li>8. Операции вне срока страхования.</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Медицинское заключение о необходимости трансплантации органов и / или тканей человека, выданное государственным или муниципальным учреждением здравоохранения, которому в соответствии с законодательством Российской Федерации разрешено осуществлять трансплантацию органов, подписанное членами консилиума в составе лечащего врача, хирурга, анестезиолога, а при необходимости врачами других специальностей на основании инструкции Министерства здравоохранения Российской Федерации, завизированное руководителем лечебного учреждения, чья подпись заверена гербовой печатью лечебного учреждения.</li> <li>2. Выписка из истории болезни / копия истории болезни, выданная государственным или муниципальным учреждением здравоохранения, которому в соответствии с законодательством Российской Федерации разрешено осуществлять трансплантацию органов, подписанная лечащим врачом, завизированная главным врачом (руководителем структурного подразделения) лечебного учреждения, чья подпись заверена гербовой печатью лечебного учреждения.</li> </ol> <p>Выписка должна содержать:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- анамнез (историю) развития настоящего заболевания;</li> <li>- дату, когда Застрахованному впервые сделано назначение о проведении операции;</li> <li>- полный окончательный клинический диагноз с указанием кода по МКБ10, классификации и стадии процесса;</li> <li>- результаты обследования пациента;</li> <li>- данные о проведенном лечении;</li> <li>- протокол операции по трансплантации;</li> <li>- рекомендации по дальнейшей тактике лечения и наблюдения.</li> </ul> <p><b>3. Документ с описанием обстоятельств несчастного случая (см. сноску * в конце настоящей таблицы).</b></p>
<p>Медицинское состояние № 10.1.</p>	<p>Потеря зрения на оба глаза (или единственного глаза) вследствие заболевания, подтвержденная установлением диагноза согласно следующему коду классификации по МКБ10: «Н 54.0. Слепота обоих глаз».</p> <p>Нарушение зрения обоих глаз (либо единственного глаза) 3, 4, 5 категории - в</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Диагноз, соответствующий критериям медицинского состояния, является окончательным.</li> <li>2. Диагноз, соответствующий критериям медицинского состояния, установлен Застрахованному впервые в жизни и в течение срока страхования.</li> <li>3. Диагноз, соответствующий критериям медицинского состояния, подтвержден</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Потеря зрения, которая может быть скорректирована операцией либо компенсирована использованием имплантов или других устройств.</li> <li>2. Потеря зрения в связи с алкогольной болезнью /</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Выписка из истории болезни/карты амбулаторного больного (копия истории болезни/карты амбулаторного) выданная государственным или муниципальным учреждением здравоохранения Российской Федерации, имеющим лицензию на осуществление медицинской деятельности, в объеме стационарной и/или высокотехнологичной медицинской помощи, в т.ч. работ по офтальмологии, подписанная лечащим врачом, завизированная главным врачом (руководителем</li> </ol>

	соответствии с критериями Международного Совета по офтальмологии (2002) и рекомендаций ВОЗ по разработке нормативов для определения потери зрения и функций зрительного анализатора (2003) – вследствие заболевания.	заключением специализированного медицинского учреждения (офтальмологический профиль) или профильного врача специалиста (офтальмолога (окулиста). 4. Острота зрения глаза с лучшим зрением (или единственного глаза) с максимально доступной коррекцией меньше, чем 0,05 или сужение поля зрения до 10 градусов и менее. 5. Потеря зрения является полной, постоянной и необратимой, т.е. неподдающейся коррекции любыми имплантами или устройствами.  Датой наступления страхового случая является дата установления окончательного диагноза, соответствующего критериям медицинского состояния.	алкогольным поражением органов зрения. 3. Потеря зрения на фоне хронического алкоголизма / алкогольной болезни / злоупотребления алкоголем. 4. Потеря зрения связи с поражением органов в результате употребления наркотических, токсических и сильнодействующих веществ. 5. Потеря зрения на фоне употребления наркотических, токсических и сильнодействующих веществ. 6. Установление диагноза вне срока страхования.	структурного подразделения) лечебного учреждения, чья подпись заверена гербовой печатью лечебного учреждения.  Выписка должна содержать: - анамнез (историю) настоящего заболевания; - полный окончательный клинический диагноз с указанием кода по МКБ10, классификации и стадии процесса; - результаты обследования пациента (острота зрения, поле зрения); - данные о проведенном лечении; - рекомендации по дальнейшей тактике лечения и наблюдения.
Медицинское состояние № 10.2.	Потеря зрения на оба глаза (или единственного глаза) вследствие несчастного случая, произошедшего в течение срока страхования, подтвержденная установлением диагноза согласно следующему коду классификации по МКБ10: «Н 54.0 Слепота обоих глаз».  Нарушение зрения обоих глаз (либо единственного глаза) 3, 4, 5 категории, в соответствии с критериями Международного Совета по офтальмологии (2002) и рекомендаций ВОЗ по разработке нормативов для определения потери зрения и функций зрительного анализатора (2003) – вследствие несчастного случая, произошедшего в течение срока страхования.	1. Диагноз, соответствующий критериям медицинского состояния, является окончательным. 2. Диагноз, соответствующий критериям медицинского состояния установлен Застрахованному впервые в жизни и в течение срока страхования. 3. Несчастный случай, приведший к развитию медицинского состояния произошел в течение срока страхования 4. Диагноз, соответствующий критериям медицинского состояния подтвержден заключением специализированного медицинского учреждения (офтальмологический профиль) или профильного врача специалиста (офтальмолога (окулиста). 5. Острота зрения глаза с лучшим зрением (или единственного глаза) с максимально доступной коррекцией меньше, чем 0,05 или сужение поля зрения до 10 градусов и менее. 6. Потеря зрения является полной, постоянной и необратимой, т.е. неподдающейся коррекции любыми имплантами или устройствами. 7. Несчастный случай, ставший причиной установления диагноза, соответствующего критериям медицинского состояния,	1. Потеря зрения, которая может быть скорректирована операцией либо компенсирована использованием имплантов или других устройств. 2. Потеря зрения на фоне хронического алкоголизма / алкогольной болезни / злоупотребления алкоголем. 3. Потеря зрения на фоне употребления наркотических, токсических и сильнодействующих веществ. 4. Потеря зрения вне срока страхования.	1. Выписка из истории болезни / карты амбулаторного больного (копия истории болезни/карты амбулаторного) выданная государственным или муниципальным учреждением здравоохранения Российской Федерации, имеющим лицензию на осуществление медицинской деятельности, в объеме стационарной и / или высокотехнологичной медицинской помощи, в т.ч. работ по офтальмологии, подписанная лечащим врачом, завизированная главным врачом (руководителем структурного подразделения) лечебного учреждения, чья подпись заверена гербовой печатью лечебного учреждения. Выписка должна содержать: - анамнез (историю) развития настоящего заболевания; - полный окончательный клинический диагноз с указанием кода по МКБ10, классификации и стадии процесса; - результаты обследования пациента (острота зрения, поле зрения); - данные о проведенном лечении; - рекомендации по дальнейшей тактике лечения и наблюдения. <b>2. Документ с описанием обстоятельств несчастного случая (см. сноску * в конце настоящей таблицы)</b>

		<p>произошел в течение срока страхования.</p> <p>Датой наступления страхового случая является дата установления окончательного диагноза, соответствующего критериям медицинского состояния.</p>		
<p>Медицинское состояние № 11.1.</p>	<p>Полная и необратимая потеря двигательной функции двух и более конечностей в результате заболевания нервной системы, подтвержденная установлением диагноза согласно следующему коду классификации по МКБ10:</p> <p>G 81.0 Вялая гемиплегия. G 81.1 Спастическая гемиплегия. G 81.9 Гемиплегия неуточненная. G 82.0 Вялая параплегия. G 82.1 Спастическая параплегия. G 82.2 Параплегия неуточненная. G 82.3 Вялая тетраплегия. G 82.4 Спастическая тетраплегия G 82.5 Тетраплегия неуточненная.</p>	<p>1. Диагноз, соответствующий критериям медицинского состояния, является окончательным.</p> <p>2. Диагноз, соответствующий критериям медицинского состояния, установлен Застрахованному впервые в жизни и в течение срока страхования.</p> <p>3. Потеря двигательной функции двух и более конечностей является полной и необратимой, и возникла в результате заболевания центральной нервной системы.</p> <p>4. Состояние должно наблюдаться по меньшей мере 3 месяца.</p> <p>Датой наступления страхового случая является дата установления окончательного диагноза, соответствующего критериям медицинского состояния.</p>	<p>1. Паралич при синдроме Гийена-Барре.</p> <p>2. Паралич н фоне хронического алкоголизма / алкогольной болезни / злоупотребления алкоголем.</p> <p>3. Паралич на фоне употребления наркотических, токсических и сильнодействующих веществ.</p> <p>4. Установление диагноза вне срока страхования.</p>	<p>1. Выписка из истории болезни, выданная государственным или муниципальным учреждением здравоохранения Российской Федерации, имеющим лицензию на осуществление медицинской деятельности, в объеме стационарной и / или высокотехнологичной медицинской помощи, в т.ч. работ по неврологии / нейрохирургии, подписанная лечащим врачом, завизированная главным врачом (руководителем структурного подразделения) лечебного учреждения, чья подпись заверена гербовой печатью лечебного учреждения.</p> <p>Выписка должна содержать:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- анамнез (историю) развития настоящего заболевания;</li> <li>- полный окончательный клинический диагноз с указанием кода по МКБ10, классификации и стадии процесса;</li> <li>- результаты обследования пациента;</li> <li>- данные о проведенном лечении;</li> <li>- рекомендации по дальнейшей тактике лечения и наблюдения.</li> </ul> <p>2. Копия истории болезни / карты амбулаторного больного, подписанная главным врачом лечебного учреждения, заверенная гербовой печатью лечебного учреждения.</p>
<p>Медицинское состояние № 11.2.</p>	<p>Полная и необратимая потеря двигательной функции двух и более конечностей в результате несчастного случая, произошедшего в течение срока страхования, подтвержденная установлением диагноза согласно следующему коду классификации по МКБ10:</p> <p>G 81.0 Вялая гемиплегия. G 81.1 Спастическая гемиплегия. G 81.9 Гемиплегия неуточненная. G 82.0 Вялая параплегия. G 82.1 Спастическая параплегия. G 82.2 Параплегия неуточненная. G 82.3 Вялая тетраплегия. G 82.4 Спастическая тетраплегия G 82.5 Тетраплегия неуточненная.</p>	<p>1. Диагноз, соответствующий критериям медицинского состояния, является окончательным.</p> <p>2. Диагноз, соответствующий критериям медицинского состояния, установлен Застрахованному впервые в жизни и в течение срока страхования.</p> <p>3. Несчастный случай, приведший к развитию медицинского состояния, произошел в течение срока страхования.</p> <p>4. Потеря двигательной функции двух и более конечностей является полной и необратимой.</p> <p>5. Состояние должно наблюдаться по меньшей мере 3 месяца.</p> <p>Датой наступления страхового случая является дата установления окончательного диагноза, соответствующего критериям</p>	<p>1. Паралич на фоне хронического алкоголизма / алкогольной болезни / злоупотребления алкоголем.</p> <p>2. Паралич на фоне употребления наркотических, токсических и сильнодействующих веществ.</p> <p>3. Установление диагноза вне срока страхования.</p>	<p>1. Выписка из истории болезни, выданная государственным или муниципальным учреждением здравоохранения Российской Федерации, имеющим лицензию на осуществление медицинской деятельности, в объеме стационарной и / или высокотехнологичной медицинской помощи, в т.ч. работ по неврологии / нейрохирургии, подписанная лечащим врачом, завизированная главным врачом (руководителем структурного подразделения) лечебного учреждения, чья подпись заверена гербовой печатью лечебного учреждения.</p> <p>Выписка должна содержать:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- анамнез (историю) развития настоящего заболевания;</li> <li>- полный окончательный клинический диагноз с указанием кода по МКБ10, классификации и стадии процесса;</li> <li>- результаты обследования пациента;</li> <li>- данные о проведенном лечении;</li> <li>- рекомендации по дальнейшей тактике лечения и</li> </ul>

		медицинского состояния.		наблюдения. 2. Копия истории болезни/карты амбулаторного больного, подписанная главным врачом лечебного учреждения, чья подпись заверена гербовой печатью лечебного учреждения. 3. Документ с описанием обстоятельств несчастного случая (см. сноску * в конце настоящей таблицы).
--	--	-------------------------	--	--

#### Сноски:

##### \* К документам с описанием обстоятельств несчастного случая относятся:

1. акт о несчастном случае на производстве (форма Н1) и заверенная выдавшим учреждением копия медицинского заключения о характере и степени тяжести производственной травмы, если медицинское состояние реализовалось в связи с несчастным случаем на производстве;
2. оригинал или заверенная выдавшим органом копия документа соответствующего уполномоченного органа (министерства внутренних дел, министерства юстиции, следственного комитета и т.п.), если обстоятельства, в результате которых реализовалось медицинское состояние, зафиксированы таким органом в соответствии с действующим законодательством;
3. справка или иной документ, где Застрахованный указан как пассажир или пешеход, пострадавший в ДТП), если медицинское состояние реализовалось в результате несчастного случая, произошедшего с Застрахованным лицом в момент, когда он являлся пассажиром транспортного средства или пешеходом;
4. заверенные выдавшим учреждением или следственными органами результаты исследования на содержание в крови и других биологических жидкостях алкоголя и / или наркотических, токсических веществ, а также копия водительского удостоверения, если медицинское состояние реализовалось в результате травмы, полученной Застрахованным лицом во время управления им транспортным средством

##### Общие исключения в отношении медицинских состояний.

Страховыми случаями не признаются медицинские состояния, реализующиеся в результате любого из следующих событий или в результате несчастного случая, наступившего при любом из следующих обстоятельств:

- умышленного совершения Застрахованным (попытки совершения) уголовно наказуемого деяния, находящегося в прямой причинной связи с событием, обладающего признаками страхового случая;
- управления Застрахованным транспортным средством без права на управление транспортным средством данной категории или управления транспортным средством лицом, не имевшим права на управление транспортным средством данной категории, при условии передачи управления такому лицу Застрахованным;
- управления Застрахованным транспортным средством в состоянии алкогольного, наркотического или токсического опьянения или под воздействием сильнодействующих и/или психотропных веществ, медицинских препаратов, при применении которых противопоказано управление транспортными средствами, или управления транспортным средством лицом, находящимся в состоянии алкогольного, наркотического или токсического опьянения или под воздействием сильнодействующих и/или психотропных веществ, медицинских препаратов, при применении которых противопоказано управление транспортными средствами, при условии передачи управления такому лицу Застрахованным;
- в результате алкогольного, наркотического или токсического отравления Застрахованного, вследствие употребления им спиртосодержащих жидкостей,

наркотических, токсических, сильнодействующих и психотропных веществ без предписания врача (или по предписанию врача, но с нарушением указанной им дозировки);

- заболевания/операции на фоне хронического алкоголизма / алкогольной болезни / злоупотребления алкоголем;
- заболевания/операции на фоне наркомании/токсикомании и/или; употреблении наркотических, токсических и сильнодействующих веществ;
- в результате прямого или косвенного влияния психического заболевания, в результате эпилептического приступа (или иных судорожных или конвульсивных приступов);
- в результате осложнений беременности, родов, аборта, выкидыша;
- во время непосредственного участия Застрахованного в качестве военнослужащего либо гражданского служащего в военных действиях, гражданских, военных переворотах, народных волнениях, вооруженных столкновениях, иных аналогичных или приравняемых к ним событиям, а также во время прохождения Застрахованным военной службы, участия в военных сборах и учениях;
- во время пребывания в местах лишения свободы или в период нахождения его под стражей, или во время осуществления следственных мероприятий;
- в результате болезни Застрахованного в присутствии ВИЧ-инфекции;
- если медицинское состояние (за исключением медицинских состояний №8.2, №9.2, №10.2, №11.2 Списка, указанных в Списке как реализующихся в результате несчастного случая), диагностируется или хирургическая операция проводится в течение первых трех Периодов страхования;
- если диагностика медицинского состояния или хирургическая операция проводится врачом, не имеющим необходимой квалификации или с нарушением общепринятых в медицинской практике стандартов.

**Страховщик освобождается от страховой выплаты полностью или частично при наличии следующих обстоятельств:**

- умышленных действий Страхователя и (или) Застрахованного (Выгодоприобретателя) либо лиц, действующих по их поручению, направленных на наступление страхового события;
- наступления события, имеющего признаки страхового случая, вне сроков страхования;
- самоубийства или попытки самоубийства Застрахованного, а также умышленных самоповреждений. Страховщик не освобождается от выплаты в случае смерти Застрахованного лица, если его смерть наступила вследствие самоубийства и к этому времени Договор в отношении данного Застрахованного действовал не менее 2 (двух) лет;
- войны, интервенции, военных действий иностранных войск, вооруженных столкновений, иных аналогичных или приравняемых к ним событий (независимо от того, была ли объявлена война), гражданской войны, мятежа, путча, иных гражданских волнений, предполагающих перерастание в гражданское либо военное восстание, бунта, вооруженного или иного незаконного захвата власти;
- медицинского состояния/серьезной операции (любых), смерти Застрахованного, вызванных воздействием ядерного взрыва, радиации или радиоактивного заражения.



Приложение №2 к Правилам страхования штатных сотрудников предприятий и организаций и членов их семей от критических заболеваний

Таблица страховых сумм на 1 единицу страховой защиты/ Максимальное число единиц Защиты

Возраст, полных лет	Страховая сумма, руб.	Количество единиц защиты	Возраст, полных лет	Страховая сумма, руб.	Количество единиц защиты
18	576 000	3	43	276 000	13
19-21	570 000	5	44	252 000	14
22	564 000	5	45	228 000	15
23	558 000	5	46	204 000	16
24	552 000	5	47	180 000	17
25	540 000	5	48	156 000	18
26	528 000	6	49	132 000	19
27	516 000	6	50	120 000	20
28	504 000	6	51	118 800	20
29	492 000	6	52	117 600	20
30	480 000	6	53	116 400	20
31	468 000	7	54	115 200	20
32	456 000	7	55	114 000	20
33	444 000	7	56	112 800	20
34	432 000	7	57	111 600	20
35	420 000	8	58	110 400	20
36	408 000	8	59	109 200	20
37	396 000	8	60	108 000	20
38	384 000	9	61	106 800	20
39	372 000	9	62	105 600	20
40	348 000	10	63	104 400	20
41	324 000	11	64	103 200	20
42	300 000	12	65	102 000	20

Приложение № 3 к Правилам страхования штатных сотрудников предприятий и организаций и членов их семей от критических заболеваний



АО «Группа Ренессанс Страхование»  
www.renins.ru  
info@renins.com

115114, г. Москва, Дербеневская набережная, дом 11, этаж 10, пом. 12  
Тел.: 8 495 725-10-50  
Факс: 8 495 967-35-35

Полис № \_\_\_\_\_

город заключения

Настоящий Полис удостоверяет факт заключения договора страхования с АО «Группа Ренессанс Страхование» (далее – Страховщик). Полис заключается на основании устного заявления Страхователя, путем вручения Страховщиком настоящего Полиса, подписанного Страховщиком. Настоящий Полис заключен на условиях, изложенных в Правилах страхования штатных сотрудников предприятий и организаций и членов их семей от критических заболеваний №028 от 03.03.2021 г., (далее – «Правила страхования»), являющихся неотъемлемой частью настоящего Полиса.

Договор страхования заключается путем акцепта Страхователем настоящего Полиса (оферты), подписанного Страховщиком, выданного Страхователю Страховщиком. На основании ст. 435, 438 и п. 2 ст. 940 ГК РФ акцептом настоящего Полиса (оферты) считается уплата страховой премии в соответствии с условиями, содержащимися в Полисе. В случае расхождения положений настоящего Полиса с положениями Правил страхования применяются положения Полиса.

<b>Страховщик:</b> Акционерное общество «Группа Ренессанс Страхование» Лицензия СЛ №1284, выдана ЦБ РФ без ограничения срока действия, 115114, г. Москва, Дербеневская наб., д.11, этаж 10, пом.12, тел: 8-800-333-88-00, ОГРН 1187746794366, ИНН 7725497022, www.renins.ru, Электронная почта info@renins.com	
<b>Страхователь</b>	Фамилия, Имя, Отчество
Дата рождения	
Телефон/ Электронная почта	
Адрес жительства (регистрации)	
Документ, удостоверяющий личность	Паспорт гражданина РФ/Паспорт иностранного гражданина
	Серия и номер, кем выдан, дата выдачи, код подразделения, иные реквизиты документа, удостоверяющего личность
Территория страхования	Российская Федерация
Срок страхования	00:00 (UTC +03:00) ДД.ММ.ГГГГ
	23:59 (UTC +03:00) ДД.ММ.ГГГГ Настоящий Полис может быть автоматически продлен в соответствии с п. 5.7 Правил страхования
Страховая премия в рублях в месяц	
Порядок уплаты страховой премии	Страховая премия оплачивается единовременно при заключении Полиса страхования. Датой уплаты премии по Полису страхования является дата уплаты страховой премии представителю Страховщика. При неуплате страховой премии Полис считается не вступившим в силу.
<b>Выгодоприобретатель</b>	По риску Смерть – наследники Застрахованного, по риску Медицинских состояний/серьезных операций - Застрахованный
<b>Застрахованный 1</b>	Фамилия, Имя, Отчество
Дата рождения	
Гражданство	
Паспорт/ Свидетельство о рождении	Серия и номер, кем выдан, дата выдачи, код подразделения, иные реквизиты документа, удостоверяющего личность
Родственная связь со Страхователем	
Количество единиц защиты	
<b>Застрахованный 2</b>	Фамилия, Имя, Отчество
Дата рождения	
Гражданство	
Паспорт/ Свидетельство о рождении	Серия и номер, кем выдан, дата выдачи, код подразделения, иные реквизиты документа, удостоверяющего личность
Родственная связь со Страхователем	
Количество единиц защиты	

**ОПИСАНИЕ ПРОГРАММ СТРАХОВАНИЯ:**

Вид страхования	Застрахованный риск	Страховая сумма, рублей
<b>страхование от несчастных случаев и болезней</b>		
<b>Особые условия</b>		

Страховой тариф рассчитывается как отношение страховой премии к страховой сумме.

Полный перечень размеров страховых сумм и выплат по выбранному варианту защиты см. в Приложении №2 к Правилам страхования, являющимся неотъемлемой частью настоящего Договора. Размер страховой суммы определяется путем умножения уровня защиты, выбранного Страхователем для Застрахованного лица и указанного в Приложении №1 к полису, на базовый

размер страховой суммы, указанной в Приложении №2 к Правилам страхования, действующий для возраста Застрахованного лица.

При отказе Страхователя от настоящего Полиса до даты начала срока страхования, Страховщик возвращает Страхователю страховую премию в полном объеме. При отказе Страхователя от настоящего Полиса в течение 14 (четырнадцати) календарных дней со дня заключения настоящего Договора, но после даты начала срока страхования, Страхователь вправе получить часть уплаченной премии пропорционально сроку действия страхования, при условии отсутствия в период страхования событий, имеющих признаки страхового случая. Денежные средства возвращаются Страхователю в течение десяти рабочих дней с даты получения Страховщиком данного заявления. Договор считается прекратившим свое действие с даты получения Страховщиком (его представителем) письменного заявления (уведомления) Страхователя об отказе от Договора. При отказе Страхователя от Договора в иных случаях (в том числе по истечении 14 (четырнадцати) календарных дней со дня заключения настоящего Договора), а также если по Договору страхования произошел страховой случай по любому из рисков, возврат страховой премии не производится.

Форма, порядок и срок осуществления страховой выплаты предусмотрены в разделе 8 Правил страхования.

Информация об адресах офисов Страховщика, в которых осуществляется прием документов при наступлении страховых случаев и иных обращений, а также о случаях и порядке приема документов в электронной форме, размещена на официальном сайте Страховщика и может быть получена при обращении по телефонам Страховщика, указанным в настоящем Полисе.

Принимая настоящий Полис и оплачивая страховую премию, Страхователь/ Застрахованный:

- подтверждает, что Страхователь, Застрахованные лица, Выгодоприобретатель:
  - не являются иностранным публичным должностным лицом, должностным лицом публичных международных организаций и/или его родственником, лицом замещающим (занимающим) государственные должности Российской Федерации, должности федеральной государственной службы, назначение на которые и освобождение от которых осуществляется Президентом РФ или Правительством РФ, должности в ЦБ РФ, государственных корпорациях и иных организациях, созданных РФ на основании федеральных законов, включенные в перечень должностей, определяемые Президентом РФ, а также родственником вышеуказанных лиц. В ином случае обязуюсь предоставить документы, подтверждающие должность, наименование и адрес работодателя/степень родства/статус (супруг или супруга).
  - не имеют регистрации, места жительства, счета в банке в государстве (на территории), которое(-ая) не выполняет рекомендации ФАТФ.
- выражает согласие на ознакомление Страховщика с любой медицинской документацией, связанной с состоянием здоровья Застрахованного для решения вопросов, связанных с исполнением Договора страхования, иных услуг и защитой прав, а также согласие на право медицинских учреждений, в которых Застрахованный получил (получает) медицинские и иные услуги, передавать Страховщику сведения, составляющие врачебную тайну, включающие в себя: информацию о факте обращения Застрахованного за медицинской помощью, состоянии здоровья Застрахованного, диагнозе заболеваний Застрахованного и иные сведения, полученные при обследовании и лечении Застрахованного после наступления заявленного Страховщику несчастного случая;
- подтверждает, что поставлен в известность, понимаем и согласен с тем, что если после заключения настоящего Полиса будет установлено, что Страхователь ввел Страховщика в заблуждение либо сообщил при заключении настоящего Полиса заведомо ложные сведения, то Страховщик вправе потребовать признания настоящего Полиса недействительным в соответствии с законодательством РФ;
- подтверждает достоверность вышеприведенной информации и обязуется при изменении любых сведений, указанных в настоящем Полисе, сообщить Страховщику о таких изменениях в письменной форме в течение 7 рабочих дней. Сведения, представленные Страхователем при заключении настоящего Полиса, считаются актуальными до момента получения Страховщиком информации об их изменении;
- выражает Страховщику согласие на обработку персональных данных физических лиц, содержащихся в настоящем Полисе и в иных документах, передаваемых Страховщику в целях 1) исполнения обязательств по данному Полису; 2) продвижения товаров, работ, услуг на рынке путем осуществления Страховщиком прямых контактов с помощью средств связи; 3) уточнения (обновления, изменения) неполных или неточных персональных данных посредством получения Страховщиком таких данных из общедоступных источников, включая, но не ограничиваясь, поисковых систем, социальных сетей, операторов связи, 4) поручения обработки своих персональных данных третьим лицам в целях осуществления прав и исполнения обязательств Страховщика перед такими лицами в рамках заключенных с ними договоров а также в иных целях, указанных в правилах страхования. Настоящее согласие действует 5 лет или до момента письменного отзыва согласия субъектом. Страхователь несет ответственность за предоставление согласия на обработку персональных данных Выгодоприобретателей, указанных в договоре страхования.
- подтверждает, что ознакомлен и согласен с текстом настоящего Полиса и Правил страхования, обязуется их выполнять, текст Правил страхования получил следующим способом:
  - на бумажном носителе;
  - по электронной почте по адресу, указанному в настоящем Полисе;
  - на официальном сайте Страховщика ([www.genins.ru](http://www.genins.ru)), где Правила страхования размещены в свободном доступе для просмотра и копирования.
- подтверждает, что в полном объеме получил информацию, предусмотренную пунктом 2.1.2. Базового стандарта защиты прав и интересов физических и юридических лиц - получателей финансовых услуг, оказываемых членами саморегулируемых организаций, объединяющих страховые организации, утв. Решением КФН ЦБ РФ, Протокол от 09.08.18 № КФНП-24.
- выражает согласие осуществлять взаимодействие со Страховщиком путем обращения в офисы Страховщика, посредством почтовой и телефонной связи, а также иными способами в случаях, специально предусмотренных Правилами страхования.
- выражает согласие получать сообщения и уведомления от Страховщика, в том числе в электронной форме, по адресам, телефонам, указанным в настоящем Полисе.

Страхователь несет ответственность за полноту и достоверность сведений, указанных в настоящем Полисе.

Стороны пришли к соглашению об использовании Страховщиком факсимильного воспроизведения подписи и оттиска печати с помощью средств механического или иного копирования, электронной подписи в соответствии с законодательством Российской Федерации.

Документы по страховым случаям можно направить почтой или предоставить их лично в нашем офисе по адресам: 115114, г.

<b>Приложения</b>	№1 – Правила страхования штатных сотрудников предприятий и организаций и членов их семей от критических заболеваний №028 от 03.03.2021 г.	
<b>Подпись Страховщика</b>	Печать и подпись	ФИО представителя Страховщика
		Должность представителя Страховщика
		Доверенность № _____

**Кому:** АО «Группа Ренессанс Страхование»  
Адрес местонахождения юридического лица:  
115114, г. Москва, Дербеневская набережная,  
дом 11, этаж 10, помещение 12

**От кого:** \_\_\_\_\_  
(ФИО Страхователя)

Адрес места жительства Страхователя: \_\_\_\_\_

Телефон: \_\_\_\_\_

## Заявление об отзыве согласия на обработку персональных данных

Я, \_\_\_\_\_,  
настоящим заявлением отзываю свое согласие на обработку персональных данных, выраженное в Договоре страхования \_\_\_\_\_ от «\_\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.

Персональными данными является любая информация, относящаяся к прямо или косвенно определенному, или определяемому физическому лицу (субъекту персональных данных), в том числе его фамилия, имя, отчество, дату и место рождения, адрес, семейное, социальное, имущественное положение, образование, профессия.

В соответствии с пунктом 5 статьи 21 Федерального закона от «27» июля 2006 года №152-ФЗ «О персональных данных», в случае отзыва субъектом персональных данных согласия на обработку его персональных данных оператор обязан прекратить их обработку или обеспечить прекращение такой обработки (если обработка персональных данных осуществляется другим лицом, действующим по поручению оператора) и в случае, если сохранение персональных данных более не требуется для целей обработки персональных данных, уничтожить персональные данные или обеспечить их уничтожение (если обработка персональных данных осуществляется другим лицом, действующим по поручению оператора) в срок, не превышающий тридцати дней с даты поступления указанного отзыва, если иное не предусмотрено договором, стороной которого, выгодоприобретателем или поручителем по которому является субъект персональных данных, иным соглашением между оператором и субъектом персональных данных либо если оператор не вправе осуществлять обработку персональных данных без согласия субъекта персональных данных на основаниях, предусмотренных настоящим Федеральным законом или другими федеральными законами.

В связи с вышеизложенным прошу в течение тридцати дней с момента получения данного заявления прекратить обработку моих персональных данных и уничтожить мои персональные данные.

\_\_\_\_\_  
ФИО Страхователя

\_\_\_\_\_  
Подпись Страхователя

«\_\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.

# Заявление на получение страховой выплаты по договору страхования от критических заболеваний

Я, \_\_\_\_\_, являясь

Застрахованным  Выгодоприобретателем  Родственником  Наследником по закону  Законным представителем

По Договору страхования от критических заболеваний № \_\_\_\_\_ от \_\_\_\_\_ (далее – Договор страхования),

прошу произвести страховую выплату в соответствии с условиями Договора страхования, в связи с наступлением предусмотренного в Договоре страхования страхового случая:

впервые выявленное и диагностированное медицинское состояние  смерть Застрахованного  проведенная хирургическая операция

Иное: \_\_\_\_\_

## Сведения о Застрахованном

Фамилия, Имя, Отчество

Дата рождения

Гражданство

Место рождения

Телефон

Электронная почта

Адрес жительства (регистрации)

Адрес места пребывания

Документ, удостоверяющий личность

Для иностранных граждан или лиц без гражданства, находящихся в РФ

ИНН (при наличии)

СНИЛС (при наличии)

Место работы

Должность

## Сведения о Выгодоприобретателе (если это иное, отличное от Застрахованного лицо)

Фамилия, Имя, Отчество

Дата рождения

Гражданство

Место рождения

Телефон

Электронная почта

Адрес жительства (регистрации)

Адрес места пребывания

Документ, удостоверяющий личность

Для иностранных граждан или лиц без гражданства, находящихся в РФ

ИНН (при наличии)

СНИЛС (при наличии)

Место работы

Должность

Является ли Застрахованный или Выгодоприобретатель публичным должностным лицом (ПДЛ\*) или родственником ПДЛ?

Нет  Да, является ПДЛ  Да, является родственником ПДЛ

Если Вы ответили «Нет», перейдите к заполнению следующего пункта заявления.

Если Вы ответили «Да» — дополнительно укажите:

- занимаемую должность лица, относящегося к ПДЛ, наименование и адрес его работодателя;

- степень родства либо статус (супруг или супруга) по отношению к лицу, являющемуся ПДЛ (для лиц, являющихся родственниками ПДЛ):

\* К публичным должностным лицам (ПДЛ) относятся иностранные публичные должностные лица, должностные лица публичных международных организаций, а также лица, замещающие (занимающие) государственные должности Российской Федерации, должности членов Совета директоров Центрального банка Российской Федерации, должности федеральной государственной службы, назначение на которые и освобождение от которых осуществляются Президентом Российской Федерации или Правительством Российской Федерации, должности в Центральном банке Российской Федерации, государственных корпорациях и иных организациях, созданных Российской Федерацией на основании федеральных законов, включенные в перечни должностей, определяемые Президентом Российской Федерации, а также родственники вышеуказанных лиц.

## Сведения о событии

Дата события .....

Время события: .....

Место события .....

Описание обстоятельств события (следует перечислить последовательность событий, характер болезни):  
.....  
.....

Наименование и адреса медицинских учреждений, где оказывалась медицинская помощь / было диагностировано заболевание):  
.....

Находилась ли Застрахованное лицо на момент наступления страхового события в состоянии алкогольного/наркотического опьянения:

Нет

Да

## К Заявлению прилагаются документы\*\*:

В случае **смерти Застрахованного** (нужное подчеркнуть): документ, удостоверяющий личность заявителя; документы, удостоверяющие право наследования; нотариально заверенная копия свидетельства о смерти Застрахованного, выданного ЗАГС; медицинское свидетельство о смерти с указанием причины смерти; копия карты (выписка из карты) амбулаторного и/или стационарного больного; копия протокола патологоанатомического исследования трупа / заключения эксперта / акта судебно-медицинского исследования трупа; копия постановления об отказе в возбуждении / возбуждении уголовного дела/ решение Суда, **другое:**  
.....

В случае **обнаружения злокачественного новообразования / медицинского состояния / проведения серьезной хирургической операции Застрахованного** (нужное подчеркнуть): документ, удостоверяющий личность заявителя, копия карты (выписка из карты) амбулаторного и/или стационарного больного, листки нетрудоспособности (копии заверенные отделом кадров), рентгеновские снимки, результаты морфологического (гистологического) исследования биопсийного материала, извещение о больном с впервые в жизни установленным диагнозом злокачественного новообразования (форма N 090/У), полный окончательный диагноз с указанием кода по МКБ10 классификации TNM и стадии опухолевого процесса, регистрационная карта больного злокачественным новообразованием (форма №030-6/ГРР), протокол прижизненного патологоанатомического исследования биопсийного (операционного) материала (форма №014-1/у), контрольная карта диспансерного наблюдения больного злокачественным новообразованием (форма №030-6/У), заключение врача онколога (гематолога), анамнез (история развития) настоящего заболевания, **иное:**  
.....

## Порядок страховой выплаты

Банковским переводом. Платежные реквизиты Выгодоприобретателя:

Наименование банка .....

ИНН банка .....

БИК .....

Корреспондентский счет .....

Расчетный счет .....

№ личного счета .....

Наличными через кассу Страховщика

Я принимаю на себя ответственность за полноту и правдивость сведений, изложенных выше, и разрешаю АО «Группа Ренессанс Страхование» собирать любую информацию касательно обстоятельств данного страхового случая. Прошу произвести страховую выплату Выгодоприобретателю, определенному Договором страхования.

Подпись .....

Дата .....

**АО «Группа Ренессанс Страхование» обязуется не разглашать предоставленную конфиденциальную информацию**

Заполняется сотрудником АО «Группа Ренессанс Страхование»:

Ф. И. О сотрудника

Подпись

Дата принятия документов

\*\* Если Договором страхования не предусмотрено иное, документы предоставляются в оригинале, либо копии заверенные выдавшей организацией.

Я, .....

Паспорт серия: ..... номер: ..... Дата выдачи: .....

Кем выдан: .....

Адрес регистрации: .....

Адрес проживания: .....

телефон: ..... e-mail: .....

своей волей и в своем интересе в соответствии с Федеральным законом от 27.07.2006 №152-ФЗ «О персональных данных» и иными нормативно-правовыми актами принял решение о предоставлении своих персональных данных (далее — «ПД») и даю согласие на их обработку АО «Группа Ренессанс Страхование», зарегистрированному по адресу: 115114, г. Москва, Дербеневская набережная, дом 11, этаж 10, пом. 12 (далее — «Оператор ПД»), в целях исполнения Договора страхования № ..... от ..... (далее — Договор), а также в целях продвижения товаров, работ, услуг на рынке страховых услуг, в том числе путем осуществления прямых контактов со мной с помощью средств связи, на совершение следующих действий с ПД: сбор, запись, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), использование, передачу (распространение, предоставление, доступ), обезличивание, блокирование, удаление, уничтожение.

Под ПД в настоящем документе понимается любая информация, относящаяся ко мне, в том числе фамилия, имя, отчество, год, месяц, день рождения, место рождения, адрес, паспортные данные, контактные телефоны, e-mail, семейное положение, имущественное положение, профессия, доходы, состояние здоровья и другие категории ПД. Настоящее согласие дано на использование следующих способов обработки ПД: неавтоматизированная обработка персональных данных; исключительно автоматизированная обработка персональных данных с передачей полученной информации по сети или без таковой; смешанная обработка персональных данных. Настоящее согласие действует в течение срока действия Договора и пяти лет с момента его окончания, или до момента его отзыва, осуществляемого путем подачи мною письменного заявления в адрес АО «Группа Ренессанс Страхование» по адресу: 115114, г. Москва, Дербеневская набережная, дом 11, этаж 10, пом. 12, не менее чем за три рабочих дня до даты отзыва согласия.

В случае достижения цели обработки персональных данных Оператор ПД обязан незамедлительно прекратить обработку персональных данных и уничтожить соответствующие персональные данные в срок, не превышающий 3 (трех) рабочих дней с момента достижения цели обработки ПД.

Я проинформирован о праве в любой момент отозвать данное согласие, праве на получение сведений об Операторе ПД, праве на ознакомление с моими ПД, праве требовать уточнения ПД, блокирования или уничтожения ПД в случае, если они являются неполными, устаревшими, недостоверными, незаконно полученными.

Настоящим я подтверждаю, что в соответствии с ч. 3 ст. 18 Федерального закона от 27.07.2006 №152-ФЗ «О персональных данных» до начала обработки моих ПД АО «Группа Ренессанс Страхование» предоставило мне информацию о своем наименовании и адресе, о цели обработки ПД (осуществление страхования в АО «Группа Ренессанс Страхование») и ее правовом основании, о предполагаемых пользователях ПД и установленных Федеральным законом от 27.07.2006 №152-ФЗ «О персональных данных» правах субъекта ПД.

Подпись .....

Дата .....



Я, .....

Паспорт серия: ..... номер: ..... Дата выдачи: .....

Кем выдан: .....

Адрес регистрации: .....

Адрес проживания: .....

телефон: ..... e-mail: .....

своей волей и в своем интересе в соответствии с Федеральным законом от 21.11.2011 №323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» и иными нормативно-правовыми актами выражаю свое согласие АО «Группа Ренессанс Страхование», зарегистрированному по адресу: 115114, г. Москва, Дербеневская набережная, дом 11, этаж 10, пом. 12 (далее — «Страховщик»), в целях исполнения Договора страхования № ..... от ..... (далее — Договор), иных услуг и защитой моих прав, а также Страхователю

получать информацию, имеющуюся в медицинской организации, в учреждении, осуществляющем предоставление государственной услуги по проведению медико-социальной экспертизы, в организации, осуществляющей судебно-медицинскую экспертную деятельность, и иных организациях и компетентных органах, располагающих сведениями о состоянии моего здоровья, составляющими врачебную тайну, в том числе сведения о результатах моих медицинских обследований, наличии заболеваний, об установленном диагнозе и о прогнозе развития заболевания, методах оказания медицинской помощи, иные сведения, полученные при моем обследовании и лечении, а также разглашать сведения и предоставлять документы, составляющие врачебную тайну, в целях исполнения Договора и в интересах лица, застрахованного по указанному Договору, на совершение следующих действий с персональными данными: сбор, систематизация, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), использование, распространение (в том числе передача), обезличивание, блокирование, уничтожение. Настоящее согласие дано на использование следующих способов обработки персональных данных: неавтоматизированная обработка персональных данных; исключительно автоматизированная обработка персональных данных с передачей полученной информации по сети или без таковой; смешанная обработка персональных данных. Я проинформирован о праве отозвать данное согласие, праве на получение сведений об Операторе ПД, праве на ознакомление с моими ПД, праве требовать уточнения ПД, блокирования или уничтожения ПД в случае, если они являются неполными, устаревшими, недостоверными, незаконно полученными.

Настоящим я подтверждаю, что в соответствии со ст. 18 Федерального закона от 27.07.2006 №152-ФЗ «О персональных данных» до начала обработки моих персональных данных АО «Группа Ренессанс Страхование», предоставило мне информацию о своем наименовании и адресе, о цели обработки ПД и ее правовом основании, о предполагаемых пользователях персональных данных и установленных Федеральным законом от 27.07.2006 №152-ФЗ «О персональных данных» правах субъекта ПД.

Настоящее согласие действует в течение срока действия Договора и пяти лет с момента его окончания, или до момента его отзыва, осуществляемого путем подачи мною письменного заявления в адрес АО «Группа Ренессанс Страхование» по адресу: 115114, г. Москва, Дербеневская набережная, дом 11, этаж 10, пом. 12, не менее чем за 3 (три) рабочих дня до даты отзыва согласия

Подпись .....

Дата .....

## Заявление на выдачу дубликата договора страхования

Я, \_\_\_\_\_,

являясь Страхователем по договору страхования (полису) \_\_\_\_\_

от «\_\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_ г., прошу Вас выдать дубликат договора страхования (полиса), в связи с утерей оригинала договора страхования (полиса).

Телефон для связи: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
ФИО Страхователя

\_\_\_\_\_  
Подпись Страхователя

«\_\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.

## Расчет возврата страховой премии

На Ваш запрос сообщаем, что согласно предоставленных Вами документов:

1. \_\_\_\_\_
2. \_\_\_\_\_
3. \_\_\_\_\_

и полученной страховой премии по договору № \_\_\_\_\_

расчет излишне уплаченной страховой премии к возврату следующий:

1. По Застрахованному \_\_\_\_\_ в 20\_\_ г. поступила следующая страховая премия:

20__ г.	Сумма страховой премии, поступившая за Застрахованного ФИО
январь	
февраль	
март	
апрель	
май	
июнь	
июль	
август	
сентябрь	
октябрь	
ноябрь	
декабрь	

2. Событие, повлекшее за собой изменение статуса Застрахованного \_\_\_\_\_, в результате чего он более не может быть застрахованным по действующим Правилам страхования, произошло \_\_\_\_ 20\_\_ г.
3. Согласно п. \_\_\_\_ Правил страхования Договор страхования в отношении Застрахованного \_\_\_\_\_ должен быть прекращен с 1 \_\_\_\_ 20\_\_ г.
4. С 1 \_\_\_\_ 20\_\_ г. по \_\_\_\_ 20\_\_ г. за Застрахованного \_\_\_\_\_ поступила страховая премия в размере \_\_\_\_\_ руб.

Размер излишне уплаченной страховой премии к возврату составляет \_\_\_\_\_ руб.

Руководитель \_\_\_\_\_ в г. \_\_\_\_\_ /ФИО/

МП

Приложение №8 к Правилам страхования штатных сотрудников предприятий и организаций и членов их семей от критических заболеваний

Кому: в АО «Группа Ренессанс Страхование»  
Факс +7 (495) 967-35-35

От: \_\_\_\_\_  
Ф.И.О. Застрахованного лица

Дата: [ ][ ] [ ][ ][ ][ ] 2 0 [ ][ ][ ] года

**Распоряжение о назначении Выгодоприобретателя на случай смерти**

Я являюсь Застрахованным лицом согласно Договору страхования

№ WPE- [ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ] / [ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ] от [ ][ ][ ] [ ][ ][ ][ ][ ] года (далее Договор) между АО «Группа Ренессанс Страхование», далее «Страховщик») и \_\_\_\_\_

(«Страхователь»).

Все используемые в данном Распоряжении термины имеют то же значение, что и в вышеуказанном Договоре.

Лица, указанные мной ниже, с моего согласия назначены Выгодоприобретателями в случае моей смерти [далее указать Ф.И.О. Выгодоприобретателя, дату его/ее рождения, степень родства, паспортные данные и желательно адрес места жительства. Если назначается несколько Выгодоприобретателей, то указать долю каждого Выгодоприобретателя в общей страховой выплате]:

1. \_\_\_\_\_ [ ][ ][ ] [ ][ ][ ][ ][ ] \_\_\_\_\_  
Фамилия, имя, отчество Дата рождения Степень родства  
[ ][ ][ ][ ][ ] [ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ] \_\_\_\_\_  
Номер паспорта Где и кем выдан  
[ ][ ][ ] [ ][ ][ ][ ][ ] \_\_\_\_\_  
Дата выдачи паспорта Доля (%) в страховой выплате: [ ][ ][ ] %  
[ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ] \_\_\_\_\_  
Индекс Адрес места жительства

2. \_\_\_\_\_ [ ][ ][ ] [ ][ ][ ][ ][ ] \_\_\_\_\_  
Фамилия, имя, отчество Дата рождения Степень родства  
[ ][ ][ ][ ][ ] [ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ] \_\_\_\_\_  
Номер паспорта Где и кем выдан  
[ ][ ][ ] [ ][ ][ ][ ][ ] \_\_\_\_\_  
Дата выдачи паспорта Доля (%) в страховой выплате: [ ][ ][ ] %  
[ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ] \_\_\_\_\_  
Индекс Адрес места жительства

3. \_\_\_\_\_ [ ][ ][ ] [ ][ ][ ][ ][ ] \_\_\_\_\_  
Фамилия, имя, отчество Дата рождения Степень родства  
[ ][ ][ ][ ][ ] [ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ] \_\_\_\_\_  
Номер паспорта Где и кем выдан  
[ ][ ][ ] [ ][ ][ ][ ][ ] \_\_\_\_\_  
Дата выдачи паспорта Доля (%) в страховой выплате: [ ][ ][ ] %  
[ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ] \_\_\_\_\_  
Индекс Адрес места жительства

Настоящее Распоряжение отменяет все ранее выданные мной распоряжения о назначении выгодоприобретателя(ей) и является единственным документом, определяющим состав лиц, уполномоченных на получение страховой выплаты по Договору (в связи со смертью) до отмены данного Распоряжения новым распоряжением.

Подписывая настоящее Распоряжение, Застрахованный тем самым подтверждает Страховщику, что Застрахованный получил согласие от Выгодоприобретателей, указанных в настоящем Распоряжении, на использование Страховщиком их персональных данных в целях исполнения Договора: Фамилию, имя, отчество, дату рождения, паспортные данные, адрес места жительства, в том числе согласие на обработку Страховщиком их персональных данных, указанных в настоящем Распоряжении, включая распространение, использование, обезличивание и трансграничную передачу. Согласие предоставляется на весь срок действия Договора страхования и в течение 5 (пять) лет с момента его окончания и может быть отозвано Застрахованным или Выгодоприобретателем путем направления письменного уведомления в адрес АО «Группа Ренессанс Страхование» за 30 (тридцать) дней до даты отзыва согласия.

\_\_\_\_\_ Ф.И.О. Застрахованного лица  
Полностью (заполняется вручную)

\_\_\_\_\_ Подпись Застрахованного лица

Собственноручную подпись распорядителя (Застрахованного лица) удостоверяю.

--	--

2	0		
---	---	--	--

года МП

Дата

Подпись

ФИО удостоверяющего лица

Должность удостоверяющего лица

Приложение №9 к Правилам страхования штатных сотрудников предприятий и организаций и членов их семей от критических заболеваний



АО «Группа Ренессанс Страхование»  
www.renins.ru  
info@renins.com

115114, г. Москва, Дербеневская набережная, дом 11, этаж 10, пом. 12  
Тел.: 8 495 725-10-50  
Факс: 8 495 967-35-35

## Заявление

В соответствии с «Правилами страхования штатных сотрудников предприятий и организаций и членов их семей от критических заболеваний», утвержденных Приказом Генерального директора АО «Группа Ренессанс Страхование» №028 от 3 марта 2021 г., прошу заключить Договор страхования:

### Сведения о Страхователе (Заявителе)

Фамилия, имя, отчество	
Гражданство	
ИНН (при наличии), СНИЛС (при наличии)	
Дата и место рождения	
Реквизиты документа, удостоверяющего личность: серия (при наличии) и номер документа, дата выдачи документа, наименование органа, выдавшего документ, и код подразделения (при наличии)	
Адрес места жительства (регистрации)/адрес места пребывания	
Контактная информация (при наличии: телефон, e-mail)	
Статус публично должностного лица (ПДЛ) <sup>1</sup> ; отношение к ПДЛ	<input type="checkbox"/> Да (является ПДЛ) <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/> Да (является родственником ПДЛ) Если «да», указать должность, наименование и адрес работодателя; степень родства либо статус (супруг или супруга) - по отношению к лицу, являющемуся ПДЛ (для лиц, являющихся родственниками ПДЛ)
<b>Для иностранных граждан или лиц без гражданства, находящихся в РФ:</b>	
Данные миграционной карты: номер карты, дата начала срока пребывания и дата окончания срока пребывания в РФ	
Данные документа, подтверждающего право на пребывание (проживание) в РФ (серия, номер, дата начала срока действия, дата окончания срока действия)	

### Сведения о Застрахованных

№	Фамилия, имя, отчество	Дата и место рождения, гражданство	Реквизиты документа, удостоверяющего личность: серия и номер, дата выдачи, наименование органа, выдавшего документ, код подразделения	Данные миграционной карты, данные документа, подтверждающего право на пребывание (проживание) в РФ (серия, номер, срока действия) - для иностранных граждан или лиц без гражданства, находящихся в РФ:	адрес	Родственная связь*	Род занятий	Количество единиц защиты
1								
2								
3								
4								

<sup>1</sup> К публичным должностным лицам (ПДЛ) относятся иностранные публичные должностные лица, должностные лица публичных международных организаций, а также лица, замещающие (занимающие) государственные должности Российской Федерации, должности членов Совета директоров Центрального банка Российской Федерации, должности федеральной государственной службы, назначение на которые и освобождение от которых осуществляются Президентом Российской Федерации или Правительством Российской Федерации, должности в Центральном банке Российской Федерации, государственных корпорациях и иных организациях, созданных Российской Федерацией на основании федеральных законов, включенные в перечни должностей, определяемые Президентом Российской Федерации, а также родственники вышеуказанных лиц

5							
6							

\* Указывается в соответствии с условиями Правил страхования, исходя из следующих формулировок:

**Супруг(-а)** – лицо, находящееся в зарегистрированном браке со Страхователем (супругом/супругой) или находящееся со Страхователем в фактически брачных отношениях, не зарегистрированных в установленном законом порядке в органах записи актов гражданского состояния.

Родственники: **Родитель** – лицо, находящееся в родственной связи со Страхователем, его супругом (супругой) по прямой восходящей линии; **Брат, Сестра** – полнородные и неполнородные (имеющие общих отца или мать) брат и сестра Страхователя, его супруга (супруги); **Ребенок/Дети** – дети Страхователя и его / ее супруги (супруга), а также находящиеся под опекой / попечительством (в том числе на условиях приемной семьи) у Страхователя или его / ее супруги (супруга); **Внуки** Страхователя и его / ее супруги (супруга); **Племянники** – дети полнородных или неполнородных брата и сестры Страхователя и его / ее супруги (супруга).

АНКЕТА			
1	Является ли кто-либо из Застрахованных инвалидом или ребенком-инвалидом либо имеет направление на комиссию по установлению инвалидности	<input type="checkbox"/> нет	<input type="checkbox"/> да _____
2	Имеет ли кто-либо ранее переносил кто-либо из Застрахованных одно из следующих заболеваний: злокачественное новообразование любой локализации, в т.ч. злокачественное заболевание крови и/или лимфатической системы, хронический вирусный гепатит и/или цирроз печени	<input type="checkbox"/> нет	<input type="checkbox"/> да _____
3	Является ли кто-либо из Застрахованных носителем ВИЧ или болен СПИДом	<input type="checkbox"/> нет	<input type="checkbox"/> да _____
4	Является ли кто-либо из Застрахованных лицом, страдающим психическим заболеванием или расстройством	<input type="checkbox"/> нет	<input type="checkbox"/> да _____
5	Занимается ли кто-либо из Застрахованных профессиональной деятельностью, объективно связанной с существенно повышенным уровнем заболеваемости злокачественными новообразованиями, а именно: работа с контактом с радиацией и токсичными материалами, работа под водой, в нефтяной или газовой промышленности, работа под землей, например в шахтах, работа с опасными химическими и взрывчатыми веществами или составами	<input type="checkbox"/> нет	<input type="checkbox"/> да _____
6	Состоит ли кто-либо из Застрахованных на учете в наркологическом или психоневрологическом диспансере	<input type="checkbox"/> нет	<input type="checkbox"/> да _____

Подписывая настоящее Заявление:

1. Я выражаю Страховщику согласие на обработку персональных данных физических лиц, содержащихся в настоящем Полисе и в иных документах, передаваемых Страховщику в целях 1) исполнения обязательств по данному Полису; 2) продвижения товаров, работ, услуг на рынке путем осуществления Страховщиком прямых контактов с помощью средств связи; 3) уточнения (обновления, изменения) неполных или неточных персональных данных посредством получения Страховщиком таких данных из общедоступных источников, включая, но не ограничиваясь, поисковых систем, социальных сетей, операторов связи, 4) поручения обработки своих персональных данных третьим лицам в целях осуществления прав и исполнения обязательств Страховщика перед такими лицами в рамках заключенных с ними договоров а также в иных целях, указанных в правилах страхования. Настоящее согласие действует 5 лет или до момента письменного отзыва согласия субъектом. Страхователь несет ответственность за предоставление согласия на обработку персональных данных Выгодоприобретателей, указанных в договоре страхования.
2. .Выражаю свое согласие на ознакомление Страховщика с любой медицинской документацией, связанной с состоянием моего здоровья, для решения вопросов, связанных с исполнением Договора страхования, иных услуг и защитой моих прав, а также свое согласие на право медицинских учреждений, в которых я получал (получаю) медицинские и иные услуги, передавать Страховщику сведения, составляющие врачебную тайну, включающие в себя: информацию о факте моего обращения за медицинской помощью, состоянии моего здоровья, диагнозе моих заболеваний и иные сведения, полученные при моем обследовании и лечении после наступления заявленного Страховщику несчастного случая.
3. Подтверждаю, что поставлен в известность, понимаю и согласен с тем, что если после заключения настоящего Полиса будет установлено, что Страхователь, либо Застрахованный ввел Страховщика в заблуждение, либо сообщил при заключении настоящего Полиса заведомо ложные сведения, то Страховщик вправе потребовать признания Договора страхования недействительным в соответствии с законодательством РФ.

4. Подтверждаю достоверность вышеприведенной информации и обязуюсь при изменении любых сведений, указанных в настоящем Заявлении, сообщить Страховщику о таких изменениях в письменной форме в течение 7 рабочих дней. Сведения, представленные в Заявлении, считаются актуальными до момента получения Страховщиком информации об их изменении.

Страхователь: \_\_\_\_\_  
(Ф. И. О., подпись)

Дата заполнения: «\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.