

УТВЕРЖДЕНЫ  
приказом и.о. генерального директора  
ООО «АльфаСтрахование-Жизнь» Гуде В.Ю.  
от 17.01.2024 № 08

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

**СОДЕРЖАНИЕ**

**ОПРЕДЕЛЕНИЯ**

1. ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ
2. ОБЪЕКТ СТРАХОВАНИЯ
3. СТРАХОВЫЕ РИСКИ, СТРАХОВЫЕ СЛУЧАИ
4. ИСКЛЮЧЕНИЯ ИЗ СТРАХОВОГО ПОКРЫТИЯ
5. СТРАХОВАЯ СУММА. ФРАНШИЗА. ВЪЖИДАТЕЛЬНЫЙ ПЕРИОД, КВАЛИФИКАЦИОННЫЙ ПЕРИОД
6. СТРАХОВАЯ ПРЕМИЯ (СТРАХОВЫЕ ВЗНОСЫ), СТРАХОВОЙ ТАРИФ
7. ЗАКЛЮЧЕНИЕ ДОГОВОРА СТРАХОВАНИЯ. СРОК СТРАХОВАНИЯ
8. ИЗМЕНЕНИЕ И ПРЕКРАЩЕНИЕ ДОГОВОРА СТРАХОВАНИЯ
9. ПРАВА И ОБЯЗАННОСТИ СТОРОН
10. ПОРЯДОК ОСУЩЕСТВЛЕНИЯ СТРАХОВЫХ ВЫПЛАТ И УРЕГУЛИРОВАНИЯ СТРАХОВЫХ СЛУЧАЕВ
11. ОПРЕДЕЛЕНИЕ РАЗМЕРА СТРАХОВОЙ ВЫПЛАТЫ
12. ИЗМЕНЕНИЕ СТЕПЕНИ РИСКА
13. ПОРЯДОК РАЗРЕШЕНИЯ СПОРОВ

**ОПРЕДЕЛЕНИЯ**

**Страховщик** – ООО «АльфаСтрахование-Жизнь», юридическое лицо, созданное в соответствии с законодательством РФ для осуществления страховой деятельности, действующее на основании лицензии, выданной Банком России.

**Сервисная организация** — Компания, оказывающая и/или организующая оказание Застрахованному Медицинских и/или Медико-сервисных услуг, предусмотренных Договором страхования и/или приложениями к нему.

**Страхователь** - Дееспособное физическое или юридическое лицо, заключившее со Страховщиком Договор страхования в соответствии с настоящими Правилами.

**Застрахованный** - Физическое лицо, в отношении которого Страхователь и Страховщик заключили Договор страхования в соответствии с настоящими Правилами.

**Выгодоприобретатель** - Одно или несколько физических или юридических лиц, назначенных Страхователем, с письменного согласия Застрахованного, для получения Страховых выплат по Договору страхования.

Выгодоприобретателем по Договору страхования является сам Застрахованный, если в Договоре страхования не названо в качестве Выгодоприобретателя другое лицо.

В том случае, когда Выгодоприобретателями являются несколько лиц, Страхователь, с письменного согласия Застрахованного, вправе указать абсолютную или относительную величину Страховых выплат, приходящуюся на каждого Выгодоприобретателя. Если величина Страховых выплат, приходящаяся на каждого Выгодоприобретателя, не указана, то Страховая выплата распределяется между всеми Выгодоприобретателями в равных долях.

В случае смерти Застрахованного, если Выгодоприобретатель не назначен, Выгодоприобретателями признаются наследники Застрахованного.

**Договор страхования** - Соглашение между Страхователем и Страховщиком, в силу которого Страховщик обязуется за обусловленную Договором страхования плату (Страховую премию), уплачиваемую Страхователем, произвести Выгодоприобретателям обусловленную Договором страхования Страховую выплату в пределах определенной Договором страхования суммы (Страховой суммы) или организовать при наступлении Страхового случая предоставление Медицинских и/или Медико-сервисных услуг в пределах Страховой суммы в объеме, предусмотренном Договором страхования и/или приложениями к нему.

**Декларация Застрахованного** — Часть Договора страхования, содержащая обязательные для заключения Договора страхования сведения о состоянии здоровья и образе жизни Застрахованного.

**Полис-оферта** - Документ, в соответствии с условиями которого Страховщик предлагает заключить Страхователю Договор страхования, оформленный в соответствии с законодательством РФ. Подписанный Полис-оферта вручается (направляется) Страховщиком Страхователю. Если иное не предусмотрено Договором страхования, акцепт Полиса-оферты совершается Страхователем путем уплаты Страховой премии в порядке и сроки, установленные Договором страхования (Полисом-офертой).

**Страховой сертификат** - Документ, оформленный в соответствии с законодательством РФ, содержащий все существенные условия Договора страхования. Подписанный Страховщиком Страховой сертификат выдается Страхователю. Уплата Страхователем Страховой премии (страхового взноса) в порядке и сроки, установленные Страховым Сертификатом, и принятие Страхователем Страхового сертификата подтверждают факт заключения Договора страхования.

**Страховой риск** - Предполагаемое событие, предусмотренное Договором страхования, на случай наступления которого в соответствии с настоящими Правилами проводится страхование.

**Страховой случай** - Совершившееся событие (реализованный с соблюдением условий настоящих Правил и Договора страхования Страховой риск), предусмотренное Договором страхования, с наступлением которого возникает обязанность Страховщика произвести Страховую выплату.

**Выжидательный период** - Период времени, в течение которого наступившее событие, на случай которого производится страхование, не будет рассматриваться как Страховой случай. После окончания Выжидательного периода, случай будет рассматриваться как страховой в соответствии с условиями Договора страхования.

**Квалификационный период** – Период времени, прошедший с момента вступления в силу Договора страхования, в течение которого событие, на случай которого производится страхование, не будет рассматриваться как страховой случай.

**Период ожидания** - Период времени с момента заключения Договора страхования до момента вступления Договора страхования в силу в отношении части риска, одного или нескольких рисков, указанных в Договоре страхования.

**Франшиза** - Предусмотренная Договором страхования часть убытков, не подлежащая возмещению Страховщиком Страхователю или иному лицу, интерес которого застрахован в соответствии с условиями Договора страхования. Франшиза определяется по соглашению сторон при заключении Договора страхования в процентном отношении к Страховой сумме, в размере определенной части Страховой суммы или в абсолютной величине (фиксированном размере). Договором страхования могут быть предусмотрены иные виды Франшизы.

**Офис Страховщика** - Принадлежащее Страховщику помещение, в котором осуществляется заключение и (или) расторжение договора страхования. Если в договоре страхования не указано место его заключения, договор признается заключенным в месте нахождения Страховщика.

**Страховая сумма** - Денежная сумма, установленная Договором страхования, исходя из которой устанавливаются размер Страховой премии (страховых взносов) и размер Страховой выплаты при наступлении Страхового случая.

**Страховой тариф** - Ставка Страховой премии с единицы Страховой суммы.

**Страховая премия** - Денежная сумма, уплачиваемая Страхователем по Договору страхования Страховщику в качестве платы за страхование. Страховая премия может быть уплачена одновременно или в рассрочку в виде страховых взносов (например, ежемесячно, ежеквартально, раз в полгода, ежегодно).

**Страховая выплата** - Денежная сумма, установленная Договором страхования, уплачиваемая Страховщиком при наступлении Страхового случая. При осуществлении добровольного медицинского страхования Страховая выплата может осуществляться в виде оказания и оплаты Медицинских и/или Медико-сервисных услуг.

**Исключение** — Определенная ситуация или состояние, по которым у Страховщика отсутствует обязательство производить Страховую выплату, а также организовывать оказание и/или оплату Медицинских и/или Медико-сервисных услуг, предусмотренных Договором страхования и/или приложениями к нему.

**Срок страхования** - Период времени, при наступлении Страховых случаев в течение которого у Страховщика возникает обязанность по осуществлению Страховых выплат, предусмотренных Договором страхования. Если иное не предусмотрено Договором страхования, Срок страхования совпадает со сроком действия Договора страхования.

**Страховая годовщина** - Календарная дата, месяц и день которой совпадают с определенной (предусмотренной) Договором страхования датой начала страхования, за исключением случаев, когда дата начала страхования приходится на 29 февраля. В случае если дата начала страхования приходится на 29 февраля, то в не високосные годы Страховой годовщиной считается 28 февраля.

**Год страхования** - Период времени между ближайшими Страховыми годовщинами.

**Территория страхования** - Территория, на которую распространяется действие Договора страхования и при наступлении Страхового случая на которой Страховщик несет обязанность по выплате страхового возмещения.

**Несчастный случай** - Если иное не предусмотрено Договором страхования, под несчастным случаем понимается произошедшее в течение срока страхования внезапное, кратковременное травмирующее воздействие внешних факторов (механического, термического, электротермического, химического, лучевого), характер, время и место которого можно однозначно определить, на организм Застрахованного, произошедшее помимо Застрахованного и приведшее к телесным повреждениям, сопровождающемуся нарушением анатомической целостности тканей и органов Застрахованного или его смерти. К несчастным случаям также относятся: утопление, воздействие электрического тока, солнечный удар, отравление химическими веществами и ядами биологического происхождения (за исключением пищевого отравления), анафилактический шок, события, явившиеся следствием неправильных медицинских манипуляций, произведенных в период действия Договора.

Также к несчастным случаям относится заболевание Застрахованного клещевым энцефалитом (клещевым энцефаломиелитом), ботулизмом, болезнью Лайма, полиомиелитом, бешенством, столбняком, если указанное обстоятельство прямо предусмотрено Договором страхования.

Договором страхования также может быть предусмотрено, что под несчастным случаем понимаются либо все из перечисленных выше типов (обстоятельств) внезапного физического воздействия, либо только те, которые наступили в результате определенных причин, например, в результате разбоя, ДТП, кораблекрушения, авиакатастрофы и т.д. При этом указанные причины должны быть прямо установлены в Договоре страхования.

К несчастным случаям не относятся, в частности, внезапно (остро) возникшие заболевания (инфаркт, инсульт, нарушения ритма сердца, ишемии органов с последующим некрозом, тромбозом, разрыв аневризмы, вследствие болезненно измененных сосудов и т.п.).

**Болезнь (заболевание)** - Нарушение состояния здоровья, не вызванное несчастным случаем, впервые диагностированное на основании объективных симптомов после вступления в силу Договора страхования, если иное не предусмотрено Договором страхования. Договором страхования может быть определен Список болезней, по которому осуществляется страхование.

**Естественные причины** - Впервые диагностированные болезни (заболевания), вызвавшие смерть, инвалидность Застрахованного, если иное не предусмотрено Договором страхования.

**Смертельно-опасные заболевания (Критические заболевания)** - Заболевания, значительно нарушающие жизненный уклад и качество жизни Застрахованного, характеризующиеся чрезвычайно высоким уровнем смертности. Договором страхования может быть определен список Смертельно-опасных заболеваний, по которому осуществляется страхование.

**Хирургическая операция** - Комплекс воздействий на ткани или органы человека, проводимых квалифицированным врачом с целью лечения и / или коррекции функций организма, выполняемых с помощью различных способов разъединения и соединения тканей. В рамках настоящих Правил к хирургическим операциям относятся операции, проведенные вследствие Несчастливого случая или Болезни, произошедшего / диагностированной в течение Срока страхования. Договором страхования может быть определен список Хирургических операций, по которому осуществляется страхование.

**Госпитализация** - Помещение Застрахованного для проведения лечения в круглосуточный стационар медицинского учреждения, имеющего все необходимые разрешения и лицензии.

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

**Временная утрата общей трудоспособности** - Временная неспособность Застрахованного выполнять служебные обязанности из-за нарушения здоровья в результате несчастного случая и/или болезни, требующая проведения непрерывного стационарного и/или амбулаторного лечения.

Для неработающих Застрахованных, в том числе детей в возрасте до 16 лет и пенсионеров, – это временное нарушение здоровья, требующее проведения непрерывного стационарного и/или амбулаторного лечения.

При определении сроков временной нетрудоспособности / временного нарушения здоровья, требующего проведения непрерывного стационарного и/или амбулаторного лечения, учитывается только назначенное имеющим на это право медицинским работником лечение, соответствующее, по данным медицинской науки, характеру повреждения, полученного Застрахованным.

Проводимые профилактические мероприятия, направленные на предотвращение развития заболеваний (например, бешенства), лечением травм не являются. Поэтому время их проведения при определении срока непрерывного лечения последствий несчастного случая не учитывается.

**Инвалидность** - Стойкое ограничение жизнедеятельности Застрахованного (полная или частичная утрата Застрахованным способности или возможности осуществлять самообслуживание, самостоятельно передвигаться, ориентироваться, общаться, контролировать свое поведение, обучаться или заниматься трудовой деятельностью) вследствие расстройства функций организма, обусловленное заболеваниями и/или последствиями травм, приводящее к необходимости социальной защиты. Под группами инвалидности в настоящих Правилах понимается деление инвалидности по группам в зависимости от степени ограничения жизнедеятельности, как это определяется нормативными актами компетентных органов Российской Федерации.

В случае если Застрахованным является ребенок в возрасте до 18 лет, то по страховым рискам, связанным с установлением инвалидности Застрахованному в результате Несчастного случая / ДТП / Авиакатастрофы / Железнодорожной катастрофы / Кораблекрушения / впервые диагностированной в течение Срока страхования Болезни / наступивших в течение срока страхования Естественных причин, страховым случаем признается установление Застрахованному категории «Ребенок-инвалид». В рамках настоящих Правил установление категории «Ребенок-инвалид», в части определения размера и порядка осуществления страховых выплат, приравнивается к установлению Застрахованному инвалидности 1-й группы, если иное не предусмотрено Договором страхования.

**Массовый спорт** - Способ проведения свободного от основного вида деятельности времени на разовой или постоянной основе путем организованных и (или) самостоятельных занятий любительским спортом, а также участия в физкультурных и массовых спортивных мероприятиях (в том числе участия в спортивных соревнованиях, тренировках и сборах) в специально предназначенных для этого местах, объективно связанный с повышенной вероятностью наступления страхового события.

**Профессиональный спорт** - Часть спорта, направленная на организацию и проведение спортивных соревнований, за участие и подготовку к которым в качестве своей основной деятельности спортсмены получают вознаграждение от организаторов таких соревнований и (или) заработную плату, и занятия, предполагающие наличие у участников особых навыков, степеней допуска, разрешений, определенных соответствующими регламентами, спортивных разрядов, специального оборудования (снаряжения).

**Травмоопасные виды спорта и активного отдыха** - Авиаспорт (включая дельта- и парапланеризм), автоспорт, альпинизм и скалолазание, американский футбол, регби, банджи-джампинг, бейсджампинг, бокс, буерный спорт, экстремальный велоспорт (в том числе маунтинбайк, дертджампинг и др.), гандбол, горнолыжный спорт, сноуборд, прыжки на лыжах с трамплина, горный трекинг, дайвинг и любые виды подводного спорта, серфинг, дзюдо, каратэ-до, каякинг, традиционное каратэ, кикбоксинг, конный спорт, родео, мотобол, прыжки с парашютом, паркур, рафтинг, рукопашный бой, самбо, силовое троеборье, скайсерфинг, спелеотуризм (спелеология), спортивная борьба, таэквондо (тхэквондо), у-шу, фридайвинг, фристайл, хоккей с шайбой, все ранее не упомянутые виды силовых единоборств, катание или путешествие на лодках (гребных, моторных), плотам и маломерных судах; катание на мопедах, мотороллерах, скутерах, мотоциклах, квадроциклах или ином двухколесном (трехколесном) моторизованном транспортном средстве.

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

**Общественный транспорт** - Автобусы, маршрутные такси, троллейбусы, трамваи, метро, средства железнодорожного, воздушного и водного транспорта, осуществляющие перевозки пассажиров и багажа, на основании публичного договора по регулярному маршруту по установленному расписанию.

**Кораблекрушение** – Происшествие, связанное с эксплуатацией водного судна, возникшее в результате природной, техногенной или другой чрезвычайной ситуации, которое привело к гибели или ранению людей.

**Авиакатастрофа** – Происшествие, связанное с летной эксплуатацией воздушного судна, возникшее в результате природной, техногенной или другой чрезвычайной ситуации, которое привело к гибели или ранению людей.

**Железнодорожная катастрофа** – Происшествие, связанное с эксплуатацией железнодорожного состава, возникшее в результате природной, техногенной или другой чрезвычайной ситуации, которое привело к гибели или ранению людей.

**Террористический акт** — Совершение взрыва, поджога или иных действий, устрашающих население и создающих опасность гибели человека, причинения значительного имущественного ущерба либо наступления иных тяжких последствий, в целях дестабилизации деятельности органов власти или международных организаций либо воздействия на принятие ими решений, а также угроза совершения указанных действий в тех же целях.

**Медицинская организация** — Юридическое лицо, независимо от организационно-правовой формы, или индивидуальный предприниматель, осуществляющие профессиональную деятельность по оказанию медицинской помощи, проведению медицинских экспертиз, медицинских осмотров и медицинских освидетельствований (в том числе, с применением телемедицинских технологий); санитарно-противоэпидемических (профилактических) мероприятий и профессиональная деятельность, связанная с трансплантацией (пересадкой) органов и (или) тканей, обращением донорской крови и (или) ее компонентов в медицинских целях.

**Телемедицинские технологии** — Информационные технологии, обеспечивающие дистанционное взаимодействие медицинских работников между собой, с пациентами и (или) их законными представителями, идентификацию и аутентификацию указанных лиц, документирование совершаемых ими действий при проведении консилиумов, консультаций, дистанционного медицинского наблюдения за состоянием здоровья пациента.

**Медицинская помощь** — комплекс мероприятий, направленных на поддержание и (или) восстановление здоровья и включающих в себя предоставление медицинских услуг, в том числе, с применением телемедицинских технологий.

**Медицинские услуги** — Мероприятия или комплекс мероприятий, имеющих самостоятельное законченное значение и определенную стоимость, направленных на диагностику заболеваний и их лечение.

**Медико-сервисные услуги** — Услуги, связанные с оказанием и/или организацией оказания Медицинских услуг и включенные в Медицинскую программу, в том числе: транспортировка, сервисные услуги (проживание, питание и услуги по медицинскому

уходу, предоставленные Застрахованному во время пребывания в Медицинской организации, и сопровождающему лицу (лицам), оплата услуг переводчика и телефонной связи, связанные с медицинской необходимостью, репатриация Застрахованного, проживание в гостинице (отеле) Застрахованного (сопровождающего лица (лиц)), необходимые по медицинским показаниям, оплата услуг, оказываемых прижизненному донору), оформление Сервисной организацией/Медицинской организацией, рекомендованной Страховщиком, различной медицинской документации.

**Медицинская программа** — Условия и порядок предоставления Медицинских и/или Медико-сервисных услуг, установленные настоящими Правилами и Договором страхования, в соответствии с которыми Медицинская и/или Сервисная организация, по поручению Страховщика, осуществляет оказание Застрахованному Медицинских и/или Медико-сервисных услуг, включая, но, не ограничиваясь госпитализацией, визовой поддержкой, размещением в гостинице, транспортировкой и клиентским сервисом. Договором страхования может быть предусмотрено несколько Медицинских программ.

**Медицинская экспертиза** — Проводимые в установленном порядке исследования с целью установления состояния здоровья человека, определения его способности осуществлять трудовую или иную деятельность, а также установления причинно-следственной связи между воздействием каких-либо событий и/или факторов и состоянием здоровья Застрахованного.

**Экспертное медицинское мнение («Второе мнение»)** — Процесс вынесения второго медицинского заключения, основанный на углубленном изучении медицинских данных Застрахованного и предлагающегося диагностического материала.

**Диагностирование** — Комплекс медицинских мероприятий, направленных на распознавание патологических состояний или установление факта наличия либо отсутствия заболеваний.

**Врач** — Специалист с законченным высшим медицинским образованием, не являющийся родственником, подчинённым, работником или лицом, каким-либо образом зависящим от Застрахованного (Страхователя / Выгодоприобретателя), и имеющий право в установленном порядке осуществлять медицинскую деятельность (лечение или консультацию).

**Предварительное подтверждение** — Письменный документ, в котором Страховщиком и/или Сервисной организацией подтверждается страховое покрытие по Договору страхования до начала оказания услуг Медицинской организацией.

**Транспортировка** — Перемещение Застрахованного (сопровождающего его лица, если это прямо предусмотрено условиями страхования) в связи с проведением лечения, рекомендованного Страховщиком, транспортом от места постоянного проживания до Медицинской организации в соответствии с условиями Договора страхования и обратно из Медицинской организации до места постоянного проживания.

**Протезирование или имплантация** — Комплекс медицинских услуг, направленных на полную или частичную замену с целью восстановления функции отсутствующих, не действующих, либо действующих с нарушениями органов или частей тела.

**Протез** — Устройство, полностью или частично заменяющее собой орган либо функцию не действующей, либо действующей с нарушениями части тела.

**Злокачественная опухоль** — Подтверждённое врачом-онкологом на основании данных гистологического исследования патологическое изменение тканей Застрахованного, характеризующееся бесконтрольным размножением клеток, отсутствием клеточной дифференцировки, способностью к инвазии и метастазированию.

**Неинвазивный рак или рак «in situ»** — Злокачественная опухоль, ограниченная эпителием, в котором она возникла, не проникшая в строму или окружающие ткани.

**Аортокоронарное шунтирование** — Оперативное вмешательство на сердце для устранения стеноза или окклюзии одной или более коронарных артерий, путем создания шунта между аортой и коронарными артериями.

**Трансплантация** — Операция по замещению тканей или органов Застрахованного взятыми из другого организма или созданными искусственно тканями или органами.

**Церебральный синдром** — Наличие церебрального нарушения или повреждения головного мозга, приводящего к частичному или полному нарушению мозговых функций.

**Репатриация** — Комплекс услуг, связанных с транспортировкой останков Застрахованного к месту, где ранее постоянно проживал Застрахованный, в связи со смертью Застрахованного, произошедшей в процессе проведения лечения заболеваний и/или хирургического вмешательства либо в связи со смертью донора, произошедшей непосредственно в связи с забором органа или ткани.

**Предшествующие состояния** — Любые заболевания Застрахованного, которые были диагностированы, в отношении которых было проведено лечение, либо проявившиеся связанными зафиксированными в медицинских документах симптомами, подтвержденными записями врачей, лабораторными и инструментальными исследованиями, до даты начала действия Договора страхования.

**Альтернативная медицина** — Система, практика и продукты медицины и здравоохранения, которые в настоящее время не признаются как часть общепринятой медицины или стандартных схем лечения. К ним относятся акупунктура, методы биоэлектромагнитного воздействия, диеты, пищевые добавки, фитотерапия и методики здорового образа жизни, методы управления телом и эмоциями, методы лечения с использованием рук (мануальная терапия, остеопатия, постизометрическая релаксация, различные виды массажа), ароматерапия, фитотерапия, гомеопатия, натуропатия, мезотерапия, психопунктура, астрология, биоритмология, терапия прошлых жизней, терапия сновидениями, фэн-шуй.

**Экспериментальное лечение** — Терапевтические или хирургические методы лечения, не являющиеся общепринятыми в рамках Всемирной организации здравоохранения в качестве безопасных, эффективных и подходящих для лечения тех или иных заболеваний или травм, либо проходящие стадию исследования, тестирования, либо находящиеся на любом этапе клинических испытаний.

**Лекарственные препараты** — Любое вещество или комбинация веществ, которые могут использоваться или применяться в отношении Застрахованного с целью восстановления, коррекции или изменения физиологических функций, оказывая фармакологическое, иммунологическое или метаболическое действие, либо для проведения медицинской диагностики, которые можно получить только по рецепту Врача у лицензированного фармацевта. Рецепты, выписанные на фирменные препараты, действительны и для аналогов фирменного препарата с такими же активными ингредиентами, действием и лекарственной формой, как у фирменного препарата.

**Факторы существенного увеличения степени страхового риска** - Смена профессиональной деятельности Застрахованного на профессиональную деятельность, связанную с повышенным риском, которая может привести к травмам и / или профессиональным заболеваниям, переезд в другую страну на срок свыше 1 года, начало регулярных занятий Травмоопасными видами спорта и отдыха, предполагающими участие в тренировках, соревнованиях, объективно связанные с повышением вероятности возникновения Несчастных случаев или Болезней, смена пола Застрахованного, инфицирование Застрахованного ВИЧ или заболевание СПИДом, а также изменение иных обстоятельств, оговоренных Страховщиком (например, в письменном запросе, заявлении на страхование, Договоре страхования). Также фактором существенного изменения степени Страхового риска является законодательное изменение критериев установления групп Инвалидности, профессиональной нетрудоспособности.

**Форс-мажор (обстоятельства непреодолимой силы)** - Чрезвычайные и непредотвратимые при данных условиях обстоятельства. Под обстоятельствами непреодолимой силы стороны понимают: военные действия и их последствия, гражданские волнения, забастовки, мятежи, конфискации, реквизиции, арест, уничтожение или повреждение имущества по распоряжению гражданских или военных властей, введение чрезвычайного или особого положения, бунты, путчи, государственные перевороты, заговоры, восстания, революции, воздействия ядерной энергии.

## 1. ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ

1.1. Общество с ограниченной ответственностью «АльфаСтрахование-Жизнь», именуемое в дальнейшем Страховщик, в соответствии с лицензией, выданной Центральным Банком РФ, на основании Правил добровольного комплексного медицинского страхования и страхования от несчастных случаев и болезней (далее – Правила) заключает Договоры добровольного комплексного медицинского страхования и страхования от несчастных случаев и/или болезней, Договоры добровольного медицинского страхования, Договоры добровольного страхования от несчастных случаев и/или болезней (далее - Договоры страхования) с дееспособными физическими или юридическими лицами.

1.2. По Договору страхования Страховщик обязуется за обусловленную Договором страхования плату (Страховую премию), уплачиваемую другой стороной (Страхователем), осуществлять Страховые выплаты в пределах обусловленной Договором страхования Страховой суммы в случае причинения вреда здоровью Застрахованного или его смерти или организовать при наступлении Страхового случая предоставление Медицинских и/или Медико-сервисных услуг необходимого и надлежащего качества в пределах Страховой суммы в объеме, предусмотренном Договором страхования и/или приложениями к нему.

1.3. Договор страхования заключается в письменной форме на основании письменного или устного Заявления на страхование, сделанного Страхователем.

1.4. Право на получение Страховых выплат принадлежит лицу, в пользу которого заключен Договор страхования.

## 2. ОБЪЕКТ СТРАХОВАНИЯ

2.1. Объектом добровольного страхования от Несчастных случаев и Болезней являются не противоречащие действующему законодательству Российской Федерации имущественные интересы, связанные с причинением вреда здоровью Застрахованного, а также его смертью.

2.2. Объектом добровольного медицинского страхования являются не противоречащие действующему законодательству Российской Федерации имущественные интересы, связанные с оплатой организации и оказания Медицинских и/или Медико-сервисных услуг вследствие расстройства здоровья Застрахованного или состояния Застрахованного, требующих организации и оказания таких услуг, а также проведения профилактических мероприятий, снижающих степень опасных для жизни или здоровья Застрахованного угроз и/или устраняющих их.

2.2.1. По Договору страхования Застрахованный имеет право на получение Медицинских и/или Медико-сервисных услуг в порядке и на условиях настоящих Правил и Договора страхования в Медицинских организациях, имеющих соответствующую лицензию, а также посредством Сервисных организаций.

## 3. СТРАХОВЫЕ РИСКИ. СТРАХОВЫЕ СЛУЧАИ

3.1. Страховыми рисками в соответствии с настоящими Правилами признаются следующие события, не подпадающие под исключения из страхового покрытия:

3.1.1. Смерть Застрахованного в результате Несчастного случая и/или Болезни и/или Естественных причин;

3.1.2. Смерть Застрахованного, наступившая в результате ДТП;

3.1.3. Смерть Застрахованного, наступившая в результате Кораблекрушения и / или Авиакатастрофы и / или Железнодорожной катастрофы;

3.1.4. Установление Застрахованному Инвалидности 1-й и/или 2-й и/или 3-й группы в результате Несчастного случая и/или Болезни и/или Естественных причин;

3.1.5. Установление Застрахованному Инвалидности 1-й и/или 2-й и/или 3-й группы в результате ДТП;

3.1.6. Установление Застрахованному Инвалидности 1-й и/или 2-й и/или 3-й группы в результате Кораблекрушения и / или Авиакатастрофы и / или Железнодорожной катастрофы;

3.1.7. Травматическое (телесное) повреждение, полученное Застрахованным в результате Несчастного случая (Список травматических (телесных) повреждений приведен в «Таблицах выплат» (Приложения № 2.1 – 2.3 к настоящим Правилам));

3.1.8. Госпитализация Застрахованного в результате Несчастного случая и/или Болезни;

3.1.9. Временная утрата Застрахованным общей трудоспособности в результате Несчастного случая и/или Болезни;

3.1.10. Установление Застрахованному в течение срока страхования окончательного диагноза одного из Смертельно-опасных заболеваний или проведение Застрахованному одной из Хирургических операций, указанных в «Перечне заболеваний и хирургических операций» (Приложение № 3 к настоящим Правилам);

3.1.11. Возникновение обстоятельств, требующих оказания Медицинских и/или Медико-сервисных услуг Застрахованному при амбулаторном и/или стационарном обследовании, дистанционных консультациях и/или дистанционном

наблюдении, и/или лечении в соответствии с Условиями медицинской программы (Приложения № 4 – 6, 12 к настоящим Правилам).

3.2. Договор страхования может быть заключен на случай одного или нескольких Страховых рисков, указанных в п. 3.1 настоящих Правил. Конкретный перечень Страховых рисков устанавливается в Договоре страхования.

3.3. Если иное не предусмотрено Договором страхования, страховыми случаями признаются события, указанные в п. 3.1 настоящих Правил, если они произошли в течение Срока страхования, в результате имевшего место в течение Срока страхования Несчастного случая / ДТП / Авиакатастрофы / Железнодорожной катастрофы / Кораблекрушения / впервые диагностированной в течение Срока страхования Болезни / наступивших в течение срока страхования Естественных причин. Договором страхования также может быть установлено, что события, указанные в п.п. 3.1.1 – 3.1.6 настоящих Правил, признаются Страховыми случаями, если они произошли в течение Срока страхования и / или в течение иного срока после наступления соответствующего Несчастного случая / ДТП / Авиакатастрофы / Железнодорожной катастрофы / Кораблекрушения / первого диагностирования Болезни / наступления Естественных причин. При этом, если иное не установлено Договором страхования, страховым случаем не признаются события, указанные в п.п. 3.1.1 – 3.1.6 настоящих Правил после окончания срока страхования, даже если причиной установления группы инвалидности или смерти стало событие, произошедшее в течение срока страхования.

3.4. Договором страхования, в части рисков, указанных в п.п. 3.1.4 – 3.1.6 настоящих Правил, может быть предусмотрено страхование как на случай установления всех (1, 2, 3) групп Инвалидности, так и на случай установления нескольких или одной группы Инвалидности, например, только 1-й группы Инвалидности.

3.5. Договором страхования может быть предусмотрено, что страхование по п.п. 3.1.1, 3.1.4, 3.1.8, 3.1.9 настоящих Правил в части страхования от Болезней осуществляется на основании «Списка болезней» (Приложение №1 к настоящим Правилам). При этом случай может быть признан страховым, только если смерть Застрахованного, Инвалидность Застрахованного, утрата Застрахованным трудоспособности или его Госпитализация явились следствием Болезней, указанных в «Списке болезней» (Приложение №1 к настоящим Правилам).

3.6. Дополнительно Договором страхования может быть предусмотрено, что страхование по риску, указанному в п. 3.1.8 настоящих Правил, в части страхования от Болезней осуществляется на основании «Списка опасных заболеваний и медицинских манипуляций» (Приложение № 7 к настоящим Правилам). При этом случай может быть признан страховым, только если Госпитализация Застрахованного явилась следствием Болезней или необходимости проведения медицинских манипуляций, указанных в «Списке опасных заболеваний и медицинских манипуляций» (Приложение № 7 к настоящим Правилам), и была осуществлена в Медицинскую организацию по направлению Сервисной организации и/или Страховщика.

3.7. По соглашению Страхователя и Страховщика при заключении Договора страхования в «Список болезней» (Приложение №1 к настоящим Правилам), «Таблицы выплат» (Приложения № 2.1 – 2.3 к настоящим Правилам), «Перечень заболеваний и хирургических операций» (Приложение №3 к настоящим Правилам), «Условия медицинских программ» (Приложения № 4 – 6, 12 к настоящим Правилам), «Список опасных заболеваний и медицинских манипуляций» (Приложение № 7 к настоящим Правилам) могут быть внесены изменения, направленные как на расширение, так и на сужение указанных документов. Данные изменения должны быть зафиксированы в Договоре страхования.

3.8. Договором страхования может быть предусмотрено, что ответственность Страховщика действует как 24 часа в сутки, так и в течение определенного времени / периода (в период выполнения служебных (трудовых) обязанностей по месту работы (в период пребывания в учебном заведении) и в быту), установленного в Договоре страхования. Если иное не предусмотрено Договором страхования, то ответственность Страховщика действует 24 часа в сутки.

3.9. Если иное не предусмотрено Договором страхования, датой наступления Страхового случая по настоящим Правилам является:

3.9.1. По рискам, указанным в п.п. 3.1.1 – 3.1.3 настоящих Правил, – дата смерти Застрахованного;

3.9.2. По рискам, указанным в п.п. 3.1.4 – 3.1.6 настоящих Правил, – дата установления Застрахованному группы Инвалидности;

3.9.3. По риску, указанному в п. 3.1.7 настоящих Правил, – дата наступления Несчастного случая;

3.9.4. По риску, указанному в п. 3.1.8 настоящих Правил, – дата первого дня Госпитализации Застрахованного. Если при заключении Договора страхования сторонами был установлен Выжидательный период или Квалификационный период, то датой наступления страхового случая признается первый из дней после окончания Выжидательного / Квалификационного периода, за которые Страховщик обязан произвести страховую выплату;

3.9.5. По риску, указанному в п. 3.1.9 настоящих Правил, – дата первого дня нетрудоспособности/лечения Застрахованного. Если при заключении Договора страхования сторонами был установлен Выжидательный период или Квалификационный период, то датой наступления страхового случая признается первый из дней после окончания Выжидательного / Квалификационного периода, за которые Страховщик обязан произвести страховую выплату;

3.9.6. По риску, указанному в п. 3.1.10 настоящих Правил, – дата установления Застрахованному окончательного диагноза одного из Смертельно-опасных заболеваний или дата проведения Застрахованному одной из Хирургических операций;

3.9.7. По риску, указанному в п. 3.1.11 настоящих Правил, – дата обращения Застрахованного в Медицинскую и/или Сервисную организацию и/или к Страховщику за получением Медицинских и/или Медико-сервисных услуг, предусмотренных Договором страхования и/или приложениями к нему.

#### 4. ИСКЛЮЧЕНИЯ ИЗ СТРАХОВОГО ПОКРЫТИЯ

4.1. Если иное не предусмотрено Договором страхования, то по настоящим Правилам не признаются Страховыми случаями события, перечисленные в п.п. 3.1.1 – 3.1.10 настоящих Правил:

4.1.1. Происшедшие вследствие умышленного причинения Застрахованным себе телесных повреждений, совершения Застрахованным противоправных действий, за которые предусмотрена ответственность действующим Уголовным Кодексом РФ;

4.1.2. Происшедшие вследствие алкогольного отравления Застрахованного, отравления в результате употребления Застрахованным наркотических, токсических, сильнодействующих, психотропных и лекарственных веществ (препаратов) без предписания врача, заболеваний, вызванных употреблением алкоголя, наркотических или токсических веществ;

4.1.3. Происшедшие вследствие заболевания СПИДом, заболевания в присутствии ВИЧ-Инфекции;

4.1.4. Происшедшие вследствие следующих заболеваний Застрахованного: хронические нервные или психические расстройства (включая эпилепсию), а также вследствие Несчастных случаев, произошедших с Застрахованными, которые страдают (или страдали) хроническими нервными или психическими расстройствами (включая эпилепсию), алкоголизмом, наркоманией, токсикоманией и состоят (состояли) на диспансерном учете по этому поводу;

4.1.5. Происшедшие вследствие исполнения судебного решения, вступившего в законную силу;

4.1.6. Происшедшие вследствие несчастных случаев или болезней, произошедших во время пребывания Застрахованного в местах лишения свободы, тюремного заключения (за исключением случаев, произошедших с сотрудниками пенитенциарных учреждений);

4.1.7. Происшедшие во время прохождения Застрахованным военной службы;

4.1.8. Происшедшие вследствие химического или биологического заражения местности;

4.1.9. Происшедшие вследствие любых событий, связанных с применением Застрахованным, испытанием им или хранением оружия, боеприпасов, взрывчатых или отравляющих веществ;

4.1.10. Происшедшие вследствие травмоопасных занятий и хобби, участия Застрахованного в спортивных занятиях, тренировках, соревнованиях, гонках, занятиях опасными видами спорта и активного отдыха: авиаспорт (включая дельта- и парапланеризм), автоспорт, альпинизм и скалолазание, американский футбол, регби, банджи-джампинг, бейсджампинг, бокс, буерный спорт, экстремальный велоспорт (в том числе маунтинбайк, дертджампинг и др.), гандбол, горнолыжный спорт, сноуборд, прыжки на лыжах с трамплина, горный трекинг, дайвинг и любые виды подводного спорта, серфинг, дзюдо, каратэ-до, каякинг, традиционное каратэ, кикбоксинг, конный спорт, родео, мотобол, прыжки с парашютом, паркур, рафтинг, рукопашный бой, самбо, силовое троеборье, скайсерфинг, спелеотуризм (спелеология), спортивная борьба, таэквондо (тхэквондо), у-шу, фридайвинг, фристайл, хоккей с шайбой, все ранее не упомянутые виды силовых единоборств, катание или путешествие на лодках (гребных, моторных), плотах и маломерных судах; катание на мопедах, мотороллерах, скутерах, мотоциклах, квадроциклах или ином двухколесном (трехколесном) моторизированном транспортном средстве;

4.1.11. Происшедшие вследствие любых полетов Застрахованного, кроме перемещения на регулярных и чартерных рейсах в качестве пассажира на самолете, который принадлежит авиационному предприятию и зарегистрирован должным образом;

4.1.12. Происшедшие вследствие Болезни / Несчастного случая / ДТП /, диагностированной / произошедших до заключения Договора страхования;

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

4.1.14. Происшедшие вследствие случаев, указанных как исключения из страхового покрытия, предусмотренных в Списке болезней» (Приложение № 1 к настоящим Правилам), «Таблицах выплат» (Приложения № 2.1 – 2.3 к настоящим Правилам), «Перечне заболеваний и хирургических операций» (Приложение № 3 к настоящим Правилам), «Медицинских программ» (Приложения № 4 – 6, 12 к настоящим Правилам) в случае, если Договором страхования предусмотрено, что страхование осуществляется на основании таких списков (таблиц, перечней, программ);

4.1.15. Происшедшие вследствие заболевания, возникшего в результате укуса насекомых и животных (за исключением отравления ядом);

4.1.16. Происшедшие вследствие лечения, полученного от специалистов, практикующих нетрадиционную медицину, несоблюдения Застрахованным рекомендаций лечащего врача и лечебно-охранительного режима; отказа Застрахованного от предложенного лечения, в результате приведшее к смерти, Инвалидности Застрахованного или затягиванию процесса выздоровления;

4.1.17. Если в момент наступления Несчастного случая или при освидетельствовании Застрахованного уполномоченными органами по факту данного события Застрахованный находился под воздействием психотропных веществ, в состоянии наркотического опьянения или в состоянии алкогольного опьянения (при концентрации алкоголя в крови Застрахованного в количестве 2 (Двух) и более промилле);

4.1.18. Происшедшие вследствие пищевых токсикоинфекций, патологических переломов, привычных и/или повторных вывихов, подвывихов, врожденных заболеваний;

4.1.19. В случае если Договором страхования предусмотрен Выжидательный или Квалификационный период, не признается страховым случаем событие, наступившее в течение Выжидательного / Квалификационного периода.

4.2. Если иное не предусмотрено Договором страхования, то в дополнение к исключениям, перечисленным в п.п. 4.1.1 - 4.1.19 настоящих Правил, не признается Страховым случаем событие, указанное в п. 3.1.8, 3.1.9 настоящих Правил, произошедшее:

4.2.1. В связи с необходимостью ухода за ребенком или членом семьи (в отношении риска, указанного в п. 3.1.9 настоящих Правил), временная утрата трудоспособности / госпитализация в связи с беременностью или её прерыванием, выкидышем, родами, стерилизацией/рестерилизацией, оплодотворением, лечением бесплодия, наследственного заболевания, лечением зубов (их имплантацией, удалением, восстановлением и т.п.), за исключением повреждений, полученных в результате несчастного случая), в связи с пластическим или косметическим хирургическим вмешательством (за исключением случаев, когда это необходимо для лечения или устранения последствий телесных повреждений, полученных в связи с несчастным случаем),

лечением венерических заболеваний или заболеваний в присутствии ВИЧ-инфекции, в связи с психическим расстройством или любым заболеванием нервной системы согласно международной классификации болезней (МКБ-10) любых заболеваний нервной системы, временная утрата трудоспособности / госпитализация в связи с проведением диагностики методами биопсии, эндоскопии, лапароскопии и артроскопии, простудных заболеваний (ОРВИ), пищевой токсикоинфекции (за исключением случаев, повлекших госпитализацию Застрахованного), временная утрата трудоспособности / госпитализация, наступившая вследствие официально признанных случаев эпидемий, пандемий, природных бедствий (катастроф);

4.2.2. С целью проведения медицинского обследования Застрахованного; проживания Застрахованного в клинике или санатории для прохождения им восстановительного (реабилитационного) курса лечения; задержания Застрахованного в связи с карантином или иными превентивными мерами официальных властей;

4.2.3. В связи с попыткой совершить самоубийство, независимо от Срока действия Договора страхования на момент наступления Страхового случая;

4.2.4. В результате медицинского лечения, а также медицинского обследования, не связанных с наступившим Страховым случаем; получения лечения, связанного с профилактикой заболеваний.

4.3. Если иное не предусмотрено Договором страхования, то в дополнение к исключениям, перечисленным в п.п. 4.1.1 - 4.1.19 настоящих Правил и в «Перечне заболеваний и хирургических операций» (Приложение №3 к настоящим Правилам), не признается Страховым случаем событие, указанное в п. 3.1.10 настоящих Правил:

4.3.1. Произошедшее вследствие установления Застрахованному окончательного диагноза одного из Смертельно-опасных заболеваний или проведение Застрахованному одной из Хирургических операций, если Застрахованный умирает в течение срока, длительностью до 6 (Шести) месяцев (180 календарных дней) с даты установления окончательного диагноза одного из Смертельно-опасных заболеваний или проведения Застрахованному одной из Хирургических операций, согласно «Перечню заболеваний и хирургических операций», установленному Договором страхования. Длительность указанного срока устанавливается в Договоре страхования;

4.3.2. В связи с попыткой совершить самоубийство независимо от Срока действия Договора страхования;

4.3.3. Если Застрахованный на момент заключения Договора страхования уже страдает или страдал одним из заболеваний или перенес одну из операций, указанных в «Перечне заболеваний и хирургических операций», установленном Договором страхования;

4.3.4. Если Застрахованный на момент заключения Договора страхования или в течение срока, длительностью до 180 (Ста восьмидесяти) календарных дней, до момента заключения Договора страхования, проходит/проходил медицинское обследование, по итогам которого ему был/будет установлен окончательный диагноз одного из Смертельно-опасных заболеваний или было/будет назначено проведение одной из Хирургических операций из «Перечня заболеваний и хирургических операций», установленного Договором страхования.

4.4. Если Договором страхования предусмотрено, что к Несчастным случаям относится заболевание Застрахованного клещевым энцефалитом (клещевым энцефаломиелитом), ботулизмом, болезнью Лайма, полиомиелитом, то Страховым случаем не признается событие (если иное не предусмотрено Договором страхования), произошедшее вследствие:

4.4.1. Заболевания клещевым энцефалитом у лиц, не прошедших экстренную иммунизацию противоклещевым иммуноглобулином в течение 96 (Девяносто шести) часов с момента укуса клеща (факт прохождения экстренной иммунопрофилактики подтверждается отметкой в страховом полисе обязательного медицинского страхования);

4.4.2. Укуса клеща и/или напоязания клеща на кожные покровы Застрахованного (в результате чего в отношении Застрахованного возникло заболевание клещевым энцефалитом (клещевым энцефаломиелитом), ботулизмом, болезнью Лайма, полиомиелитом) до начала Срока страхования;

4.4.3. Обращения Застрахованного за медицинской помощью по истечению срока действия Договора страхования.

4.5. Если иное не предусмотрено Договором страхования, то в дополнение к исключениям, перечисленным в п.п. 4.1.1 - 4.1.19 настоящих Правил, не признаются Страховыми случаями события, указанные в п.п. 3.1.3, 3.1.6 настоящих Правил:

4.5.1. Наступившие в результате Кораблекрушения / Авиакатастрофы / Железнодорожной катастрофы, произошедших до заключения Договора страхования.

4.6. Дополнительно Договором страхования может быть предусмотрено, что по рискам, указанным в п.п. 3.1.1, 3.1.4, 3.1.8, 3.1.9 настоящих Правил, не признаются Страховыми случаями события, наступившие:

4.6.1. Вследствие новообразований (злокачественных новообразований (онкологических заболеваний), доброкачественных новообразований, новообразований IN SITU, новообразований неопределённого или неизвестного характера);

4.6.2. Вследствие болезней нервной системы согласно международной классификации болезней (МКБ-10);

4.6.3. Вследствие психических расстройств и расстройств поведения (психических заболеваний) согласно международной классификации болезней (МКБ-10);

4.6.4. Вследствие заболеваний системы кровообращения, крови, кроветворных органов (например: ИБС, гипертоническая болезнь III – IV степени, атеросклероз, сердечная недостаточность, сердечная астма, анемия, а также иные хронические заболевания, относящиеся, согласно международной классификации болезней (МКБ-10), к заболеваниям системы кровообращения, крови, кроветворных органов);

4.6.5. Вследствие заболеваний органов пищеварения (гепатиты вирусной и невирусной природы, цирроз печени любой этиологии, а также иные хронические заболевания, относящиеся, согласно международной классификации болезней (МКБ-10), к заболеваниям органов пищеварения);

4.6.6. Вследствие заболеваний органов дыхания (например: ХОБЛ, бронхиальная астма, туберкулез, а также иные хронические заболевания, относящиеся, согласно международной классификации болезней (МКБ-10), к заболеваниям дыхательной системы);

4.6.7. Вследствие заболеваний мочеполовой системы согласно международной классификации болезней (МКБ-10);

4.6.8. Вследствие заболеваний эндокринной системы, расстройства питания и нарушения обмена веществ согласно международной классификации болезней (МКБ-10);

4.6.9. Вследствие любых врожденных заболеваний, аномалий (пороки развития), деформаций и хромосомных нарушений согласно международной классификации болезней (МКБ-10);

4.6.10. Вследствие заболеваний: глаза и его придаточного аппарата, уха и сосцевидного отростка, кожи и подкожной клетчатки согласно международной классификации болезней (МКБ-10);

4.6.11. Вследствие заболеваний костно-мышечной системы и соединительной ткани согласно международной классификации болезней (МКБ-10);

4.6.12. Вследствие заболеваний, связанных с беременностью и родами и/или их осложнениями;

4.6.13. В связи с абортom, лечением зубов (их имплантацией, удалением, восстановлением и т.п.), в связи с пластическим или косметическим хирургическим вмешательством, за исключением случаев, когда это необходимо для лечения (устранения последствий) телесных повреждений, полученных в связи с несчастным случаем, произошедшим в течение срока страхования;

4.6.14. В связи со стерилизацией, оплодотворением, рестерилизацией или лечением бесплодия, с лечением импотенции, с лечением родовой травмы, врожденной аномалии или наследственного заболевания, в связи с венерическим заболеванием или заболеванием в присутствии ВИЧ-инфекции, в связи с психическим расстройством, в связи с проведением диагностики методами биопсии, эндоскопии, лапароскопии и артроскопии, в связи с официально признанным случаем эпидемии или природного бедствия;

4.6.15. Вследствие проведения медицинского обследования Застрахованного; проживания Застрахованного в клинике или санатории для прохождения им восстановительного (реабилитационного) курса лечения; задержания Застрахованного в связи с карантинom или иными превентивными мерами официальных властей;

4.6.16. Вследствие медицинского лечения, а также медицинского обследования, не связанных с наступившим Страховым случаем; получения лечения, связанного с профилактикой заболеваний.

4.7. Договором страхования может быть предусмотрено, что по рискам, указанным в п.п. 3.1.1 – 3.1.10 настоящих Правил, не признаются Страховыми случаями события, происшедшие в результате употребления алкогольных, наркотических, токсических, веществ без предписания врача, при условии, что нахождение в состоянии алкогольного, наркотического или токсического опьянения подтверждено документом, выданным медицинским учреждением.

4.8. Договором страхования может быть предусмотрено, что по рискам, указанным в п.п. 3.1.1, 3.1.4, 3.1.8, 3.1.9 настоящих Правил, не признаются страховыми случаями события, происшедшие:

4.8.1. Вследствие любых Болезней (заболеваний);

4.8.2. Вследствие любого Несчастного случая;

4.9. Договором страхования может быть предусмотрено, что по рискам, указанным в п.п. 3.1.1 – 3.1.10 настоящих Правил, не признаются страховыми случаями события, происшедшие в результате профессиональной / трудовой деятельности Застрахованного; выполнения Застрахованным трудовых / профессиональных обязанностей.

4.10. Если иное не предусмотрено Договором страхования, при страховании по рискам, указанным в п. 3.1.11 настоящих Правил, Страховщик имеет право полностью или частично отказать в Страховой выплате в случаях:

4.10.1. Если Страховщик не был извещен в срок, указанный в Договоре страхования, о Страховом случае, если не будет доказано, что Страховщик своевременно узнал о наступлении Страхового случая либо, что отсутствие у Страховщика сведений об этом не могло сказаться на его обязанности произвести Страховую выплату;

4.10.2. Если требование о Страховой выплате предъявлено по событиям, не подпадающим под определение Страхового случая.

4.11. Если иное не предусмотрено Договором страхования, то в дополнение к исключениям, перечисленным в п. 4.10 настоящих Правил, не признаются Страховыми случаями события, указанные в п. 3.1.11 настоящих Правил, если:

4.11.1. Медицинские и/или Медико-сервисные услуги, оказанные Застрахованному (полученные Застрахованным) не предусмотрены Договором страхования и/или приложениями к нему;

4.11.2. Застрахованным получены Медицинские и/или Медико-сервисные услуги в Медицинских организациях и/или Сервисных организациях, не предусмотренных Договором страхования и/или приложениями к нему, или выбор которых не был согласован со Страховщиком;

4.11.3. Застрахованным получены Медицинские и/или Медико-сервисные услуги, не назначенные лечащим врачом, либо не являющиеся необходимыми с медицинской точки зрения для диагностирования и/или лечения заболевания, а также приобретены лекарственные средства и/или средства ухода за больным без медицинских показаний;

4.11.4. Необходимость получения Медицинских и/или Медико-сервисных услуг связана с любыми заболеваниями и состояниями, вызванными намеренно или с умыслом, либо являющимися следствием проявления халатности или преступной неосторожности Застрахованного, либо возникшими при совершении преступления;

4.11.5. Медицинские и/или Медико-сервисные услуги были оказаны Застрахованному с нарушением порядка их предоставления, предусмотренного Договором страхования и/или приложениями к нему.

4.12. Если Застрахованному показаны лечебно-диагностические и/или иные мероприятия, выходящие за рамки покрытия по Договору страхования, лечащий врач должен поставить его об этом в известность. За решение вопросов их назначения и финансирования Страховщик ответственности не несет.

4.13. Условиями медицинских программ (Приложения № 4 – 6, 12 к настоящим Правилам) могут быть предусмотрены другие основания для отказа в Страховой выплате, а также случаи освобождения Страховщика от выплаты страхового возмещения, если это не противоречит законодательству РФ.

4.14. В случаях, попадающих под действие п.п. 4.1 - 4.13 настоящих Правил, события и деяния признаются таковыми на основании документов судебных, следственных органов, органов государственной власти и управления, медицинских организаций или других документов, доказывающих факт свершившегося события. При этом решение о Страховой выплате /

отказе в Страховой выплате (отсутствии оснований для Страховых выплат) может быть отложено вплоть до предоставления таких документов.

4.15. В случаях, прямо предусмотренных Договором страхования, Страховые риски, происшедшие в результате одного или нескольких событий, перечисленных в п.4.1-4.13 настоящих Правил, могут признаваться Страховыми случаями. При этом Договором страхования может быть предусмотрена уплата соответствующей дополнительной Страховой премии.

4.16. Договором страхования может быть предусмотрено условие, что в случае, если Срок страхования по Договору страхования в отношении Застрахованного составляет 1 (Один) месяц, исключения, указанные в п.п. 4.1.12, 4.5.1 настоящих Правил, действуют только в течение одного месяца с даты, определенной в Договоре страхования. Такое условие может действовать только в случае, если Договор страхования в отношении данного Застрахованного заключался непрерывно в течение не менее 6 (Шести) месяцев подряд, если иное не предусмотрено Договором страхования. Если иное не предусмотрено Договором страхования, то, независимо от Срока страхования, исключения, указанные, в п.п. 4.1.12, 4.5.1 настоящих Правил, всегда действуют в отношении Болезни / Несчастного случая / ДТП / Авиакатастрофы / Железнодорожной катастрофы / Кораблекрушения, диагностированной / произошедшего / наступивших до даты первого заключения Договора страхования в отношении конкретного Застрахованного.

4.17. При этом если иное не предусмотрено Договором страхования, то, независимо от того, в течение какого срока Договор страхования в отношении данного Застрахованного непрерывно заключался, в случае, если в отношении данного Застрахованного Договор не заключался хотя бы в течение 1 (Одного) месяца, указанные в п.п. 4.1.12, 4.5.1 настоящих Правил исключения действуют вновь на общих основаниях со следующего месяца страхования после перерыва в порядке, указанном в п. 4.16 настоящих Правил.

4.18. Страховщик освобождается от Страховой выплаты в случае наступления любого события, из перечисленных в п. 3.1 настоящих Правил, имеющего признаки Страхового случая, происшедшего вследствие:

4.18.1. Умысла Страхователя, Застрахованного или Выгодоприобретателя;

4.18.2. Самоубийства (покушения Застрахованного на самоубийство) в течение первых двух лет действия Договора страхования, за исключением доведения Застрахованного до самоубийства противоправными действиями третьих лиц;

4.18.3. Воздействия ядерного взрыва, радиации или радиоактивного заражения;

4.18.4. Военных действий, а также маневров или иных военных мероприятий;

4.18.5. Гражданской войны, народных волнений всякого рода или забастовок.

4.19. По рискам, указанным в п. 3.1 настоящих Правил, Страховщик освобождается от возмещения убытков, возникших вследствие того, что Страхователь умышленно не принял разумных и доступных ему мер, чтобы уменьшить возможные убытки.

## **5. СТРАХОВАЯ СУММА. ФРАНШИЗА. ВЫЖИДАТЕЛЬНЫЙ ПЕРИОД, КВАЛИФИКАЦИОННЫЙ ПЕРИОД.**

5.1. Страховая сумма представляет собой определенную Договором страхования денежную сумму, устанавливаемую по каждому Страховому риску отдельно и/или по всем/некоторым страховым рискам вместе (агрегировано), исходя из которой определяются размеры Страховой премии и Страховой выплаты / выплаты страхового возмещения. Страховая сумма может устанавливаться в Договоре страхования либо путем указания конкретной денежной суммы, либо путем указания способа расчета Страховой суммы.

5.2. При страховании по рискам, указанным в п.п. 3.1.1 – 3.1.11 настоящих Правил, Страховая сумма определяется по соглашению Страховщика и Страхователя.

5.3. Размер Страховой суммы, установленной по одному или нескольким Страховым рискам, может изменяться в течение срока действия Договора страхования. В этом случае порядок изменения размера Страховой суммы должен быть указан в Договоре страхования.

5.4. Страховщик вправе устанавливать максимальный / минимальный размер Страховой суммы в зависимости от условий страхования, при этом Страховщик вправе отказать Страхователю в заключении Договора страхования / изменении условий Договора страхования, если требования Страхователя не удовлетворяют установленным Страховщиком ограничениям относительно минимального / максимального размера Страховой суммы.

5.5. Договором страхования может быть предусмотрено установление отдельных лимитов ответственности (максимальных размеров страхового возмещения, количеству событий одного типа):

– По одному или нескольким Страховым случаям, происшедшим в течение срока действия Договора страхования;

– Отдельно по видам событий, повлекших наступление Страхового случая;

– По количеству событий одного типа (например, количество медицинских обследований в течение срока действия Договора страхования).

5.6. В период действия Договора страхования Страхователь по соглашению со Страховщиком может увеличить размер Страховой суммы или отдельных лимитов ответственности. В этом случае оформляется дополнительное соглашение к Договору страхования с уплатой дополнительной Страховой премии.

5.7. В Договоре страхования стороны могут указать величину неоплачиваемого Страховщиком ущерба или убытка – франшизу, освобождающую Страховщика от возмещения убытков, не превышающих определенный размер.

5.8. Франшиза может быть условной, безусловной, агрегатной.

5.8.1. При назначении в Договоре страхования (полисе) условной франшизы Страховщик освобождается от ответственности за убыток, если его размер не превышает размер франшизы, и убыток подлежит возмещению полностью, если его размер превышает размер франшизы.

5.8.2. При назначении в Договоре страхования (полисе) безусловной франшизы ответственность Страховщика определяется размером убытка за минусом франшизы.

5.8.3. Агрегатная франшиза – фиксированная сумма, установленная в Договоре страхования, которая вычитается из суммы понесенных убытков за весь период действия Договора страхования.

В случае установления Агрегатной франшизы Страховщик осуществляет страховые выплаты, только после того, как общая сумма убытков, по произошедшим страховым случаям, превысит размер агрегатной франшизы.

5.8.4. Франшиза определяется по соглашению сторон при заключении Договора страхования в процентном отношении к Страховой сумме, в размере определенной части Страховой суммы или в абсолютной величине.

5.8.5. Если в Договоре страхования не оговорено иное, страхованием предусматривается безусловная франшиза, которая вычитается из суммы возмещения. Убытки, не превышающие величину франшизы, возмещению не подлежат.

5.8.6. Если в Договоре страхования не оговорено иное, франшиза устанавливается по каждому страховому случаю и если в течение периода страхования происходит несколько страховых случаев, франшиза вычитается по каждому из них.

5.8.7. В Договоре страхования может быть предусмотрен Выжидательный период, Квалификационный период или Период ожидания в отношении рисков, указанных в п. 3.1 настоящих Правил. При этом их продолжительность может устанавливаться различной в отношении различных страховых рисков. Длительность Выжидательного периода, Квалификационного периода, Периода ожидания устанавливается в Договоре страхования.

## **6. СТРАХОВАЯ ПРЕМИЯ (СТРАХОВЫЕ ВЗНОСЫ), СТРАХОВОЙ ТАРИФ**

6.1. Страховая премия представляет собой плату за страхование, которую Страхователь обязан уплатить Страховщику в порядке и в сроки, установленные Договором страхования. Размер Страховой премии рассчитывается на основе разработанных Страховщиком базовых тарифов с учетом характера Страхового риска, перечня Медицинских и/или Медико-сервисных услуг, условий их предоставления, Срока страхования, пола, возраста Застрахованного, других условий страхования и иных обстоятельств, а также расходов на ведение дела. Страховщик имеет право применять к базовым тарифам повышающие / понижающие коэффициенты в зависимости от срока и порядка уплаты Страховой премии (страховых взносов), а также от обстоятельств, имеющих существенное значение для определения вероятности наступления Страхового случая, в том числе связанных с состоянием здоровья Застрахованного, его профессиональной деятельностью, образом жизни, увлечениями и способами проведения досуга и т.п.

6.2. Страховая премия (страховые взносы) устанавливается в российских рублях, если иное не предусмотрено Договором страхования.

6.3. Страховая премия уплачивается единовременно или в рассрочку в виде страховых взносов (например, раз в месяц, раз в квартал, раз в полгода, раз в год). Порядок уплаты Страховой премии (страховых взносов) устанавливается Договором страхования.

6.4. Уплата Страховой премии (страховых взносов) может производиться наличными деньгами в кассу Страховщика (его уполномоченному представителю) или по безналичному расчету путем перечисления на расчетный счет Страховщика (его уполномоченного представителя).

6.5. Очередные страховые взносы уплачиваются до дат, указанных в Договоре страхования.

6.6. Если Договором страхования предусмотрено, что он вступает в силу с 00 часов дня, следующего за днем оплаты Страховой премии или ее первого взноса, то в случае неоплаты (не полной уплаты) Страховой премии (первого страхового взноса – при оплате Страховой премии в рассрочку) в полном объеме Договор страхования считается не вступившим в силу. Договором страхования может быть предусмотрен иной срок его вступления в силу.

6.7. Если Договор страхования вступает в силу с определенной календарной даты или с даты наступления определенного события и при этом по условиям Договора страхования Страховая премия (первый страховой взнос) подлежит уплате в течение определенного Договором страхования срока с даты его вступления в силу, то, если иное не предусмотрено Договором страхования, в случае неоплаты Страховой премии (первого страхового взноса) в срок, предусмотренный Договором страхования, либо оплаты Страховой премии (первого страхового взноса) в сумме меньшей, чем предусмотрено в Договоре страхования, факт неуплаты признается для сторон Договора страхования выражением воли Страхователя на отказ от Договора страхования. При этом Договор страхования расторгается с 00 часов 00 минут дня, следующего за днем окончания установленного Договором страхования срока уплаты Страховой премии (первого или единовременного страхового взноса, очередного страхового взноса), которая, не была уплачена полностью, без направления письменного уведомления Страхователю, если Договором страхования не установлено иное.

6.8. Страховщик уведомляет Страхователя о просрочке очередного страхового взноса способом, согласованным Сторонами, позволяющим зафиксировать факт направления уведомления (почтовым отправлением, электронным письмом на адрес электронной почты Страхователя, указанный в Договоре страхования или иных документах, оформляемых Страхователем).

6.9. По поручению Страхователя Страховую премию (страховые взносы) может уплатить любое другое лицо, при этом никаких прав по Договору страхования оно не приобретает. О данном поручении Страхователь обязан поставить в известность Страховщика.

## **7. ЗАКЛЮЧЕНИЕ ДОГОВОРА СТРАХОВАНИЯ. СРОК СТРАХОВАНИЯ**

7.1. Договор страхования заключается на основании устного или письменного заявления Страхователя.

7.2. Для принятия решения о заключении Договора страхования Страховщик, для оценки степени риска, принимаемого на страхование, имеет право требовать заполнения Страхователем (Застрахованным) разработанных Страховщиком форм анкет, а также:

7.2.1. Предоставления Страхователем (Застрахованным) документов и сведений о состоянии здоровья Застрахованного, прохождения Застрахованным медицинского освидетельствования, либо требовать медицинские документы от медицинского учреждения, где проходил лечение или наблюдался Застрахованный, для оценки фактического состояния его здоровья. Все предоставляемые документы медицинского характера и/или их копии должны быть заверены подписью уполномоченного лица и заверены печатью ЛПУ.

7.2.2. Предоставления документов и сведений финансового характера, документов и сведений о наличии кредита, займа и иных финансовых обязательств у Страхователя (Застрахованного) и/или у членов его семьи, документов и сведений о

наличии у Застрахованного движимого или недвижимого имущества документов и сведений о профессиональной деятельности:

- Свидетельства о государственной регистрации движимого или недвижимого имущества;
- Договоры купли-продажи объектов движимого или недвижимого имущества;
- Паспорт транспортного средства;
- Справки по форме государственных учреждений, содержащие сведения о доходах Страхователя (Застрахованного);
- Справка о доходах по форме банка, банковская выписка/справка о суммарных ежемесячных оборотах по расчётным и текущим счетам с отображением остатка средств на счёте;
- Налоговая декларация с подтверждением приёма или отправки в налоговый орган (декларация по налогу на доходы физических лиц, по налогу, уплачиваемому в связи с применением упрощённой системы налогообложения и т.д.);
- Книга учёта доходов и расходов и/или кассовые книги;
- Справка о сумме полученных дивидендов и протокол собрания акционеров (учредителей) о выплате дивидендов;
- Справка с места/мест работы Застрахованного, подтверждающая факт работы Застрахованного в данной организации, с указанием занимаемой должности, стажа работы и размера оклада;
- Справка с места/мест работы Застрахованного о нахождении сотрудника в декретном отпуске/отпуске по уходу за ребенком;
- Копия трудовой книжки, заверенная работодателем или выписки из трудовой книжки, заверенная работодателем, копия пенсионного удостоверения;
- Копия трудового договора/контракта/ договора-подряда, копия авторского договора.
- Копия лицензии, если профессиональная деятельность Застрахованного требует специальных лицензий;
- Копия свидетельства о государственной регистрации физического лица, как индивидуального предпринимателя;
- Устав предприятия, Учредителем (акционером) которого является Застрахованный;
- Выписка из Единого государственного реестра юридических лиц;
- Копия выписки из Единого государственного реестра индивидуальных предпринимателей (ЕГРИП); Копия уведомления о постановке на учет физического лица в налоговом органе;
- Договоры/контракты с контрагентами по бизнесу;
- Договор банковского депозита и/или справка банка о сумме депозита, либо другой документ банка, подтверждающий внесение депозита, и/или (если проценты выплачиваются периодически в течение срока действия депозитного договора) банковская выписка о полученных процентах по депозиту;
- Бухгалтерский баланс организации с отметкой налогового органа о принятии данного документа и отчёт о прибылях и убытках компании с отметкой налогового органа о принятии данного документа;
- Штатное расписание организации;
- Договор найма/аренды движимого и недвижимого имущества, платёжные документы, подтверждающие уплату налогов и сборов по договорам аренды/найма;
- Лицензия на занятие отдельными видами деятельности, если она подлежит лицензированию в соответствии с действующим законодательством РФ;
- Письмо из коллегии адвокатов/ адвокатского бюро/ юридической консультации; справка из адвокатского кабинета;
- Справка/выписка из личного дела о прохождении военной службы/ работы в правоохранительных органах (если подразделение Застрахованного по месту службы не является секретным);
- Приказ территориального органа Минюста РФ о назначении на должность нотариуса;
- Справка о размере ежемесячного пожизненного содержания судей/ ежемесячной надбавки судей из управления Судебного департамента субъекта РФ и/или другого государственного органа, выплачивающего ежемесячное пожизненное содержание, по используемым ими формами;
- Кредитные договоры, договоры об открытии возобновляемой или невозобновляемой кредитной линии, договоры поручительства, залога, займа, ипотеки и иные договоры, обуславливающие взаимоотношения Застрахованного с банком или иной другой кредитной организацией; решение кредитного комитета о выдаче кредита, справки из банка о задолженности/погашении задолженности по кредитному договору, а также платёжной дисциплине Застрахованного;
- Копия Приказа о командировании сотрудника, заверенная работодателем, если профессиональная деятельность Застрахованного требует длительного пребывания за границей; копия ваучера на гостиницу;
- Выписка банка об остатке денежных средств на счете.

Все предоставляемые документы и/или их копии должны быть заверены подписью уполномоченного лица и заверены печатью выдавшего учреждения;

#### 7.2.3. Предоставления документов и сведений о персональных данных:

- Копия общегражданского паспорта;
- Копия свидетельства о рождении;
- Копия общегражданского заграничного паспорта, копия свидетельства о браке/разводе;
- Копия свидетельства об установлении отцовства;
- Копия Свидетельства об опеке или попечительстве, заверенная выдавшим органом;
- Справка из органов внутренних дел, подтверждающая отсутствие у Страхователя (Застрахованного) судимости;
- Копия ИНН.

7.2.4. Предоставления документов и сведений о занятиях спортом на любительской, профессиональной или разовой основе, а также документов и сведений об активном отдыхе:

- Справки из спортивного учреждения (клуба), подтверждающие занятие спортом (с указанием конкретного вида спорта), интенсивности спортивной нагрузки, с указанием количества соревнований в которых предполагается участие Застрахованного;

- Заявочный лист допуска команды на участие в соревнованиях;
- Копия лицензии спортивной организации, членом которой является Застрахованный;
- Копия лицензии Застрахованного, если вид спортивной деятельности Застрахованного требует специального лицензирования.

7.3. Договор страхования может быть заключен путем составления одного документа, подписанного сторонами, или вручения Страховщиком Страхователю на основании его заявления Страхового полиса, подписанного Страховщиком, а также иными способами, установленными законом. В случае если заключение Договора страхования происходит путем выдачи страхового полиса, согласие Страхователя на заключение Договора страхования на предложенных условиях подтверждается принятием им Страхового полиса и уплатой Страховой премии (ее первого взноса).

7.4. Если иное не предусмотрено Договором страхования, Договор страхования заключается на любой срок, но не менее 1 (Одного) календарного месяца.

7.5. Если Договором страхования не предусмотрено иное, Договор вступает в силу с 00 часов 00 минут даты, следующей за датой уплаты Страховой премии (при единовременной уплате) или ее первого взноса (при уплате в рассрочку).

7.6. Если иное не предусмотрено Договором страхования или настоящими Правилами, то Стороны Договора страхования должны соблюдать следующие требования к направляемым друг к другу уведомлениям:

7.6.1. все уведомления и направление писем по настоящим Правилам и Договору страхования (в том числе о событии, имеющем признаки страхового случая) должны быть сделаны посредством почтового отправления на адреса Сторон, указанные в Договоре страхования или иных документах, оформляемых Сторонами, либо иным способом, согласованным Сторонами в Договоре страхования;

7.6.2. адреса отправления по почте должны быть указаны в Договоре страхования (полисе), а если Страхователь или Страховщик изменяют свой адрес, они должны направить соответствующее письменное уведомление другой стороне по Договору в течение 15 календарных дней, если Договором страхования не установлено иное. В случае изменения адресов и/или реквизитов Страхователя, Страховщика или Выгодоприобретателя стороны обязуются незамедлительно известить друг друга. Если сторона не была извещена об изменении адреса и/или реквизитов заблаговременно, то все уведомления и извещения, направленные по прежнему адресу или реквизитам, будут считаться полученными с даты их поступления по прежнему адресу.

7.7. Если иное не предусмотрено Договором страхования (условиями страхования), страхование категорий лиц, указанных в настоящем пункте, осуществляется при условии предоставления Страхователем (Застрахованным) до заключения Договора страхования документов и сведений о состоянии здоровья Застрахованного (в том числе может потребоваться заполнение разработанных Страховщиком форм анкет; прохождение Застрахованным медицинского освидетельствования либо предоставление медицинских документов от медицинских учреждений, где проходил лечение или наблюдался Застрахованный) для оценки фактического состояния его здоровья, а также документы и сведения о военной службе, о нахождении под следствием или в местах лишения свободы. Все предоставляемые документы и/или их копии должны быть заверены подписью уполномоченного лица и заверены печатью соответствующего учреждения.

Категории лиц:

- Инвалиды;
- Больные онкологическими, сердечно-сосудистыми заболеваниями, СПИДом, ВИЧ-инфицированные;
- Лица, употребляющие наркотики с целью лечения или по иной причине; лица, употребляющие токсичные вещества целью токсического опьянения; лица, страдающие алкоголизмом;
- Лица с хроническими нервными или психическими расстройствами (включая эпилепсию), состоящие на учете по этому поводу;
- Лица, состоящие на службе в армии, лица, принимающие участие в военных действиях и подавлении беспорядков;
- Лица, находящиеся под следствием или в местах лишения свободы;
- Лица, страдающие или которые страдали ранее одним из заболеваний, указанных при заключении Договора в «Списке болезней» (Приложение №1 к настоящим Правилам), «Перечне заболеваний и хирургических операций» (Приложение №3 к настоящим Правилам), «Условиях медицинской программы» (Приложения № 4 – 6, 12 к настоящим Правилам) в случае, если Договором страхования предусмотрено, что страхование осуществляется на основании таких списков (перечней, условий);
- Лица, страдающие хроническими заболеваниями сердечно-сосудистой системы (ИБС, гипертоническая болезнь III – IV степени, атеросклероз, сердечная недостаточность, сердечная астма и т.д.);
- Лица, страдающие хроническими заболеваниями дыхательной системы (ХОБЛ, бронхиальная астма, туберкулез и т.п.);
- Лица, страдающие хронической почечной недостаточностью любой стадии;
- Лица, страдающие хроническими заболеваниями печени (хронические гепатиты вирусной и невирусной природы, цирроз печени любой этиологии и т.д.) и ЖКТ в терминальной стадии;
- Лица, страдающие заболеваниями костно-мышечной системы и соединительной ткани;
- Лица, страдающие аутоиммунными заболеваниями;
- Лица в возрасте до 18 лет и старше 60 лет на момент заключения Договора;
- Лица, не подписавшие декларацию Застрахованного, заявление Застрахованного или иной документ, содержащий сведения о состоянии здоровья и образе жизни Застрахованного или иным способом не подтвердившие свое согласие быть застрахованными (например, посредством записи устного согласия по телефону) на условиях Договора страхования.

Если будет установлено, что Страховщик не был письменно уведомлен до заключения Договора страхования о принятии на страхование лиц вышеперечисленных категорий, Договор страхования в отношении таких лиц может быть признан недействительным по иску Страховщика.

## 8. ИЗМЕНЕНИЕ И ПРЕКРАЩЕНИЕ ДОГОВОРА СТРАХОВАНИЯ

8.1. По соглашению сторон, путем подписания дополнительного соглашения к Договору страхования, в Договор страхования могут быть внесены изменения, касающиеся Страховой суммы, периодичности уплаты Страховой премии (страховых взносов), срока действия Договора страхования, а также иные изменения, не противоречащие действующему законодательству Российской Федерации. В случае внесения изменений Страховщик вправе требовать уплаты дополнительной Страховой премии (страхового взноса) в соответствии с установленными тарифами. При этом если иное не предусмотрено Договором страхования, заявление от Страхователя о внесении изменений должно быть направлено Страховщику не позднее, чем за 30 (Тридцать) календарных дней до даты внесения предполагаемых изменений.

8.2. Договор страхования прекращается до наступления срока, на который он был заключен, в следующих случаях:

8.2.1. Просрочка уплаты Страхователем очередного страхового взноса;

8.2.2. Исполнение Страховщиком своих обязательств по Договору страхования в полном объеме. Договор страхования прекращается при этом на дату исполнения;

8.2.3. Отказ Страхователя от Договора страхования. Договор прекращается с даты, указанной в письменном заявлении Страхователя об отказе от Договора страхования, но не ранее даты предоставления такого заявления Страховщику;

8.2.4. Ликвидация Страховщика в установленном законодательством Российской Федерации порядке. Договор страхования прекращается с даты внесения соответствующей записи в Единый государственный реестр юридических лиц;

8.2.5. Признание Договора страхования недействительным по решению суда. Договор страхования прекращается с даты, указанной в решении суда;

8.2.6. По соглашению сторон. Договор страхования прекращается с даты, указанной в таком соглашении;

8.2.7. Смерть Застрахованного в течение Срока страхования, не являющаяся Страховым случаем. Договор страхования прекращается с даты смерти Застрахованного (в случае включения в Договор страхования рисков, указанных в п.п. 3.1.1 – 3.1.3 настоящих Правил);

8.2.8. Смерть Страхователя – физического лица или ликвидация Страхователя – юридического лица, если только обязанность Страхователя по уплате Страховой премии (страховых взносов) не была исполнена в полном объеме и / или иное лицо не приняло на себя права и обязанности по Договору страхования. Договор страхования прекращается с даты смерти Страхователя – физического лица либо с даты внесения соответствующей записи в Единый государственный реестр юридических лиц в отношении Страхователя – юридического лица;

8.2.9. В других случаях, предусмотренных действующим законодательством Российской Федерации.

8.3. Если иное не предусмотрено Договором страхования, страховая премия подлежит возврату Страхователю – физическому лицу в полном объеме или за вычетом части страховой премии, исчисляемой пропорционально времени, в течение которого действовало страхование (в зависимости от условий заключения Договора страхования), при условии отсутствия в период с даты заключения Договора страхования до даты отказа Страхователя – физического лица от Договора страхования событий, имеющих признаки страхового случая, страховых случаев и страховых выплат по Договору страхования, в следующем порядке:

8.3.1. При отказе Страхователя – физического лица от Договора страхования, заключенного при предоставлении потребительского кредита (займа), в течение 30 (Тридцати) календарных дней с даты заключения Договора страхования.

8.3.2. При отказе Страхователя – физического лица от Договора страхования, заключенного не при предоставлении потребительского кредита (займа), в течение 14 (Четырнадцати) календарных дней с даты заключения Договора страхования.

При этом, если иное не предусмотрено Договором страхования, Договор страхования досрочно прекращается с 00 часов 00 минут даты начала срока страхования (в случае если дата начала срока страхования ранее даты подачи Страхователем письменного заявления на отказ от Договора страхования и/или если страховая премия подлежит возврату в полном объеме), либо с 00 часов 00 минут даты подачи Страхователем письменного заявления на отказ от Договора страхования (в случае если дата начала срока страхования позднее даты подачи Страхователем письменного заявления на отказ от Договора страхования), либо с 00 часов 00 минут даты получения Страховщиком письменного заявления Страхователя на отказ от Договора страхования (в случае если страховая премия подлежит возврату за вычетом части страховой премии, исчисляемой пропорционально времени, в течение которого действовало страхование). Все права и обязанности Сторон с указанного момента прекращаются, Страховщик не несет обязательств по страховым выплатам.

Если иное не предусмотрено Договором страхования, прекращение Договора страхования и возврат страховой премии осуществляется на основании полученного Страховщиком оригинала письменного заявления Страхователя – физического лица об отказе от Договора страхования, при этом дополнительное соглашение о прекращении Договора страхования не оформляется.

8.4. Если иное не предусмотрено Договором страхования, возврат страховой премии осуществляется наличными деньгами или в безналичном порядке по реквизитам Страхователя – физического лица, в следующие сроки:

8.4.1. По Договорам страхования, заключенным при предоставлении потребительского кредита (займа), информация о которых должна быть указана в заявлении о предоставлении потребительского кредита (займа) в соответствии с ч. 2 ст.7 Федерального закона «О потребительском кредите (займе)», а также в иных случаях, установленных законодательством РФ, – в течение 7 (Семи) рабочих дней;

8.4.2. В остальных случаях – в течение 10 (Десяти) рабочих дней.

Если иное не предусмотрено Договором страхования, течение срока на возврат страховой премии начинается с даты, следующей за датой получения Страховщиком оригинала письменного заявления Страхователя – физического лица.

Если в заявлении об отказе Страхователя – физического лица от Договора страхования, не указаны все необходимые данные для возврата страховой премии, срок возврата Страховщиком страховой премии исчисляется с даты получения Страховщиком всех необходимых данных.

8.5. В случае если законодательством РФ (в т.ч. в случаях изменения законодательства) устанавливается иной срок для отказа Страхователя от Договора страхования с возможностью полного или частичного возврата страховой премии, то отказ от Договора страхования, а также возврат страховой премии осуществляются в сроки, установленные законодательством РФ.

8.6. Если иное не предусмотрено Договором страхования, в случае полного досрочного исполнения заемщиком, являющимся одновременно Страхователем и Застрахованным по Договору добровольного страхования заемщика при предоставлении потребительского кредита (займа), обязательств по такому договору потребительского кредита (займа), страховая премия подлежит возврату Страхователю за вычетом части страховой премии, исчисляемой пропорционально времени, в течение которого действовало страхование, при условии отсутствия событий, имеющих признаки страхового случая, страховых случаев и страховых выплат по Договору страхования.

Данное условие действует только в отношении Договоров страхования от несчастных случаев и болезней и Договоров добровольного комплексного медицинского страхования и страхования от несчастных случаев и болезней в части страхования от несчастных случаев и болезней.

На Договоры добровольного медицинского страхования, Договоры добровольного комплексного медицинского страхования и страхования от несчастных случаев и болезней в части добровольного медицинского страхования данное условие не распространяется.

8.7. Если иное не предусмотрено Договором страхования, по основанию, указанному в п. 8.6 настоящих Правил, Договор страхования досрочно прекращается в следующем порядке:

8.7.1. В случае, если страховая сумма по Договору страхования равна фактической задолженности по договору потребительского кредита (займа) (после полного досрочного исполнения заемщиком обязательств по договору потребительского кредита (займа) страховая сумма становится равной нулю), Договор страхования прекращается с 00 часов 00 минут даты, указанной в документе, подтверждающем полное досрочное исполнение заемщиком обязательств по договору потребительского кредита (займа), как дата исполнения заемщиком (Страхователем) всех обязательств по договору потребительского кредита (займа). Все права и обязанности Сторон с указанного момента прекращаются, Страховщик не несет обязательств по страховым выплатам.

8.7.2. В иных случаях Договор страхования прекращается с 00 часов 00 минут даты получения Страховщиком оригинала письменного заявления на отказ от Договора страхования, а также документа, подтверждающего полное досрочное исполнение Страхователем обязательств по договору потребительского кредита. Все права и обязанности Сторон с указанного момента прекращаются, Страховщик не несет обязательств по страховым выплатам.

8.8. Если иное не предусмотрено Договором страхования, прекращение Договора страхования и возврат страховой премии осуществляется на основании полученного Страховщиком оригинала письменного заявления Страхователя об отказе от Договора страхования, а также документа, подтверждающего полное досрочное исполнение заемщиком (Страхователем) обязательств по договору потребительского кредита (займа), при этом дополнительное соглашение о прекращении Договора страхования не оформляется.

Если иное не предусмотрено Договором страхования, возврат страховой премии осуществляется наличными деньгами или в безналичном порядке по реквизитам, предоставленным Страхователем, в течение 7 (Семи) рабочих дней.

Если иное не предусмотрено Договором страхования, течение срока на возврат страховой премии начинается с даты, следующей за датой получения Страховщиком оригинала письменного заявления Страхователя.

Если в заявлении об отказе Страхователя от Договора страхования не указаны все необходимые данные для возврата страховой премии, а также не предоставлен документ, подтверждающий полное досрочное исполнение заемщиком обязательств по договору потребительского кредита (займа), срок возврата Страховщиком страховой премии исчисляется с даты получения Страховщиком всех необходимых данных.

8.9. В случае непредоставления, предоставления Страхователю неполной или недостоверной информации о договоре добровольного страхования, страховая премия подлежит возврату Страхователю за вычетом части страховой премии, исчисляемой пропорционально времени, в течение которого действовало страхование, если это прямо предусмотрено Законодательством РФ, при условии отсутствия событий, имеющих признаки страхового случая, страховых случаев и страховых выплат по Договору страхования.

При этом, если иное не предусмотрено Договором страхования, Договор страхования досрочно прекращается с 00 часов 00 минут даты получения Страховщиком оригинала письменного заявления на отказ от Договора страхования. Все права и обязанности Сторон с указанного момента прекращаются, Страховщик не несет обязательств по страховым выплатам.

Если иное не предусмотрено Договором страхования, возврат страховой премии осуществляется наличными деньгами или в безналичном порядке по реквизитам, предоставленным Страхователем, в течение 7 (Семи) рабочих дней.

8.10. Если иное не предусмотрено Договором страхования или законом, в иных случаях, не предусмотренных п.п. 8.3-8.9 настоящих Правил, при расторжении Договора страхования уплаченная Страховщику страховая премия возврату не подлежит.

## **9. ПРАВА И ОБЯЗАННОСТИ СТОРОН**

9.1. Страховщик имеет право:

9.1.1. С целью заключения Договора страхования требовать у Страхователя (Застрахованного, Выгодоприобретателя) информацию и документы, позволяющие произвести оценку вероятности наступления Страхового случая;

9.1.2. При заключении Договора страхования направить Застрахованного на медицинское обследование за свой счет, а также возмещать произведенные Страхователем (Застрахованным) расходы по предстраховому медицинскому обследованию;

9.1.3. Проверять информацию, предоставленную Страхователем, Застрахованным, Выгодоприобретателем при заключении Договора страхования, а также выполнение указанными лицами условий Договора страхования и настоящих Правил;

9.1.4. Отказать в заключении Договора страхования в случаях, предусмотренных действующим законодательством Российской Федерации и настоящими Правилами;

9.1.5. Требовать внесения изменений в Договор страхования, в том числе увеличения Страховой премии (страховых

взносов) или снижения Страховой суммы, если в течение срока действия Договора страхования возникли обстоятельства, повлекшие за собой увеличение Страхового риска;

9.1.6. Взимать дополнительную Страховую премию (страховые взносы) при изменении условий Договора страхования;

9.1.7. Запрашивать дополнительные сведения, прямо или косвенно связанные с причинами и обстоятельствами наступления Страхового случая, у Страхователя (Застрахованного, Выгодоприобретателя);

9.1.8. Направлять запросы в компетентные органы по вопросам, связанным с расследованием причин и обстоятельств наступления Страхового случая. В случае если компетентные органы располагают материалами, дающими основание Страховщику считать произошедшее событие не подпадающим под признаки Страхового случая, отказать в Страховой выплате, отсрочить Страховую выплату до выяснения всех обстоятельств;

9.1.9. Самостоятельно производить выяснение причин и обстоятельств события, обладающего признаками Страхового случая;

9.1.10. Требовать от Выгодоприобретателя выполнения обязанностей по Договору страхования, включая обязанности, лежащие на Страхователе, но не выполненные им, при предъявлении Выгодоприобретателем требования о Страховой выплате. Риск последствий невыполнения или несвоевременного выполнения обязанностей, которые должны были быть выполнены ранее, несет Выгодоприобретатель;

9.1.11. Отказать в страховой выплате в случае, если Страхователь (Выгодоприобретатель) не уведомил Страховщика (или его представителя) о наступлении страхового случая, если не будет доказано, что Страховщик своевременно узнал о наступлении страхового случая либо что отсутствие у Страховщика сведений об этом не могло сказаться на его обязанности произвести страховую выплату, а также в случае невыполнения Страхователем (Выгодоприобретателем) обязанностей, предусмотренных настоящими Правилами и условиями договора страхования, которое повлекло за собой невозможность принятия Страховщиком решения о признании случая страховым и осуществлении страховой выплаты;

9.1.12. Отказать в страховой выплате в случае, если Страхователь при заключении договора добровольного страхования сообщил заведомо ложные сведения, имеющие существенное значение для определения вероятности наступления страхового случая и размера возможных убытков от его наступления;

9.1.13. Отсрочить / приостановить Страховую выплату в том случае, если:

– Правоохранительными органами возбуждено уголовное дело по факту страхового случая/в связи со страховым случаем, в том числе с обстоятельствами наступления страхового случая, против Страхователя, Застрахованного или Выгодоприобретателя - до окончания уголовного расследования;

– Начато судебное разбирательство в отношении страхового случая или в отношении признания договора страхования недействительным и/или применения последствий недействительности ничтожной сделки – до момента вступления судебного акта в законную силу при отсутствии факта его обжалования. В случае обжалования отсрочка происходит до момента принятия судебного акта, не подлежащего обжалованию;

– По инициативе Страхователя или Страховщика производилась независимая экспертиза причин и обстоятельств наступления Страхового случая и размера ущерба. При этом срок Страховой выплаты / выплаты страхового возмещения увеличивается на период времени, в течение которого проводилась экспертиза;

– Лицом, обратившимся за страховой выплатой, не были представлены банковские реквизиты, а также другие сведения, необходимые для осуществления страховой выплаты в безналичном порядке.

9.1.14. Заключать договоры на оказание Медицинских и/или Медико-сервисных услуг с Медицинскими и/или Сервисными организациями.

9.2. Страхователь имеет право:

9.2.1. Получать информацию о Страховщике в соответствии с действующим законодательством Российской Федерации;

9.2.2. Получить дубликат страхового Полиса или копию Договора страхования в случае его утраты;

9.2.3. Отказаться от Договора страхования в любой момент;

9.2.4. Требовать осуществления Страховой выплаты при наступлении Страхового случая в соответствии с условиями Договора страхования и настоящих Правил;

9.2.5. Требовать предоставления Застрахованному Медицинских и/или Медико-сервисных услуг в Медицинских и/или Сервисных организациях в соответствии с условиями страхования.

В случае непредоставления таких услуг, несвоевременного, неполного или некачественного их предоставления Страхователь, Застрахованный или другие уполномоченные ими лица должны немедленно поставить в известность об этом Страховщика.

9.2.6. С письменного согласия Страховщика передать права и обязанности по Договору страхования третьим лицам;

9.2.7. Получить информацию о размере вознаграждения, выплачиваемого страховому агенту (страховому брокеру).

9.3. Страховщик обязан:

9.3.1. Выполнять условия, предусмотренные Договором страхования и настоящими Правилами;

9.3.2. После получения всех документов, необходимых для признания / непризнания случая страховым, составить страховой акт, либо известить Выгодоприобретателя (Страхователя, Застрахованного) в письменной форме об отказе в Страховой выплате (отсутствии оснований для Страховой выплаты) с обоснованием причин;

9.3.3. По случаям, признанным Страховщиком страховыми, осуществить Страховую выплату после утверждения страхового акта в течение 5 (Пяти) рабочих дней, если Договором страхования не предусмотрен иной срок или организовать оказание Медицинских и/или Медико-сервисных услуг в порядке и сроки, предусмотренные Договором страхования и приложениями к нему;

9.3.4. Не разглашать сведения о Страхователе, Выгодоприобретателе и Застрахованном и их имущественном положении, за исключением случаев, связанных с обязанностью Страховщика по договорам перестрахования, а также случаев, предусмотренных действующим законодательством РФ;

9.3.5. Защищать права Застрахованных в отношениях с Медицинскими и/или Сервисными организациями в рамках Договора страхования.

9.3.6. Уведомить лицо, обратившееся за страховой выплатой, в случае непредставления им банковских реквизитов, а также других сведений, необходимых для осуществления страховой выплаты в безналичном порядке, о факте приостановки страховой выплаты и запросить у него недостающие сведения.

9.4. Страхователь обязан:

9.4.1. При заключении Договора страхования сообщить Страховщику обо всех известных ему обстоятельствах, имеющих существенное значение для определения вероятности наступления Страхового случая и размера возможных убытков от его наступления. Существенными в любом случае признаются обстоятельства, запрашиваемые Страховщиком в заявлении на страхование или дополнительных документах. По запросу Страховщика Страхователь обязан письменно информировать Страховщика обо всех договорах страхования, заключенных в отношении Застрахованного Страхователем с другими страховыми компаниями с указанием наименования страховых компаний, видов заключенных договоров и, по требованию Страховщика, существенных условий этих договоров, а также обо всех заявлениях на страхование в отношении Застрахованного, направленных в другие страховые компании, по которым было принято решение об отказе в принятии на страхование / предложено заключить договор страхования с применением повышающих коэффициентов к страховому тарифу;

9.4.2. Уплачивать Страховую премию (страховые взносы) в порядке и сроки, указанные в Договоре страхования;

9.4.3. Незамедлительно сообщать Страховщику обо всех ставших ему известными изменениях в обстоятельствах, сообщенных Страховщику при заключении Договора страхования, если эти обстоятельства могут повлиять на увеличение Страхового риска, при этом значительными, во всяком случае, признаются изменения, оговоренные в Договоре страхования и настоящих Правилах;

9.4.4. При наступлении события, имеющего признаки Страхового случая, сообщить об этом Страховщику в срок не позднее 30 (Тридцати) календарных дней с момента как ему стало известно о наступлении Страхового случая. Обязанность Страхователя сообщить о факте наступления события может быть исполнена Застрахованным или Выгодоприобретателем или, при отсутствии такового, наследниками Застрахованного;

9.4.5. При обращении за Страховой выплатой, в случаях, когда Страхователь является Выгодоприобретателем, предоставить Страховщику заявление на выплату по установленной Страховщиком форме, а также все необходимые документы в соответствии с Разделом 10 настоящих Правил. Данная обязанность распространяется также на Застрахованного и Выгодоприобретателя при обращении их за Страховой выплатой;

9.4.6. Предоставить Страховщику или его представителю свободный доступ к информации, имеющей отношение к событию, обладающему признаками Страхового случая;

9.4.7. Возвратить Страховщику полученную Страховую выплату (или ее соответствующую часть), если обнаружится такое обстоятельство, которое по закону или в соответствии с настоящими Правилами полностью или частично лишает Страхователя или Выгодоприобретателя права на Страховую выплату. Данная обязанность распространяется также на Застрахованного и Выгодоприобретателя, в зависимости от того, кто именно получил такую Страховую выплату;

9.4.8. В случае если Страховщик сочтет необходимым назначить своего адвоката или иное уполномоченное лицо для защиты интересов, как Страховщика, так и Страхователя в связи с предполагаемым Страховым случаем - выдать доверенность и иные необходимые документы лицам, указанным Страховщиком;

9.4.9. При наступлении Страхового случая, предусмотренного Договором страхования, Страхователь обязан принять разумные и доступные в сложившихся обстоятельствах меры для уменьшения возможных убытков. Страховщик освобождается от возмещения убытков, возникших вследствие того, что Страхователь умышленно не принял разумных и доступных ему мер, чтобы уменьшить возможные убытки.

9.5. Застрахованный вправе:

9.5.1. С согласия Страховщика принять на себя обязанности Страхователя по Договору страхования в случае смерти Страхователя – физического лица или ликвидации Страхователя – юридического лица, в том числе обязанность по уплате Страховой премии (страховых взносов);

9.5.2. Требовать предоставления Медицинских и/или Медико-сервисных услуг в соответствии с условиями страхования;

9.5.3. Обращаться к Страховщику за разъяснениями по особенностям Медицинского и/или Медико-сервисного обеспечения, для получения медицинской помощи, а также при возникновении спорных ситуаций в связи с оказанием Медицинских и/или Медико-сервисных услуг.

9.6. Застрахованный обязан:

9.6.1. Незамедлительно сообщать Страховщику обо всех ставших ему известными изменениях в обстоятельствах, сообщенных Страховщику при заключении Договора страхования, если эти обстоятельства могут повлиять на увеличение Страхового риска, при этом значительными, во всяком случае, признаются изменения, оговоренные в Договоре страхования и настоящих Правилах как факторы существенного увеличения степени Страхового риска;

9.6.2. В случае обнаружения у него ВИЧ-инфекции или СПИДа сообщить об этом Страховщику в течение 30 (Тридцати) календарных дней с даты, когда ему стало об этом известно;

9.6.3. Соблюдать предписания лечащего врача, полученные в ходе предоставления медицинской помощи, соблюдать распорядок, установленный медицинским учреждением; соблюдать указания Сервисной организации, полученные в ходе оказания Медицинских и/или Медико-сервисных услуг;

9.6.4. Заботиться о сохранности страховых документов и не передавать их другим лицам с целью получения ими Медицинских и/или Медико-сервисных услуг. Если будет установлено, что Застрахованный передал другому лицу Договор страхования с целью получения им Медицинских и/или Медико-сервисных услуг, предусмотренных Договором страхования и/или приложениями к нему, Страховщик вправе не производить Страховую выплату по факту обращения другого лица в Медицинскую и/или Сервисную организацию.

- 9.6.5. С письменного согласия Страховщика передать права и обязанности по Договору страхования третьим лицам;
- 9.6.6. Выполнять другие обязанности, возложенные на него Договором страхования и настоящими Правилами.

## **10. ПОРЯДОК ОСУЩЕСТВЛЕНИЯ СТРАХОВЫХ ВЫПЛАТ И УРЕГУЛИРОВАНИЯ СТРАХОВЫХ СЛУЧАЕВ**

10.1. При наступлении Страхового случая Страховщик обязан произвести Страховую выплату / выплатить страховое возмещение.

10.1.1. По страхованию от Несчастных случаев и Болезней Страховщик производит выплату Застрахованному (Выгодоприобретателю или наследнику Застрахованного) в соответствии с условиями Договора страхования, независимо от причитающихся ему сумм по государственному социальному страхованию, социальному обеспечению, договорам страхования, заключенным с другими страховщиками, а также сумм по возмещению причиненного ему вреда в соответствии с гражданским законодательством со стороны третьих лиц. Обязательство по Страховой выплате вытекает из Договора страхования и не относится к обязательствам по возмещению вреда жизни и здоровью гражданина.

10.1.2. По добровольному медицинскому страхованию Страховщик, в пределах Страховой суммы, осуществляет:

– Оплату Медицинских и/или Медико-сервисных услуг, предусмотренных Договором страхования и/или приложениями к нему, Медицинским и/или Сервисным организациям, в соответствии с условиями страхования;

– Возмещение расходов Застрахованного (Страхователя), понесенных им для получения Медицинских и/или Медико-сервисных услуг, предусмотренных Договором страхования и/или приложениями к нему (в случае, если такое возмещение прямо предусмотрено Договором страхования).

При этом Страховщик вправе не оплачивать часть стоимости Медицинских и/или Медико-сервисных услуг, которая превышает установленную Договором страхования Страховую сумму. В случае если Страховщик произвел Страховую выплату, превышающую установленную Договором страхования Страховую сумму, Страховщик извещает об этом Страхователя и выставляет ему счет на оплату такого превышения. Страхователь обязан оплатить выставленный счет в течение 5 (Пяти) рабочих дней с момента его получения. В случае просрочки в оплате счета Страхователь обязан уплатить Страховщику штрафную неустойку в размере, указанном в Договоре страхования, за каждый день просрочки от суммы, следующей к оплате, на основании предъявленной письменной претензии. При отсутствии такой письменной претензии требование об уплате штрафа считается не предъявленным и оплате не подлежит.

10.2. По страхованию от Несчастных случаев и Болезней:

10.2.1. После получения всех документов, необходимых Страховщику для принятия решения о Страховой выплате / выплате страхового возмещения либо об отказе в Страховой выплате / отказе в выплате страхового возмещения / отсутствии оснований для Страховых выплат, Страховщик в течение 10 (Десяти) рабочих дней принимает решение об осуществлении Страховой выплаты / выплате страхового возмещения либо об отказе в Страховой выплате / отказе в выплате страхового возмещения.

10.2.2. В случае принятия положительного решения Страховщик составляет страховой акт и утверждает его в течение 10 (Десяти) рабочих дней после принятия решения о Страховой выплате / выплате страхового возмещения либо об отказе в Страховой выплате / отказе в выплате страхового возмещения / отсутствии оснований для Страховых выплат. Страховая выплата осуществляется в течение 5 (Пяти) рабочих дней с момента утверждения страхового акта, если Договором страхования не установлен иной порядок выплаты.

10.2.3. В случае принятия решения об отказе в Страховой выплате / отказе в выплате страхового возмещения / отсутствии оснований для Страховых выплат, Страховщик в течение 3 (трех) рабочих дней с момента принятия решения в письменной форме направляет Страхователю и Выгодоприобретателю уведомление о непризнании случая страховым или об отказе в страховой выплате с мотивированным отказом в страховой выплате. Уведомление направляется Страхователю, Выгодоприобретателю способом, позволяющим зафиксировать факт данного обращения (почтовым отправлением, электронным письмом на адрес электронной почты Страхователя, Выгодоприобретателя, указанный в Договоре страхования или иных документах, оформляемых Страхователем, Выгодоприобретателем).

10.2.4. Страховая выплата / выплата страхового возмещения производится наличными деньгами через кассу Страховщика либо путем безналичного перечисления денежных средств на расчетный счет Страхователя или Выгодоприобретателя. Днем выплаты считается дата списания средств с расчетного счета Страховщика в банке, дата оформления почтового перевода или выдачи их наличными из кассы. Перевод выплаты по почте или телеграфу осуществляется за счет средств получателя выплаты, если в Договоре страхования не указано иное. Выплата на банковский счет получателя выплаты осуществляется за счет средств Страховщика, если в Договоре страхования не указано иное.

10.3. По добровольному медицинскому страхованию:

10.3.1. Для получения Медицинских и/или Медико-сервисных услуг Застрахованный обращается в Медицинские и/или Сервисные организации и/или к Страховщику в порядке, предусмотренном Договором страхования и/или приложениями к нему.

10.3.2. Оплата Медицинских и/или Медико-сервисных услуг осуществляется в порядке и на условиях, установленных договором между Страховщиком и Медицинской и/или Сервисной организацией. Также порядок и условия осуществления страховых выплат могут быть указаны в Договоре страхования и/или приложениях к нему, в случае если это необходимо для доведения до Страхователя (Застрахованного, Выгодоприобретателя) информации об условиях страхования.

10.3.3. Для получения Страховой выплаты в форме возмещения расходов (если такая возможность прямо предусмотрена Договором страхования), понесенных для получения Медицинских и/или Медико-сервисных услуг, предусмотренных Договором страхования и/или приложениями к нему, Застрахованный (Страхователь) обращается к Страховщику и предоставляет необходимые документы в соответствии с перечнем документов, указанным в настоящих Правилах.

10.3.4. В течение 45 (Сорока пяти) рабочих дней Страховщик на основании предъявленных документов дает заключение о целесообразности с медицинской точки зрения получения платных Медицинских и/или Медико-сервисных услуг, предусмотренных Договором страхования и/или приложениями к нему.

10.3.5. В случае оплаты Медицинских и/или Медико-сервисных услуг, предусмотренных Договором страхования и/или приложениями к нему, Медицинским и/или Сервисным организациям, Страховые выплаты производятся в порядке и сроки, предусмотренные договором между Страховщиком и соответствующей организацией.

10.3.6. В случае возмещения расходов Застрахованного (Страхователя), понесенных им для получения Медицинских и/или Медико-сервисных услуг, предусмотренных Договором страхования и/или приложениями к нему, возмещение расходов происходит в порядке и сроки, предусмотренные Договором страхования и/или приложениями к нему, но не позднее 45 (Сорока пяти) рабочих дней с момента выдачи Страховщиком заключения о целесообразности получения Медицинских и/или Медико-сервисных услуг.

10.4. Если иное не предусмотрено Договором страхования, то для получения Страховой выплаты / выплаты страхового возмещения по факту наступления Страхового случая Страховщику должны быть предоставлены следующие документы:

10.4.1. Для получения Страховой выплаты по рискам, указанным в п.п. 3.1.1 – 3.1.3 настоящих Правил, в обязательном порядке предоставляются:

– Заполненное Выгодоприобретателем (наследниками Застрахованного) заявление на Страховую выплату;  
– Документ, удостоверяющий личность Выгодоприобретателя (наследников Застрахованного, представителя Выгодоприобретателя / наследников Застрахованного);

– Если выплату получает представитель Выгодоприобретателя (наследников Застрахованного, несовершеннолетнего / недееспособного Застрахованного / Выгодоприобретателя) – нотариально удостоверенная доверенность, копия свидетельства об опеке или попечительстве, заверенная выдавшим органом или иной предусмотренный действующим законодательством документ, подтверждающий полномочия представителя;

– Копия свидетельства о смерти, выданного органом ЗАГС. В случае смерти, наступившей за пределами РФ, необходимо предоставить подтверждение посольства или консульства того государства, которое выдало документы, что полученные документы являются официальным свидетельством этого государства о смерти, или иным образом легализовать указанные документы;

– Копия предусмотренного действующим законодательством документа, содержащего сведения о причине смерти Застрахованного (окончательное медицинское свидетельство о смерти, окончательное заключение судебно-медицинской экспертизы, и т.п.);

– Если по факту смерти производилось расследование – копия предусмотренного действующим законодательством документа, выданного соответствующим уполномоченным органом, достоверно свидетельствующего о факте и обстоятельствах наступления несчастного случая (например, акт о несчастном случае на производстве по форме Н-1, решение суда по уголовному делу, акт расследования несчастного случая, постановление (определение) о возбуждении или об отказе в возбуждении уголовного/административного дела и т.п.);

– Посмертный эпикриз (в случае смерти в больнице);

– Выписка из амбулаторной карты (в случае смерти на дому);

– Выписки из истории болезни (в случае стационарного лечения по поводу травмы и/или заболевания, приведшие в дальнейшем к смерти). Выписки из истории болезни/амбулаторной карты должны быть заверены подписью главного врача/заведующего клиникой, штампом и печатью медицинского учреждения;

– Свидетельство о праве на наследство (в случае получения выплаты наследником Застрахованного).

10.4.2. В дополнение к документам, указанным в п. 10.4.1 настоящих Правил, по требованию Страховщика предоставляются следующие документы:

– Оригинал или копия Договора страхования (Полиса) и всех дополнений к нему;

– Квитанции (копии квитанций (платежных поручений)), подтверждающие уплату Страховой премии (страховых взносов) в полном объеме;

– Справка о смерти;

– Копия протокола патологоанатомического вскрытия (если вскрытие не проводилось, то предоставляется копия заявления родственников об отказе от вскрытия и копия справки из патологоанатомического отделения, на основании которой выдается свидетельство о смерти);

– Приговор суда, вступивший в законную силу, если было возбуждено уголовное дело;

– Акт судебно-медицинского исследования трупа;

– Акт судебно-химического исследования;

– Акт судебно-гистологического исследования;

– Справка о наличии или отсутствии алкоголя в крови;

– Заключение судебно-психиатрической экспертизы;

– Акт судебно-медицинской экспертизы вреда здоровью (тяжести полученных повреждений);

– Акт о профессиональном заболевании установленной формы;

– Заключение профпатолога о наличии профессионального заболевания;

– Извещение о больном с впервые в жизни установленным диагнозом злокачественного новообразования (форма № 090/у);

– Извещение о больном с впервые в жизни установленным диагнозом активного туберкулеза;

– Копии медицинских документов (например, истории болезни, карты амбулаторного больного, медицинской карты/книжки, выписки из медицинской карты/книжки, справки из травматологического пункта, направления на госпитализацию);

– Копии процессуальных документов административного, уголовного или гражданского производства (например, постановление (определение) о возбуждении или об отказе в возбуждении уголовного/ административного дела);

– Журнал записи вызовов скорой медицинской помощи (учетная форма N 109/у);

– Карта вызова скорой медицинской помощи (учетная форма N 110/у);

- Сопроводительный лист станции (отделения) скорой медицинской помощи и талон к нему (учётная форма N 114/у);
- Декларация / заявление на страхование (иной документ, подтверждающий согласие Страхователя и Застрахованного на заключение Договора страхования) или иным способом зафиксированное согласие Страхователя и Застрахованного на заключение Договора страхования;
- Сообщение о задолженности Застрахованного на дату наступления страхового случая перед Финансовой организацией (предоставляется Финансовой организацией);
- График платежей по договору кредита (займа).

10.4.3. Для получения Страховой выплаты по рискам, указанным в п.п. 3.1.4 – 3.1.6 настоящих Правил, в обязательном порядке предоставляются:

- Заполненное Выгодоприобретателем заявление на страховую выплату;
- Документ, удостоверяющий личность Выгодоприобретателя (представителя Выгодоприобретателя);
- Если выплату получает представитель Выгодоприобретателя (наследников Застрахованного, несовершеннолетнего / недееспособного Застрахованного / Выгодоприобретателя) – нотариально удостоверенная доверенность, копия свидетельства об опеке или попечительстве, заверенная выдавшим органом или иной предусмотренный действующим законодательством документ, подтверждающий полномочия представителя;
- Выписки из истории болезни (в случае стационарного лечения по поводу травмы и/или заболевания, приведшие в дальнейшем к установлению инвалидности) или из амбулаторной карты (в случае амбулаторного лечения). Если инвалидность была установлена в результате Несчастного случая, в этих документах должна быть указана дата несчастного случая и дата первого обращения к врачу;
- Копия направления на медико-социальную экспертизу (форма № 088/у-06), выданного организацией, оказывающей лечебно-профилактическую помощь, и обратного талона к нему;
- Копия справки бюро МСЭ об установлении соответствующей группы инвалидности;
- При установлении группы инвалидности в результате Несчастного случая – копия предусмотренного действующим законодательством документа, выданного соответствующим уполномоченным органом, достоверно свидетельствующего о факте и обстоятельствах наступления Несчастного случая (например, акт о несчастном случае на производстве по форме Н-1, решение суда по уголовному делу, акт расследования несчастного случая, постановление (определение) о возбуждении или об отказе в возбуждении уголовного/административного дела и т.п.).

10.4.4. В дополнение к документам, указанным в п. 10.4.3 настоящих Правил, по требованию Страховщика предоставляются следующие документы:

- Оригинал или копия Договора страхования (Полиса) и всех дополнений к нему;
- Квитанции (копии квитанций (платежных поручений)), подтверждающие уплату страховой премии (страховых взносов) в полном объеме;
- Выписка из карты амбулаторного больного/карты травматика с указанием даты, обстоятельств получения травмы/анамнеза заболевания, полного окончательного диагноза, сроков лечения, результатов исследований, проведенного лечения;
- Копия индивидуальной программы реабилитации инвалида, выдаваемой ФГУ МСЭ;
- Копия программы реабилитации пострадавшего в результате несчастного случая на производстве и профессионального заболевания;
- Извещение о больном с впервые в жизни установленным диагнозом злокачественного новообразования (форма № 090/у);
- Извещение о больном с впервые в жизни установленным диагнозом активного туберкулеза;
- Акт освидетельствования в Бюро МСЭ установленной формы;
- Справка учреждения МСЭ о результатах установления степени утраты профессиональной трудоспособности в процентах;
- Выписка из Акта освидетельствования МСЭ о результатах установления профессиональной трудоспособности установленной формы;
- Копии медицинских документов (например, истории болезни, карты амбулаторного больного, медицинской карты/книжки, выписки из медицинской карты/книжки, справки из травматологического пункта, направления на госпитализацию);
- Оригиналы диагностических исследований (например, рентгенограмм, компьютерных томограмм, спиральных компьютерных томограмм, магнитно-резонансной томографии) и их описания;
- Копия журнала записи рентгенологических исследований;
- Процедурная карточка больного, лечашегося в физиотерапевтическом кабинете установленной формы;
- Копии процессуальных документов административного, уголовного или гражданского производства (например, постановление (определение) о возбуждении или об отказе в возбуждении уголовного/ административного дела);
- Журнал записи вызовов скорой медицинской помощи (учетная форма N 109/у);
- Карта вызова скорой медицинской помощи (учетная форма N 110/у);
- Сопроводительный лист станции (отделения) скорой медицинской помощи и талон к нему (учётная форма N 114/у);
- Декларация / заявление на страхование (иной документ, подтверждающий согласие Страхователя и Застрахованного на заключение Договора страхования) или иным способом зафиксированное согласие Страхователя и Застрахованного на заключение Договора страхования;
- Сообщение о задолженности Застрахованного на дату наступления страхового случая перед Финансовой организацией (предоставляется Финансовой организацией);
- График платежей по договору кредита (займа).

10.4.5. Для получения Страховой выплаты по рискам, указанным в п.п. 3.1.7, 3.1.9 настоящих Правил, в обязательном порядке предоставляются:

- Заполненное Выгодоприобретателем заявление на страховую выплату;
- Документ, удостоверяющий личность Выгодоприобретателя (представителя Выгодоприобретателя);
- Если выплату получает представитель Выгодоприобретателя (наследников Застрахованного, несовершеннолетнего / недееспособного Застрахованного / Выгодоприобретателя) – нотариально удостоверенная доверенность, копия свидетельства об опеке или попечительстве, заверенная выдавшим органом или иной предусмотренный действующим законодательством документ, подтверждающий полномочия представителя;
- Выписка из истории болезни с указанием даты и обстоятельств заявленного случая (травмы и т.п.), полный диагноз, время начала и окончания лечения, результатов диагностических исследований (рентгенографии, КТ, МРТ, анализов и т.д.) и названия лечебных мероприятий;
- Выписка из амбулаторной карты с указанием полного диагноза, время начала и окончания лечения, результатов диагностических исследований (рентгенографии, КТ, МРТ, анализов и т.д.) и названия лечебных мероприятий, а также назначенных врачом явок на повторный прием для контроля эффективности лечения (в случае амбулаторного лечения);
- Справка из медицинского учреждения с указанием полного диагноза, время начала и окончания лечения, результатов диагностических исследований (рентгенографии, КТ, МРТ, анализов и т.д.) и названия лечебных мероприятий, а также назначенных врачом явок на повторный прием для контроля эффективности лечения, если наступление страхового случая связано с наступлением несчастного случая;
- Копия предусмотренного действующим законодательством документа, выданного соответствующим уполномоченным органом, достоверно свидетельствующего о факте и обстоятельствах наступления Несчастного случая (например, акт о несчастном случае на производстве по форме Н-1, решение суда по уголовному делу, акт расследования несчастного случая, постановление (определение) о возбуждении или об отказе в возбуждении уголовного/административного дела и т.п.), если наступление Страхового случая связано с наступлением Несчастного случая.

10.4.6. В дополнение к документам, указанным в п. 10.4.5 настоящих Правил, по требованию Страховщика предоставляются следующие документы:

- Оригинал или копия Договора страхования (Полиса) и всех дополнений к нему;
- Квитанции (копии квитанций (платежных поручений)), подтверждающие уплату страховой премии (страховых взносов) в полном объеме;
- Копия программы реабилитации пострадавшего в результате Несчастного случая на производстве и профессионального заболевания;
- Извещение о больном с впервые в жизни установленным диагнозом злокачественного новообразования (форма № 090/у);
- Извещение о больном с впервые в жизни установленным диагнозом активного туберкулеза;
- Акт освидетельствования в Бюро МСЭ установленной формы;
- Справка учреждения МСЭ о результатах установления степени утраты профессиональной трудоспособности в процентах;
- Копии закрытых листов нетрудоспособности, заверенные отделом кадров по месту работы Застрахованного, если наступление страхового случая связано с наступлением временной нетрудоспособности.
- Выписка из Акта освидетельствования МСЭ о результатах установления профессиональной трудоспособности установленной формы;
- Копии медицинских документов (например, истории болезни, карты амбулаторного больного, медицинской карты/книжки, выписки из медицинской карты/книжки, справки из травматологического пункта, направления на госпитализацию);
- Оригиналы диагностических исследований (например, рентгенограмм, компьютерных томограмм, спиральных компьютерных томограмм, магнитно-резонансной томографии) и их описания;
- Копия журнала записи рентгенологических исследований;
- Процедура карточка больного, лечащегося в физиотерапевтическом кабинете установленной формы;
- Копии процессуальных документов административного, уголовного или гражданского производства (например, постановление (определение) о возбуждении или об отказе в возбуждении уголовного/ административного дела);
- Журнал записи вызовов скорой медицинской помощи (учетная форма N 109/у);
- Карта вызова скорой медицинской помощи (учетная форма N 110/у);
- Сопроводительный лист станции (отделения) скорой медицинской помощи и талон к нему (учетная форма N 114/у);
- Декларация / заявление на страхование (иной документ, подтверждающий согласие Страхователя и Застрахованного на заключение Договора страхования) или иным способом зафиксированное согласие Страхователя и Застрахованного на заключение Договора страхования;
- Сообщение о задолженности Застрахованного на дату наступления страхового случая перед Финансовой организацией (предоставляется Финансовой организацией);
- График платежей по договору кредита (займа).

10.4.7. Для получения Страховой выплаты по рискам, указанным в п. 3.1.8 настоящих Правил, в обязательном порядке предоставляются:

- Заполненное Выгодоприобретателем заявление на страховую выплату;
- Документ, удостоверяющий личность Выгодоприобретателя (представителя Выгодоприобретателя);

– Если выплату получает представитель Выгодоприобретателя (наследников Застрахованного, несовершеннолетнего / недееспособного Застрахованного / Выгодоприобретателя) – нотариально удостоверенная доверенность, копия свидетельства об опеке или попечительстве, заверенная выдавшим органом или иной предусмотренный действующим законодательством документ, подтверждающий полномочия представителя;

– Выписка из истории болезни с указанием даты и обстоятельств заявленного случая (травмы и т.п.), полный диагноз, время начала и окончания лечения, результатов диагностических исследований (рентгенографии, КТ, МРТ, анализов и т.д.) и названия лечебных мероприятий;

– Выписка из амбулаторной карты с указанием полного диагноза, время начала и окончания лечения, результатов диагностических исследований (рентгенографии, КТ, МРТ, анализов и т.д.) и названия лечебных мероприятий, а также назначенных врачом явок на повторный прием для контроля эффективности лечения (в случае амбулаторного лечения);

– Справка из медицинского учреждения с указанием полного диагноза, время начала и окончания лечения, результатов диагностических исследований (рентгенографии, КТ, МРТ, анализов и т.д.) и названия лечебных мероприятий, а также назначенных врачом явок на повторный прием для контроля эффективности лечения, если наступление страхового случая связано с наступлением несчастного случая;

– Копия предусмотренного действующим законодательством документа, выданного соответствующим уполномоченным органом, достоверно свидетельствующего о факте и обстоятельствах наступления Несчастного случая (например, акт о несчастном случае на производстве по форме Н-1, решение суда по уголовному делу, акт расследования несчастного случая, постановление (определение) о возбуждении или об отказе в возбуждении уголовного/административного дела и т.п.), если наступление Страхового случая связано с наступлением Несчастного случая.

10.4.8. В дополнение к документам, указанным в п. 10.4.7 настоящих Правил, по требованию Страховщика предоставляются следующие документы:

– Оригинал или копия Договора страхования (Полиса) и всех дополнений к нему;

– Квитанции (копии квитанций (платежных поручений)), подтверждающие уплату страховой премии (страховых взносов) в полном объеме;

– Копия программы реабилитации пострадавшего в результате несчастного случая на производстве и профессионального заболевания;

– Извещение о больном с впервые в жизни установленным диагнозом злокачественного новообразования (форма № 090/у);

– Извещение о больном с впервые в жизни установленным диагнозом активного туберкулеза;

– Акт освидетельствования в Бюро МСЭ установленной формы;

– Справка учреждения МСЭ о результатах установления степени утраты профессиональной трудоспособности в процентах;

– Выписка из Акта освидетельствования МСЭ о результатах установления профессиональной трудоспособности установленной формы;

– Копии медицинских документов (например, истории болезни, карты амбулаторного больного, медицинской карты/книжки, выписки из медицинской карты/книжки, справки из травматологического пункта, направления на госпитализацию);

– Оригиналы диагностических исследований (например, рентгенограмм, компьютерных томограмм, спиральных компьютерных томограмм, магнитно-резонансной томографии) и их описания;

– Копия журнала записи рентгенологических исследований;

– Процедурная карточка больного, лечашегося в физиотерапевтическом кабинете установленной формы;

– Журнал записи вызовов скорой медицинской помощи (учетная форма N 109/у);

– Карта вызова скорой медицинской помощи (учетная форма N 110/у);

– Сопроводительный лист станции (отделения) скорой медицинской помощи и талон к нему (учетная форма N 114/у);

– Копии процессуальных документов административного, уголовного или гражданского производства (например, постановление (определение) о возбуждении или об отказе в возбуждении уголовного/ административного дела);

– Декларация / заявление на страхование (иной документ, подтверждающий согласие Страхователя и Застрахованного на заключение Договора страхования) или иным способом зафиксированное согласие Страхователя и Застрахованного на заключение Договора страхования;

– Сообщение о задолженности Застрахованного на дату наступления страхового случая перед Финансовой организацией (предоставляется Финансовой организацией);

– График платежей по договору кредита (займа).

10.4.9. Для получения Страховой выплаты по рискам, указанным в п. 3.1.10 настоящих Правил, в обязательном порядке предоставляются:

– Заполненное Выгодоприобретателем заявление на страховую выплату;

– Документ, удостоверяющий личность Выгодоприобретателя (представителя Выгодоприобретателя);

– Если выплату получает представитель Выгодоприобретателя (наследников Застрахованного, несовершеннолетнего / недееспособного Застрахованного / Выгодоприобретателя) – нотариально удостоверенная доверенность, копия свидетельства об опеке или попечительстве, заверенная выдавшим органом или иной предусмотренный действующим законодательством документ, подтверждающий полномочия представителя;

– Документы медицинского учреждения, подтверждающие перенесение Застрахованным операции или диагностирование заболевания, приведшее к событию, обладающему признаками Страхового случая. В документах должен быть указан диагноз, подтвержденный общепринятыми в медицинской практике лечения или диагностирования соответствующего заболевания лабораторными, клиническими, гистологическими, радиологическими исследованиями;

– Декларация / заявление на страхование (иной документ, подтверждающий согласие Страхователя и Застрахованного на заключение Договора страхования) или иным способом зафиксированное согласие Страхователя и Застрахованного на заключение Договора страхования.

10.4.10. Для получения Страховой выплаты по рискам, указанным в п. 3.1.11 настоящих Правил, предоставляются (список документов может быть сокращен Страховщиком в одностороннем порядке):

- Заполненное Выгодоприобретателем заявление на страховую выплату;
- Документ, удостоверяющий личность Выгодоприобретателя (представителя Выгодоприобретателя);
- Врачебное заключение об установлении соответствующего диагноза, заверенное личной печатью врача и печатью лечебного учреждения;
- Документы, подтверждающие оказание Застрахованному соответствующих услуг (заключение о проведенном обследовании или лечении, выписку из истории болезни, результаты обследования, амбулаторную карту и т.д.);
- Документ, свидетельствующий об оплате Застрахованным Медицинских и/или Медико-сервисных услуг, предусмотренных Договором страхования и/или приложениями к нему;
- Копия лицензии медицинского учреждения с переводом на русский язык (в случае необходимости).

В Медицинских программах, в дополнение к документам, указанным в п. 10.4.10 настоящих Правил, могут быть указаны дополнительные документы, обязательные для предоставления Застрахованным (Выгодоприобретателем, Страхователем) Страховщику / Медицинской и/или Сервисной организации (в зависимости от условий Договора страхования);

– Декларация / заявление на страхование (иной документ, подтверждающий согласие Страхователя и Застрахованного на заключение Договора страхования) или иным способом зафиксированное согласие Страхователя и Застрахованного на заключение Договора страхования.

10.5. Все документы предоставляются на русском языке или с нотариально заверенным переводом на русский язык, если иное прямо не предусмотрено Договором страхования. Документы предоставляются в печатном виде или разборчиво написанные от руки. Копии документов, передаваемых Страховщику, должны быть заверены нотариально либо органом (учреждением), выдавшим оригинал документа.

10.6. В случае если полученных Страховщиком документов недостаточно для принятия решения о страховой выплате, либо осуществления страховой выплаты, Страховщик уведомляет об этом Страхователя согласованным Сторонами способом, позволяющим зафиксировать факт направления уведомления, не позднее 15 (пятнадцати) рабочих дней, после получения документов.

10.7. Документы предоставляются Страховщику по адресу, указанному в Договоре страхования (Полисе-оферте), если иной адрес приема документов при наступлении страхового случая не указан на официальном сайте Страховщика в информационно-телекоммуникационной сети «Интернет».

## 11. ОПРЕДЕЛЕНИЕ РАЗМЕРА СТРАХОВОЙ ВЫПЛАТЫ

11.1. Если иное не предусмотрено Договором страхования, то при наступлении Страхового случая по рискам, указанным в п.п. 3.1.1 – 3.1.6 настоящих Правил, Страховая выплата осуществляется одновременно в размере 100% Страховой суммы, установленной по данным рискам.

Если Договором страхования не предусмотрено иное, если после осуществления Застрахованному единовременной страховой выплаты по рискам, указанным в пп. 3.1.4-3.1.6 настоящих Правил, будет установлена другая группа инвалидности, то страховая выплата по факту установления новой группы инвалидности производится в размере, установленном Договором, но за вычетом суммы, выплаченной (причитающейся) по факту установления предыдущей группы (предыдущих групп) инвалидности.

Страховые выплаты в размере возникающей разницы будут произведены, если Страховщику заявлено об изменении группы инвалидности в течение срока страхования или иного срока (если это предусмотрено Договором страхования) после наступления страхового случая и предоставлены соответствующие документы.

11.2. Если иное не предусмотрено Договором страхования, то при наступлении Страхового случая по риску, указанному в п. 3.1.9 настоящих Правил, Страховая выплата осуществляется за каждый календарный день временной нетрудоспособности в размере 0,1% от Страховой суммы, установленной по данному риску. По соглашению сторон в Договоре страхования может быть установлен иной размер Страховой выплаты.

Если иное не предусмотрено Договором страхования, то Страховая выплата производится Страховщиком вне зависимости от того, закончился ли период нетрудоспособности до или после окончания Срока страхования.

11.3. Если иное не предусмотрено Договором страхования, то при наступлении Страхового случая по риску, указанному в п. 3.1.8 настоящих Правил, выплата осуществляется за каждый календарный день госпитализации в размере 0,1% от Страховой суммы, установленной по данному риску. По соглашению сторон в Договоре страхования может быть установлен иной размер Страховой выплаты.

Если иное не предусмотрено Договором страхования, то Страховая выплата производится Страховщиком вне зависимости от того, закончился ли период госпитализации до или после окончания Срока страхования.

11.4. В Договоре страхования при его заключении, по соглашению Сторон может быть предусмотрено определенное количество дней временной нетрудоспособности и/или госпитализации, наступившей в течение срока действия Договора страхования, за которое Страховщик осуществляет Страховые выплаты.

11.5. В Договоре страхования при его заключении, по соглашению сторон может быть предусмотрено определенное количество дней временной нетрудоспособности и/или госпитализации, наступившей в течение срока действия Договора страхования, за которое Страховщик не осуществляет страховые выплаты.

11.6. Если иное не предусмотрено Договором страхования, то при наступлении Страхового случая по риску, указанному в п. 3.1.10 настоящих Правил, Страховая выплата осуществляется в размере 100% Страховой суммы, установленной в Договоре страхования по данному риску, с учетом выплат по другим рискам (в случае, когда Договором страхования установлена единая (агрегированная) Страховая сумма по нескольким Страховым рискам).

11.7. Если иное не предусмотрено Договором страхования, то при наступлении Страхового случая по риску, указанному в п. 3.1.7 настоящих Правил, Страховая выплата осуществляется в процентах от Страховой суммы, установленной Договором страхования, согласно одной из «Таблиц страховых выплат» (Приложения № 2.1 – 2.3 к настоящим Правилам).

Использование одной из «Таблиц страховых выплат» предусматривается Договором страхования. Если в Договоре страхования отсутствует указание на конкретную «Таблицу страховых выплат», то применению подлежит «Таблица страховых выплат 1В» (Приложение № 2.3 к настоящим Правилам).

Если после Страховой выплаты, согласно «Таблице страховых выплат» Застрахованному положены выплаты в большем объеме, чем было выплачено первоначально, Страховые выплаты в размере возникающей разницы будут произведены при условии, что Страховщику предоставлены соответствующие документы.

11.8. Если иное не предусмотрено Договором страхования, то при наступлении Страхового случая по риску, указанному в п. 3.1.11 настоящих Правил, Страховая выплата осуществляется в пределах Страховой суммы, установленной по данному риску, путем организации оказания и оплаты Медицинских и/или Медико-сервисных услуг в объеме, предусмотренном Договором страхования и/или приложениями к нему.

11.9. В случае если Договором страхования установлены отдельные Страховые суммы по каждому риску, сумма Страховых выплат по отдельному риску не может превышать размер Страховой суммы по этому риску.

11.10. В случае если Договором страхования установлена агрегированная (единая) страховая сумма по нескольким страховым рискам, то общая сумма страховых выплат по Договору страхования не может превышать размер указанной страховой суммы.

Договором страхования может быть установлено, что после осуществления страховой выплаты, размер агрегированной (единой) страховой суммы, установленный Договором страхования, уменьшается на величину произведенной выплаты.

11.11. В случае если Договором страхования установлена агрегированная (единая) страховая сумма по нескольким страховым рискам, то Договором может быть предусмотрено условие, что в случае, если страховые события по рискам из пп. 3.1.1-3.1.10 настоящих Правил явились следствием одного и того же события, Страховщик производит выплату только по риску, предусматривающему больший размер выплаты, за вычетом ранее произведенных выплат по событиям, явившимся следствием того же несчастного случая / болезни или естественных причин.

## **12. ИЗМЕНЕНИЕ СТЕПЕНИ РИСКА**

12.1. В период действия Договора страхования Страхователь обязан незамедлительно сообщить Страховщику о ставших ему известными значительных изменениях в обстоятельствах, сообщенных Страховщику при заключении Договора страхования, если эти изменения могут существенно повлиять на увеличение Страхового риска (изменение обстоятельств признается существенным, когда они изменились настолько, что, если бы стороны могли это разумно предвидеть, договор вообще не был бы ими заключен или был бы заключен на значительно отличающихся условиях). Значительными, во всяком случае, являются изменения в сведениях, указанных Страхователем при заключении Договора страхования в его заявлении о страховании и в Договоре страхования. Если такое извещение не будет направлено Страховщику в течение 5 (Пяти) рабочих дней после того, как Страхователю стали или должны были стать известными такие обстоятельства, Страховщик имеет право отказаться от выплаты страхового возмещения / Страховой выплаты в той мере, в которой наступление Страхового случая было вызвано обстоятельствами, повышающими степень риска, а также расторгнуть Договор страхования со дня направления Страхователю письменного извещения о расторжении.

12.2. После получения информации об увеличении Страхового риска Страховщик вправе потребовать изменения условий Договора страхования или уплаты дополнительной Страховой премии соразмерно увеличению риска. Если Страхователь возражает против изменения условий Договора страхования или доплаты Страховой премии, Страховщик вправе потребовать расторжения Договора страхования в порядке, предусмотренном гражданским законодательством Российской Федерации.

12.3. В случае если Страхователь не сообщит Страховщику о значительных изменениях в обстоятельствах, сообщенных при заключении Договора страхования, последний вправе потребовать расторжения Договора страхования и возмещения убытков, причиненных расторжением Договора страхования согласно Гражданскому Кодексу Российской Федерации. Страховщик не вправе требовать расторжения Договора страхования, если обстоятельства, влекущие увеличение Страхового риска, уже отпали.

## **13. ПОРЯДОК РАЗРЕШЕНИЯ СПОРОВ**

13.1. Споры, возникающие в процессе исполнения обязательств по Договору страхования, разрешаются путем переговоров.

13.2. При недостижении соглашения по спорным вопросам, их решение передается на рассмотрение суда в порядке, предусмотренном действующим законодательством Российской Федерации.

13.3. Требования по Страховой выплате могут быть предъявлены в течение установленного срока исковой давности.

Приложение № 1 к Правилам добровольного комплексного медицинского страхования и страхования от несчастных случаев и болезней, утвержденным приказом и.о. генерального директора ООО «АльфаСтрахование-Жизнь» Гуде В.Ю. от 17.01.2024 № 08

### Список болезней

1. Инфаркт миокарда - некроз участка миокарда в результате острой недостаточности кровоснабжения сердечной мышцы. Диагноз должен быть подтвержден врачом специалистом и данными лабораторных и/или инструментальных методов исследования.

Исключения:

- Острые коронарные синдромы (такие как стабильная/нестабильная стенокардия);
- Безболевого форма инфаркта миокарда.

2. Внутричерепное кровоизлияние (инсульт) - заболевание головного мозга, обусловленное закупоркой (ишемия) или разрывом (кровоизлияние - геморрагия) того или иного сосуда, питающего часть мозга, или же кровоизлиянием в оболочки мозга, вызывающее возникновение постоянной неврологической симптоматики на срок более 48 часов. Диагноз должен быть подтвержден специалистом при наличии типичных клинических симптомов, а также данных компьютерной или магниторезонансной томографии головного мозга.

Исключения:

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

3. Рак - заболевание, проявившееся в развитии злокачественной опухоли, характеризующейся неконтролируемым ростом, метастазированием злокачественных клеток и инвазией в нормальную ткань. Диагноз должен быть подтвержден гистологически, а также специалистом.

Исключения:

- Болезнь Ходжкина и лимфома «не Ходжкина» стадии I (по классификации Энн Арбор):

- Состояния, гистологически определяемые как предраковые или неинвазивные изменения, включая, но не ограничиваясь следующими: карцинома in situ различных локализаций, дисплазия шейки матки CIN-1, CIN-2, CIN-3 и т.д.;
- Базальноклеточная карцинома, плоскоклеточная карцинома, меланома стадии при толщине Бреслоу менее 1, 5 мм и/или ниже 3 уровня инвазии по Кларку, при отсутствии метастаз;
- Хроническая лимфоцитарная лейкемия на стадии менее, чем стадия III по классификации RAJ или стадии A-I по Бинету, папиллярная микрокарцинома мочевого пузыря на стадии T1N0M0, папиллярная микрокарцинома щитовидной железы на стадии T1N0M0; рак предстательной железы стадии I (T1a, 1b, 1c);
- Все злокачественные опухоли при наличии ВИЧ-инфекции.

4. Доброкачественная опухоль мозга - заболевание, заключающееся в развитии опухоли головного мозга без признаков злокачественности (неконтролируемый рост, инвазия в окружающие ткани, метастазирование). Диагноз должен быть подтвержден специалистом, а также данными специальных методов исследования (КТ, МРТ).

5. Паралич – полная потеря двигательной функции двух и более конечностей вследствие заболевания.

6. Заболевание, приведшее к терминальной стадии почечной недостаточности, - терминальная стадия заболевания почек, характеризующаяся хроническим необратимым нарушением функции обеих почек (а именно: клинические признаки уремии, выраженная азотемия при СКФ менее 10 мл/мин, не поддающиеся коррекции гиперкалиемия или ацидоз), для коррекции которого проводится регулярный диализ (гемодиализ или перитонеальный диализ) или трансплантация донорской почки. Диагноз должен быть подтвержден специалистом.

7. Заболевание, приведшее к полной потере зрения, - заболевание, следствием которого явилось подтвержденное врачом офтальмологом необратимое снижение зрения на оба глаза.

8. Заболевание, приведшее к полной потере слуха, - заболевание, следствием которого явилась полная и постоянная потеря слуха на оба уха. Диагноз должен быть подтвержден специалистом (отоларингологом), а также результатами аудиометрии.

9. Впервые диагностируемые вирусные заболевания, приведшие к госпитализации Застрахованного (Гепатиты, Менингит, Энцефалит и т.д. за исключением ВИЧ - инфекции и СПИДа). При наступлении страхового случая по рискам, указанным в пп. 3.1.8, 3.1.9 Правил, выплата по данному пункту производится только в случае, если срок госпитализации был более 15 дней, если иное не предусмотрено Договором страхования.

10. Впервые диагностируемые инфекционные заболевания, приведшие к госпитализации Застрахованного (Сибирская язва, Натуральная оспа, Гепатит А, Малярия, и т.д.). При наступлении страхового случая по риску, указанному в п. 3.1.8, 3.1.9 Правил, выплата по данному пункту производится только в случае, если срок госпитализации был более 15 дней, если иное не предусмотрено Договором страхования.

11. В случае если это прямо предусмотрено в договоре страхования (страховом полисе) страховым событием признается впервые диагностированные после начала действия договора ВИЧ и СПИД.

Приложение № 2.1 к Правилам добровольного комплексного медицинского страхования и страхования от несчастных случаев и болезней, утвержденным приказом и.о. генерального директора ООО «АльфаСтрахование-Жизнь» Гуде В.Ю. от 17.01.2024 № 08

Таблица страховых выплат № 1А (при травматических повреждениях)

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

№ п/п	Наименование травмы	Уровень и локализация травмы	Характер травм	Страховая выплата, %
<b>Травмы головы</b>				
1	Перелом свода черепа		Со смещением	17
			Без смещения	10
2	Перелом основания черепа		Со смещением	24
			Без смещения	17
3	Перелом костей носа		Со смещением	4
			Без смещения	3
4	Перелом скуловой кости и /или верхней челюсти		Со смещением	3
			Без смещения	2
5	Перелом нижней челюсти		Со смещением	5
			Без смещения	3
6	Перелом орбиты			5
7	Вывих челюсти (исключая привычный)			2
8	Повреждения глазного яблока	а) Паралич аккомодации одного глаза		15
		б) Гемианопсия одного глаза		15
		в) Проникающая рана глазницы (с наличием инородного тела или без него)		5
		г) Сужение поля зрения одного глаза	неконцентрическое	10
			концентрическое	15
		д) Пульсирующий экзофтальм одного глаза		10
		е) Необратимое нарушение функции слезопроводящих путей одного глаза		5
ж) Повреждение мышц глазного яблока одного глаза (травматическое косоглазие, птоз, диплопия)		10		

		з) ожоги II-III степени, гемофтальм, смещение хрусталика (за исключением протезированного), изменение формы зрачка, рубцы оболочек глазного яблока		5	
9	Травматическое эпидуральное кровоизлияние			20	
10	Травматическое субдуральное кровоизлияние			25	
11	Ушиб головного мозга, травматическое субарахноидальное кровоизлияние			10	
<b>Травмы шеи</b>					
12	Перелом шейных позвонков	а) Тела позвонка (ов)	Со смещением	20	
			Без смещения	15	
		б) Отростков позвонка(ов)	Со смещением	6	
			Без смещения	4	
13	Вывих шейного позвонка			12	
<b>Травмы грудной клетки</b>					
14	Перелом грудного отдела позвоночника	а) Тела позвонка (ов)	Компрессионный	10	
			Со смещением	20	
			Без смещения	15	
		б) Отростков позвонка(ов)	Со смещением	5	
			Без смещения	3	
15	Перелом грудины		Со смещением	8	
			Без смещения	5	
16	Перелом ребра		Со смещением	3	
			Без смещения	2	
17	Множественные переломы ребер, выплаты суммируются, но не более			16	
<b>Травмы живота, нижней части спины, поясничного отдела позвоночника и таза</b>					
18	Перелом поясничного отдела позвоночника	а) Тела позвонка (ов)	Со смещением	20	
			Без смещения	12	
		б) Отростков позвонка (ов)	Со смещением	4	
			Без смещения	3	
19	Перелом крестца		Со смещением	9	
			Без смещения	7	
20	Перелом копчика		Со смещением	8	
			Без смещения	6	
21	Перелом костей таза	а) Перелом крыла подвздошной кости	Со смещением	6	
			Без смещения	4	
		б) Перелом лонной, седалищной кости, тела подвздошной кости	Со смещением	12	
			Без смещения	10	
		в) Перелом двух и более костей или двойной перелом одной кости			15
		22	Перелом вертлужной впадины		Со смещением
	Без смещения			15	
23	Вывих поясничного позвонка			10	
<b>Травмы плечевого пояса и плеча</b>					
24	Перелом ключицы	а) Акромиального конца	Со смещением	5	
			Без смещения	3	
		б) Тела (диафиза)	Со смещением	6	
			Без смещения	4	
25	Перелом лопатки	а) Тела	Со смещением	6	

			Без смещения	3
		б) Акромиального отростка	Со смещением	5
			Без смещения	4
26	Перелом верхнего конца плечевой кости (закрытый)	а) Головки	Со смещением	6
			Без смещения	4
		б) Хирургической шейки	Со смещением	8
			Без смещения	6
		в) Перелом/отрыв бугорка(ов)		3
27	Перелом верхнего конца плечевой кости (открытый)	а) Головки	Со смещением	14
			Без смещения	12
		б) Хирургической шейки	Со смещением	13
			Без смещения	11
28	Перелом тела (диафиза) плечевой кости (закрытый)		Со смещением	15
			Без смещения	12
29	Перелом тела(диафиза) плечевой кости (открытый)		Со смещением	16
			Без смещения	13
30	Перелом нижнего конца плечевой кости (закрытый)	а) Наружного мыщелка	Со смещением	6
			Без смещения	4
		б) Внутреннего мыщелка	Со смещением	8
			Без смещения	4
		в) Головчатого возвышения	Со смещением	9
			Без смещения	4
31	Перелом нижнего конца плечевой кости (открытый)	а) Наружного мыщелка	Со смещением	13
			Без смещения	11
		б) Внутреннего мыщелка	Со смещением	13
			Без смещения	11
		в) Головчатого возвышения	Со смещением	12
			Без смещения	10
32	Повреждения области плечевого сустава	а) Вывих плечевого сустава (исключая привычный)		10
		б) Разрыв связок или капсулы сустава		5
33	Вывих акромиально-ключичного сустава и/или грудиноключичного сустава			5
34	Разрыв связок акромиально-ключичного сустава и/или грудиноключичного сустава			3
<b>Травмы локтя и предплечья</b>				
35	Перелом верхнего конца локтевой кости (закрытый)	а) Венечного отростка	Со смещением	5
			Без смещения	4
		б) Локтевого отростка	Со смещением	7
			Без смещения	3
36	Перелом верхнего конца локтевой кости (открытый)	а) Венечного отростка	Со смещением	6
			Без смещения	5
		б) Локтевого отростка	Со смещением	8
			Без смещения	6
37		а) Головки	Со смещением	5

	Перелом верхнего конца лучевой кости (закрытый)		Без смещения	3
		б) Шейки	Со смещением	7
	Перелом верхнего конца лучевой кости (открытый)	а) Головки	Без смещения	3
38			Со смещением	8
	б) Шейки		Без смещения	7
			Со смещением	6
	Перелом тела (диафиза) локтевой кости (закрытый)		Без смещения	5
39			Со смещением	7
	Перелом тела (диафиза) локтевой кости (открытый)		Без смещения	5
40			Со смещением	10
	Перелом тела (диафиза) лучевой кости (закрытый)		Без смещения	8
41			Со смещением	7
	Перелом тела (диафиза) лучевой кости (открытый)		Без смещения	5
42			Со смещением	10
	Сочетанный перелом локтевой и лучевой костей (закрытый)	а) Верхней трети	Без смещения	8
43			Со смещением	15
	б) Средней трети		Без смещения	6
			Со смещением	12
	в) Нижней трети		Без смещения	5
			Со смещением	8
	Сочетанный перелом локтевой и лучевой костей (открытый)	а) Верхней трети	Без смещения	14
44			Со смещением	16
	б) Средней трети		Без смещения	9
			Со смещением	13
	в) Нижней трети		Без смещения	10
			Со смещением	14
	Перелом нижнего конца лучевой кости (закрытый)		Без смещения	4
45			Со смещением	6
	а) Перелом отрыв шиловидного отростка, отрыв костных фрагментов		Без смещения	2
			Со смещением	3
	Перелом нижнего конца лучевой кости (открытый)		Без смещения	5
46			Со смещением	7
	а) Перелом отрыв шиловидного отростка, отрыв костных фрагментов		Без смещения	2
			Со смещением	3
	Перелом нижнего конца локтевой кости (закрытый)		Без смещения	4
47			Со смещением	5
	а) Перелом отрыв шиловидного отростка, отрыв костных фрагментов		Без смещения	2
			Со смещением	3
48			Со смещением	5

	<b>Перелом нижнего конца локтевой кости (открытый)</b>		Без смещения	4
		а) Перелом отрыв шиловидного отростка, отрыв костных фрагментов	Со смещением	3
			Без смещения	2
49	<b>Повреждения локтевого сустава</b>	а) Вывих головки лучевой кости (плечелучевого сустава)		6
		б) Вывих в локтевом суставе (плечелоктевого сустава)		7
		в) Разрыв связок или капсулы сустава		3
<b>Травмы запястья и кисти</b>				
50	<b>Перелом ладьевидной кости кисти</b>		Со смещением	7
			Без смещения	5
51	<b>Перелом кости(ей) запястья</b>	а) Полулунной		8
		б) Головчатой		8
		в) Гороховидной		3
		г) Прочих (независимо от количества)		3
52	<b>Перелом пястных костей (закрытый)</b>		Со смещением	4
			Без смещения	3
53	<b>Перелом пястных костей (открытый)</b>		Со смещением	6
			Без смещения	5
54	<b>Перелом большого пальца кисти (закрытый)</b>		Со смещением	4
			Без смещения	3
55	<b>Перелом большого пальца кисти (открытый)</b>		Со смещением	5
			Без смещения	4
56	<b>Перелом пальца(ев) кисти (закрытый) - кроме большого пальца</b>		Со смещением	3
			Без смещения	2
57	<b>Перелом пальца(ев) кисти (открытый) - кроме большого пальца</b>		Со смещением	4
			Без смещения	3
58	<b>Повреждения лучезапястного сустава</b>	а) Вывих запястья		2
		б) Разрыв связок или капсулы сустава		3
<b>Травмы области тазобедренного сустава</b>				
59	<b>Перелом шейки бедра (закрытый)</b>		Со смещением	25
			Без смещения	20
60	<b>Перелом шейки бедра (открытый)</b>		Со смещением	30
			Без смещения	25
61	<b>Чрезвертельный перелом бедренной кости (закрытый)</b>		Со смещением	17
			Без смещения	11
62	<b>Чрезвертельный перелом бедренной кости (открытый)</b>		Со смещением	19
			Без смещения	17
63	<b>Перелом диафиза бедренной кости</b>		Со смещением	20
			Без смещения	15
64	<b>Перелом нижнего конца бедренной кости (закрытый)</b>		Со смещением	12
			Без смещения	10
65	<b>Перелом нижнего конца бедренной кости (открытый)</b>		Со смещением	17
			Без смещения	12

66	Повреждения тазобедренного сустава	а) Вывих бедра		7
		б) Разрыв связок или капсулы сустава		5
<b>Травмы колена и голени</b>				
67	Перелом надколенника		Со смещением	10
			Без смещения	6
68	Перелом проксимального отдела большеберцовой кости (закрытый)	а) Наружного мыщелка	Со смещением	7
			Без смещения	4
		б) Внутреннего мыщелка	Со смещением	5
			Без смещения	3
69	Перелом проксимального отдела большеберцовой кости (открытый)	а) Наружного мыщелка	Со смещением	10
			Без смещения	6
		б) Внутреннего мыщелка	Со смещением	12
			Без смещения	8
70	Перелом тела (диафиза) большеберцовой кости (закрытый)	Со смещением	15	
		Без смещения	10	
71	Сочетанный перелом диафизов большеберцовой и малоберцовой костей (закрытый)	Со смещением	17	
		Без смещения	15	
72	Перелом тела (диафиза) большеберцовой кости (открытый)	Со смещением	18	
		Без смещения	13	
73	Сочетанный перелом диафизов большеберцовой и малоберцовой костей (открытый)	Со смещением	18	
		Без смещения	16	
74	Перелом малоберцовой кости (закрытый)	Со смещением	6	
		Без смещения	4	
75	Перелом внутренней (медиальной) лодыжки закрытый	Со смещением	6	
		Без смещения	4	
76	Перелом наружной (латеральной) лодыжки (закрытый)	Со смещением	6	
		Без смещения	4	
77	Перелом двухлодыжечный (закрытый)	Со смещением	12	
		Без смещения	8	
78	Перелом трехлодыжечный (закрытый) - перелом двух лодыжек и края большеберцовой кости	Со смещением	15	
		Без смещения	10	
79	Перелом двухлодыжечный (открытый)	Со смещением	15	
		Без смещения	12	
80	Перелом дистального отдела большеберцовой кости (закрытый)	Со смещением	7	
		Без смещения	5	
		а) Перелом края большеберцовой кости	3	
81	Вывих надколенника (исключая привычный)			3
82	Повреждения коленного сустава	а) Вывих коленного сустава		4
		б) Повреждение мениска (ов)		3
		в) Разрыв связок или капсулы сустава		3

Травмы области голеностопного сустава и стопы				
83	Перелом пяточной кости (закрытый)		Со смещением	10
			Без смещения	8
84	Перелом пяточной кости (открытый)		Со смещением	15
			Без смещения	12
85	Перелом таранной кости (закрытый)		Со смещением	10
			Без смещения	5
86	Перелом костей предплюсны	а) Ладьевидной	Со смещением	10
			Без смещения	5
		б) Кубовидной	Со смещением	7
			Без смещения	5
		в) Клиновидной	Со смещением	6
			Без смещения	5
87	Перелом костей плюсны (закрытый)		Со смещением	5
			Без смещения	3
88	Перелом костей плюсны (открытый)		Со смещением	7
			Без смещения	4
89	Разрыв пяточного (ахиллова) сухожилия			3
90	Перелом большого пальца стопы (закрытый)		Со смещением	3
			Без смещения	2
91	Перелом большого пальца стопы (открытый)		Со смещением	4
			Без смещения	3
92	Перелом пальцев стопы (закрытый) - кроме большого пальца		Со смещением	3
			Без смещения	2
93	Перелом пальцев стопы (открытый) - кроме большого пальца		Со смещением	4
			Без смещения	3
94	Повреждение сустава/ов стопы	а) Вывих в голеностопном суставе		2
		б) Вывих подтаранном суставе		4
		в) Вывих в шопаровом суставе, в лисфранковском суставе		3
		г) Разрыв связок или суставной капсулы		3
95	Вывих пальца(ев) стопы	а) трех и более пальцев		1
Травматические повреждения отдельных нервов, нервных корешков и сплетений				
96	Повреждение шейного, плечевого, поясничного, крестцового сплетений	а) с развитием травматического плексита		10
		б) частичный разрыв сплетения		40
		в) разрыв сплетения		70

97	Разрыв нервов шейного, плечевого, поясничного, крестцового сплетений (подмышечного, лучевого, локтевого, срединного, бедренного, седалищного, малоберцового, большеберцового нервов)	а) с развитием травматического неврита		5
		б) разрыв ветвей лучевого, локтевого, пальцевого, срединного (пальцевых нервов)		5
		в) разрыв нервов на уровне лучезапястного, голеностопного сустава		10
		г) разрыв нервов на уровне предплечья, голени		20
		д) разрыв нервов на уровне локтевого сустава, плеча, коленного сустава, бедра		40
<b>Повреждения внутренних органов</b>				
98	Повреждение языка, полости рта	а) отсутствие кончика языка		3
		б) отсутствие дистальной трети языка		15
99	Повреждение желудка, поджелудочной железы, кишечника, брыжейки, вызвавшие	а) рубцовое сужение (деформацию) желудка, кишечника, заднепроходного отверстия		20
		б) формирование кишечного свища, кишечно-влагалищного свища, свища поджелудочной железы		40
100	Повреждение печени, желчного пузыря:	а) подкапсульный разрыв печени, не потребовавший оперативного вмешательства		5
		б) ушивание разрывов печени или удаление желчного пузыря		15
		в) ушивание разрывов печени и удаление желчного пузыря		20
		г) удаление части печени		25
		д) удаление части печени и желчного пузыря		30
101	Повреждение селезенки, повлекшее за собой	а) подкапсульный разрыв селезенки		5
		б) удаление селезенки		30
102	Повреждение органов мочевыделительной системы (почек, мочеточников, мочевого пузыря, мочеиспускательного канала)	а) ушиб почки (почек), подтвержденный клинико-лабораторными проявлениями, подкапсульный разрыв почки		5
		б) острую почечную недостаточность, пиелит, пиелостит		10

		в) потребовавшее удаления почки		40
103	Травма яичника, маточной [фаллопиевой] трубы, повлекшая	а) удаление (потерю) одного яичника/трубы и яичника в возрасте более 50 лет		15
		б) удаление (потерю) одного яичника/трубы и яичника в возрасте до 50 лет		30
		в) удаление (потерю) обоих яичников и/или обеих труб в возрасте более 50 лет		20
		г) удаление (потерю) обоих яичников и/или обеих труб в возрасте до 50 лет		40
104	Травма матки, повлекшая за собой	а) потерю матки с трубами в возрасте до 40 лет		40
		б) потерю матки у женщин в возрасте до 40 лет		50
		в) потерю матки у женщин в возрасте с 40 до 50 лет		30
		г) потерю матки у женщин в возрасте с 50 лет и старше		15
105	Травма органов грудной клетки	а) повреждение органов грудной клетки, с образованием:	одностороннего травматического гемо/пневмоторакса	10
			двухстороннего травматического гемо/пневмоторакса	20
		б) травма кровеносных сосудов:	не повлекшая за собой развитие сердечно-сосудистой недостаточности	10
			повлекшая за собой развитие сердечно-сосудистой недостаточности	30
		в) травма сердца (ушиб)	с развитием кровоизлияния в сердечную сумку (гемоперикард)	15
			без кровоизлияния в сердечную сумку	25
			с разрывом сосочковой мышцы, отрывом клапана(ов)	30
<b>Термические и химические ожоги</b>				
106	Термические ожоги второй и/или 3А степени	а) площадью от 1% до 4% поверхности тела		7
		б) площадью от 4,1% до 15% поверхности тела		12
		в) площадью от 15,1% до 30% поверхности тела		20

		г) площадью более 30% поверхности тела		30
107	Термические ожоги 3Б-4 степени	а) площадью от 1% до 4% поверхности тела		10
		б) площадью от 4,1% до 15% поверхности тела		20
		в) площадью от 15,1% до 30% поверхности тела		30
		г) площадью более 30% поверхности тела		45
108	Ожоги лица 3Б- четвертой степени с некрозом тканей в области головы (лица), повлекшее за собой обезображивание (выплата осуществляется без дополнительного учета площади ожогов)			50
<b>Отморожение</b>				
109	Отморожение II-III степени	а) от 1% до 4% поверхности тела		4
		б) от 4,1% до 6% поверхности тела		8
		в) от 6,1% до 8% поверхности тела		12
		г) более 8% поверхности тела		16
110	Глубокое обморожение с некрозом тканей (IV степени)	а) от 1% до 4% поверхности тела		8
		б) от 4,1% до 6% поверхности тела		12
		в) от 6,1% до 8% поверхности тела		16
		г) более 8% поверхности тела		20
111	Глубокое обморожение с некрозом тканей в области головы (лица), повлекшее за собой обезображивание (выплата осуществляется без дополнительного учета площади обморожения)			50
<b>Другие и неуточненные эффекты воздействия внешних причин</b>				
112	Поражение молнией			
	а) при сроках временной нетрудоспособности от 7 до 14 дней включительно			5
	б) при сроках временной нетрудоспособности от 15 до 21 дня включительно			10
	в) при сроках временной нетрудоспособности свыше 21 дня			15
113	Воздействие электрического тока			

а) при сроках временной нетрудоспособности от 7 до 14 дней включительно			5
б) при сроках временной нетрудоспособности от 15 до 21 дня включительно			10
в) при сроках временной нетрудоспособности свыше 21 дня			15

Приложение № 2.2 к Правилам добровольного комплексного медицинского страхования и страхования от несчастных случаев и болезней, утвержденным приказом и.о. генерального директора ООО «АльфаСтрахование-Жизнь» Гуде В.Ю. от 17.01.2024 № 08

**Таблица страховых выплат № 1Б (при травматических повреждениях)**

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

Статья	Характер повреждения	Размер страховой выплаты (%)
I	II	III
<b>НЕРВНАЯ СИСТЕМА</b>		
1	Повреждения головного мозга:	
	(а) сотрясение головного мозга при непрерывном лечении общей длительностью не менее 10 дней	3
	(б) или ушиб головного мозга, в т.ч. с субарахноидальным кровоизлиянием, при непрерывном лечении: (б <sup>1</sup> ) общей продолжительностью не менее 14 дней непрерывного лечения (б <sup>2</sup> ) общей продолжительностью не менее 28 дней амбулаторного лечения в сочетании со стационарным, длительность которого составила не менее 14 дней.	5 7
	(в) или сдавление головного мозга травматическими гематомами: (в <sup>1</sup> ) эпидуральной (в <sup>2</sup> ) субдуральной и/или внутримозговой (в <sup>3</sup> ) эпидуральной, субдуральной и внутримозговой	10 20 30
	(г) или размягчение вещества головного мозга, установленное при оперативном лечении (в т.ч. без указания симптоматики): локальное с площадью по поверхности от 10 см <sup>2</sup> до одной доли обширное	35 50
2	Повреждение нервной системы: травматическое, токсическое (вследствие отравления, гипоксическое (от удушья) послепрививочный энцефалит, энцефаломиелит <sup>1</sup> ), повлекшее за собой:	
	(а) декортикацию, кому длительностью более 7 дней	70
	по истечении 4 месяцев со дня страхового события, явившегося их причиной:	
	(б) геми-, пара-, тетраплегия (паралич двух и более конечностей), нарушение функции тазовых органов (непроизвольное мочеиспускание и/или опорожнение кишечника)	100
	(в) или тетрапарез (неполный паралич обеих верхних и обеих нижних конечностей), слабоумие (деменция), афазия (полное нарушение или потеря речи в результате повреждения корковых речевых структур).....	50
	(г) или моноплегия (паралич одной конечности).....	30
	(д) или геми-, парапарез (неполный паралич правых или левых, обеих верхних или обеих нижних конечностей).....	20
	(е) или верхний, нижний монопарез (неполный паралич одной верхней или нижней конечности, нарушение отдельных компонентов речи в результате повреждения корковых речевых структур (неполная афазия) амнезия (потеря памяти), резкое нарушение интеллекта.....	7
	(ж) или эпилепсия, неудаленные инородные тела в полости черепа (внутричерепные), за исключением шовного и пластического материала.....	7
3	Периферические (вне полости черепа) повреждения черепно-мозговых нервов (тройничного, лицевого, подъязычного, языкоглоточного) и их ветвей первого порядка	5
4	Повреждение спинного мозга на любом уровне, конского хвоста:	

<sup>1</sup> при условии, что послепрививочные осложнения связаны со страховым случаем.

	(а)	сотрясение спинного мозга при непрерывном лечении общей продолжительностью не менее 28 дней амбулаторного лечения в сочетании со стационарным, длительность которого составила не менее 7 дней	2
	(б)	или ушиб спинного мозга, в т.ч. с субарахноидальным кровоизлиянием, при непрерывном лечении общей продолжительностью не менее 28 дней амбулаторного лечения в сочетании со стационарным, длительность которого составила не менее 14 дней	5
	(в)	или сдавление, гематомиелия	20
	(г)	или частичный разрыв	20
	(д)	или полный перерыв	100
5	Повреждение (сдавление, перерыв, ранение) шейного, плечевого, поясничного, крестцового сплетений и их нервов, травматический плексит, неврит:		
	(а)	частичное повреждение ствола лучевого, локтевого, срединного, большеберцового и малоберцового нервов (их ветвей первого порядка) на уровне кисти и стопы, полный перерыв иных ветвей этих нервов (в том числе, пальцевых): -одного(ой)-трех... - каждого последующего(ей) нерва (ветви) дополнительно	5 1
	(б)	частичное повреждение стволов лучевого, локтевого, срединного, подкрыльцового, большеберцового, малоберцового, бедренного, седалищного нервов на уровне выше кисти и стопы, включая повреждения перечисленные в подпункте "а", травматические невриты (нейропатии) этих нервов, не связанные с их перерывом: - одного - каждого последующего дополнительно	5 2
	(в)	перерыв одного нерва: лучевого, локтевого или срединного на уровне лучезапястного сустава и предплечья, малоберцового, большеберцового нерва (независимо от уровня), травматический плексит, не связанный с перерывом нервов - перерыв каждого последующего нерва дополнительно	7 3
	(г)	- перерыв одного нерва: подкрыльцового (подмышечного), лучевого, локтевого или срединного на уровне локтевого сустава и плеча, седалищного, бедренного нерва (на любом уровне). - перерыв каждого последующего дополнительно	10 5
	(д)	частичный разрыв одного сплетения	25
	(е)	или полный перерыв (разрыв) одного сплетения	50
Примечание к ст. 1-5: при оперативных вмешательствах по поводу повреждения нервов, сплетений, головного и спинного мозга, включая их оболочки, см. ст. 53 (с учетом локализации повреждения).			
6	Травматический неврит лицевого нерва		5
<b>ОРГАНЫ ЗРЕНИЯ</b> (максимальная страховая выплата при повреждении одного глаза 50%, включая удаление - 60%)			
7	Паралич аккомодации одного глаза		10
8	Нарушение поля зрения одного глаза:		
	(а)	сужение поля зрения (менее чем до половины)	7
	(б)	или выпадение половины и более поля зрения (гемианопсия)	12
9	Пульсирующий экзофтальм одного глаза.....		10
10	Повреждение мышц одного глазного яблока (в том числе, мышц век), вызвавшее травматическое косоглазие и/или диплопию (двоение объектов), птоз (опущение верхнего века) по истечении 3-х месяцев после травмы		10
11	Повреждение одного глаза (однократно по поводу одной травмы и только по одному из подпунктов, в котором указано наиболее тяжелое повреждение):		
	(а)	контузия глазного яблока без разрыва оболочек, гифема (кровоизлияние в переднюю камеру) и/или гемофтальм (кровоизлияние в стекловидное тело), ожоги II степени (только при указании степени), непроникающее (поверхностное) ранение конъюнктивы, роговицы (травматическая эрозия), склеры, сквозное ранение века, в т.ч. указанные выше повреждения, сопровождающиеся травматическим конъюнктивитом, кератитом.....	3
	(б)	или проникающее (в полость глазного яблока) ранение и/или повреждение слезопроводящих путей, контузия глазного яблока с разрывом оболочек, ожоги III (II-III) степени (только при указании степени)	7
12	Последствия травмы одного глаза, подтвержденные окулистом (офтальмологом):		
	(а)	по истечении одного месяца после травмы: иридоциклит и/или хориоретинит, нарушение функции слезопроводящих путей, симпатическое воспаление здорового глаза	5

	(б)	по истечении трех месяцев после травмы: дефект радужной оболочки и/или изменение формы зрачка, смещение хрусталика (за исключением протезированного), трихиаз (неправильный рост ресниц), рубцовая деформация век, мешающая закрытию глазной щели, неудаленные инородные тела, внедрившиеся в глазное яблоко и ткани глазницы (исключая лежащие на поверхности), атрофия (субатрофия) поврежденного неудаленного глазного яблока (при удалении применяется ст. 14)										10
13	Повреждение глаз (глаза), повлекшее за собой полную потерю зрения обоих или единственного глаза, обладавших до травмы остротой зрения не ниже 0,1 (при остроте зрения до травмы ниже 0,1 не применяется)											100
14	Удаление глазного яблока, независимо от состояния зрения до травмы (при условии, что не применялась ст.12 (б) в связи с атрофией (субатрофией))											10
15	Повреждение глаза, вызванное им симпатическое воспаление неповрежденного глаза, неврит зрительного нерва вследствие поражения нервной системы (за исключением ушиба головы и сотрясения головного мозга), повлекшие за собой по истечении трех месяцев после травмы снижение остроты зрения без учета коррекции, в т.ч. искусственным хрусталиком (размер страховой выплаты указан в процентах от страховой суммы):											
Острота зрения до травмы	<b>Острота зрения после травмы</b> (по заключению окулиста-офтальмолога)											
	0,00	ниже 0,1	0,1	0,2	0,3	0,4	0,5	0,6	0,7	0,8	0,9	
1,0	50	45	40	35	30	25	20	15	10	7	5	
0,9	45	40	35	30	25	20	15	10	7	5		
0,8	41	35	30	25	20	15	10	7	5			
0,7	38	30	25	20	15	10	7	5				
0,6	35	27	20	15	10	7	5					
0,5	32	24	15	10	7	5						
0,4	29	20	10	7	5							
0,3	25	15	7	5								
0,2	23	12	5									
0,1	15	5										
ниже 0,1	10											

## Примечания к ст. 15:

1. Если сведения об остроте зрения поврежденного глаза до травмы в медицинских документах по месту наблюдения застрахованного лица отсутствуют, то условно следует считать, что она была такой же, как неповрежденного. Однако, если острота зрения неповрежденного глаза окажется ниже или равна остроте зрения поврежденного, условно следует считать, что острота зрения поврежденного глаза составляла 1,0.

2. Если в результате травмы были повреждены оба глаза и сведения об их зрении до травмы отсутствуют, то следует условно считать, что острота их зрения составляла 1,0.

3. В том случае, если застрахованному лицу в связи со снижением остроты зрения до травмы или после нее был имплантирован искусственный хрусталик или предписано применение корригирующей линзы (линз), размер страховой выплаты определяется исходя из остроты зрения до имплантации или без учета коррекции.

4. К полной слепоте (0,00) приравнивается острота зрения ниже 0,01 и до светоощущения (счет пальцев у лица).

5. Статья 15 не применяется при снижении остроты зрения в результате смещения (подвывиха) искусственного (протезированного) хрусталика.

6. Причинная связь снижения остроты зрения с черепно-мозговой травмой устанавливается на основании соответствующего заключения врача-окулиста (офтальмолога). При этом, следует иметь в виду, что снижение остроты зрения вследствие ухудшения рефракции глаза (прогрессирующей близорукости - миопии или дальнозоркости - гиперметропии) к последствиям черепно-мозговой травмы не относится.

I	II		III
ОРГАНЫ СЛУХА			
16	Повреждение ушной раковины, повлекшее за собой:		
	(а)	отсутствие до 1/3 части ушной раковины	1
	(б)	или отсутствие 1/3 - 1/2 части ушной раковины	3
	(в)	или отсутствие более чем 1/2 части ушной раковины	6
17	Нарушение целостности анатомических образований среднего и внутреннего уха с одной стороны в результате прямой травмы, травматический неврит слухового нерва при переломах основания черепа, пирамиды височной кости, ушибе головного мозга, повлекшие за собой по		

	истечения трех месяцев после травмы снижение слуха (в соответствии с заключением ЛОР-врача):	
	(а) до шепотной речи на расстоянии от 1 до 2 метра	5
	(б) или до шепотной речи на расстоянии до 1 метра	7
	(в) или до полной глухоты (разговорная речь - 0)	15
18	Разрыв (перфорация, за исключением связанной с воспалением) одной барабанной перепонки, наступивший в результате прямого механического, термического, химического воздействия, баротравмы - при консервативном лечении - при односторонней тимпанопластике дополнительно (однократно)	5 5
19	Повреждение среднего и внутреннего уха, повлекшее за собой по истечении 3 месяцев после травмы хронический посттравматический отит (по заключению ЛОР-врача)	10
<b>ДЫХАТЕЛЬНАЯ СИСТЕМА</b>		
20	Повреждение легкого (подкожная эмфизема, пневмоторакс, гемоторакс, экссудативный травматический плеврит), пневмония, развившаяся в связи с травмой грудной клетки (ее органов), операцией по поводу такой травмы - однократно за все перечисленные повреждения (осложнения), полученные при одной травме, инородное тело или тела грудной полости, грудной клетки (за исключением подкожных), неудаленные по истечении одного месяца после травмы:	
	(а) с одной стороны	5
	(б) с двух сторон	10
21	Повреждение грудной клетки и ее органов, повлекшее за собой:	
	(а) легочную недостаточность I степени или без указания степени по истечении трех месяцев после травмы	5
	(б) или легочную недостаточность II, III (II-III) степени по истечении трех месяцев после травмы	10
	(в) или удаление доли легкого (лобэктомия), части легкого (резекцию), если это не вызвано заболеванием, развившимся вне связи с травмой (включая операцию)	30
	(г) или удаление одного легкого (пульмонэктомия), в т.ч. с частью другого, если это не вызвано заболеванием, развившимся вне связи с травмой (включая операцию).	50
22	Лечебные манипуляции, операции, проведенные в связи с травмой грудной клетки и верхних дыхательных путей:	
	(а) - торакоскопии и/или торакоцентезы (однократно по поводу одной травмы)	3
	- бронхоскопии (в т.ч. с целью удаления инородного тела), трахеотомии (однократно по поводу одной травмы)	4
	- трахеостомии (однократно по поводу одной травмы)	5
	(б) торакотомии по поводу ранения грудной клетки, инородного тела грудной полости, повреждений диафрагмы, легкого, включая манипуляции, перечисленные в п.п. «а», если они проводились (однократно, независимо от количества)	7
23	Повреждения бронхов, гортани, трахеи, щитовидного хряща, перелом подъязычной кости, ожог верхних дыхательных путей:	
	(а) не повлекшие за собой нарушения функции - при непрерывном лечении не менее 7 дней	5
	(б) или повлекшие за собой осиплость либо потерю голоса, наличие трахеостомы в течение не менее трех месяцев после травмы	15
	(в) или повлекшие за собой либо потерю голоса, наличие трахеостомы в течение не менее шести месяцев после травмы)	20
<b>СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТАЯ СИСТЕМА</b>		
24	Повреждения сердца, его оболочек, аорты, легочной, безымянной, сонных артерий, внутренней яремной, верхней и нижней полых, воротной вен, их крупных ветвей, включая связанные с этим оперативные вмешательства, если они проводились:	
	(а) сотрясение, ушиб сердца, повреждения сосудов - по данным электрокардиографии (ЭКГ), ангиографии, если проводилось только консервативное лечение	5
	(б) или ранения, а также иные повреждения сердца, основных стволов указанных выше сосудов – оперированные, не повлекшие или повлекшие за собой сердечно-сосудистую недостаточность I степени (при повреждении ветвей сосудов, без повреждения основных стволов, потребовавшем проведения торакотомии или лапаротомии, применяется только ст.22 «б» или ст.31 «в»)	25
	(в) или повлекшие за собой по истечении трех месяцев после травмы (по заключению специалиста) сердечно-сосудистую недостаточность II, III (II-III) степени	50
25	Повреждение подключичной, подкрыльцовой (подмышечной), плечевой, локтевой, лучевой, подвздошной, бедренной, подколенной, передней и задней большеберцовых артерий, плечеголовной, подключичной, подкрыльцовой (подмышечной), бедренной, подколенной вены с одной стороны, включая оперативные вмешательства:	
	(а) при оперативном лечении по поводу повреждения в одной области, включающем только перевязку артерий	10
	(б) или при оперативном лечении по поводу повреждения в одной области, включающем сшивание, пластику артерий	20

	(в) или повлекшее за собой по истечении трех месяцев после травмы (по заключению специалиста) сосудистую недостаточность	25
<b>ОРГАНЫ ПИЩЕВАРЕНИЯ</b>		
26	Потеря челюсти:	
	(а) потеря части челюсти (за исключением альвеолярного отростка), включая потерянные с этой частью зубы	30
	(б) потеря челюсти (вместе с зубами)	60
27	Потеря языка:	
	(а) отсутствие кончика языка	3
	(б) или отсутствие до 1/3 части языка	10
	(в) или отсутствие более чем на 1/3 до 2/3 части языка	25
	(г) или отсутствие более чем на 2/3 части языка до полного его отсутствия	50
28	Повреждение зубов:	
	(а) перелом постоянного зуба (коронки не менее чем на 1/3, шейки, корня), вывих, переломо-вывих постоянного зуба, включая сопутствующий перелом альвеолярного отростка максимум при множественных	1 10
	(б) потеря каждого постоянного зуба, в том числе, опорного для протеза, включая сопутствующий перелом альвеолярного отростка (максимальный размер страховой выплаты при травме одного зуба) максимум при множественной потере	2 20
29	Повреждение - ранение, разрыв, ожог пищевода, желудка, кишечника, ранение, разрыв поджелудочной железы, печени, желчного пузыря, селезенки (при ранении, разрыве, ожоге полости рта, языка, глотки применяется ст.38, при повреждении сальников, брыжейки кишечника применяется только ст.31):	
	(а) одного органа, при непрерывном лечении не менее 7 дней, без последствий, предусмотренных ниже (при оперативном лечении см. дополнительно ст. 31 (в) или повлекшее за собой по заключению врача следующее нарушение функции этого органа (органов):	5
	(б) или рубцовое сужение (стриктуру), деформацию желудка, кишечника, заднепроходного отверстия - по истечении трех месяцев после травмы, печеночную недостаточность (в том числе, в сочетании с гепатитом, гепатозом), развившуюся в связи с травмой	10
	(в) или спаечную болезнь, образование ложной кисты поджелудочной железы	20
	(г) или сужение (стриктуру) пищевода, наличие кишечного свища, кишечно-влагалищного свища, свища поджелудочной железы - по истечении шести месяцев после травмы	40
	(д) или непроходимость пищевода (при наличии гастростомы), или состояние после операции по поводу непроходимости пищевода, наличие противоестественного заднего прохода (колостомы) - по истечении шести месяцев после травмы	60
30	Потеря (удаление) органа (максимальный размер страховой выплаты при повреждении, последствиях повреждения каждого из органов) или потеря части органа (если потеря или удаление не вызвано заболеванием, развившимся вне связи с травмой), включая операции:	
	(а) потеря желчного пузыря, потеря части - резекция (без конкретного указания ее размера) желудка или кишечника, поджелудочной железы - каждого органа	15
	(б) потеря части (резекция) печени, потеря части (до 2/3) желудка или кишечника - каждого органа	20
	(в) потеря селезенки	20
	(г) потеря более 2/3 желудка или кишечника (включая предыдущую резекцию, если она проводилась)	45
31	Лечебные, диагностические манипуляции, оперативные вмешательства:	
	(а) эзофагогастроскопия (эзофагоскопия, гастроскопия)- однократно	1
	(б) лапароскопия (лапароцентез) - однократно	3
	(в) оперативное лечение: лапаротомии, люмботомии (если не применялась ст.35 (б)), торакотомии (если не применялась ст.22 (б)) при подозрении на повреждение, повреждении (ях) диафрагмы, при подозрении на повреждение, повреждении, при полном или частичном удалении в связи с травмой болезненно измененных органов - однократно, за каждый вид (включая лечебные манипуляции – п.п. (а), (б), если они проводились), независимо от числа поврежденных органов.	10
32	Грыжи (включая операции по этому поводу, если они проводились), образовавшиеся на местах повреждений передней брюшной стенки или в области послеоперационных рубцов, при условии, что операции проводились в связи с травмой (не применяется при пупочных, паховых, пахово-мошоночных грыжах, грыжах белой линии живота, проявившихся, например, в связи с подъемом тяжести)	5
<b>МОЧЕВЫДЕЛИТЕЛЬНАЯ И ПОЛОВАЯ СИСТЕМЫ</b>		

33	Повреждение почки, повлекшее за собой:			
	(а)	ушиб почки, подкапсульный разрыв почки	7	
	(б)	или потерю части почки, включая операцию (если это не вызвано заболеванием, развившимся вне связи с травмой)	25	
	(в)	или потерю почки, включая операцию, если это не вызвано заболеванием, развившимся вне связи с травмой – максимальный размер страховой выплаты при повреждении, последствиях повреждения почки	50	
34	Повреждение органов мочевыделительной системы (почек, мочеточников, мочевого пузыря, мочеиспускательного канала), повлекшее за собой (дополнительно к страховой выплате за факт повреждения):			
	(а)	острую почечную недостаточность	10	
	(б)	или хроническую почечную недостаточность...	30	
	по истечении трех месяцев после травмы:			
	(в)	или уменьшение объема мочевого пузыря	5	
	(г)	сужение мочеточника, мочеиспускательного канала, мочеточниково-кишечные свищи	10	
	(д)	или непроходимость мочеточника, мочеиспускательного канала	40	
(е)	или наличие мочеполовых свищей	50		
35	Оперативные вмешательства, проведенные в связи с травмой органов мочевыделительной и половой системы:			
	(а)	цистостомия	5	
	(б)	люмботомии и/или лапаротомии (если не применялась ст.31 «в»), в том числе при частичном или полном удалении болезненно измененного органа, пластические (восстановительные) операции на половых органах, операции по поводу повреждений мочеиспускательного канала и/или мочевого пузыря, мочеточника (ов) - однократно при одной травме, независимо от числа поврежденных органов и операций	10	
36	Повреждение органов половой и мочевыделительной системы:			
	(а)	ранение, разрыв, ожог мочеиспускательного канала и/или мочевого пузыря, мочеточников, включая операцию по этому поводу (при ранении, разрыве, ожоге, отморожении наружных органов, включая первичную хирургическую обработку, - см. ст. 40, если не применяются ст.33, 36 (б) или 37)	5	
	(б)	изнасилование лица в возрасте: до 15 лет	30	
		с 15 до 18 лет	20	
37	Повреждение половой системы, повлекшее за собой:			
	(а)	удаление маточной трубы и/или одного яичника, удаление (потерю) одного яичка (включая операции)	15	
	(б)	удаление обеих маточных труб, единственной маточной трубы и/или обоих яичников, единственного яичника, удаление (потерю) обоих яичек (включая операции)	30	
	(в)	удаление матки, в т. ч. с придатками. удаление (потерю) полового члена или его части, в т.ч. с яичками (включая операции)	40	

МЯГКИЕ			
ТКАНИ			
38	Повреждение (ранение, разрыв <sup>2</sup> , ожог <sup>3</sup> , отморожение) мягких тканей лица, передне-боковой поверхности шеи, подчелюстной области, ушных раковин (исключая повреждения ушных раковин, перечисленные в ст.16, при операциях удаления инородных тел в условиях стационара по истечении 10 дней после травмы см. дополнительно ст.53 (д)), не зависимо от их числа:		
	(а)	за каждый день непрерывного лечения	0,1
		максимум	20
	(б)	при сочетании повреждений, предусмотренных данной статьей, с повреждением мягких тканей волосистой части головы, туловища, конечностей или с более тяжелыми, требующими длительного лечения, повреждениями (нервной системы, внутренних органов и др.) - при ожоге, отморожении I степени не применяется:	
		- при ранении без наложения швов	1
	- при ожоге, отморожении II степени, при ранении мягких тканей с наложением швов	2	
	- при ожоге, отморожении III степени	8	
	- при ожоге, отморожении IV степени	15	
Примечания к ст. 38: статья включает в себя первичную хирургическую обработку ран (швов, швы на кожу), если она проводилась; не применяется одновременно со статьями, предусматривающими оперативные вмешательства в той же области.			

<sup>2</sup> К ранениям и разрывам не относятся поверхностные повреждения кожных покровов (повреждения наружных слоев кожи) – ссадины, осаднения, царапины и т.п.

<sup>3</sup> За исключением несчастного, связанного с добровольным пребыванием на солнце без необходимой защиты.

39	Повреждение мягких тканей лица, передне-боковой поверхности шеи, подчелюстной области, ушных раковин (исключая повреждения ушных раковин, перечисленные в ст.16), вызвавшее через шесть месяцев после травмы (по заключению специалиста):			
	(а)	резкое нарушение косметики (критерии при невозможности получить заключение специалиста: рубцы площадью более 10 см <sup>2</sup> , резко отличающиеся по окраске от окружающей кожи, возвышающиеся над ее поверхностью и/или стягивающие мягкие ткани)	5	
	(б)	обезображение (критерии при невозможности получить заключение специалиста: рубцы, резко искажающие естественный вид - черты лица застрахованного)	35	
Примечание к ст. 39: при пластических операциях см. дополнительно ст. 53в.				
40	Повреждение (ранение, разрыв <sup>1</sup> , ожог <sup>2</sup> , отморожение) мягких тканей волосистой части головы, туловища, органов половой системы, конечностей, (при операциях удаления инородных тел в условиях стационара по истечении 10 дней после травмы см. дополнительно ст.53 (д)), не зависимо от их числа:			
	а)	за каждый день непрерывного лечения максимум	0,05 20	
	(б)	при сочетании с более тяжелыми, требующими длительного лечения повреждениями (нервной системы, внутренних органов и др) - при ожоге, отморожении I ст. не применяется): - при ранении без наложения швов		1
		- при ожоге, отморожении II степени, при ранении мягких тканей с наложением швов		2
		- при ожоге, отморожении III степени		5
- при ожоге, отморожении IV степени			10	
Примечания к ст. 40: - статья включает в себя первичную хирургическую обработку ран (швов, швы на кожу), если она проводилась; не применяется одновременно со статьями, предусматривающими оперативные вмешательства в той же области.				
41	Ожоговый шок и\или ожоговая болезнь (ожоговая интоксикация)		10	
<b>ОПОРНО-ДВИГАТЕЛЬНЫЙ АППАРАТ</b>				
42	Первичные разрывы мышц, сухожилий, последствия повреждений мышц, сухожилий, надкостницы, хряща, менисков <sup>4</sup> - при сроке непрерывного лечения не менее 21 дня, иммобилизации гипсовой повязкой (за исключением носа и ребер) на срок не менее 10 (по п/п (а)) или 20 дней (по п/п (б) и (в)) либо при оперативном лечении:			
	(а)	- частичный разрыв, разрыв (без указания - полный или частичный), надрыв или повреждение необозначенного характера, потребовавшее оперативного лечения, одной мышцы, одного сухожилия, за исключением ахиллова (при повреждении без указания степени, растяжении - см.ст.56)	3	
		- частичный разрыв, разрыв (без указания - частичный или полный) двух и более мышц, двух и более сухожилий на одном уровне, за исключением ахиллова (при повреждении без указания степени, растяжении - см.ст.56)	5	
	(б)	- полный разрыв (полное повреждение) одной мышцы (за исключением фиксирующих лопатку), одного сухожилия (максимальный размер страховой выплаты при повреждении одной мышцы, сухожилия)	5	
		- частичный разрыв ахиллова сухожилия	5	
		- разрыв одного мениска (без сочетания с разрывом связок).	5	
		- полный разрыв (полное повреждение) двух и более мышц (за исключением фиксирующих лопатку), двух и более сухожилий (максимальный размер страховой выплаты при повреждении двух и более мышц, сухожилий на одном уровне.... разрыв обоих менисков (без сочетания с разрывом связок)	10 8	
(в)	полный разрыв (полное повреждение) ахиллова сухожилия, разрыв мышцы (мышц), фиксирующей лопатку("крыловидная лопатка")	7		
43	Первичные разрывы связок (полные или частичные), капсулы суставов, гемартроз (предусмотрен только п/п (а)) при сроке непрерывного лечения не менее 21 дня, иммобилизации гипсовой повязкой на срок не менее 10 (по п/п (а)) или 20 дней - (по п/п (б)) либо при оперативном лечении не применяется при повреждениях одного и того же сустава одновременно со ст. 44, 45, а также (при консервативном лечении) чаще одного раза в течение года:			
	(а)	межфаланговых, пястно-фаланговых, плюсне-фаланговых и иных суставов кисти и стопы, голеностопного, плечевого, локтевого, лучезапястного, гемартроз одного сустава при отсутствии конкретного указания на внутреннее повреждение - голеностопного, коленного, тазобедренного, лучезапястного, локтевого, плечевого, подтвержденный результатами его пункции	2	
	(б)	Межпозвоночных, тазобедренного, коленного (в т.ч. с гемартрозом.)	5	
		коленного в сочетании с разрывом мениска (ст.42(б) не применяется)	7	
	коленного в сочетании с разрывом менисков (ст.42(б) не применяется)	12		

<sup>4</sup> если указанные повреждения впервые получены в период действия договора страхования.

Примечание к ст. 43: при разрывах связок акромиально-ключичного или грудино-ключичного сочленения см.ст. 44 (в), поскольку эти разрывы сопровождаются подвывихом или вывихом конца ключицы.			
44	Вывихи, подвывихи, за исключением повторных <sup>1</sup> , в суставах, разрыв синдесмоза одной конечности, разрыв сочленений (при переломо-вывихах применяются только ст.45 и 46(в), при патологических вывихах см. п. 9 «Общих примечаний») - не применяется одновременно со ст.43:		
	(а)	отдельных костей черепа	
		вывих костей носа	1
		первичный травматический вывих нижней челюсти	5
	(б)	позвоночника – первичные травматические:	
		ротационный подвывих шейных позвонков, разрыв крестцово--копчикового сочленения	3
		подвывих позвонков (за исключением ротационного и наступившего на фоне дистрофического заболевания - остеохондроза позвоночника), первичный вывих копчиковых позвонков	5
		вывих позвонков, за исключением копчиковых (см.п.п.(б))	10
	(в)	ключицы- первичные травматические:	
		разрыв грудино-ключичного сочленения полный или частичный, сопровождающийся вывихом или подвывихом ключицы	5
		разрыв акромиально-ключичного сочленения полный или частичный, сопровождающийся вывихом или подвывихом ключицы	5
	(г)	верхней конечности – первичные травматические:	
		вывих (и) фаланги (фаланг) одного пальца в межфаланговом и/или пястнофаланговом суставах	2
		вывихи фаланг двух пальцев на одной конечности в межфаланговых и/или пястнофаланговых суставах	4
		вывихи фаланг трех и более пальцев на одной кисти в межфаланговых и/или пястнофаланговых суставах	5
		вывих одной пястной кости в пястно-запястном суставе или кости запястья	3
		вывихи двух пястных костей в пястно-запястных суставах и/или костей запястья	5
		вывихи трех-четырех пястных костей в пястно-запястных суставах и/или костей запястья	7
		вывихи всех пястных костей и/или пяти и более костей запястья одной кисти	10
		вывих кисти в лучезапястном суставе, перилунарный вывих кисти	10
		подвывих, т.ч. пронационный, кости (костей) предплечья	2
		вывих одной из костей предплечья (локтевой, лучевой с разрывом сочленения - луче-локтевого, между ними)	3
		вывих обеих костей предплечья в локтевом суставе	5
		вывих плеча	8
	(д)	таза	
		разрыв крестцово-подвздошного, лонного сочленения	7
		разрыв двух и более сочленений	14
	(е)	нижней конечности- первичные травматические:	
		вывих (и) фаланги (фаланг) одного пальца в межфаланговом или плюсне-фаланговом суставе	1
		вывихи фаланг двух пальцев на одной конечности в межфаланговых или плюснефаланговых суставах	2
		вывихи фаланг трех и более пальцев на одной конечности в межфаланговых плюснефаланговых сустава	3
	вывих одной плюсневой кости или кости предплюсны	2	
	вывихи двух плюсневых костей или костей предплюсны	3	
	вывихи трех-четырех плюсневых костей или костей предплюсны	4	
	вывих в поперечном суставе стопы(суставе Шопара).	7	
	вывих в предплюсне-плюсневом суставе стопы (суставе Лисфранка)	7	
	подтаранный вывих стопы	7	
	вывих стопы в голеностопном суставе и\или разрыв дистального межберцового синдесмоза	5	
	вывих голени в коленном суставе (в сочетании с разрывом всех связок)	10	
	вывих надколенника (только в результате травмы)	2	
	вывих бедра в тазобедренном суставе (при сочетании с переломом вертлужной впадины и при центральном вывихе бедра применяется только ст. 45 (ж))	13	
45	Переломы (трещины, эпифизолизы), переломо-вывихи <sup>5</sup> (со ст.46(в)) костей, отрывы костных фрагментов, переломы экзостозов (при повторных переломах одной и той же кости - рефрактурах см. п. 3, а при патологических переломах костей - п. 9 «Общих примечаний»), расхождение шва:		

<sup>1</sup> повторные вывихи/подвывихи в одних и тех же суставах (одной локализации) не дают оснований для страховой выплаты.

<sup>5</sup> к переломо-вывиху следует относить наступившие одновременно перелом и вывих одной и той же кости, за исключением наступивших в разных суставах.

(а)	кости черепа:	
	- отрывы костных фрагментов, краевые переломы, переломы экзостозов	2
	- носа перелом костей (в т.ч. с вывихом и/или переломом хряща)	2
	- черепа:	
	- свода наружной пластинки перелом кости или костей	3
	- шва расхождение	4
	- свода перелом кости, костей (максимум) <sup>6</sup>	10
	- основания перелом костей (максимум)	15
	- основания и свода перелом костей (максимум)	20
	- решетчатой кости перелом, орбиты перелом или костей, образующих орбиту, за исключением верхней челюсти (максимум)	7
	- лобной пазухи, гайморовой пазухи - передней стенки перелом	5
	- скуловой кости перелом	5
	- челюсти перелом (исключая перелом альвеолярного отростка, сопровождающий перелом, вывих, переломо-вывих зуба или зубов- см.ст.28):	
	- нижней (максимум)	6
	- верхней с одной стороны (максимум)	6
	- верхней с двух сторон (максимум)	8
- верхней (включая двухсторонний) и нижней (максимум)	12	
(б)	позвоночник:	
	- отрывы костных фрагментов, краевые переломы, переломы экзостозов	2
	- шейных ("С"), грудных ("D", "Т"), поясничных ("L") позвонков переломы, включая суставные отростки, дужки:	
	- одного-двух (максимум)	10
	- двух-пяти (максимум)	20
- шести и более (максимум)	30	
	- зуба II шейного позвонка перелом	12
	- поперечных, остистых отростков позвонков переломы:	
	- одного-двух поперечных, одного остистого	5
	- трех-четырёх поперечных, двух-трех остистых	7
	- пяти и более поперечных, четырех и более остистых	10
	- крестцовых ("S"), копчиковых ("С") позвонков переломы (максимум)	5
(в)	грудная клетка:	
	-отрывы костных фрагментов, краевые переломы, переломы экзостозов, перелом хрящевой части ребер .....	1
	ребер перелом или переломы (с учетом данных, содержащихся в медицинских документах из стационара или последнего медицинского учреждения, проводившего лечение), в том числе при реанимационных мероприятиях):	
	- одного (максимум)	2
	- двух-трех (максимум)	4
	- четырех-шести (максимум)	8
	- семи-девяти (максимум)	10
	- десяти и более (максимум)	15
- грудины и/или ее составляющих (максимум)	12	
(г)	лопатка, ключица:	
	-отрывы костных фрагментов, краевые переломы, переломы экзостозов	2
	перелом (переломы):	
- лопатки (максимум)	6	
- ключицы (максимум)	6	
(д)	верхняя конечность:	
	субхондральные переломы, независимо от числа и локализации, не сочетающиеся в одном суставе с другими видами повреждений (при сочетании см. только размер страховой выплаты в связи с другими видами повреждений), переломы сесамовидной (сесамовидных) кости (костей)	2
	-отрывы костных фрагментов, в т.ч. перелом гребешка ногтевой фаланги ("ногтевой бугристости"), краевые переломы, переломы экзостозов	1
	пальца или пальцев кисти (максимум)	
	- фаланги одного пальца	2
	- фаланг (двух или трех) одного пальца	3
	- фаланг двух пальцев кисти	6
	- фаланг трех пальцев	9
	- фаланг четырех-пяти пальцев	12
	пястной кости или костей (максимум)- одной	2

<sup>6</sup> здесь и далее "максимум" означает максимально возможный размер страховой выплаты по данной статье в связи с повреждениями конкретной кости (костей), наступившими в результате одной травмы (например, перелом диафиза с переломом отростка, мышелка или отрывом костного фрагмента, вертела).

- двух	4
- трех	6
- четырех-пяти	8
запястья кости или костей - многоугольной, трапецивидной, головчатой, крючковидной, трехгранной, гороховидной (максимум)- одной	3
- двух	6
- трех	9
- четырех и более	12
запястья ладьевидной кости (максимум)	5
запястья полулунной кости (максимум)	5
запястья полулунной и ладьевидной кости	8
лучевой кости диафиза, шейки, головки (максимум)	3
шиловидного отростка	2
локтевой кости (максимум)	3
- локтевого отростка	3
- венечного отростка	3
- шиловидного отростка, дистального метафиза (эпиметафиза, эпифиза)	2
лучевой и локтевой костей диафиза (максимум).	6
- лучевой и локтевой костей шиловидных отростков	4
- лучевой кости и шиловидного отростка локтевой	5
плеча - плечевой кости диафиза (максимум)	10
- надмыщелка.	3
- надмыщелков	5
- мышцелка (одного), включая блок или головчатое возвышение	4
- мышцелков, включая блок и головчатое возвышение, межмышцелковый ("V"- или "T"-образный), надмышцелковый, чрезмышцелковый	10
- бугорка ("бугра") изолированный	5
- головки, шейки, в т.ч. с отрывом большого бугорка	10
(е) кости таза:	
субхондральные переломы, независимо от числа и локализации, не сочетающиеся в одном суставе с другими видами повреждений (при сочетании см. только размер страховой выплаты в связи с другими видами повреждений).....	1,5
отрывы костных фрагментов, краевые переломы (в т.ч. края вертлужной впадины, отрыв передневерхней, передненижней ости крыла подвздошной кости), переломы экзостозов	2
перелом (переломы):	
- подвздошной кости (максимум)	7
- лонной кости (максимум)	7
- седалищной кости (максимум)	7
- двух костей с одной стороны (максимум)	14
- трех костей, вертлужной впадины с одной стороны (максимум)	20
- трех костей, вертлужной впадины с одной стороны с центральным или периферическим вывихом бедра	25
(ж) нижняя конечность:	
субхондральные переломы, независимо от числа и локализации, не сочетающиеся в одном суставе с другими видами повреждений (при сочетании см. только размер страховой выплаты в связи с другими видами повреждений)	1,5
- отрывы костных фрагментов, краевые переломы (за исключением переломов края большеберцовой кости), переломы экзостозов, сесамовидной (ых) кости(ей)	2
перелом (переломы):	
пальца или пальцев стопы (максимум)-	
- фаланги одного пальца (максимум)	2
двух-трех фаланг одного пальца стопы (максимум)	4
- одной-двух-трех фаланг двух-трех пальцев стопы (максимум)	6
- одной-двух-трех фаланг четырех-пяти пальцев стопы (максимум)	8
плюсневой, предплюсны (ладьевидной, кубовидной, клиновидной) кости или костей (максимум)- одной	3
- двух	5
- трех	8
- четырех и более	10
пяточной кости (максимум)	10
- пяточного бугра	5
- отростка, отростков	3
таранной кости (максимум)	7
- отростка (отростков)таранной кости (без перелома ее тела)	3
большеберцовой кости (максимум), включая надлодыжечный, подмышцелковый	10

	- внутренней лодыжки.	6
	- края (краев)	5
	- мыщелка	5
	- обоих мыщелков, дистального метафиза (эпиметафиза)	10
	межмышцелкового возвышения	5
	малоберцовой кости - головки, шейки, диафиза, наружной лодыжки (максимум)	6
	большеберцовой и малоберцовой костей (максимум)	15
	большеберцовой кости внутренней лодыжки, малоберцовой кости, в т.ч. наружной лодыжки и большеберцовой кости края или краев ("трехлодыжечный"), дистального метафиза большеберцовой кости и наружной лодыжки	15
	- большеберцовой кости внутренней лодыжки и малоберцовой кости, в т.ч. наружной лодыжки ("двухлодыжечный")	10
	- большеберцовой кости края (краев) и малоберцовой кости, в т.ч. наружной лодыжки	10
	- большеберцовой кости внутренней лодыжки и большеберцовой кости края (краев)	10
	надколенника (максимум)	5
	бедр - головки, шейки, чрезвертельный, межвертельный, подвертельный, диафиза, надмышцелковый - (максимум)	15
	- надмышцелка(ов)	6
	- вертела (ов)	6
	- мыщелка	7
	- обоих мыщелков ("V"- или "T"-образный)	15
(з)	эпифизолизы	
	размер страховой выплаты определяется путем умножения размера, предусмотренного для случая перелома соответствующей локализации, на поправочный коэффициент 0,8.	
46	Осложненные переломы костей (однократно при одной травме, дополнительно к страховой выплате по ст.45:	
	(а) перелом одной кости или костей одного сегмента конечности со смещением при условии, что проводилась закрытая одномоментная репозиция (вправление отломков) - независимо от числа попыток (при чрезкожной фиксации отломков спицами см. дополнительно ст.53 (ж))	1
	(б) двойной, тройной <sup>7</sup> и т.д. перелом диафиза трубчатой кости:	
	- ключицы, пястной, плюсневой, малоберцовой	2
	- лучевой, локтевой, плеча, большеберцовой, бедра.	4
47	Несросшиеся переломы (ложные суставы) костей, за исключением отрыва костных фрагментов, отростков, экзостозов:	
	по истечении шести месяцев после травмы:	
	(а) одной кости кисти (за исключением ладьевидной), малоберцовой кости, одной-двух костей стопы (за исключением таранной и пяточной)	3
	(б) ладьевидной кости кисти, двух и более других костей кисти	6
	(в) лопатки, ключицы, лучевой, локтевой кости, таранной, пяточной кости, трех и более других костей стопы	8
	(г) плечевой кости	10
	по истечении девяти месяцев после травмы:	
	(д) большеберцовой кости	12
	(е) большеберцовой и малоберцовой костей	15
	(ж) бедренной кости (бедра)	20
48	Отсутствие движений в суставах (анкилоз, состояние после операции артродеза, резко выраженная контрактура - амплитуда движений в суставе пальца в пределах 10 <sup>0</sup> , другом суставе - в пределах 15 <sup>0</sup> ):	
	по истечении шести месяцев после травмы:	
	(а) в суставе (суставах) одного из пальцев стопы, кроме первого	2
	(б) в суставе (суставах) одного из пальцев кисти, кроме первого, в суставе (суставах) первого (большого) пальца стопы - каждое осложнение	3
	(в) в суставе, суставах первого (большого) пальца кисти, только анкилоз (артродез) - в подтаранном, поперечном суставе предплюсны (суставе Шопара), предплюсне-плюсневом суставе (суставе Лисфранка) - каждое осложнение	8
	(г) в лучезапястном	10
	(д) в плечевом, локтевом - каждое осложнение	15
	(е) по истечении девяти месяцев после травмы:	
	в тазобедренном, коленном, голеностопном, в суставах позвоночника - каждое осложнение.	20
49	"Болтающийся" сустав в результате резекции, разрушения суставных поверхностей:	
	(а) лучезапястный	25
	(б) локтевой	30
	(в) плечевой, голеностопный, коленный - каждый сустав	30

<sup>7</sup> к двойным, тройным и т.д. переломам не относятся оскольчатые переломы, независимо от числа осколков.

	(г)	тазобедренный	35
50	Травматическая ампутация или повреждение верхней конечности, повлекшее за собой ампутацию (включая формирование культи) либо функциональную потерю (практическую непригодность конечности или ее части по истечении девяти месяцев после травмы) <sup>8</sup> :		
	(а)	до уровня лучезапястного сустава, запястья, пястных костей, основных фаланг пальцев кисти	40
	(б)	до уровня плеча, локтевого сустава, предплечья	50
	(в)	до уровня лопатки, ключицы	65
	(г)	единственной конечности на любом из перечисленных выше в данной статье уровней	100
	(д)	на уровне ногтевой фаланги, межфалангового сустава первого (большого) пальца кисти (потерю фаланги)	7
	(е)	на уровне основной фаланги, пястно-фалангового сустава первого (большого) пальца кисти (потерю пальца)	15
	(ж)	первого (большого) пальца кисти с пястной костью или ее частью	20
	(з)	пальца кисти, кроме первого (большого), на уровне ногтевой фаланги, дистального межфалангового сустава (потерю ногтевой фаланги)	5
		(и)	пальца кисти, кроме первого (большого), на уровне средней фаланги, проксимального межфалангового сустава (потерю двух фаланг)
	(к)	пальца кисти, кроме первого (большого), на уровне основной фаланги, пястно-фалангового сустава (потерю пальца)	12
	(л)	пальца кисти, кроме первого (большого), с пястной костью или частью ее	15
51	Травматическая ампутация или повреждение нижней конечности, повлекшее за собой ампутацию (включая формирование культи) или функциональную потерю (практическую непригодность конечности или ее части по истечении девяти месяцев после травмы) <sup>1</sup> :		
	(а)	до уровня голеностопного сустава, таранной, пяточной кости	40
	(б)	до уровня коленного сустава и голени	55
	(в)	до уровня тазобедренного сустава и бедра	70
	(г)	единственной конечности на любом из перечисленных выше в данной статье уровней	100
	(д)	на уровне костей предплюсны, плюсневых костей, суставов Шопара, Лисфранка	30
	(е)	на уровне плюсне-фаланговых суставов, отсутствие всех пальцев стопы	20
	(ж)	первого (большого) пальца стопы на уровне ногтевой фаланги, межфалангового сустава (потерю ногтевой фаланги, ее части)	6
	(з)	первого (большого) пальца стопы на уровне основной фаланги, плюсне-фалангового сустава (потерю пальца)	8
	(и)	пальца стопы, кроме первого (большого), на уровне ногтевой и средней фаланг, дистального и проксимального межфаланговых суставов (потерю одной, двух фаланг)	4
	(к)	пальца стопы, кроме первого (большого), на уровне основной фаланги, плюсне-фалангового сустава (потерю пальца)	6
	(л)	пальца стопы с плюсневой костью или ее частью - дополнительно	2
52	Лечебные и диагностические манипуляции:		
	(а)	скелетное вытяжение по поводу одного повреждения (однократно по поводу перелома костей одного сегмента, в т.ч. на разных уровнях)	1
	(б)	артроскопия одного сустава (однократно по поводу одной травмы, независимо от количества)	2
53	Оперативное лечение (дополнительно к статьям, учитывающим факт повреждения): операции на головном и спинном мозге, их оболочках, шов, пластика нервов, нервных сплетений, мышц, сухожилий, связок, капсулы суставов, невролиз, тенолиз, удаление менисков, удаление нерассосавшихся гематом, остеосинтез, независимо от его разновидности - пластинками, штифтами, спицами (открытый), аппаратами Илизарова, Волкова-Оганесяна, Калнберза и др., костная пластика, артропластика, открытое вправление вывиха, открытая репозиция отломков кости, резекция кости, артродез, открытая фиксация суставов, эндопротезирование, секвестрэктомия, трепанация (перфорация, трефинация) кости, черепа, взятие и перемещение любого трансплантата из неповрежденного отдела опорно-двигательного аппарата, вскрытие флегмон, абсцессов, явившихся прямым следствием травм, получение которых в период действия договора страхования было подтверждено соответствующими документами, и др. - однократно, по поводу одной травмы одной локализации (ее осложнений):		

<sup>8</sup> максимальный (предельный) размер страховой выплаты при множественных и тяжелых повреждениях конечности в результате одной травмы до определенного уровня, не повлекших за собой ампутации

	(а)	в области челюсти, ключицы, акромиально-ключичного сочленения, лучезапястного сустава, кисти, стопы по поводу повреждения: - одного и более анатомических образований - сухожилий, нервов, связок, мышц, капсул суставов, костей, сочленений	2
	(б)	в области лица (включая пластические операции на мягких тканях- коже и подкожной клетчатке, связанные с косметическими нарушениями), операции на костях лицевого скелета (за исключением челюстных- см.п.п."б"), в области лопатки, плечевого сустава, плеча, локтевого сустава, предплечья, бедра, коленного сустава, голени, голеностопного сустава, грудной клетки по поводу повреждения: - пластические операции на мягких тканях в связи с последствиями повреждений - одного и более анатомических образований - сухожилий, нервов, связок, мышц, капсул суставов, костей, сочленений, пластических операций по поводу повреждения лица, операция на костях лицевого скелета	2 3
	(в)	в области свода черепа, основания черепа, головного мозга (его оболочек), таза, тазобедренного сустава, позвоночника, спинного мозга (его оболочек) по поводу повреждения: - одного и более анатомических образований - оболочек мозга, вещества мозга, нервов, сухожилий, связок, мышц, капсул суставов, костей свода черепа, костей основания черепа, одной из других костей, сочленений	5
	(г)	удаление инородных тел (за исключением инородных тел полости черепа, глаза, грудной и брюшной полости) по истечении 10 дней после травмы в условиях стационара, если по этому поводу не применена ст.54а, операция взятия костного трансплантата (нескольких трансплантатов) из одной кости вне области повреждения	1
	(д)	операция (операции) взятия кожного трансплантата или трансплантатов, резекция носовой перегородки в связи с переломом костей, хряща носа	2
	(е)	вскрытие гематомы (гематом), в т.ч. нерассосавшейся, вскрытие связанного с травмой нагноения (абсцесса, флегмоны, затека), удаление отслоенной гематомой или скоплением гноя ногтевой пластинки, чрезкожная (закрытая) фиксация отломков костей, составляющих один сустав, сухожилий, спицами	1
54	Осложнения травмы, гематогенный остеомиелит <sup>1</sup> :		
	(а)	по истечении одного месяца после травмы: лигатурные свищи, послеоперационная мышечная грыжа, посттравматический периостит, неудаленные инородные тела, за исключением полости черепа, грудной полости и грудной клетки	2
	(б)	шок травматический, геморрагический шок, лекарственная болезнь, развившиеся в связи с лечением по поводу страхового случая (ожоговый шок см.ст.41), по истечении трех месяцев после травмы: синдром Зудека	7
	(в)	по истечении трех месяцев после травмы: травматический остеомиелит: на пальцах стоп	3
		на пальцах кистей, кистей и стоп	5
		или в других отделах скелета (в т.ч. в сочетании с поражением пальцев)	7
	(г)	гематогенный остеомиелит	10
	(д)	синдром длительного раздавливания, сдавления (травматический токсикоз, краш-синдром, синдром размождения)	20
	(е)	клиническая смерть	30
55	Случайное <sup>2</sup> острое отравление (в т.ч. явившееся следствием случайного воздействия токсинов ядовитых змей, насекомых, возбудителя ботулизма), механическая асфиксия (удушьё), послепрививочный энцефалит, энцефаломиелит <sup>3</sup> , столбняк - без учета возможных и предусмотренных «Таблицей» поражений конкретных органов и систем:		
	(а)	при непрерывном лечении от 2 до 10 дней	3
	(б)	при непрерывном лечении от 11 до 20 дней	5
	(в)	при непрерывном лечении 21 день и более	7
56	Комплекс повреждений, полученных в результате одного события, не включающий в себя повреждений, предусмотренных ст. 1-52 и 54-55 данной «Таблицы» (за исключением ушибов мягких тканей, растяжений связок), если эти повреждения (входящие в комплекс) потребовали непрерывного лечения общей длительностью не менее 15 дней с освобождением		

<sup>1</sup> если в соответствии с условиями действующего договора страхования заболевание предусмотрено, как страхового случая.

<sup>2</sup> к случайным острым отравлениям не относятся:

а) инфекционные заболевания, в т.ч. токсикоинфекции, независимо от вида и пути заражения;

б) намеренное отравление химическими веществами (при намеренном употреблении, независимо от дозы), в т.ч. алкоголем, иными токсическими и наркотическими средствами;

в) аллергия, независимо от ее проявлений.

<sup>3</sup> при условии, что послепрививочное осложнение связано со страховым случаем.

<p>учащегося от посещения учебного, а дошкольника – от посещения дошкольного учреждения – размер выплаты не зависит от числа повреждений, полученных одновременно (при оперативном лечении дополнительно производится страховая выплата, если она предусмотрена ст. 53):</p>	1
<p>Примечания к ст. 56</p> <p>1. Выплата по статье 56 производится не чаще одного раза в течение действия Договора страхования.</p> <p>2. Статья 56 не применяется, если:</p> <p>а) срок непрерывного лечения повреждений, упомянутых в ст. 56, составляет менее 15 дней, в том числе, если это связано с наступившим в период лечения такого повреждения страховым случаем, дающим основание для применения иных статей «Таблицы»;</p> <p>б) срок непрерывного лечения по представленным документам не может быть установлен;</p> <p>в) при повреждениях, упомянутых в ст. 56, если их лечение совпало по времени с лечением по поводу иных повреждений (в т.ч. предусмотренных другими статьями «Таблицы») или заболеваний.</p>	

#### Примечания к Таблице страховых выплат

1. Решение о страховой выплате и ее размере принимается с применением данной «Таблицы» при условии, что это предусмотрено договором страхования. Для принятия решения застрахованное лицо или страхователь представляет страховщику по месту заключения договора страхования медицинские и иные, указанные в договоре страхования документы.

В медицинских документах должны содержаться: дата и обстоятельства заявленного случая (травмы и т.п.), полный диагноз, время начала и окончания лечения, результаты диагностических исследований (рентгенографии, КТ, МРТ, анализов и т.д.) и названия лечебных мероприятий. Диагноз того или иного повреждения, поставленный застрахованному лицу, считается достоверным в том случае, если он поставлен имеющим на это право медицинским работником на основании характерных для данного повреждения объективных симптомов (признаков).

2. «Таблица» не применяется и выплаты в соответствии с ней не производятся в тех случаях, когда факт получения того или иного повреждения в период действия договора страхования установлен только на основании сообщений и жалоб заинтересованных в выплатах лиц, даже если подобные сообщения и жалобы зафиксированы письменно, в т.ч. в медицинских документах.

К повреждениям, получение которых застрахованным лицом не может быть идентифицировано по месту и времени с помощью данных, содержащихся в медицинских документах, и при которых исключено применение настоящей «Таблицы» относятся, в частности, «микротравмы», «хроническая травматизация», «потертости», «омозололости» и т.п.

3. При переломах и вывихах (подвывихах) костей, разрывах сочленений (включая синдесмозы) обязательным условием применения соответствующих статей «Таблицы» является рентгенологическое подтверждение указанных повреждений. В случае отказа застрахованного лица от рентгенологического исследования и отсутствии у него медицинских противопоказаний к подобному исследованию, страховые выплаты по указанным статьям не производятся.

Страховая выплата в связи с вывихом кости, вправленным медицинским работником без предварительной рентгенографии, может быть произведена только в исключительных случаях - при наличии подтверждающего это медицинского документа, указывающего на причины, по которым не могло быть произведено рентгеновское исследование, содержащего описание объективных симптомов, характерных для конкретного вида вывиха, и методики, применявшейся при его вправлении.

Повторные переломы одной и той же кости, наступившие в результате травмы, полученной в период действия договора страхования, дают основание для страховой выплаты только в том случае, если по представленным рентгенограммам будут установлены: 1) сращение отломков кости по окончании лечения предыдущей травмы, 2) наличие новой линии (линий) перелома кости на рентгенограммах, сделанных после повторной травмы. При этом, смещение отломков кости после повторной травмы по линии (линиям) ранее полученного перелома, в т.ч. вместе с поврежденными или неповрежденными конструкциями, применявшимися для остеосинтеза, свидетельствует о несращении отломков после первичного перелома и не дает оснований для страховой выплаты в связи с переломом, поскольку он наступил до заявленного случая. Выплата в случае рефрактуры (повторные переломы в области костной мозоли при ее незавершенной консолидации) «Таблицей» не предусмотрена.

4. Страховая выплата может производиться по нескольким статьям и пунктам одной статьи Таблицы одновременно. При повреждениях одного характера и одной локализации предусмотренных разными статьями или пунктами одной статьи Таблицы, выплата производится в соответствии с одной из статей или подпунктом, предусматривающим наибольший размер выплаты. В том случае, если статьей Таблицы установлен максимальный размер выплаты по травме определенного органа, то общая сумма выплат по данной статье не может превышать указанного максимального значения.

5. При определении размера страховой выплаты с учетом срока непрерывного лечения, когда это предусмотрено соответствующей статьей настоящей «Таблицы», учитывается только назначенное имеющим на это право медицинским работником лечение, соответствующее, по данным медицинской науки, характеру повреждения, полученного застрахованным лицом, с периодическим (не реже одного раза в 10 дней) контролем его эффективности (при назначении на прием или посещении медицинским работником).

Днем заживления раны считается дата снятия швов или покрытие раны корочкой (за исключением случаев осложненного течения заживления раны вследствие её нагноения, несостоятельности швов).

6. Проводимые профилактические мероприятия, направленные на предотвращение развития заболеваний (например, бешенства), лечением травм не являются. Поэтому время их проведения при определении срока непрерывного лечения не учитывается.

7. Удаление, резекция, ампутация во время операции по поводу травмы болезненно измененного, имплантированного или протезированного до травмы органа к страховым случаям не относится. Страховая выплата при этих условиях может быть произведена только за факт проведенного оперативного вмешательства, если оно предусмотрено «Таблицей».

8. В том случае, если после произведенной страховой выплаты будет представлено новое заявление и медицинские документы, дающие основание для страховой выплаты в связи с тем же повреждением в большем размере, начисляется страховая выплата по статье/пункту статьи, предусматривающему более высокий размер страховой выплаты, причем размер страховой выплаты уменьшается на выплаченную ранее сумму.

Страховая выплата в связи с травмой органа, не может превышать страховой выплаты, предусмотренной в случае потери этого органа.

9. Травмы, течение которых осложнено развившимися до заключения договора страхования заболеваниями: сахарным диабетом и/или облитерирующим эндартериитом, облитерирующим атеросклерозом, трофическими нарушениями другого происхождения, дают основание для выплаты 50% от размера страховой выплаты, предусмотренной «Таблицей».

При патологических переломах и вывихах костей размер страховой выплаты уменьшается на 50% по сравнению с размером, предусмотренным «Таблицей» для переломов и вывихов здоровых костей (включая выплаты, связанные с их лечением).

10. Перечень повреждений и их последствий, предусмотренный статьями «Таблицы», расширительному толкованию не подлежит.

Приложение № 2.3 к Правилам добровольного комплексного медицинского страхования и страхования от несчастных случаев и болезней, утвержденным приказом и.о. генерального директора ООО «АльфаСтрахование-Жизнь» Гуде В.Ю. от 17.01.2024 № 08

**Таблица страховых выплат № 1В (при травматических повреждениях)**

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

№ п/п	Характер повреждения	Страховая выплата, %
1	Повреждение костей черепа:	
а	перелом наружной пластинки костей свода, расхождение шва	5
б	перелом костей черепа	15
2	Повреждения головного мозга:	
а	ушиб головного мозга	10
3	Повреждение ушной раковины:	
а	отсутствие до 1/3 ушной раковины	3
б	отсутствие 1/2 ушной раковины	5
в	полное отсутствие ушной раковины	10
4	Перелом грудины	10
5	Перелом верхней челюсти, скуловой кости или нижней челюсти:	
а	перелом одной кости, в том числе изолированный перелом альвеолярного отростка	5
б	перелом двух и более костей или двойной перелом одной кости, перелом кости и вывих нижней челюсти с разрывом связок	10
б	Перелом тела, дуги, суставных отростков позвонков (за исключением крестца и копчика):	
а	одного-двух позвонков	20
б	трех и более позвонков	30
7	Перелом поперечных или остистых отростков позвонков:	
а	одного-двух	5
б	трех и более	10
8	Перелом крестца	10
9	Перелом копчиковых позвонков	10
10	Перелом лопатки, ключицы:	
а	перелом одной кости, отрыв клювовидного отростка лопатки	5
б	перелом двух костей, двойной перелом одной кости	10
11	Перелом плечевой кости:	
а	без смещения	5
б	со смещением, двойной перелом	10
12	Перелом костей предплечья (локтевой, лучевой):	
а	перелом одной кости	5

б	перелом двух костей	10
13	Перелом костей запястья, пястных костей одной кисти:	
а	одной кости	2
б	двух-трех костей	5
в	четырёх или более костей	10
14	Перелом фаланг(и) большого пальца кисти	
2		2
15	Перелом фаланг(и) второго-пятого пальца кисти:	
а	одного пальца	1
б	двух-трех пальцев	3
в	четырёх-пяти пальцев	5
16	Перелом костей таза (кроме вертлужной впадины):	
а	перелом крыла подвздошной кости	5
б	перелом лобковой, седалищной кости, тела подвздошной кости	10
в	перелом двух и более костей или двойной перелом одной кости	15
17	Повреждения тазобедренного сустава:	
а	вывих тазобедренного сустава с отрывом костного фрагмента (фрагментов)	5
б	отрыв вертела (вертелов) бедренной кости	10
в	перелом головки, шейки бедра, вертлужной впадины	25
18	Перелом бедренной кости на любом уровне, за исключением области суставов:	
а	без смещения	20
б	со смещением, двойной перелом бедра	25
19	Повреждение области коленного сустава:	
а	отрыв костного фрагмента(ов), перелом надмышелка(ов), перелом головки малоберцовой кости	5
б	перелом: надколенника, межмышелкового возвышения, мышелков, проксимального метафиза большеберцовой кости	10
20	Перелом костей голени:	
а	малоберцовой	5
б	большеберцовой, двойной перелом малоберцовой	10
в	обеих костей, двойной перелом большеберцовой	15
г	перелом обеих лодыжек с краем большеберцовой кости (трехлодыжечный перелом)	15
21	Повреждение стопы:	
а	перелом одной кости (за исключением пяточной и таранной)	2
б	перелом двух костей, перелом таранной кости	5
в	перелом трех и более костей, перелом пяточной кости	10
22	Перелом фаланг(и) пальцев одной стопы:	
а	одного пальца	1
б	двух-трех пальцев	3
в	четырёх-пяти пальцев	5
23	Повреждение легкого, вызвавшее гемоторакс, пневмоторакс, подкожную эмфизему:	
а	с одной стороны	10
б	с двух сторон	20
в	удаление доли, части легкого	40
г	удаление одного легкого	60
24	Проникающее ранение грудной клетки, торакотомии (независимо от количества):	

а	при отсутствии травматического повреждения органов грудной клетки	5
б	при травматическом повреждении крупных бронхов	10
25	Повреждение области шеи: гортани, трахеи, перелом подъязычной кости, щитовидного хряща, ожог верхних дыхательных путей:	
а	не повлекшие за собой нарушение функций	5
б	повлекшие ношение трахеостомической трубки не менее 3 месяцев после травмы	10
26	Повреждение сердца, эндо-, мио- и эпикарда, крупных магистральных сосудов, не вызвавшее сердечно-сосудистую недостаточность:	15
27	Повреждение крупных периферических сосудов, не вызвавшее сердечно-сосудистую недостаточность:	
а	на уровне предплечья, голени	5
б	на уровне плеча, бедра	10
28	Повреждение сердца, эндо-, мио- и эпикарда, крупных магистральных и периферических сосудов, вызвавшее сердечно-сосудистую недостаточность	30
*Примечания: 1. К крупным магистральным сосудам следует относить: аорту, легочную, безымянную, сонные артерии, внутренние яремные вены, верхнюю и нижнюю полые вены, воротную вену, а также магистральные сосуды, обеспечивающие кровообращение внутренних органов. 2. К крупным периферическим сосудам следует относить: подключичные, подмышечные (подкрыльцовые), плечевые локтевые и лучевые артерии, подвздошные, бедренные, подколенные, передние и задние большеберцовые артерии; плечеголовые, подключичные, подмышечные, бедренные и подколенные вены. 3. Выплата по ст.28 производится, если указанные осложнения будут установлены по истечении 6 месяцев после травмы. Ранее выплата производится по ст.26- 27. При выплате по ст.28 выплата, сделанная по ст.26-27, удерживается.		
29	Повреждение языка, полости рта:	
а	отсутствие кончика языка	3
б	отсутствие дистальной трети языка	15
30	Повреждение желудка, поджелудочной железы, кишечника, брыжейки, вызвавшие:	
а	рубцовое сужение (деформацию) желудка, кишечника, заднепроходного отверстия	20
б	спасчную болезнь, состояние после операции по поводу спаечной непроходимости	25
в	кишечный свищ, кишечно-влагалищный свищ, свищ поджелудочной железы	40
31	Повреждение желудка, поджелудочной железы, кишечника, брыжейки, вызвавшие	
а	удаление до 1/3 желудка, до 1/3 кишечника	20
б	удаление 1/2 желудка, 1/2 кишечника, 1/3 хвоста поджелудочной железы	30
в	удаление 2/3 желудка, 2/3 кишечника, 1/2 тела поджелудочной железы	40
г	удаление желудка, кишечника, 2/3 тела поджелудочной железы	60
д	удаление желудка с частью кишечника или частью поджелудочной железы	75
е	удаление желудка с кишечником и частью поджелудочной железы	90
32	Повреждение печени, желчного пузыря:	
а	подкапсульный разрыв печени, не потребовавший оперативного вмешательства	5
б	ушивание разрывов печени или удаление желчного пузыря	15
в	ушивание разрывов печени и удаление желчного пузыря	20

г	удаление части печени	25
д	удаление части печени и желчного пузыря	30
33	Повреждение селезенки, повлекшее за собой	
а	подкапсульный разрыв селезенки, не потребовавший оперативного вмешательства	5
б	удаление селезенки	30
34	Повреждение органов мочевыделительной системы (почек, мочеточников, мочевого пузыря, мочеиспускательного канала), вызвавшее:	
а	удаление части почки, острую почечную недостаточность	30
б	удаление почки	40
в	развитие хронической почечной недостаточности в результате травмы органов мочевыделительной системы или травматического токсикоза (если это осложнение наблюдается по истечении 6 месяцев после травмы)	45
35	Повреждение органов мочевыделительной системы, вызвавшее	
а	резекцию мочевого пузыря, сужение мочеточника, мочеиспускательного канала	20
б	мочеполовые свищи	40

Приложение № 3 к Правилам добровольного комплексного медицинского страхования и страхования от несчастных случаев и болезней, утвержденным приказом и.о. генерального директора ООО «АльфаСтрахование-Жизнь» Гуде В.Ю. от 17.01.2024 № 08

### Перечень заболеваний и хирургических операций

1. Рак - Заболевание, проявляющееся в развитии злокачественной опухоли, характеризующейся неконтролируемым ростом, метастазированием злокачественных клеток и инвазией в нормальную ткань. Диагноз должен быть подтвержден гистологически, а также специалистом.

Исключение из страхового покрытия:

- Болезнь Ходжкина и лимфома «не Ходжкина» стадии I (по классификации Энн Арбор):

- Состояния, гистологически определяемые как предраковые или неинвазивные изменения, включая, но не ограничиваясь следующими: карцинома in situ различных локализаций, дисплазия шейки матки CIN-1, CIN-2, CIN-3 и т.д.;

- Базальноклеточная карцинома, плоскоклеточная карцинома, меланома стадии при толщине Бреслоу менее 1, 5 мм и/или ниже 3 уровня инвазии по Кларку, при отсутствии метастаз;

- Хроническая лимфоцитарная лейкемия на стадии менее чем стадия III по классификации RAI или стадии A-I по Бинету, папиллярная микрокарцинома мочевого пузыря на стадии T1N0M0, папиллярная микрокарцинома щитовидной железы на стадии T1N0M0; рак предстательной железы стадии I (T1a, 1b, 1c);

- Все злокачественные опухоли при наличии ВИЧ-инфекции;

- Все злокачественные опухоли при наличии злокачественных опухолей в анамнезе Застрахованного.

2. Инфаркт миокарда - Некроз участка миокарда в результате острой недостаточности кровоснабжения сердечной мышцы. Диагноз должен быть подтвержден специалистом, инструментальными и/или лабораторными методами исследования. при наличии нижеследующих признаков:

- Новые изменения на ЭКГ, характерные для инфаркта миокарда;

- Увеличение тропонина I или T более, чем в 2 раза по сравнению с верхней границей нормы для данного исследования.

Исключение из страхового покрытия:

- Другие острые коронарные синдромы (такие как стабильная/нестабильная стенокардия);

- Безболевого форма инфаркта миокарда.

3. Почечная недостаточность - Терминальная стадия заболевания почек, характеризующаяся хроническим необратимым нарушением функции обеих почек (а именно: клинические признаки уремии, выраженная азотемия, не поддающиеся коррекции гиперкалиемия или ацидоз), для коррекции которого проводится регулярный диализ (гемодиализ или перитонеальный диализ) или трансплантация донорской почки. Диагноз должен быть подтвержден специалистом и существовать не менее 2 месяцев после окончания последней госпитализации.

4. Инсульт - Заболевание головного мозга, обусловленное закупоркой (ишемия) или разрывом (кровоизлияние - геморрагия) того или иного сосуда, питающего часть мозга, или же кровоизлиянием в оболочки мозга, вызывающее возникновение постоянной неврологической симптоматики. Диагноз должен быть подтвержден специалистом при наличии типичных клинических симптомов, а также данных компьютерной или магнито-резонансной томографии головного мозга. Неврологическая симптоматика должна наблюдаться, по меньшей мере, в течение 3 месяцев.

Исключение из страхового покрытия:

- Преходящие ишемические нарушения мозгового кровообращения;

- Травматические повреждения головного мозга;

- Неврологические симптомы, возникающие в результате мигрени;

- Лакунарные инсульты без неврологической симптоматики.

5. Трансплантация жизненно важных органов - Подтвержденное специалистом проведение операции по пересадке (в качестве реципиента) следующих органов (тканей) человека: сердце, легкое, комплекс сердце – легкое, печень, почка, поджелудочная железа с 12-перстной кишкой, селезенка, кишечник и его фрагменты, костный мозг. Медицинское заключение о необходимости трансплантации органов и/или тканей человека дается консилиумом врачей соответствующего учреждения здравоохранения в составе лечащего врача, хирурга, анестезиолога, а при необходимости врачей других специальностей.

6. Паралич - Полная и необратимая потеря двигательной функции двух и более конечностей по причине паралича вследствие несчастного случая или заболевания спинного мозга. Течение этого состояния должно наблюдаться специалистом на протяжении, по меньшей мере, трех месяцев и быть подтверждено соответствующей медицинской документацией.

Исключение из страхового покрытия:

- Паралич при синдроме Гийена-Барре.

7. Хирургическое лечение коронарных артерий (аортокоронарное шунтирование) - Подтвержденное специалистом проведение операции на органах грудной полости открытым доступом в целях коррекции двух или более стенозированных или закупоренных коронарных артерий методом аорто-коронарного шунтирования. Необходимость проведения операции должна быть подтверждена методом коронарной ангиографии.

Исключение из страхового покрытия:

- Ангиопластика;

- Коронарография/ангиография;

- Любые другие внутриартериальные манипуляции;

- Эндоскопические манипуляции.

8. Хирургическое лечение заболеваний аорты - Подтвержденное специалистом проведение хирургического вмешательства в целях лечения хронического заболевания аорты посредством иссечения и замены дефектной части аорты трансплантатом. Под термином аорта в данном случае принимается ее грудная и брюшная части, исключая ветви аорты.

9. Слепота (потеря зрения) - Подтвержденное врачом офтальмологом необратимое снижение зрения на оба глаза в результате заболевания или несчастного случая. Острота центрального зрения в условиях максимальной коррекции не должна превышать 6/60, либо диаметр поля зрения не превышает 20 градусов (при фронтальной фиксации взгляда).

10. Рассеянный склероз - Окончательный диагноз "Рассеянный склероз", установленный специалистом (неврологом). Диагноз должен быть подтвержден наличием типичных клинических симптомов демиелинизации и нарушений моторной и сенсорной функций, а также результатами магнитно-резонансной томографии, типичными для этого заболевания. У Застрахованного должны присутствовать неврологические нарушения, проявляющиеся непрерывно в течение по меньшей мере шести месяцев, или застрахованный должен перенести по меньшей мере два документально подтвержденных эпизода с промежутками не менее одного месяца, или, по крайней мере, один документально подтвержденный эпизод при наличии характерных изменений в цереброспинальной жидкости, а также результатов магнито-резонансной томографии, специфическими для данного заболевания.

11. Кардиомиопатия - Точный диагноз «Кардиомиопатия», подтвержденный специалистом, а также специальными исследованиями (например, эхокардиография). При этом должны наблюдаться нарушения функции желудочков, имеющие следствием недостаточность не ниже III функционального класса (ФК) по классификации Нью-Йоркской Ассоциации кардиологов (НУНА). Описанные выше состояния должны быть подтверждены медицинскими документами, по меньшей мере, в течение 3 месяцев.

Исключение из страхового покрытия:

- Алкогольная кардиомиопатия;
- Дилатационная кардиомиопатия.

12. Молниеносный (фульминантный) вирусный гепатит - Особо тяжелая форма гепатита, характеризующаяся массивным некрозом гепатоцитов и развитием печеночной комы в течение 1 - 2 недель после первых клинических признаков заболевания.

13. Обширные ожоги - Обширные ожоги 3 степени, площадью от 20% поверхности тела Застрахованного и выше. Диагноз должен быть подтвержден специалистом, а также результатами измерения площади ожога по таблице Лунда-Браудера, правила Уоллеса (правила девяток) или с помощью другой аналогичной системы.

Исключение из страхового покрытия:

- Ожоги, полученные в состоянии алкогольного или наркотического опьянения, или в случае, если опьянение выявлено при первом обращении за медицинской помощью;
- Ожоги, полученные в результате солнечного излучения.

14. Полиомиелит - Острое инфицирование вирусом полиомиелита, имеющее следствием развитие паралитического полиомиелита, сопровождающегося нарушением двигательных функций и дыхательной недостаточностью. Окончательный диагноз должен быть подтвержден специалистом, а также результатами специальных исследований, доказывающих присутствие вируса полиомиелита (например, исследование экскрементов или цереброспинальной жидкости, анализ крови на антитела). Случаи заболевания любой другой формой полиомиелита, исключая развитие паралича, не являются основанием для выплаты.

Исключение из страхового покрытия:

- любая форма полиомиелита без развития паралича.

15. Апаллический синдром (вегетативное состояние) - Состояние после выключения обширных областей коры при относительной сохранности ствола мозга, выражается в отсутствии движений, речи, эмоций и памяти. Окончательный диагноз должен быть подтвержден специалистом, а также результатами специальных исследований (компьютерная, магнитно-резонансная или позитронная эмиссионная томография головного мозга), типичными для данного заболевания. Данное состояние должно быть подтверждено медицинскими документами, по меньшей мере, в течение 1 месяца, но не ранее, чем через 6 месяцев от начала заболевания, вызвавшего данное состояние.

16. Доброкачественная опухоль мозга - Постоянное неврологическое расстройство, развившееся вследствие удаления доброкачественной опухоли мозга под общей анестезией, или при неоперабельной опухоли. Диагноз должен быть подтвержден специалистом, а также результатами КТ или МРТ, характерными для данного состояния. Постоянное расстройство должно быть подтверждено медицинскими документами в течение, по меньшей мере, 3 месяцев. Из определения исключаются все кисты, гранулемы, мальформации вен и артерий головного мозга, гематомы и опухоли гипофиза или позвоночника.

17. СПИД/ВИЧ вследствие переливания крови - Инфицирование Вирусом Иммунодефицита Человека (ВИЧ) или диагноз Синдром Приобретенного Иммунодефицита (СПИД) вследствие переливания крови при условии наличия всех ниже перечисленных обстоятельств:

- Заражение является прямым следствием переливания крови, произведенным по медицинским показаниям в период после вступления в действие страхового покрытия;
- Учреждение, в котором было произведено переливание крови, признает свою ответственность по факту заражения Застрахованного;
- Застрахованный не является больным гемофилией.

18. Бактериальный менингит - Воспаление оболочек головного и спинного мозга, подтвержденное специалистом, а также результатами специфических исследований (исследование крови и спинномозговой жидкости, КТ или МРТ головного мозга). Кроме того, заболевание должно иметь следствием установление Застрахованному инвалидности I группы.

19. Энцефалит - Воспаление мозга (полушарий головного мозга, ствола головного мозга или мозжечка) бактериальной и вирусной этиологии, диагноз должен быть подтвержден специалистом, а также результатами специальных исследований (например, анализ крови и цереброспинальной жидкости, КТ или МРТ головного мозга). Кроме того, заболевание должно иметь следствием установление Застрахованному инвалидности I группы.

20. Пересадка клапанов сердца - Подтвержденная специалистом хирургическая замена одного или более пораженных клапанов сердца искусственным клапаном. Определение включает замену аортального, митрального, трехстворчатого или легочного (клапана легочной артерии) клапанов сердца искусственными аналогами вследствие развития стеноза или недостаточности, или комбинации этих состояний.

Исключение из страхового покрытия:

- вальвулотомия;
- вальвулопластика;
- другие виды лечения, проводимые без пересадки (замены) клапанов.

21. Глухота (Потеря слуха) - Полная и постоянная (необратимая) потеря слуха на оба уха вследствие перенесенного заболевания или несчастного случая. Диагноз должен быть подтвержден специалистом (оториноларингологом), а также результатами аудиометрии. Следствием потери слуха может являться установка кохлеарного импланта с двух сторон.

22. Потеря речи - Полная и необратимая потеря способности говорить вследствие повреждения или заболевания голосовых связок. Данное состояние должно быть подтверждено, по меньшей мере, в течение 6 месяцев специалистом (отоларингологом).

Исключение из страхового покрытия:

- Потеря речи психогенного характера.

Приложение № 4 к Правилам добровольного комплексного медицинского страхования и страхования от несчастных случаев и болезней, утвержденным приказом и.о. генерального директора ООО «АльфаСтрахование-Жизнь» Гуде В.Ю. от 17.01.2024 № 08

## УСЛОВИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПРОГРАММЫ № 1

В рамках настоящих Условий Страховщик гарантирует Застрахованному при наступлении Страхового случая, предусмотренного п. 3.1.11 Правил страхования, организацию и оплату Медицинских и/или Медико-сервисных услуг в объеме и порядке, предусмотренными Договором страхования (приложениями к нему) и настоящими Условиями, с учетом исключений и ограничений, предусмотренными Правилами страхования, Договором страхования и настоящими Условиями.

### 1. ОБЪЕМ ПРЕДОСТАВЛЯЕМЫХ УСЛУГ

- 1.1. В рамках настоящих Условий покрываются следующие заболевания и медицинские процедуры:
- 1.1.1. Лечение любых злокачественных опухолей, включая лейкемию, саркому и лимфому (за исключением лимфомы кожи), характеризующихся неконтролируемым ростом, распространением клеток и инвазией тканей;
  - 1.1.2. Любого рака *in situ*, область поражения которого ограничена эпителием, на котором он возник, при условии, что строма и окружающие ткани не были затронуты;
  - 1.1.3. Любого предракового изменения в клетках, которое цитологически и гистологически классифицируется как дисплазия высокой степени дифференцировки или тяжелая дисплазия;
  - 1.1.4. Операция шунтирования коронарной артерии (реваскуляризация миокарда). Прохождение хирургической операции по рекомендации консультанта-кардиолога для коррекции сужения или блокирования одной или более коронарных артерий путем установки обходных трансплантатов;
  - 1.1.5. Пересадка или восстановление сердечного клапана. Прохождение хирургической операции по рекомендации консультанта-кардиолога для пересадки или восстановления одного или более сердечных клапанов;
  - 1.1.6. Нейрохирургическая операция - любое хирургическое вмешательство в головной мозг, любые другие внутричерепные структуры, а также при доброкачественных опухолях - в спинном мозге;
  - 1.1.7. Пересадка органа от прижизненного донора/трансплантация ткани. Хирургическая трансплантация, при которой Застрахованному пересаживают почку, сегмент печени, долю легкого, часть поджелудочной железы или костный мозг (аутологичный или аллогенный) от живого совместимого донора.
- 1.2. В рамках настоящих Условий не покрываются:
- 1.2.1. Лечение рака кожи (за исключением злокачественных меланом);
  - 1.2.2. Лечение любых опухолей при наличии синдрома приобретенного иммунодефицита (СПИД);
  - 1.2.3. Любая коронарная болезнь, лечение которой проводится с использованием иных методов, нежели шунтирование коронарных артерий, например, любым видом ангиопластической хирургии;
  - 1.2.4. Любая трансплантация, когда потребность в ней возникает вследствие алкогольной болезни печени;
  - 1.2.5. Любая трансплантация, являющаяся аутологической, за исключением трансплантации костного мозга;
  - 1.2.6. Любая трансплантация, когда Застрахованный является донором по отношению к третьему лицу;
  - 1.2.7. Любая трансплантация органов или тканей от мертвого донора;
  - 1.2.8. Любая трансплантация органов, включающая в себя лечение стволовыми клетками;
  - 1.2.9. Трансплантация, осуществляемая путем покупки донорских органов.

### 2. ПОКРЫВАЕМЫЕ РАСХОДЫ

- 2.1. Страховщик покрывает следующие расходы:
- 2.1.1. Медицинские расходы:
    - 2.1.1.1. При лечении в Медицинской организации:
      - Проживание, питание и общие услуги по медицинскому уходу, предоставленные во время пребывания Застрахованного в комнате, палате или отделении Медицинской организации, либо в отделении интенсивной терапии и контроля;
      - Прочие медицинские услуги, в том числе услуги, предоставленные в амбулаторном отделении Медицинской организации, а также расходы, относящиеся к стоимости дополнительной, либо соседней койки (для лица, сопровождающего Застрахованного), при условии, что Медицинская организация оказывает такую услугу;
      - Использование операционной и всех относящихся к ней услуг.
    - 2.1.1.2. Лечение в дневном стационаре или независимом центре по улучшению бытовых условий (государственное (социальное) лечебное учреждение), но только при условии, что лечение, хирургическая операция, назначение лечения либо рецепт на лекарственные препараты покрываются настоящими Условиями и Договором страхования и предусмотрены Медицинской организацией.
    - 2.1.1.3. Лечение у врача – в отношении обследования, лечения, медицинского ухода или хирургической операции.
    - 2.1.1.4. Визиты врачей в процессе госпитализации.
    - 2.1.1.5. Медицинские и хирургические услуги, лечебные процедуры и предписания:
      - Анестезия и введение анестетиков, при условии выполнения квалифицированным анестезиологом;
      - Лабораторные анализы и исследования патологий, рентгенографические исследования, проводимые в диагностических целях, лучевая терапия, использование радиоактивных изотопов, химиотерапия, электрокардиограммы, эхокардиография, миелограммы, электроэнцефалограммы, ангиограммы, компьютерная томография и другие подобные анализы и процедуры, необходимые для

диагностики и лечения заболеваний или проведения медицинских процедур, указанных в п. 1.1 настоящих Условий, при условии их проведения врачом или под медицинским наблюдением;

- Переливания крови, введение плазмы и сыворотки;

- Расходы, связанные с использованием кислорода, применение внутривенных растворов и инъекций.

2.1.1.6. Лекарственные препараты, применяемые по медицинскому предписанию, при госпитализации (круглосуточном нахождении в Медицинской организации) Застрахованного для лечения заболеваний или проведения медицинских процедур, указанных в п. 1.1 настоящих Условий. Оплата лекарственных препаратов, предписанных для послеоперационного лечения, покрываются в течение 30 (Тридцати) календарных дней с момента завершения стадии лечения Застрахованного, проведенного за пределами РФ, и только при приобретении лекарственных препаратов перед возвращением в РФ.

2.1.1.7. Перемещение и транспортировка наземными или воздушными транспортными средствами неотложной помощи при условии, что их использование показано или предписано врачом, либо предварительно одобрено Сервисной организацией.

2.1.1.8. Услуги, оказываемые прижизненному донору в процессе удаления органа или ткани, предназначенных для трансплантации Застрахованному, заключающиеся в следующем:

- Процедура определения местонахождения потенциальных доноров;

- Больничные услуги, оказываемые донору, в т. ч. размещение в больничной комнате, палате или отделении, питание, услуги общего медицинского ухода, услуги, регулярно оказываемые персоналом больницы, лабораторные анализы, использование оборудования и других материально-технических средств больницы (за исключением предметов личного пользования, которые не являются необходимыми в процессе удаления предназначенного для трансплантации органа или ткани);

- Хирургическое вмешательство и медицинские услуги по удалению органа или ткани донора, предназначенных для трансплантации Застрахованному.

2.1.1.9. Услуги и материалы, поставляемые для культур костного мозга в связи с предстоящей пересадкой тканевого трансплантата Застрахованному. Страховое покрытие будет обеспечено только для расходов, понесенных с момента возникновения первоначальных покрываемых страхованием медицинских расходов.

2.1.2. Услуга «Экспертное медицинское мнение» («Второе мнение»). Включает дополнительное медицинское заключение о состоянии здоровья Застрахованного, вынесенное Медицинской организацией по выбору Страховщика, по итогам рассмотрения и оценки медицинской информации, содержащейся в первом заключении, которое было получено Застрахованным самостоятельно, и в истории болезни Застрахованного.

2.1.3. Медицинская транспортировка Застрахованного и сопровождающего его лица (лиц) за границу к поставщику медицинских услуг (в Медицинскую организацию и/или между Медицинскими организациями) с единственной целью проведения лечения, утвержденного Медицинской или Сервисной организацией по согласованию со Страховщиком («Медицинская транспортировка»). Включает:

- проезд от постоянного места жительства Застрахованного до установленного аэропорта или международной железнодорожной станции;

- проезд по стоимости железнодорожного и/или авиабилета эконом-класса до города, где будет проводиться лечение, а также трансфер до указанного отеля;

- проезд от установленного отеля или больницы в аэропорт или до международной железнодорожной станции;

- проезд по стоимости железнодорожного и/или авиабилета эконом-класса до города, в котором постоянно проживает Застрахованный;

- проезд от аэропорта или железнодорожной станции до постоянного места жительства Застрахованного.

В случае изменения Застрахованным даты поездки после получения извещения от Страховщика или Медицинской или Сервисной организации, Застрахованный обязан выплатить компенсацию Страховщику в отношении всех затрат, связанных с организацией и оказанием новых услуг по переезду, если изменения не будут подтверждены Медицинской или Сервисной организацией в качестве необходимых с медицинской точки зрения.

Максимальная сумма, подлежащая оплате Страховщиком в отношении «Медицинской транспортировки», указывается в Договоре страхования и/или приложениях к нему.

2.1.4. Размещение Застрахованного лица и сопровождающего его лица (лиц) во время пребывания за границей с единственной целью проведения лечения, утвержденного Медицинской или Сервисной организацией по согласованию со Страховщиком («Размещение»).

Включает:

- бронирование двухместного номера или номера с двухспальной кроватью в отеле (категории 3 или 4 звезды), согласно критериям, установленным в интересах Застрахованного. Выбор отеля будет зависеть от наличия свободных мест и близости к Медицинской организации, либо от места нахождения лечащего врача в радиусе 10 км.

Завтрак, питание и непредвиденные расходы в отеле не являются предметом страхового покрытия. Повышение уровня комфортности проживания в соответствующем отеле за дополнительную плату со стороны Застрахованного не предусмотрено.

В случае изменения Застрахованным даты поездки после получения извещения от Страховщика или Медицинской или Сервисной организации, Застрахованный обязан выплатить компенсацию Страховщику в отношении всех затрат, связанных с организацией и оказанием новых услуг по организации размещения, если изменения не будут подтверждены Медицинской или Сервисной организацией в качестве необходимых с медицинской точки зрения.

Максимальная сумма, подлежащая оплате Страховщиком в отношении «Размещения», указывается в Договоре страхования и/или приложениях к нему.

2.1.5. Репатриация. В случае смерти Застрахованного, произошедшей за пределами Российской Федерации в процессе проведения лечения, организованного согласно настоящим Условиям, Страховщик оплачивает репатриацию останков в Российскую Федерацию. Репатриация ограничивается только услугами и материалами, необходимыми для подготовки тела покойника и его транспортировки в Российскую Федерацию, в том числе:

- услуги, предоставляемые ритуальным бюро, в котором предусмотрена международная репатриация, в том числе бальзамирование и все административные формальности;
  - гроб с минимальными обязательными атрибутами;
  - транспортировка тела покойника от аэропорта до указанного места захоронения в Российской Федерации.
- 2.1.6. Расходы на лекарственные препараты. Страховщик возмещает стоимость лекарственных препаратов, приобретенных в Российской Федерации после лечения заболевания или проведения медицинской процедуры, указанных в п. 1.1 настоящих Условий и утвержденных Сервисной организацией в Предварительном подтверждении.
- 2.1.6.1. Стоимость лекарственных препаратов возмещается при следующих условиях:
- Если лекарственный препарат был рекомендован через Сервисную организацию лечащим врачом (врачами) международной квалификации, который (ые) принимал (и) участие в лечении Застрахованного, в качестве необходимого для последующего лечения;
  - Если лекарственный препарат лицензирован и разрешен соответствующими органами власти в Российской Федерации, и его назначение и оборот должным образом регулируется;
  - Если лекарственный препарат выписывается по рецепту врача в Российской Федерации;
  - Если лекарственный препарат продается в Российской Федерации;
  - Если рецепт не выдается на дозировку, которая превышает 2 (Два) месяца (60 (Шестьдесят) календарных дней).
- 2.1.6.2. В рамках данного покрытия не возмещается (не оплачивается):
- Стоимость лекарственных препаратов, которые бесплатно предоставляются в рамках системы здравоохранения Российской Федерации, или которые покрываются любым другим страховым полисом, имеющимся у Застрахованного;
  - Стоимость применения лекарственного препарата;
  - Приобретение лекарственного препарата за пределами Российской Федерации;
  - Счета, предоставленные Страховой компанией и/или Сервисной организации более, чем через 180 (Сто восемьдесят) календарных дней после приобретения лекарственного препарата.
- 2.1.6.3. Приобретение лекарственных препаратов в соответствии с п. 2.1.6 настоящих Условий должно быть организовано и оплачено непосредственно Застрахованным. Страховая компания и/или Сервисная организация выплатит возмещение Застрахованному после получения соответствующего рецепта, оригинала счета и подтверждения платежа.
- 2.1.6.4. Если стоимость лекарственного препарата частично покрывается в рамках системы здравоохранения Российской Федерации или альтернативным страховым полисом, в запросе о возмещении средств должны четко разграничиваться средства, полностью предоставленные Застрахованным и средства, предоставленные в рамках системы здравоохранения Российской Федерации или покрываемые другим полисом.

### 3. ИСКЛЮЧЕНИЯ ИЗ СТРАХОВОГО ПОКРЫТИЯ

- 3.1. В дополнение к исключениям из страхового покрытия, указанным в Правилах страхования, настоящими Условиями не предусмотрены следующие Медицинские и/или Медико-сервисные услуги (расходы на них):
- 3.1.1. Услуги, связанные со всеми заболеваниями, не предусмотренными настоящими Условиями и не перечисленными в п. 1.1 настоящих Условий;
- 3.1.2. Любые расходы, связанные со всеми заболеваниями или травмами, полученными в результате войны, террористических актов, сейсмических движений, волнений, мятежей, наводнений, извержений вулкана, а также в связи с прямыми и косвенными последствиями ядерной реакции и другими необычными либо катастрофическими явлениями, а также в связи с официально объявленными эпидемиями;
- 3.1.3. Любые медицинские расходы, необходимость которых вызвана алкоголизмом, наркозависимостью и/или интоксикациями, связанными со злоупотреблением алкоголя и/или использованием психотропных, наркотических или галлюциногенных препаратов. К исключениям также относятся состояния и заболевания, причиной которых является попытка совершения Застрахованных самоубийства либо причинение себе вреда;
- 3.1.4. Расходы, связанные с любыми заболеваниями и состояниями, вызванными намеренно или с умыслом, либо являющимися следствием проявления халатности или преступной неосторожности Застрахованного, либо возникшими при совершении преступления;
- 3.1.5. Услуги, связанные с заболеваниями, диагностированными у Застрахованного до даты начала срока страхования, установленного Договором страхования или во время Периода ожидания;
- 3.1.6. Медицинское лечение, которое было запланировано, или о необходимости которого было известно до момента заключения Договора страхования;
- 3.1.7. Экспериментальное лечение, а также диагностические, терапевтические и/или хирургические процедуры, безопасность и надежность которых не имеет надлежащего научного подтверждения;
- 3.1.8. Медицинские процедуры, необходимые в связи с наличием СПИДа (синдрома приобретенного иммунодефицита), ВИЧ (вируса иммунодефицита человека) или иного состояния, возникшего вследствие данных заболеваний (в т. ч. саркомы Капоши), а также для лечения СПИДа и ВИЧ;
- 3.1.9. Любые услуги, не являющиеся необходимыми с медицинской точки зрения для лечения заболеваний или проведения медицинских процедур, указанных в п. 1.1 настоящих Условий;
- 3.1.10. Расходы, понесенные при лечении, обслуживании и обеспечении медицинских предписаний по заболеванию, наилучшим методом лечения которого является трансплантация органа;
- 3.1.11. Лечение заболеваний, вызванных трансплантацией органа;
- 3.1.12. Любые услуги в любой стране мира, если Застрахованный:
- проживал за пределами Российской Федерации на протяжении более чем 91 дня подряд в период 12 месяцев до первого обращения за услугой «Экспертное медицинское мнение»;
  - не проживал на постоянной основе в Российской Федерации в момент подачи заявления на страховую выплату;

- 3.1.13. Любые услуги при отсутствии диагноза заболевания, предусмотренного настоящими Условиями и подтвержденного Сервисной организацией;
- 3.1.14. Любые расходы, понесенные до выдачи Предварительного подтверждения;
- 3.1.15. Любые услуги, оказанные в Медицинской организации, не согласованной с Сервисной организацией и/или Страховщиком;
- 3.1.16. Любые расходы, понесенные без соблюдения порядка урегулирования убытков, предусмотренного разделом 4 настоящих Условий;
- 3.1.17. Любые услуги, связанные с содержанием и медицинским уходом на дому (за исключением услуг сиделки в соответствии с рекомендацией лечащего врача во время покрываемого настоящими Условиями лечения за пределами Российской Федерации), либо оплатой за услуги, оказываемые в восстановительном центре, хосписе либо доме для престарелых, даже если такие услуги требуются в результате возникновения заболевания, предусмотренного настоящими Условиями;
- 3.1.18. Любые расходы, связанные с приобретением (или арендой) любого вида протезов или ортопедических приспособлений, корсетов, бандажей, костылей, искусственных частей тела или органов, париков (даже если их использование считается необходимым в процессе лечения предусмотренных настоящими Условиями заболеваний), ортопедической обуви, грыжевых бандажей и другого аналогичного оборудования или предметов, за исключением протезов молочных желез в результате хирургической мастэктомии, организованной и оплаченной в рамках настоящих Условий;
- 3.1.19. Любые расходы, связанные с приобретением (или арендой) инвалидных кресел, специальных кроватей, приборов кондиционирования воздуха, очистителей воздуха и других подобных предметов или оборудования;
- 3.1.20. Любые расходы, связанные с приобретением и/или применением лекарственных препаратов, которые не были проданы лицензированным фармацевтом, либо приобретенные без наличия медицинского рецепта;
- 3.1.21. Любые услуги, связанные с применением методов альтернативной медицины, даже если такие меры специально прописаны врачом;
- 3.1.22. Любые расходы на медицинский уход или меры предосторожности в случаях церебрального синдрома, старческой немощи или церебрального нарушения, независимо от стадии их прогрессирования;
- 3.1.23. Оплата услуг переводчиков, телефонной связи и прочих расходов в отношении предметов личного пользования, не относящихся к медицине, либо иных услуг, оказываемых родственникам Застрахованного и сопровождающим его лицам;
- 3.1.24. Любые расходы, понесенные Застрахованным и/или его родственниками и/или сопровождающими его лицами, за исключением расходов, прямо указанных в качестве покрываемых в соответствии с настоящими Условиями;
- 3.1.25. Любые медицинские расходы, не являющиеся общепринятыми и разумными;
- 3.1.26. Любые расходы, связанные с регулярными переездами от указанного отеля до Медицинской организации либо лечащего врача.

#### 4. ПОРЯДОК УРЕГУЛИРОВАНИЯ УБЫТКОВ

- 4.1. После диагностирования заболевания или возникновения необходимости в проведении медицинских процедур, указанных в п. 1.1 настоящих Условий, Застрахованный или лицо, официально действующее от его имени, обязано выполнить следующую процедуру:
- 4.1.1. Уведомление о страховом случае:
- Застрахованный (законный представитель Застрахованного) должен связаться с Сервисной организацией в кратчайший срок для уведомления о наступлении события, имеющего признаки страхового случая, а также для подачи запроса на оказание услуги «Второе мнение»;
  - Сервисная организация уведомляет Застрахованного (законного представителя Застрахованного) о необходимых действиях, требуемых для оказания «Второго мнения», в том числе о подаче Застрахованным подписанного разрешения, позволяющего Сервисной организации запрашивать любые необходимые диагностические анализы и медицинские данные.
- 4.1.2. Оценка страхового случая и выбор Медицинской организации:
- После завершения услуги «Второе мнение» Сервисная организация предоставляет Застрахованному полный отчет, в котором независимым медицинским экспертом будет дана оценка диагнозу, установленному Застрахованному. В случае подтверждения диагноза в отчете также будут отражены варианты лечения;
  - В случае подтверждения в отчете диагноза заболевания, указанного в п. 1.1 настоящих Условий, и принятия Застрахованным решения о проведении лечения за пределами Российской Федерации, Застрахованный должен уведомить о таком решении Страховщика и/или Сервисную организацию;
  - После получения уведомления Сервисная организация представляет Застрахованному список Медицинских организаций за пределами Российской Федерации, рекомендуемых для прохождения лечения;
  - Застрахованный в течение 90 (Девяносто) календарных дней с момента получения отчета обязан сообщить Сервисной организации о выборе Медицинской организации из предложенного списка.
- 4.1.3. Предварительное подтверждение:
- После получения Сервисной организацией подтверждения Застрахованного о выбранной Медицинской организации из списка рекомендуемых для лечения, Сервисная организация осуществляет организацию необходимых логистических и медицинских мер для надлежащего поступления Застрахованного в выбранную Медицинскую организацию, а также выдает предварительное подтверждение, действительное только для указанной Медицинской организации;
  - Предварительное подтверждение обеспечивает Застрахованному доступ к необходимому лечению, обслуживанию и предписаниям в выбранной Медицинской организации, сообразно заявленному страховому случаю, но в пределах страховой суммы, указанной в Договоре страхования;
  - Любые расходы, понесенные Застрахованным в иной Медицинской организации, нежели указанная в Предварительном подтверждении, страховому возмещению не подлежат;

- Любые расходы, понесенные Застрахованным до выдачи Предварительного подтверждения, страховому возмещению не подлежат;
  - В случае если Застрахованный не выбрал Медицинскую организацию из списка рекомендуемых или не приступил к лечению в одобренной Медицинской организации, указанной в списке рекомендуемых, в течение 90 (Девяносто) календарных дней с даты оформления Предварительного подтверждения, Сервисная организация оформляет Предварительное подтверждение снова на основании состоянии здоровья Застрахованного на момент повторного оформления.
- 4.1.4. Застрахованный и/или его родственники обязаны допускать сотрудников Сервисной организации и/или Страховщика к нанесению визитов Застрахованному, а также содействовать в получении любой информации, необходимой для урегулирования убытка. Отказ в допущении таких визитов или в получении любой информации будет расценен Страховщиком как явно выраженный отказ от права на получение страховых выплат по соответствующему страховому случаю.

Приложение № 5 к Правилам добровольного комплексного медицинского страхования и страхования от несчастных случаев и болезней, утвержденным приказом и.о. генерального директора ООО «АльфаСтрахование-Жизнь» Гуде В.Ю. от 17.01.2024 № 08

## УСЛОВИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПРОГРАММЫ № 2

В рамках настоящих Условий Страховщик гарантирует Застрахованному при наступлении Страхового случая, предусмотренного п. 3.1.11 Правил страхования, организацию и оплату Медицинских и/или Медико-сервисных услуг в объеме и порядке, предусмотренными Договором страхования (приложениями к нему) и настоящими Условиями, с учетом исключений и ограничений, предусмотренными Правилами страхования, Договором страхования и настоящими Условиями.

### 1. ОБЪЕМ ПРЕДОСТАВЛЯЕМЫХ УСЛУГ

1.1. В рамках настоящих Условий покрываются следующие Медицинские и/или Медико-сервисные услуги, оказанные в течение срока действия Договора страхования:

1.1.1. Лабораторные исследования: общеклинические, биохимические исследования, иммунологические исследования, микробиологические исследования, цитологические исследования, генетические исследования, гистологические исследования;

1.1.2. Инструментальные исследования: функциональная ультразвуковая диагностика, рентгенологические исследования, эндоскопические исследования;

1.1.3. Диагностические манипуляции;

1.1.4. Медицинские консультации;

1.1.5. Экспертное медицинское мнение («Второе мнение»);

1.1.6. Оформление медицинской документации.

1.2. Медицинские услуги, перечисленные в п. 1.1 настоящих Условий осуществляются по направлениям: акушерство и гинекология, аллергология-иммунология, анестезиология - реаниматология, восстановительная медицина, гастроэнтерология, гематология, генетика, гериатрия, дерматовенерология, диабетология, диетология, инфекционные болезни, кардиология, клиническая микология, колопроктология, косметология, лечебная физкультура и спортивная медицина, мануальная терапия, медико-социальная экспертиза, неврология, нейрохирургия, нефрология, общая врачебная практика (семейная медицина), онкология, оториноларингология, офтальмология, паразитология, пластическая хирургия, применение методов традиционной медицины, профпатология, психиатрия, психиатриинаркология, психотерапия, пульмонология, радиология, ревматология, рентгенология, рефлексотерапия, сексология, сердечно-сосудистая хирургия, сурдологиюториноларингология, терапия, токсикология, торакальная хирургия, травматология и ортопедия, трансфузиология, урология, физиотерапия, фтизиатрия, хирургия, челюстно-лицевая хирургия, эндокринология, эндоскопия, эпидемиология.

1.3. Объем Медицинских и/или Медико-сервисных услуг, перечисленных в п. 1.1 настоящих Условий, количество покрываемых Договором страхования Медицинских и/или Медико-сервисных услуг и порядок их получения указываются в Договоре страхования и приложениях к нему.

### 2. ИСКЛЮЧЕНИЯ ИЗ СТРАХОВОГО ПОКРЫТИЯ

2.1. В дополнение к исключениям из страхового покрытия, указанным в Правилах страхования, настоящими Условиями не предусмотрены следующие Медицинские и/или Медико-сервисные услуги (процедуры, расходы):

2.1.1. Услуги, связанные с заболеваниями, диагностированными у Застрахованного до даты начала срока страхования, установленного Договором страхования;

2.1.2. Медицинские процедуры, которые были запланированы, или о необходимости которых было известно до момента заключения Договора страхования;

2.1.3. Любые услуги, не подтвержденные Медицинской и/или Сервисной организацией и/или Страховщиком.

### 3. ПОРЯДОК УРЕГУЛИРОВАНИЯ УБЫТКОВ

3.1. При возникновении обстоятельств, требующих получения Медицинской и/или Медико-сервисной услуги из списка, указанного в п. 1.1 настоящих Условий, Застрахованный обязан выполнить следующую процедуру:

- Застрахованный должен связаться с Сервисной организацией для подачи запроса на оказание услуги;

- Сервисная организация осуществляет подбор Медицинской организации и предлагает ее Застрахованному для получения услуги;

- Если Застрахованный дает согласие на получение услуги в предложенной Медицинской организации, Сервисная организация уведомит Застрахованного о необходимых действиях, требуемых для получения услуги;

- Если Застрахованный отказывается от предложенной Медицинской организации, Сервисная организация обязана предоставить ему иной вариант, соответствующий условиям получения услуги;

- Любые расходы, понесенные Застрахованным в иной Медицинской организации, нежели предложенная Сервисной организацией, страховому возмещению не подлежат;

- Любые расходы, понесенные Застрахованным до согласования оказания услуги с Сервисной организацией, страховому возмещению не подлежат.

Приложение № 6 к Правилам добровольного комплексного медицинского страхования и страхования от несчастных случаев и болезней, утвержденным приказом и.о. генерального директора ООО «АльфаСтрахование-Жизнь» Гуде В.Ю. от 17.01.2024 № 08

### УСЛОВИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПРОГРАММЫ № 3

В рамках настоящих Условий Страховщик гарантирует Застрахованному при наступлении Страхового случая, предусмотренного п. 3.1.11 Правил страхования, организацию и оплату Медицинских и/или Медико-сервисных услуг в объеме и порядке, предусмотренными Договором страхования (приложениями к нему) и настоящими Условиями, с учетом исключений и ограничений, предусмотренными Правилами страхования, Договором страхования и настоящими Условиями.

#### 1. ОБЪЕМ ПРЕДОСТАВЛЯЕМЫХ УСЛУГ

1.1. В рамках настоящих Условий покрываются следующие Медицинские и/или Медико-сервисные услуги, оказанные в течение срока действия Договора страхования:

1.1.1. Медицинские консультации, в т.ч. с использованием телемедицинских технологий;

1.1.2. Экспертное медицинское мнение («Второе мнение»), в т.ч. с использованием телемедицинских технологий;

1.1.3. Оформление медицинской документации.

1.2. Услуги, перечисленные в п. 1.1 настоящих Условий осуществляются по направлениям: акушерство и гинекология, аллергология-иммунология, анестезиология - реаниматология, восстановительная медицина, гастроэнтерология, гематология, генетика, гериатрия, дерматовенерология, диабетология, диетология, инфекционные болезни, кардиология, клиническая микология, колопроктология, косметология, лечебная физкультура и спортивная медицина, мануальная терапия, медико-социальная экспертиза, неврология, нейрохирургия, нефрология, общая врачебная практика (семейная медицина), онкология, оториноларингология, офтальмология, паразитология, пластическая хирургия, применение методов традиционной медицины, профпатология, психиатрия, психиатриинаркология, психотерапия, пульмонология, радиология, ревматология, рентгенология, рефлексотерапия, сексология, сердечно-сосудистая хирургия, сурдологиоториноларингология, терапия, токсикология, торакальная хирургия, травматология и ортопедия, трансфузиология, урология, физиотерапия, фтизиатрия, хирургия, челюстно-лицевая хирургия, эндокринология, эндоскопия, эпидемиология.

1.3. Объем Медицинских и/или Медико-сервисных услуг, перечисленных в п. 1.1 настоящих Условий, количество покрываемых Договором страхования Медицинских и/или Медико-сервисных услуг и порядок их получения, а также перечень направлений, указанных в п. 1.2 настоящих Условий, по которым оказываются Медицинские и/или Медико-сервисные услуги, указываются в Договоре страхования и приложениях к нему.

#### 2. ИСКЛЮЧЕНИЯ ИЗ СТРАХОВОГО ПОКРЫТИЯ

2.1. В дополнение к исключениям из страхового покрытия, указанным в Правилах страхования, настоящими Условиями не предусмотрены следующие Медицинские и/или Медико-сервисные услуги (процедуры, расходы):

2.1.1. Любые услуги, не подтвержденные Медицинской организацией и/или Страховщиком.

2.1.2. Любые услуги, оказанные Застрахованному в иной Медицинской организации, нежели предложенная Сервисной организацией или Страховщиком.

#### 3. ПОРЯДОК УРЕГУЛИРОВАНИЯ УБЫТКОВ

3.1. При возникновении обстоятельств, требующих получения Медицинской и/или Медико-сервисной услуги из списка, указанного в п. 1.1 настоящих Условий:

- Застрахованный должен связаться с Медицинской или Сервисной организацией, или Страховщиком для подачи запроса на оказание услуг;

- При обращении в Сервисную организацию или к Страховщику, Застрахованному осуществляется подбор Медицинской организации для получения услуг;

- В случае обращения напрямую в Медицинскую организацию (если данный порядок предусмотрен Договором страхования и приложениях к нему), оказание Застрахованному услуг осуществляется непосредственно Медицинской организацией в соответствии с условиями Договора страхования и приложений к нему.

Приложение № 7 к Правилам добровольного комплексного медицинского страхования и страхования от несчастных случаев и болезней, утвержденным приказом и.о. генерального директора ООО «АльфаСтрахование-Жизнь» Гуде В.Ю. от 17.01.2024 № 08

#### **Список опасных заболеваний и медицинских манипуляций**

1. Лечение любых злокачественных опухолей, включая лейкемию, саркому и лимфому (за исключением лимфомы кожи), характеризующихся неконтролируемым ростом, распространением клеток и инвазией тканей;
2. Лечение любого рака *in situ*, область поражения которого ограничена эпителием, на котором он возник, при условии, что строма и окружающие ткани не были затронуты;
3. Лечение любого предракового изменения в клетках, которое цитологически и гистологически классифицируется как дисплазия высокой степени дифференцировки или тяжелая дисплазия;
4. Операция шунтирования коронарной артерии (реваскуляризация миокарда). Прохождение хирургической операции по рекомендации консультанта-кардиолога для коррекции сужения или блокирования одной или более коронарных артерий путем установки обходных трансплантатов;
5. Пересадка или восстановление сердечного клапана. Прохождение хирургической операции по рекомендации консультанта-кардиолога для пересадки или восстановления одного или более сердечных клапанов;
6. Нейрохирургическая операция - любое хирургическое вмешательство в головной мозг, любые другие внутричерепные структуры, а также при доброкачественных опухолях - в спинном мозге;
7. Пересадка органа от прижизненного донора/трансплантация ткани. Хирургическая трансплантация, при которой Застрахованному пересаживают почку, сегмент печени, долю легкого, часть поджелудочной железы или костный мозг (аутологичный или аллогенный) от живого совместимого донора.

#### **Исключения:**

1. Лечение рака кожи (за исключением злокачественных меланом);
2. Лечение любых опухолей при наличии синдрома приобретенного иммунодефицита (СПИД);
3. Любая коронарная болезнь, лечение которой проводится с использованием иных методов, нежели шунтирование коронарных артерий, например, любым видом ангиопластической хирургии;
4. Любая трансплантация, когда потребность в ней возникает вследствие алкогольной болезни печени;
5. Любая трансплантация, являющаяся аутологической, за исключением трансплантации костного мозга;
6. Любая трансплантация, когда Застрахованный является донором по отношению к третьему лицу;
7. Любая трансплантация органов или тканей от мертвого донора;
8. Любая трансплантация органов, включающая в себя лечение стволовыми клетками;
9. Трансплантация, осуществляемая путем покупки донорских органов.

Приложение № 8 к Правилам добровольного комплексного медицинского страхования и страхования от несчастных случаев и болезней, утвержденным приказом и.о. генерального директора ООО «АльфаСтрахование-Жизнь» Гуде В.Ю. от 17.01.2024 № 08

**ФОРМА ДОГОВОРА ИНДИВИДУАЛЬНОГО СТРАХОВАНИЯ (СТРАХОВОГО ПОЛИСА)  
ПОЛИС ДОБРОВОЛЬНОГО КОМПЛЕКСНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ  
И СТРАХОВАНИЯ ОТ НЕСЧАСТНЫХ СЛУЧАЕВ № \_\_\_\_\_**

Настоящий полис является свидетельством заключения договора добровольного комплексного медицинского страхования и страхования от несчастных случаев с ООО «АльфаСтрахование-Жизнь» (далее - Полис) на основании «Правил добровольного комплексного медицинского страхования и страхования от несчастных случаев и болезней» Страховщика в редакции, действующей на дату заключения настоящего Полиса (далее – Правила страхования или Правила). В соответствии с настоящим Полисом Страховщик осуществляет страхование: имущественных интересов, связанных с причинением вреда здоровью Застрахованного, а также его смертью в результате несчастного случая в части страхования от несчастных случаев; имущественных интересов, связанных с оплатой организации и оказания Медицинских и/или Медико-сервисных услуг вследствие расстройства здоровья Застрахованного или состояния Застрахованного, требующих организации и оказания таких услуг в части добровольного медицинского страхования.

По настоящему Полису Застрахованным является Страхователь.

<b>1. СТРАХОВЩИК</b>	
ООО «АльфаСтрахование-Жизнь». Лицензия _____ от _____ г., адрес: _____, тел. _____, банковские реквизиты: ИНН _____, р/с _____, к/с _____ БИК _____.	
<b>2. СТРАХОВАТЕЛЬ (ЗАСТРАХОВАННЫЙ)</b>	
2.1. ФИО:	
2.2. Данные документа, удостоверяющего личность	
2.3. Дата рождения	
2.4. Адрес, телефон, E-mail:	
<b>3. СТРАХОВЫЕ РИСКИ</b>	
3.1. По страхованию от несчастных случаев:	
3.1.1. Смерть Застрахованного в течение срока страхования, наступившая в результате несчастного случая, произошедшего в течение срока страхования (риск «Смерть»);	
3.1.2. Установление Застрахованному в течение срока страхования инвалидности 1-й или 2-й группы в результате несчастного случая, произошедшего в течение срока страхования (риск «Инвалидность»).	
3.2. По добровольному медицинскому страхованию:	
3.2.1. Возникновение обстоятельств, требующих оказания Медицинских и/или Медико-сервисных услуг Застрахованному при амбулаторном и/или стационарном обследовании и/или лечении в соответствии с Медицинской программой (Приложение № 1 к настоящему Полису)	
<b>4. СТРАХОВАЯ СУММА</b>	
4.1. По рискам, указанным в п.п. 3.1.1, 3.1.2 настоящего Полиса: является единой (агрегированной) фиксированной на весь срок страхования и составляет сумму в <b>рублях:</b>	<ЦИФРАМИ> <ПРОПИСЬЮ>
4.2. По риску, указанному в п. 3.2.1 настоящего Полиса: является фиксированной на весь срок страхования и составляет сумму в <b>рублях:</b>	<ЦИФРАМИ> <ПРОПИСЬЮ>
<b>5. СТРАХОВАЯ ПРЕМИЯ</b>	
5.1. По рискам, указанным в п.п. 3.1.1, 3.1.2 настоящего Полиса, составляет в <b>рублях:</b>	<ЦИФРАМИ> <ПРОПИСЬЮ>
5.2. По риску, указанному в п. 3.2.1 настоящего Полиса, составляет в <b>рублях:</b>	<ЦИФРАМИ> <ПРОПИСЬЮ>
5.3. Общая страховая премия по настоящему Полису составляет в <b>рублях:</b>	<ЦИФРАМИ> <ПРОПИСЬЮ>
<b>6. ВЫГОДОПРИБРЕТАТЕЛИ, ДОЛЯ СТРАХОВОЙ ВЫПЛАТЫ</b>	
6.1. ВЫГОДОПРИБРЕТАТЕЛЬ	6.2. СТРАХОВАЯ ВЫПЛАТА/ДОЛЯ СТРАХОВОЙ ВЫПЛАТЫ
6.1.1. По рискам, указанным в п.п. 3.1.1, 3.1.2 настоящего Полиса, - в соответствии с законодательством РФ.	6.2.1. В объеме страховой выплаты.

**Страховщик**

Представитель Ф.И.О.: \_\_\_\_\_  
действующий на основании  
доверенности № \_\_\_\_\_ от \_\_\_\_\_ г.

Страхователь/Застрахованный с условиями настоящего Полиса и Правил страхования ознакомлен и подтверждает намерение заключить договор на указанных условиях, экземпляр Правил страхования на руки получил.

Страхователь \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
Подпись \_\_\_\_\_ Ф.И.О. \_\_\_\_\_

Подпись

Печать

Подпись

Ф.И.О.

6.1.2. По риску, указанному в п. 3.2.1 настоящего Полиса, - Застрахованный.	6.2.2. В виде организации и оплаты Медицинских и/или Медико-сервисных услуг, предусмотренных Медицинской программой (Приложение № 1 к настоящему Полису) Медицинским и/или Медико-сервисным организациям в пределах страховой суммы, установленной в п. 4.2 настоящего Полиса.	
<b>7. СРОК ДЕЙСТВИЯ ДОГОВОРА СТРАХОВАНИЯ, ТЕРРИТОРИЯ СТРАХОВАНИЯ</b>		
7.1. Начало срока действия договора страхования	00 час. 00 мин. <ДАТА>	
7.2. Окончание срока действия договора страхования	23 час. 59 мин. <ДАТА>	
7.3. Дата заключения Полиса	«__» _____ г.	Полис действует 24 часа в сутки.
7.4. Территория страхования: - по рискам, указанным в п.п. 3.1.1, 3.1.2 настоящего Полиса, - _____; - по риску, указанному в п. 3.2.1 настоящего Полиса, - _____.		
<b>8. ПРОЧИЕ УСЛОВИЯ</b>		
8.1. Страховая премия уплачивается Страхователем одновременно за весь срок страхования на расчетный счет (в кассу) Страховщика / представителя Страховщика в срок не позднее <ДАТА>*		
*дата оплаты страховой премии не может быть позже даты, указанной в п.7.1. настоящего Полиса, как дата начала срока действия договора страхования.		
8.2. Условия страхования, не оговоренные в настоящем Полисе, определяются Правилами		
8.3. В случае неуплаты страховой премии в размере и сроки, установленные настоящим Полисом, последний считается не вступившим в силу.		
8.4. Страховая премия подлежит возврату Страхователю за вычетом части страховой премии, исчисляемой пропорционально времени, в течение которого действовало страхование, при условии отсутствия событий, имеющих признаки страхового случая, страховых случаев и страховых выплат по Договору страхования в случае ненадлежащего информирования Страхователя об условиях страхования. При этом, Договор страхования досрочно прекращается с 00 часов 00 минут даты _____. Все права и обязанности Сторон с указанного момента прекращаются, Страховщик не несет обязательств по страховым выплатам.		
8.5. При отказе Страхователя от Договора страхования в течение __ (_____) календарных дней с даты заключения Договора страхования, страховая премия подлежит возврату Страхователю в размере _____, при условии отсутствия событий, имеющих признаки страхового случая, страховых случаев и страховых выплат по Договору страхования. При этом, Договор страхования досрочно прекращается с 00 часов 00 минут даты _____, все права и обязанности Сторон с указанного момента прекращаются, Страховщик не несет обязательств по страховым выплатам.		
<b>9. ИСКЛЮЧЕНИЯ ИЗ СТРАХОВОГО ПОКРЫТИЯ</b>		
9.1. Исключения применяются в соответствии с разделом 4 Правил страхования.		
<b>10. СТРАХОВАЯ ВЫПЛАТА</b>		
10.1. Страховая выплата производится в рублях.		
10.2. Для получения страховой выплаты:		
10.2.1. По страхованию от несчастных случаев Страховщику должны быть предоставлены документы в соответствии с разделом 10 Правил страхования;		
10.2.2. По добровольному медицинскому страхованию Медицинской организации (Страховщику) должны быть предоставлены документы в соответствии с разделом 3 Медицинской программы (Приложение № 1 к настоящему Полису).		
10.3. При наступлении страхового случая Страховщик осуществляет страховую выплату в следующем размере:		
10.3.1. 100% страховой суммы, установленной по настоящему Полису – в случае смерти Застрахованного в результате несчастного случая, в случае установления Застрахованному 1-й или 2-й группы инвалидности в результате несчастного случая указанным в настоящем Полисе Выгодоприобретателям в соответствующих долях.		

**Страховщик**

Представитель Ф.И.О.: \_\_\_\_\_  
действующий на основании  
доверенности № \_\_\_\_\_ от \_\_\_\_\_ г.

Страхователь/Застрахованный с условиями настоящего Полиса и Правил страхования ознакомлен и подтверждает намерение заключить договор на указанных условиях, экземпляр Правил страхования на руки получил.

Страхователь \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
Подпись \_\_\_\_\_ Ф.И.О.

Подпись

Печать

10.3.2. По риску, указанному в п. 3.2.1 настоящего Полиса, страховая выплата осуществляется в виде оказания Застрахованному Медицинских и/или Медико-сервисных услуг, предусмотренных Медицинской программой (Приложение № 1 к настоящему Полису), в порядке и на условиях, определенных в Медицинской программе (Приложение № 1 к настоящему Полису) в пределах страховой суммы, установленной по данному риску.

10.4. В случае принятия Страховщиком положительного решения о страховой выплате по рискам, указанным в п.п. 3.1.1, 3.1.2 настоящего Полиса, страховая выплата производится в течение 5 (Пяти) рабочих дней с момента подписания Страхового акта.

10.5. В отношении рисков, указанных в п.п. 3.1.1, 3.1.2 настоящего Полиса, общий размер выплат, произведенных Выгодоприобретателю (-ям) в связи с несколькими страховыми случаями, произошедшими в течение срока действия Полиса, не может превышать страховой суммы, установленной по данным рискам.

#### ДЕКЛАРАЦИЯ/АНКЕТА СТРАХОВАТЕЛЯ/ЗАСТРАХОВАННОГО

Страхователь/Застрахованный подтверждает, что:

На момент заключения оформления Полиса не является инвалидом, не направлялся в бюро медико-социальной экспертизы с целью установления группы инвалидности, не является ВИЧ-инфицированным, не имеет открытого больничного листа, не болен онкологическими, сердечно-сосудистыми заболеваниями (ИБС, гипертоническая болезнь III – IV степени, атеросклероз, сердечная недостаточность, сердечная астма и т.д.), заболеваниями опорно-двигательного аппарата, гемофилией, сахарным диабетом, СПИДом, не имеет хронических нервных или психических расстройств, не состоит на учете в наркологическом диспансере, не страдает алкоголизмом, не употребляет токсичные вещества с целью токсического опьянения, не употребляет наркотики, не состоит на службе в действующей армии, не принимает участие в военных действиях и подавлении беспорядков.

Профессия Страхователя / Застрахованного не связана с повышенным риском (например, пребыванием на высоте, под водой, под землей, на нефтяных и газовых платформах, с облучением, работой с химическими и взрывчатыми веществами, испытаниями, инкассацией, работой в правоохранительных органах и т.п.).

Профессия Страхователя / Застрахованного не связана с повышенным риском (например, пребыванием на высоте, под водой, под землей, на нефтяных и газовых платформах, с облучением, работой с химическими и взрывчатыми веществами, испытаниями, инкассацией, работой в правоохранительных органах и т.п.).

Страхователь / Застрахованный также не является лицом, профессионально или на регулярной любительской основе занимающимся опасными видами спорта (авто- и мотоспорт, прыжки с парашютом, контактные единоборства, альпинизм, горный и водный туризм, подводное плавание и т.п.);

Страхователь / Застрахованный не подавал заявлений на страхование жизни, утраты трудоспособности (инвалидность) и от несчастных случаев, в которых ему было отказано, которые были отклонены или приняты на особых условиях действия, а также заключенных договоров страхования, которые были расторгнуты или существенные условия которых были изменены по результатам оценки степени риска.

Страхователю известно, что Страховщик вправе отказать в страховой выплате, в случае, если Страхователь сообщил Страховщику заведомо ложные или недостоверные сведения о фактах, влияющих на оценку степени страхового риска, установление обстоятельств наступления страхового случая.

Страхователь/Застрахованный, в соответствии с Федеральным законом РФ «О персональных данных» выражает Страховщику согласие на обработку своих персональных данных, содержащихся в документах, передаваемых Страховщику, в целях продвижения товаров, работ, услуг на рынке путем осуществления Страховщиком прямых контактов со Страхователем/Застрахованным, с помощью средств связи в целях обеспечения исполнения заключенного Договора страхования, а также выражает Страховщику согласие на предоставление (в т.ч. Выгодоприобретателю (-ям)) информации об исполнении Страховщиком и/или Страхователем/Застрахованным, обязательств по Договору страхования, в том числе информацию об уплате и размере страховой премии (страховых взносов), размере страховой суммы, о возникновении и урегулировании претензий, наступлении/вероятности наступления страховых случаев, страховой выплате и другую имеющую отношение к заключенному Договору страхования информацию, а также об информировании о страховых продуктах Страховщика. Обработка персональных данных осуществляется посредством сбора, систематизации, накопления, хранения, уточнения (обновления, изменения), использования, распространения (в том числе передачи), обезличивания, блокирования, уничтожения персональных данных как на бумажных, так и на электронных носителях. Указанное согласие Страхователя/Застрахованного действительно в течение срока действия Договора страхования и в течение 5 (Пяти) лет после окончания срока действия Договора страхования.

Настоящее согласие может быть отозвано Страхователем/Застрахованным посредством направления Страховщику соответствующего письменного заявления.

#### Страховщик

Представитель Ф.И.О.: \_\_\_\_\_  
действующий на основании  
доверенности № \_\_\_\_\_ от \_\_\_\_\_ г.

Страхователь/Застрахованный с условиями настоящего Полиса и Правил страхования ознакомлен и подтверждает намерение заключить договор на указанных условиях, экземпляр Правил страхования на руки получил.

Страхователь \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
Подпись Ф.И.О.

Подпись

Печать

Страхователь/Застрахованный разрешает любому врачу, больнице, поликлинике или иной организации, предоставляющей медицинскую помощь, страховой компании или любой другой организации, или любому лицу, владеющему любой информацией о Страхователе/Застрахованном, предоставить эту информацию Страховщику, включая копии либо подлинники документов с указанием заболеваний или несчастных случаев, лечения, произведенных обследований и их результатов, консультаций или госпитализаций.

Страхователь/Застрахованный, согласен с назначением Выгодоприобретателей.

Страхователь/Застрахованный, заявляет, что представленные выше ответы являются исчерпывающими и верными, и понимает, что сообщенная информация имеет существенное значение для определения степени страхового риска и условий Полиса. Ему известно, что сообщение ложных сведений может повлечь за собой признание Полиса недействительным, отказ в страховой выплате, расторжение Полиса.

Страхователь/Застрахованный, обязуется незамедлительно в письменной форме уведомить Страховщика о любых изменениях сообщенных выше обстоятельств после наступления таковых и согласен с тем, что при неисполнении указанной обязанности Страховщик вправе потребовать расторжения Полиса с даты наступления изменений в сообщенных им обстоятельствах.

Страхователь уведомлен о том, что он имеет право запросить информацию о размере вознаграждения, выплачиваемого страховому агенту (страховому брокеру).

Настоящим Страхователь/Застрахованный подтверждает, что условия настоящего Полиса не лишают его прав, обычно предоставляемых по договорам такого вида, не исключает и не ограничивает ответственность другой стороны за нарушение обязательств, и не содержит другие явно обременительные для него условия, которые он, исходя из своих разумно понимаемых интересов, не принял бы.

**Страховщик**

Представитель Ф.И.О.: \_\_\_\_\_

действующий на основании

доверенности № \_\_\_\_\_ от \_\_\_\_\_ г.

Страхователь/Застрахованный с условиями настоящего Полиса и Правил страхования ознакомлен и подтверждает намерение заключить договор на указанных условиях, экземпляр Правил страхования на руки получил.

Страхователь \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Подпись

Печать

\_\_\_\_\_

Подпись

\_\_\_\_\_

Ф.И.О.

**МЕДИЦИНСКАЯ ПРОГРАММА № \_\_\_\_**

В рамках настоящей Медицинской программы (далее – Программа) Страховщик гарантирует Застрахованному при наступлении страхового случая, предусмотренного п. 3.2.1 Полиса добровольного комплексного медицинского страхования и страхования от несчастных случаев (далее – Полис страхования или Полис), организацию и оплату Медицинских услуг в объеме и порядке, предусмотренными Полисом страхования и настоящей Программой, с учетом исключений и ограничений, предусмотренных Правилами страхования, Полисом и настоящей Программой. Настоящая Программа разработана на основании Условий медицинской программы № 2 (Приложение № 5 к Правилам страхования) и является неотъемлемой частью Полиса страхования.

**1. ОБЪЕМ ПРЕДОСТАВЛЯЕМЫХ УСЛУГ**

1.1. В рамках настоящей Программы покрываются следующие Медицинские услуги, оказанные в течение срока действия Полиса страхования:

1.1.1. Экспертное медицинское мнение («Второе мнение») - Процесс вынесения второго медицинского заключения, основанный на углубленном изучении медицинских данных Застрахованного и предлагающегося диагностического материала;

1.1.2. Оформление медицинской документации.

1.2. Медицинские услуги, перечисленные в п. 1.1 настоящих Условий осуществляются по следующим заболеваниям/состояниям здоровья Застрахованного, диагностированным у Застрахованного/наступившим в период действия Полиса страхования: Аортокоронарное шунтирование, Апаллический синдром (вегетативное состояние), Апластическая анемия, Бактериальный менингит, Болезнь Альцгеймера / тяжелое слабоумие в возрасте до 60 (шестидесяти) лет, Болезнь Паркинсона, Внезапная слепота в результате болезни, Воспалительные заболевания кишечника, Глухота (потеря слуха), Доброкачественная опухоль головного мозга, Заболевания коронарных сосудов (артерий), требующие хирургического вмешательства, Инсульт, Инфаркт миокарда, Кома, Молниеносный вирусный гепатит, Меланома, Нейродегенеративные заболевания, Обширные ожоги, Паралич, Показания к ампутации или ампутация, Полиомиелит, Потеря речи, Почечная недостаточность, Прогрессирующая склеродермия, Прочие тяжелые заболевания коронарных артерий, Рак, Рассеянный склероз, Системная красная волчанка с люпус-нефритом, Слепота, Терминальная стадия заболевания легких, Терминальная стадия заболевания печени, Трансплантация жизненно важных органов, включая трансплантацию костного мозга, Тромбофлебит и эмболия, Тяжелая травма головы, Хирургическое лечение заболеваний аорты, Хирургическое лечение клапанов сердца, Хронические заболевания печени, Эмфизема, Энцефалит.

1.3. Застрахованный имеет право на получение Медицинских услуг, указанных в п. 1.1 настоящей Программы, по 1 (Одному) из заболеваний/состояний здоровья из перечисленных в п. 1.2 настоящей Программы 1 (Один) раз в течение срока действия Полиса страхования. После оказания Медицинских услуг обязательства Страховщика по риску, указанному в п. 3.2.1 Полиса страхования, считаются исполненными в полном объеме.

**2. ИСКЛЮЧЕНИЯ ИЗ СТРАХОВОГО ПОКРЫТИЯ**

2.1. В дополнение к исключениям из страхового покрытия, указанным в Полисе страхования, настоящей Программой не покрываются следующие Медицинские услуги (процедуры, расходы):

2.1.1. Услуги, связанные с заболеваниями, диагностированными у Застрахованного до даты начала срока страхования, установленного Полисом страхования;

2.1.2. Медицинские процедуры, которые были запланированы, или о необходимости которых было известно до момента заключения Полиса страхования;

2.1.3. Любые услуги, не подтвержденные Медицинской организацией и/или Страховщиком;

2.1.4. Любые услуги, оказанные в Медицинской организации, не согласованной со Страховщиком.

**3. ПОРЯДОК ОСУЩЕСТВЛЕНИЯ СТРАХОВЫХ ВЫПЛАТ**

3.1. Для получения страховой выплаты в виде получения Медицинских услуг, указанных в п. 1.1 настоящей Программы, Застрахованным должны быть предоставлены следующие документы:

3.1.1. Заявление на страховую выплату по форме, установленной Страховщиком;

3.1.2. Первичное заключение по заболеванию/состоянию здоровья Застрахованного из списка заболеваний/состояний здоровья, указанных в п. 1.2 настоящей Программы, с окончательным диагнозом;

3.1.3. Выписка о состоянии здоровья Застрахованного, выданную не ранее чем за 3 (Три) месяца до момента получения услуги «Второе мнение»;

3.1.4. Детальная история болезни с указанием анамнеза заболевания и даты установления диагноза, впервые выданная не ранее чем за 3 (Три) месяца до момента получения услуги «Второе мнение», включая описание процедур, симптомов, хронологию приступов, данные рентгеновских и лабораторных исследований (выданные не ранее чем за 2 (Два) месяца до момента получения услуги «Второе мнение», а также результаты компьютерной томографии, магнитно-резонансного обследования, ультразвукового и ядерных исследований, маммографии, назначенный курс лечения, медикаменты, операции и терапию, результаты этого лечения (если такие исследования проводились) и историю болезни семьи (если имеется).

**4. ПОРЯДОК УРЕГУЛИРОВАНИЯ УБЫТКОВ**

4.1. После возникновения обстоятельств, требующих получения Медицинской услуги из списка, указанного в п. 1.1 настоящей Медицинской программы, Застрахованный обязан выполнить следующую процедуру:

- Застрахованный направляет документы в соответствии с перечнем документов, указанным в разделе 3 настоящей Программы в Медицинскую организацию посредством почтовой связи по адресу: \_\_\_\_\_;
  - Медицинская организация осуществляет проверку полученных документов;
  - В случае недостаточности документов/отсутствия в них полноты сведений для оказания Медицинской услуги, Медицинская организация извещает об этом Застрахованного посредством почтовой связи и предлагает Застрахованному направить уточняющие сведения или недостающие документы в адрес Медицинской организации;
  - В случае достаточности документов, Медицинская организация оказывает Медицинские услуги, указанные в п. 1.1 настоящей программы;
  - После оказания услуги Медицинская организация направляет в адрес Застрахованного посредством почтовой связи медицинский отчет по результатам проведенных процедур.
- 4.2. Все взаиморасчеты с Медицинской организацией по оказанным Медицинским услугам осуществляет Страховщик.

## **5. МЕДИЦИНСКАЯ ОРГАНИЗАЦИЯ**

- 5.1. Медицинская организация - Частная или государственная организация, законно уполномоченная на обеспечение медицинского лечения заболеваний или травм, оснащённая материальными/техническими средствами и укомплектованная квалифицированным персоналом для выполнения мер диагностического и хирургического вмешательства.
- 5.2. В рамках настоящей Программы Медицинской организацией является \_\_\_\_\_.

Приложение № 9 к Правилам добровольного комплексного медицинского страхования и страхования от несчастных случаев и болезней, утвержденным приказом и.о. генерального директора ООО «АльфаСтрахование-Жизнь» Гуде В.Ю. от 17.01.2024 № 08

### ТАРИФНЫЕ СТАВКИ

по комплексному добровольному медицинскому страхованию и страхованию от несчастных случаев и болезней  
(в процентах от страховой суммы за годичный период страхования)

#### 1. Страхование от несчастных случаев и болезней:

Таблица № 1

№ п/п Правил	Наименование страхового риска	Тариф, % (Тбаз)		
		Нагрузка 1 %	Нагрузка 50 %	Нагрузка 96%
3.1.1.	Смерть Застрахованного в результате Несчастного случая и/или Болезни и/или Естественных причин	0,68	1,3464	16,83
	в том числе:			
	в результате несчастного случая	0,14	0,2772	3,47
	в результате болезни	0,54	1,0692	13,37
	в результате естественных причин	0,54	1,0692	13,37
3.1.2.	Смерть Застрахованного, наступившая в результате ДТП	0,03	0,0594	0,73
3.1.3.	Смерть Застрахованного, наступившая в результате Кораблекрушения и / или Авиакатастрофы и / или Железнодорожной катастрофы	0,003	0,006	0,075
	в том числе:			
	в результате Кораблекрушения	0,001	0,002	0,026
	в результате Авиакатастрофы	0,001	0,002	0,026
	в результате Железнодорожной катастрофы	0,001	0,002	0,026
3.1.4.	Установление Застрахованному Инвалидности 1-й и/или 2-й и/или 3-й группы в результате Несчастного случая и/или Болезни и/или Естественных причин	0,34	0,6732	8,41
	в том числе:			
	установление 1-й группы инвалидности:	0,03	0,0594	0,73
	в результате несчастного случая	0,01	0,0198	0,25
	в результате болезни	0,02	0,0396	0,50
	в результате естественных причин	0,02	0,0396	0,50
	установление 2-й группы инвалидности:	0,09	0,1782	2,23
	в результате несчастного случая	0,03	0,0594	0,73
	в результате болезни	0,06	0,1188	1,48
	в результате естественных причин	0,06	0,1188	1,48
	установление 3-й группы инвалидности:	0,22	0,4356	5,45
	в результате несчастного случая	0,06	0,1188	1,48
в результате болезни	0,16	0,3168	3,96	
	в результате естественных причин	0,16	0,3168	3,96
3.1.5.	Установление Застрахованному Инвалидности 1-й и/или 2-й и/или 3-й группы в результате ДТП	0,018	0,0357	0,446
	в том числе:			
	установление 1-й группы инвалидности	0,002	0,004	0,050
	установление 2-й группы инвалидности	0,009	0,0178	0,222
	установление 3-й группы инвалидности	0,007	0,0139	0,173

3.1.6.	Установление Застрахованному Инвалидности 1-й и/или 2-й и/или 3-й группы в результате Кораблекрушения и / или Авиакатастрофы и / или Железнодорожной катастрофы	0,003	0,006	0,075
	в том числе:			
	установление 1-й группы инвалидности:	0,001	0,002	0,024
	в результате Кораблекрушения	0,0003	0,0006	0,0075
	в результате Авиакатастрофы	0,0003	0,0006	0,0075
	в результате Железнодорожной катастрофы	0,0003	0,0006	0,0075
	установление 2-й группы инвалидности:	0,001	0,002	0,024
	в результате Кораблекрушения	0,0003	0,0006	0,0075
	в результате Авиакатастрофы	0,0003	0,0006	0,0075
	в результате Железнодорожной катастрофы	0,0003	0,0006	0,0075
	установление 3-й группы инвалидности:	0,001	0,002	0,024
	в результате Кораблекрушения	0,0003	0,0006	0,0075
	в результате Авиакатастрофы	0,0003	0,0006	0,0075
в результате Железнодорожной катастрофы	0,0003	0,0006	0,0075	
3.1.7.	Травматическое (телесное) повреждение, полученное Застрахованным в результате Несчастного случая			
	выплаты согласно Таблице выплат 1А	0,26	0,5148	6,44
	выплаты согласно Таблице выплат 1Б	0,19	0,3762	4,71
	выплаты согласно Таблице выплат 1В	0,11	0,2178	2,72
3.1.8.	Госпитализация Застрахованного в результате Несчастного случая и/или Болезни	0,33	0,6534	8,17
	в том числе:			
	в результате Несчастного случая	0,07	0,1386	1,73
	в результате Болезни	0,26	0,5148	6,44
3.1.9.	Временная утрата Застрахованным общей трудоспособности в результате Несчастного случая и/или Болезни	1,07	2,1186	26,48
	в том числе:			
	в результате Несчастного случая	0,29	0,5742	7,19
	в результате Болезни	0,78	1,5444	19,30
3.1.10.	Установление Застрахованному в течение срока страхования окончательного диагноза одного из Смертельно-опасных заболеваний или проведение Застрахованному одной из Хирургических операций	0,87	1,7226	21,53

Страховые тарифы представлены с применением базовых нагрузок 96%, 50% и 1% в структуре страхового тарифа.

Страховые тарифы подлежат пересчету в соответствии с применяемым по конкретному договору страхования размером нагрузки в пределах величины нагрузки, указанной в структуре тарифных ставок, согласно формуле по применяемой Методике расчета тарифных ставок.

В частности, размер страхового тарифа по определенному страховому риску при сроке страхования 1 год и нагрузке  $i\%$  по конкретному договору страхования может быть рассчитан по следующей формуле:

$$\text{Тар } i = \text{Тар } 96 \times (100 - 96) / (100 - i), \text{ где:}$$

Тар  $i$  - страховой тариф по конкретному риску при нагрузке  $i\%$ ;

Тар 96 - страховой тариф по конкретному риску при нагрузке 96%;

$i$  - доля нагрузки в структуре страхового тарифа по конкретному договору страхования.

## 2. Добровольное медицинское страхование:

Таблица № 2

№ п/п Правил	Наименование страхового риска	Тариф, % (Тбаз)		
		Нагрузка 1 %	Нагрузка 50 %	Нагрузка 96 %
3.1.11.	Возникновение обстоятельств, требующих оказания Медицинских и/или Медико-сервисных услуг Застрахованному при амбулаторном и/или стационарном обследовании и/или лечении			
	в том числе:			
	в соответствии с Условиями медицинских программ №1, №3	0,05	0,099	1,238
	в соответствии с Условиями медицинской программы №2	20,00	39,6	-
	в соответствии с Условиями медицинской программы №4	0,202	0,40	5,0

Страховые тарифы представлены с применением базовых нагрузок 96%, 50% и 1% в структуре страхового тарифа.

Страховые тарифы подлежат пересчету в соответствии с применяемым по конкретному договору страхования размером нагрузки в пределах величины нагрузки, указанной в структуре тарифных ставок, согласно формуле по применяемой Методике расчета тарифных ставок.

В частности, размер страхового тарифа по определенному страховому риску при сроке страхования 1 год и нагрузке  $i\%$  по конкретному договору страхования может быть рассчитан по следующей формуле:

$$\text{Тар } i = \text{Тар } 96 \times (100 - 96) / (100 - i), \text{ где:}$$

Тар  $i$  - страховой тариф по конкретному риску при нагрузке  $i\%$ ;

Тар 96 - страховой тариф по конкретному риску при нагрузке 96%;

$i$  - доля нагрузки в структуре страхового тарифа по конкретному договору страхования.

Страховщик имеет право применять к рассчитанной ставке страхового тарифа повышающие и понижающие коэффициенты в зависимости от различных факторов, влияющих на степень страхового риска.

В частности, к факторам, влияющим на степень страхового риска по данным видам страхования, относятся следующие факторы:

Таблица № 3

№ п/п	Влияние на вероятность наступления страхового случая	Влияние на соотношение страховой выплаты и страховой суммы	Наименование фактора, влияющего на степень страхового риска	Наименование коэффициента	Диапазон значений коэффициента
1	Увеличение/уменьшение	Увеличение/уменьшение	Количество застрахованных	K1	0,05 – 5,00
2	Увеличение/уменьшение	Увеличение/уменьшение	Результатов анализа половозрастной структуры группы лиц, принимаемых на страхование (в случае применения усредненных тарифов)	K2	0,01 – 10,00
3	Увеличение/уменьшение	Увеличение/уменьшение	Опыт (статистические данные) компании по страхованию аналогичных кредитов (по средней страховой сумме, половозрастному составу, численности и т.п.)	K3	0,05 – 5,00
4	Не влияет	Увеличение/уменьшение	Наличие/отсутствие в договоре страхования франшизы	K4	0,10 – 5,00
5	Увеличение/уменьшение	Увеличение/уменьшение	Профессиональная категория;	K5	0,10 – 5,00
6	Увеличение/уменьшение	Увеличение/уменьшение	Наличие/отсутствие командировок;	K6	0,50 – 3,00
7.1	Увеличение	Увеличение	Спорт любительский;	K7	1,01 – 8,00
7.2	Увеличение	Увеличение	Спорт профессиональный;	K7	1,01 – 10,00
8	Увеличение/уменьшение	Увеличение/уменьшение	Образ жизни;	K8	0,30 – 5,00
9	Увеличение/уменьшение	Увеличение/уменьшение	Состояние здоровья (в т.ч. в случае применения усредненных тарифов);	K9	0,50 – 10,00
10	Уменьшение	Уменьшение	Время действия страховой защиты (сокращенные варианты);	K10	0,01 – 0,99
11	Увеличение/уменьшение	Увеличение/уменьшение	Территория страхования;	K11	0,01 – 5,00

12	Увеличение/ уменьшение	Увеличение/ уменьшение	Коэффициент ограничения или расширения страхового покрытия;	K12	0,01 – 10,00
13	Уменьшение	Уменьшение	Применение ограничений в соответствии со Списком болезней	K13	0,50 – 0,99
14	Уменьшение	Уменьшение	Сокращение Списка болезней, Перечня заболеваний и хирургических операций, Списка опасных заболеваний и медицинских манипуляций, Таблиц выплат и т.д.	K14	0,01 – 0,99
15	Увеличение/ уменьшение	Увеличение/ уменьшение	Статистические данные (в том числе предоставленные Клиентом о несчастных случаях/болезнях, а также данные Государственных, общественных и иных статистических органов и пр.)	K15	0,01 – 5,00
16	Уменьшение/увеличение	Уменьшение/увеличение	Перечень медицинских учреждений, предусмотренный договором страхования	K16	0,10 – 2,00
17	Увеличение/ уменьшение	Увеличение/ уменьшение	Иные факторы, влияющие на степень страхового риска	K17	0,01 – 10,00

Фактический страховой тариф по договору страхования при сроке страхования 1 (один) год определяется по формуле:

$T_{\text{факт}} = T_{\text{баз}} \times K1 \times K2 \times K3 \times K4 \times K5 \times K6 \times K7 \times K8 \times K9 \times K10 \times K11 \times K12 \times K13 \times K14 \times K15 \times K16 \times K17$ , где

$T_{\text{факт}}$  – фактический страховой тариф по договору страхования;

$T_{\text{баз}}$  – базовый страховой тариф по договору страхования;

$K_i$  – коэффициент из Таблицы 3.

Приложение № 10 к Правилам добровольного комплексного медицинского страхования и страхования от несчастных случаев и болезней, утвержденным приказом и.о. генерального директора ООО «АльфаСтрахование-Жизнь» Гуде В.Ю. от 17.01.2024 № 08

### Форма Заявления на страховую выплату

Генеральному директору  
ООО «АльфаСтрахование-Жизнь»  
г-ну Слюсарю А.В.

от .....

### Заявление на страховую выплату

(все данные заполняются печатными буквами)

Я, \_\_\_\_\_

(Ф.И.О. заявителя)

являюсь \_\_\_\_\_ по Договору  
(Застрахованным, Выгодоприобретателем, Страхователем, законным представителем, наследником)  
(полису) страхования № \_\_\_\_\_ от « » \_\_\_\_\_ г.

Страховая сумма \_\_\_\_\_

#### Данные заявителя:

Фамилия Имя Отчество: _____	
Дата рождения: _____ день ____ месяц ____ год ____	Место рождения: _____ Неустойчивое <input type="checkbox"/> Банкрот <input type="checkbox"/> Страна рождения: _____ Положительная <input type="checkbox"/> Отрицательная <input type="checkbox"/>
Предполагаемый характер и цели деловых отношений со Страховщиком Документ, удостоверяющий личность Вид _____	Краткосрочное сотрудничество в связи с договором страхования <input type="checkbox"/> Идентификационный номер (укажите) Кем выдан _____ Когда выдан _____
Серия ____ № _____	Код подразделения (при наличии) _____
Гражданство (укажите все страны)	1. _____ 2. _____ 3. _____
Заполняется при отсутствии гражданства РФ: 1. Миграционная карта: 2. Документ, подтверждающий право пребывания в РФ (виза\вид на жительство)	Серия, номер _____ Срок пребывания в РФ с __ по __ Вид документа _____ Серия, номер _____ Срок пребывания (проживания) в РФ с __ по __
ИНН РФ (идентификационный номер налогоплательщика РФ), если имеется Страховой номер индивидуального лицевого счета в системе обязательного пенсионного страхования РФ, если имеется	_____ _____
Адрес места жительства (регистрации) или места пребывания (для отправки корреспонденции)	_____
Телефон	_____
Электронная почта	_____

Сообщаю о событии, произошедшем с Застрахованным лицом:

Событие произошло: “ \_\_\_\_ ” \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_ года.

Прошу рассмотреть возможность страховой выплаты в установленном порядке.

Страховую выплату направить: на расчетный счет получателя выплаты по указанным ниже реквизитам:





Приложение № 11 к Правилам добровольного комплексного медицинского страхования и страхования от несчастных случаев и болезней, утвержденным приказом и.о. генерального директора ООО «АльфаСтрахование-Жизнь» Гуде В.Ю. от 17.01.2024 № 08

**“УТВЕРЖДАЮ”**

ФИО / \_\_\_\_\_ /

По Доверенности № ..... от .....

г. Москва

" \_\_\_\_ " \_\_\_\_\_ 20...г.

**ФОРМА СТРАХОВОГО АКТА №**  
**По Полису страхования (название программы)**  
**№ Полиса/Договора от « » 20..г.**

ООО "АльфаСтрахование - Жизнь" в лице (ФИО убытчика), действующей на основании доверенности (номер и дата доверенности), в связи с проверкой заявления о страховом случае, поступившего от (указывается ФИО Застрахованного/Выгодоприобретателя/Страхователя, составило настоящий страховой акт о нижеследующем:

**Сведения о договоре страхования**

1. Договор страхования (полис страхования): №
2. Страхователь: ФИО, дата рождения
3. Застрахованный: ФИО, дата рождения
4. Выгодоприобретатель: ФИО, дата рождения
5. Получатель платежа: ФИО, дата рождения
6. Срок действия договора страхования:
7. Риски:
8. Страховая сумма:

**Описание происшествия Подтверждение факта наступления страхового случая:**

9. Дата события:
10. Описание события: Кратко указывается обстоятельства события и/или диагноз
11. Сумма заявленных требований:
12. Расчет суммы выплаты по риску:
13. Сумма доп. дохода:
14. Порядок выплаты страхового возмещения: Безналичным платежом

**Реквизиты получателя:**

Согласно заявлению на выплату

15. Назначение платежа:	
-------------------------	--

ФИО \_\_\_\_\_

Должность

По необходимости:

ФИО \_\_\_\_\_

Юридическое управление

ФИО \_\_\_\_\_

Служба безопасности

Приложение № 12 к Правилам добровольного комплексного медицинского страхования и страхования от несчастных случаев и болезней, утвержденным приказом и.о. генерального директора ООО «АльфаСтрахование-Жизнь» Гуде В.Ю. от 17.01.2024 № 08

## УСЛОВИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПРОГРАММЫ № 4

В рамках настоящих Условий Страховщик гарантирует Застрахованному при наступлении Страхового случая, предусмотренного п. 3.1.11 Правил страхования, организацию и оплату Медицинских и/или Медико-сервисных и иных услуг в объеме и порядке, предусмотренными Договором страхования (приложениями к нему) и настоящими Условиями, с учетом исключений и ограничений, предусмотренными Правилами страхования, Договором страхования и настоящими Условиями.

### ОПРЕДЕЛЕНИЯ

**Представитель Страховщика / Исполнитель** – Медицинская / Медико-Сервисная / Сервисная компания, организующая оказание / оказывающая Застрахованному Медицинские, Медико-сервисные и иные услуги.

**Сервис** – Мультисервисный продукт (включающий в себя аппаратно-программные комплексы, алгоритмы, клиентские службы и т.п.), посредством которого Застрахованным предоставляется возможность получения услуг, предусмотренных Программой.

**Программа** – Конфигурация Сервиса (перечень Медицинских и/или Медико-сервисных и иных услуг), предоставляемая Застрахованному, включающая организацию, оказание и рекомендации услуг в соответствии с настоящими Условиями.

**Услуга** – Услуга (Медицинская, Медико-сервисная, иная), доступная для Застрахованного в рамках Программы.

**Квалификационный период** (Период времени, прошедший с момента вступления в силу Договора страхования, в течение которого событие, на случай которого производится страхование, не будет рассматриваться как страховой случай) – Если иное не предусмотрено Договором страхования, то Квалификационный период устанавливается на срок 3 месяца в отношении Услуг «Организация лечения Застрахованного в связи с впервые диагностированным онкологическим заболеванием», «Медицинская реабилитация Застрахованного после впервые перенесенного инфаркта миокарда», «Медицинская реабилитация Застрахованного после впервые перенесенного инсульта».

## 1. ОБЪЕМ ПРЕДОСТАВЛЯЕМЫХ УСЛУГ И ПОКРЫВАЕМЫЕ РАСХОДЫ

### 1.1. Информационные услуги в режиме 24/7

- 1.1.1. Персональные рекомендации на основании пользовательского опыта (анамнеза) Застрахованного.
- 1.1.2. Информационная поддержка Застрахованного по работе Сервиса и Программе:
  - 1.1.2.1. информирование о статусе Программы;
  - 1.1.2.2. информирование порядке регистрации Застрахованного;
  - 1.1.2.3. помощь в регистрации Застрахованного для получения Сервиса;
  - 1.1.2.4. информирование о периоде получения доступа к Сервису.
- 1.1.3. Содействие в получении доступа к Сервису.
- 1.1.4. Помощь в решении других вопросов в рамках Программы.

### 1.2. Организация лечения в связи с впервые диагностированным онкологическим заболеванием.

1.2.1. Услуга включает организацию предоставления Медицинских и/или Медико-сервисных услуг (далее – Услуги) при необходимости лечения онкологических заболеваний (заболевания согласно Международной классификации болезней, входящие в рубрики «Злокачественные новообразования», «Новообразования in situ», за исключением рака кожи (не включая меланому), опухолей, которые гистологически диагностированы как предраковые, онкологических заболеваний на фоне вируса человеческого иммунодефицита (ВИЧ)), (далее – Диагноз по онкологическому заболеванию), впервые диагностированных у Застрахованного специалистом любой медицинской организации в период срока действия договора страхования и подтвержденных заключением специалиста-онколога и гистологическими исследованиями. Лечение проводится по назначению лечащего врача (далее – Лечащий врач) Медицинской организации, выбранной согласно п. 1.2.4 настоящих Условий (далее – Организация), в объеме, предусмотренном п. 1.2.3. настоящих Условий.

1.2.2. Основание для получения Услуг – впервые поставленный Застрахованному Диагноз по онкологическому заболеванию, подтвержденному, заключением специалиста-онколога и гистологическими исследованиями любой медицинской организации. Проверка Страховщиком / Исполнителем соответствия события, имеющего признаки страхового случая, условиям Программы для получения Застрахованным Услуг производится в порядке, определенном п. 3.2.5.2 настоящих Условий.

1.2.3. Перечень Услуг, оказываемых при постановке Застрахованному Диагноза по онкологическому заболеванию:

- 1.2.3.1. Медицинская транспортировка Застрахованного и одного сопровождающего к поставщику медицинских услуг (в Организацию и/или между Организациями), за исключением санитарной авиации.
- 1.2.3.2. Медицинские Услуги и лечение, включая:
  - 1.2.3.2.1. консультации Лечащего врача;
  - 1.2.3.2.2. консультации врачей, лабораторные и инструментальные исследования;
  - 1.2.3.2.3. физиотерапию;
  - 1.2.3.2.4. хирургическое (включая услуги анестезиолога) и консервативное лечение, в том числе химио-, физио-, гормоно-, иммуно- и лучевую терапию;
  - 1.2.3.2.5. пребывание в блоке интенсивной терапии, реанимационные мероприятия;
  - 1.2.3.2.6. пребывание в стационаре с целью диагностического обследования, включая проведение диагностического обследования в случае, если по прибытию на лечение в выбранную Исполнителем Организацию, изначальный диагноз опровергается;

1.2.3.2.7. лекарственные препараты и другие средства, необходимые для лечения;

1.2.3.2.8. пребывание в одно- или двухместных палатах, но не более 30 (тридцати) календарных дней, питание и медицинское обслуживание медицинским персоналом, в том числе послеоперационный индивидуальный медицинский пост, но не более 8 (восьми) календарных дней;

1.2.3.2.9. сестринский уход на дому на сумму не более 100 000 (ста тысяч) российских рублей;

1.2.3.2.10. лечение сопутствующих заболеваний на сумму не более 600 000 (шестисот тысяч) российских рублей.

При этом под «сопутствующими заболеваниями» понимаются заболевания/медицинские состояния, возникшие в период основного медицинского лечения, непосредственно вытекающие из него, что должно быть подтверждено в письменной форме Лечащим врачом.

1.2.3.3. Сервисные Услуги и Услуги сопровождения, связанные с организацией медицинской помощи Застрахованному.

1.2.3.4. Экспертиза временной нетрудоспособности.

1.2.3.5. Предоставление различной медицинской документации.

1.2.3.6. Оплата билета эконом-класса для Застрахованного и одного сопровождающего лица, встреча в аэропорту, авто- и железнодорожном вокзале и перевозка на машине скорой помощи (в случае медицинской необходимости) или на такси до отеля или в медицинское учреждение, где лечение будет выполнено.

1.2.3.7. Проживание Застрахованного и одного сопровождающего лица: проживание в гостинице (3 или 4 звезды) оплачивается, включая завтрак и услуги, включенные в стоимость номера для Застрахованного и его сопровождающего лица. Выбор отеля производится с учетом доступности и близости к медицинскому учреждению или Лечащему врачу.

1.2.3.8. Транспортировка в Организацию: транспортировка Застрахованного и сопровождающего лица на такси из отеля и обратно при необходимости нескольких посещений Организаций во время лечения.

1.2.4. Услуга доступна только на территории РФ по адресам местонахождения Организаций. Организацию для оказания Услуги Застрахованному выбирает Исполнитель без согласования с Застрахованным/представителем Застрахованного. Территориальная доступность Услуги уточняется в Личном кабинете или по телефону горячей линии.

1.2.5. Количество доступных Застрахованному обращений за Услугой в течение срока действия Договора страхования не ограничено.

1.2.6. Выдача Застрахованному денежных средств в виде наличных платежных/денежных средств или безналичного перевода Программой не предусмотрена и не осуществляется.

1.2.7. Методы лечения, объем медицинских Услуг, варианты медицинского вмешательства определяются Лечащим врачом Застрахованного в Организации. Медицинские и иные услуги, не назначенные Лечащим врачом, либо не являющиеся необходимыми с медицинской точки зрения для лечения онкологического заболевания, диагностированного у Застрахованного в период действия Договора страхования и подтвержденного гистологическими исследованиями и заключением врача любой медицинской организации, лекарственные средства или средства ухода за Застрахованным без медицинских показаний, а также лечение Застрахованного сверх страховой суммы, установленной по Договору страхования, не входят в Программу и оплачиваются/приобретаются Застрахованным/представителем Застрахованного самостоятельно. Медицинские услуги, необходимость оказания которых возникла в связи с нарушением Застрахованным рекомендаций Лечащего врача, правил и распорядка при нахождении на лечении в Организации, оплачиваются Застрахованным/представителем Застрахованного самостоятельно.

### **1.3. Медицинская реабилитация после впервые перенесенного инфаркта миокарда.**

1.3.1. Услуга включает организацию и оплату кардиологической реабилитации (не включая хирургию) после впервые перенесенного Застрахованным в период действия Договора страхования инфаркта миокарда (заболевания согласно Международной классификации болезней из рубрики «Ишемическая болезнь сердца»), диагностированного у Застрахованного специалистом любой медицинской организации в период действия Договора страхования и подтвержденных заключением врача-кардиолога (далее – Инфаркт миокарда). Лечение проводится по назначению лечащего врача (далее – Лечащий врач) Медицинской организации, выбранной согласно п. 1.3.5 настоящих Условий (далее – Организация), в объеме, предусмотренном п. 1.3.4 настоящих Условий. Застрахованный обязан неукоснительно соблюдать рекомендации врача, предусмотренные в заключении, полученном в любой медицинской организации, с целью уменьшения последствий заболевания.

1.3.2. Основание для оказания Услуг – впервые перенесенный Застрахованным Инфаркт миокарда, что подтверждается заключением врача любой медицинской организации. Проверка Страховщиком / Исполнителем соответствия события, имеющего признаки страхового случая, условиям Программы для получения Застрахованным Услуг производится в порядке, определенном п. 3.2.5.2 настоящих Условий.

1.3.3. Объем медицинских Услуг определяется и оказывается в объеме и исходя из назначений Лечащего врача Организации.

1.3.4. Перечень Услуг, оказываемых Исполнителем по назначению Лечащего врача Застрахованному:

1.3.4.1. Медицинская транспортировка Застрахованного и одного сопровождающего к поставщику медицинских услуг (в Организацию и/или между Организациями), за исключением санитарной авиации.

1.3.4.2. Медицинские Услуги и лечение (амбулаторно или в условиях стационара), включая, но не ограничиваясь:

1.3.4.2.1. консультации Лечащего врача;

1.3.4.2.2. консультации врачей, лабораторные и инструментальные исследования;

1.3.4.2.3. лечебные манипуляции и процедуры;

1.3.4.2.4. реабилитационно-восстановительное лечение: лечебная физкультура (ЛФК); массаж; физиотерапия; велоэргометрия, беговая дорожка и т.д.

1.3.4.2.5. медикаментозную реабилитацию (лекарственные препараты и другие средства, необходимые для лечения);

1.3.4.2.6. психологическая и социальная реабилитация: консультации психотерапевта/психолога и проведение соответствующих психотерапевтических мероприятий;

1.3.4.2.7. послеоперационный индивидуальный медицинский пост по медицинским показаниям, не более 8 (восьми) календарных дней;

1.3.4.2.8. пребывание в одно- или двухместной палате стационара, включая питание и медицинское обслуживание медицинским персоналом; пребывание в палате интенсивной терапии; пребывание в кардиологическом и кардиореабилитационном отделении;

1.3.4.2.9. сестринский уход на дому на сумму не более 100 000 (ста тысяч) российских рублей;

1.3.4.2.10. лечение сопутствующих заболеваний на сумму не более 600 000 (шестисот тысяч) российских рублей.

При этом под «сопутствующими заболеваниями» понимаются заболевания/медицинские состояния, возникшие в период основного медицинского лечения, непосредственно вытекающие из него, что должно быть подтверждено в письменной форме Лечащим врачом.

1.3.4.3. Сервисные Услуги и Услуги сопровождения, связанные с организацией медицинской помощи Застрахованному.

1.3.4.4. Экспертиза временной нетрудоспособности.

1.3.4.5. Предоставление различной медицинской документации.

1.3.4.6. Оплата билета эконом-класса для Застрахованного и одного сопровождающего лица, встреча в аэропорту, авто- и железнодорожном вокзале и перевозка на машине скорой помощи (в случае медицинской необходимости) или на такси до отеля или в медицинское учреждение, где лечение будет выполнено.

1.3.4.7. Проживание Застрахованного и одного сопровождающего лица: проживание в гостинице (3 или 4 звезды) оплачивается, включая завтрак и услуги, включенные в стоимость номера для Застрахованного и его сопровождающего лица. Выбор отеля производится с учетом доступности и близости к медицинскому учреждению или Лечащему врачу.

1.3.4.8. Транспортировка в медицинскую организацию: транспортировка Застрахованного и сопровождающего лица на такси из отеля и обратно при необходимости нескольких посещений медицинских организаций во время проведения реабилитации.

1.3.5. Услуга доступна только на территории РФ по адресам местонахождения Организаций. Организацию для оказания Услуги Застрахованному выбирает Исполнитель без согласования с Застрахованным/представителем Застрахованного. Территориальная доступность Услуги уточняется в Личном кабинете или по телефону горячей линии.

1.3.6. Количество доступных Застрахованному обращений за Услугой в течение срока действия Договора страхования не ограничено.

1.3.7. Выдача Застрахованному денежных средств в виде наличных платежных/денежных средств или безналичного перевода Программой не предусмотрена и не осуществляется. Стоимость отдельных медицинских Услуг определяется розничным прейскурантом на услуги Организации, действительным на день обращения Застрахованного за Услугой.

1.3.8. При необходимости прохождения реабилитации в условиях стационара, категория палаты и другие условия размещения в стационаре определяются Исполнителем без согласования с Застрахованным /представителем Застрахованного.

1.3.9. Методы реабилитации, объем Услуг, варианты медицинского вмешательства определяются Лечащим врачом в Организации. Медицинские и иные услуги, не назначенные Лечащим врачом, либо не являющиеся необходимыми с медицинской точки зрения для реабилитации, лекарственные средства или средства ухода за Застрахованным без медицинских показаний, а также лечение Застрахованного сверх страховой суммы, установленной по Договору страхования, не входят в Программу и оплачиваются/приобретаются Застрахованным /представителем Застрахованного самостоятельно. Медицинские услуги, необходимость оказания которых возникла в связи с нарушением Застрахованным рекомендаций Лечащего врача, правил и распорядка при нахождении на реабилитации в Организации, оплачиваются Застрахованным/представителем Застрахованного самостоятельно.

#### **1.4. Медицинская реабилитация после впервые перенесенного инсульта.**

1.4.1. Услуга включает организацию и оплату нейрореабилитации (не включая хирургию) после впервые перенесенного Застрахованным в период действия Договора страхования инсульта (заболевания согласно Международной классификации болезней из рубрики «Цереброваскулярные болезни»), диагностированного у Застрахованного специалистом любой медицинской организации в период действия Договора страхования и подтвержденных заключением врача-невролога (далее – Инсульт). Лечение проводится по назначению лечащего врача (далее – Лечащий врач) Медицинской организации, выбранной согласно п. 1.4.5 настоящих Условий (далее – Организация), в объеме, предусмотренном п. 1.4.4 настоящих Условий. Застрахованный обязан неукоснительно соблюдать рекомендации врача, предусмотренные в заключении, полученном в любой медицинской организации, с целью уменьшения последствий заболевания.

1.4.2. Основание для оказания Услуги – перенесенный Застрахованным Инсульт, что подтверждается заключением врача любой медицинской организации. Проверка Страховщиком / Исполнителем соответствия события, имеющего признаки страхового случая, условиям Программы для получения Застрахованным Услуг производится в порядке, определенном п. 3.2.5.2 настоящих Условий.

1.4.3. Объем медицинских Услуг определяется и оказывается в объеме и исходя из назначений Лечащего врача Организации.

1.4.4. Перечень медицинских Услуг, оказываемых Исполнителем по назначению Лечащего врача Застрахованному:

1.4.4.1. Медицинская транспортировка Застрахованного и одного сопровождающего к поставщику медицинских услуг (в Организацию и/или между Организациями), за исключением санитарной авиации.

1.4.4.2. Медицинские Услуги и лечение (амбулаторно или в условиях стационара), включая, но не ограничиваясь:

1.4.4.2.1. консультации Лечащего врача;

1.4.4.2.2. консультации врачей Организации;

1.4.4.2.3. лабораторные и инструментальные исследования;

1.4.4.2.4. лечебные манипуляции и процедуры;

1.4.4.2.5. реабилитационно-восстановительное лечение: кинезитерапия, дыхательная гимнастика, эрготерапия, физиотерапия, массаж, рефлексотерапия и т.д.

- 1.4.4.2.6. медикаментозную реабилитацию (лекарственные препараты и другие средства, необходимые для лечения);
- 1.4.4.2.7. речевая реабилитация (при необходимости);
- 1.4.4.2.8. занятия по тренировке когнитивных функций;
- 1.4.4.2.9. подбор ортезов, костылей, ходунков, кресел-колясок, приспособлений для приема пищи, мытья и пр., обучение пользованию вспомогательными приспособлениями;
- 1.4.4.2.10. психологическая и социальная реабилитация: консультации психотерапевта/психолога и проведение соответствующих психотерапевтических мероприятий;
- 1.4.4.2.11. послеоперационный индивидуальный медицинский пост по медицинским показаниям, не более 8 (восьми) календарных дней;
- 1.4.4.2.12. пребывание в одно- или двухместной палате стационара, включая питание и медицинское обслуживание медицинским персоналом;
- 1.4.4.2.13. сестринский уход на дому на сумму не более 100 000 (ста тысяч) российских рублей;
- 1.4.4.2.14. лечение сопутствующих заболеваний на сумму не более 600 000 (шестисот тысяч) российских рублей.

При этом под «сопутствующими заболеваниями» понимаются заболевания/медицинские состояния, возникшие в период основного медицинского лечения, непосредственно вытекающие из него, что должно быть подтверждено в письменной форме Лечащим врачом.

- 1.4.4.3. Сервисные Услуги и Услуги сопровождения, связанные с организацией медицинской помощи Застрахованному.
- 1.4.4.4. Экспертиза временной нетрудоспособности.
- 1.4.4.5. Предоставление различной медицинской документации.
- 1.4.4.6. Оплата билета эконом-класса для Застрахованного и одного сопровождающего лица, встреча в аэропорту, авто- и железнодорожном вокзале и перевозка на машине скорой помощи (в случае медицинской необходимости) или на такси до отеля или в медицинское учреждение, где лечение будет выполнено.
- 1.4.4.7. Проживание Застрахованного и одного сопровождающего лица: проживание в гостинице (3 или 4 звезды) оплачивается, включая завтрак и услуги, включенные в стоимость номера для Застрахованного и его сопровождающего лица. Выбор отеля производится с учетом доступности и близости к медицинскому учреждению или Лечащему врачу.
- 1.4.4.8. Транспортировка в медицинскую организацию: транспортировка Застрахованного и сопровождающего лица на такси из отеля и обратно при необходимости нескольких посещений медицинских организаций во время проведения реабилитации.

1.4.5. Услуга доступна только на территории РФ по адресам местонахождения Организаций. Организацию для оказания Услуги Застрахованному выбирает Исполнитель без согласования с Застрахованным /представителем Застрахованного. Территориальная доступность Услуги уточняется в Личном кабинете или по телефону горячей линии.

1.4.6. Количество доступных Застрахованному обращений за Услугой в течение срока действия Договора страхования не ограничено.

1.4.7. Выдача Застрахованному денежных средств в виде наличных платежных/денежных средств или безналичного перевода Программой не предусмотрена и не осуществляется. Стоимость отдельных медицинских Услуг определяется розничным прейскурантом на услуги Организации, действительным на день обращения Застрахованного за Услугой.

1.4.8. При необходимости прохождения реабилитации в условиях стационара, категория палаты и другие условия размещения в стационаре определяются Исполнителем без согласования с Застрахованным/представителем Застрахованного.

1.4.9. Методы реабилитации, объем медицинских Услуг, варианты медицинского вмешательства определяются Лечащим врачом Застрахованного в Организации. Медицинские и иные услуги, не назначенные Лечащим врачом, либо не являющиеся необходимыми с медицинской точки зрения для реабилитации, лекарственные средства или средства ухода за Застрахованным без медицинских показаний, а также лечение Застрахованного сверх страховой суммы, установленной по Договору страхования, не входят в Программу и оплачиваются/приобретаются Застрахованным/представителем Застрахованного самостоятельно. Медицинские услуги, необходимость оказания которых возникла в связи с нарушением Застрахованным рекомендаций Лечащего врача, правил и распорядка при нахождении на реабилитации в Организации, оплачиваются Застрахованным/представителем Застрахованного самостоятельно.

## **1.5. Дистанционные консультации дежурного врача**

- 1.5.1. Перечень врачей, которыми может быть оказана Услуга: терапевт.
- 1.5.2. Способ получения Услуги – аудиоконсультация, чат и/или видеоконсультация. Доступность способов получения Услуги уточняется по телефону или в Личном кабинете Застрахованного.
- 1.5.3. Количество консультаций, доступных в течение срока действия Договора страхования – неограниченное количество консультаций.
- 1.5.4. Территориальные ограничения для оказания Услуги отсутствуют.
- 1.5.5. Основание для оказания Услуги:
  - 1.5.5.1. случаи, не требующие очного осмотра (легкие заболевания или недомогания);
  - 1.5.5.2. уточняющие вопросы после очного визита медицинского специалиста (в том числе по схеме приема лекарств, назначениям, дополнительным обследованиям);
  - 1.5.5.3. вопросы, касающиеся пояснения результатов лабораторных исследований и инструментальной диагностики;
  - 1.5.5.4. вопросы по оказанию первичной медицинской помощи.
- 1.5.6. Застрахованному предоставляются медицинские консультации по всем вопросам, за исключением:
  - 1.5.6.1. вопросов, по которым врач не может сформировать свое профессиональное мнение ввиду технической невозможности произвести осмотр и иные манипуляции с Застрахованным дистанционным способом;
  - 1.5.6.2. вопросов, для которых необходимо получение дополнительной информации (результатов осмотров, анализов и пр.) при ее отсутствии.

1.5.7. Услуга включает:

1.5.7.1. консультации по состоянию и профилактике здоровья, а также оказанию медицинской помощи при легких заболеваниях или недомогании (под легкими заболеваниями и недомоганиями понимаются состояния здоровья Застрахованного, симптомы которых свидетельствуют об ухудшении состояния здоровья, но не требуют оказания экстренной медицинской помощи);

1.5.7.2. составление индивидуального плана лабораторных исследований в соответствии с п.1.9.1 настоящих Условий, в том числе исследований, направленных на выявление наличия/ отсутствия у Застрахованного онкологических и/или сердечно-сосудистых заболеваний;

1.5.7.3. консультации по назначенному лечению и необходимым дополнительным обследованиям;

1.5.7.4. оценку результатов обследования, разъяснения по ранее установленному диагнозу;

1.5.7.5. консультации по подготовке к обследованию;

1.5.7.6. консультации по медикаментам и особенностям приема препарата без назначения;

1.5.7.7. помощь в выборе узкопрофильного специалиста по симптомам и жалобам;

1.5.7.8. подготовку заключения, носящего рекомендательный характер для Застрахованного.

1.5.8. Застрахованный/представитель Застрахованного во время проведения консультации предоставляет врачу информацию о диагнозах Застрахованного, перенесенных им заболеваниях, известных ему аллергических реакциях, противопоказаниях, пересылает врачу фото/скан-копии необходимых медицинских документов через Личный кабинет Застрахованного.

1.5.9. Во время проведения телемедицинской консультации, в том числе при установлении необходимости проведения очной консультации других специалистов и диагностических обследований, врач информирует Застрахованного/представителя Застрахованного о специалистах, к которым рекомендовано обратиться, а также о рекомендуемых методах диагностики, лечения, связанных с ними рисках, их последствиях и ожидаемых результатах, и предоставляет иную информацию.

1.5.10. По результатам телемедицинской консультации врачом составляется письменная рекомендация (заключение) для Застрахованного, которая размещается и хранится в Личном кабинете Застрахованного. Все медицинские рекомендации (заключения) подписываются усиленной квалифицированной электронной подписью врача, подлинность которой можно проверить на сайте Госуслуг (<https://www.gosuslugi.ru/pgu/eds>). Заключение врача носит рекомендательный характер и не заменяет очную консультацию, целью заключения не является постановка диагноза, назначение обследования и лечения.

#### **1.6. Услуга «Медюрист».**

1.6.1. Перечень специалистов, которыми может быть оказана Услуга: юрист.

1.6.2. Способ получения Услуги – аудиоконсультация, чат и/или видеоконсультация. Доступность способов получения Услуги уточняется по телефону горячей линии или в Личном кабинете Застрахованного.

1.6.3. Количество доступных консультаций, доступных в период действия Договора страхования – 5 (пять) консультаций.

1.6.4. Основание для оказания Услуги:

1.6.4.1. обращение Застрахованного/ представителя Застрахованного за Услугой. Для предоставления наиболее полной и объективной консультации юрист может запросить у Застрахованного любые документы/ материалы, в том числе медицинские, касающиеся обращения Застрахованного.

1.6.5. Услуга включает:

1.6.5.1. информирование о правах Застрахованного в рамках обязательного медицинского страхования (консультации по вопросам действующего законодательства России, связанным с получением бесплатной медицинской помощи);

1.6.5.2. навигацию по медицинским квотам и льготам на бесплатное лечение в лечебно-профилактических учреждениях, отвечающих запросу Застрахованного.

1.6.6. Застрахованный/представитель Застрахованного обязан предоставить юристу всю информацию, имеющую отношение к сути запроса Застрахованного на оказание Услуги, и переслать юристу фото/скан-копии необходимых документов через Личный кабинет Застрахованного.

1.6.7. При установлении необходимости проведения консультации других специалистов юрист информирует Застрахованного/представителя Застрахованного о специалистах, к которым рекомендовано обратиться и предоставляет иную сопутствующую информацию.

1.6.8. Выбор специализации юриста для оказания Услуги осуществляется Организацией, оказывающей Услугу, в соответствии со сложностью и спецификой обращения, по которому осуществлен запрос на оказание Услуги.

1.6.9. Услуга предоставляется только в интересах физического лица.

1.6.10. Все консультации носят рекомендательный характер и не являются обязательным руководством к действию при решении вопроса Застрахованного.

#### **1.7. Дистанционная консультация психотерапевта.**

1.7.1. Перечень врачей, которыми может быть оказана Услуга: психотерапевт.

1.7.2. Способ получения Услуги – аудиоконсультация, чат и/или видеоконсультация. Доступность способов получения Услуги уточняется по телефону горячей линии или в Личном кабинете Застрахованного.

1.7.3. Территориальные ограничения для оказания Услуги отсутствуют.

1.7.4. Длительность консультации – не более 60 (шестидесяти) минут.

1.7.5. Количество доступных консультаций, доступных в период действия Договора страхования – 5 (пять) консультаций.

1.7.6. Основание для оказания Услуги – обращение Застрахованного за Услугой в порядке, определенном п. 3.3.1 настоящих Условий.

1.7.7. Застрахованному предоставляются медицинские консультации по всем вопросам, за исключением:

1.7.7.1. вопросов, по которым врач не может сформировать свое профессиональное мнение ввиду технической невозможности произвести осмотр и иные манипуляции с Застрахованным дистанционным способом;

1.7.7.2. вопросов, для которых необходимо получение дополнительной информации (результатов осмотров, анализов и пр.) при ее отсутствии.

1.7.8. Услуга включает:

1.7.8.1. медицинское сопровождение пациентов с хроническими заболеваниями (корректировка лечения, рекомендации по дополнительному плану обследования и т.д.);

1.7.8.2. консультации по назначенному лечению и необходимым дополнительным обследованиям;

1.7.8.3. оценку результатов обследования, разъяснения по ранее установленному диагнозу;

1.7.8.4. консультации по медикаментам и схеме их приема.

1.7.9. Застрахованный/представитель Застрахованного во время проведения консультации предоставляет врачу информацию о диагнозах Застрахованного, перенесенных им заболеваниях, известных ему аллергических реакциях, противопоказаниях, пересылает врачу фото/скан-копии необходимых медицинских документов через Личный кабинет Застрахованного.

1.7.10. Во время проведения телемедицинской консультации, в том числе при установлении необходимости проведения очной консультации других специалистов и диагностических обследований, врач информирует Застрахованного/представителя Застрахованного о специалистах, к которым рекомендовано обратиться, а также о рекомендуемых методах диагностики, лечения, связанных с ними рисках, их последствиях и ожидаемых результатах, и предоставляет иную информацию.

1.7.11. По результатам телемедицинской консультации врачом составляется письменная рекомендация (заключение) для Застрахованного, которая размещается и хранится в Личном кабинете Застрахованного. Все медицинские рекомендации (заключения) подписываются усиленной квалифицированной электронной подписью врача, подлинность которой можно проверить на сайте Госуслуг (<https://www.gosuslugi.ru/pgu/eds>). Заключение врача носит рекомендательный характер и не заменяет очную консультацию, целью заключения не является постановка диагноза, назначение обследования и лечения.

## **1.8. Дистанционные консультации узкопрофильных врачей.**

1.8.1. Перечень врачей профильной специальности, которыми может быть оказана Услуга: уролог-андролог, невролог, гинеколог, оториноларинголог, дерматолог и прочие. Полный перечень врачей, информация о врачах, предоставляющих Услугу, их профессиональное образование, квалификации и прочее размещены в Личном кабинете Застрахованного.

1.8.2. Способ получения Услуги – аудиоконсультация, чат и/или видеоконсультация. Доступность способов получения Услуги уточняется по телефону горячей линии или в Личном кабинете Застрахованного.

1.8.3. Количество доступных консультаций, доступных в период действия Договора страхования – 5 (пять) консультаций.

1.8.4. Услуга оказывается по предварительной записи в рамках графика работы врача, выбранного для оказания Услуги.

1.8.5. Длительность консультации – не более 30 (Тридцати) минут.

1.8.6. Основание для оказания Услуги – наличие заключения врача, выданного по итогам консультации, оказанной согласно п.п. 1.5, 1.8 настоящих Условий, содержащего указание на необходимость получения Застрахованным Услуги. Срок действия направления врача – 14 (Четырнадцать) календарных дней. Предоставление Застрахованным/представителем Застрахованного назначения врача обязательно для получения Услуги.

1.8.7. Застрахованному предоставляются медицинские консультации по всем вопросам, за исключением:

1.8.7.1. вопросов, по которым врач не может сформировать свое профессиональное мнение ввиду технической невозможности произвести осмотр и иные манипуляции с Застрахованным дистанционным способом;

1.8.7.2. вопросов, для которых необходимо получение дополнительной информации (результатов осмотров, анализов и пр.) при ее отсутствии.

1.8.8. Услуга включает:

1.8.8.1. медицинское сопровождение пациентов с хроническими заболеваниями (корректировка лечения, рекомендации по дополнительному плану обследования и так далее);

1.8.8.2. консультации по назначенному лечению и необходимым дополнительным обследованиям;

1.8.8.3. оценку результатов обследования, разъяснения по ранее установленному диагнозу;

1.8.8.4. консультации по медикаментам и схеме их приема.

1.8.9. Застрахованный/представитель Застрахованного во время проведения консультации предоставляет врачу информацию о диагнозах Застрахованного, перенесенных им заболеваниях, известных ему аллергических реакциях, противопоказаниях, пересылает врачу фото/скан-копии необходимых медицинских документов через Личный кабинет Застрахованного.

1.8.10. Во время проведения телемедицинской консультации, в том числе при установлении необходимости проведения очной консультации других специалистов и диагностических обследований, врач информирует Застрахованного/представителя Застрахованного о специалистах, к которым рекомендовано обратиться, а также о рекомендуемых методах диагностики, лечения, связанных с ними рисках, их последствиях и ожидаемых результатах, и предоставляет иную информацию.

1.8.11. По результатам телемедицинской консультации врачом составляется письменная рекомендация (заключение) для Застрахованного, которая размещается и хранится в Личном кабинете Застрахованного. Все медицинские рекомендации (заключения) подписываются усиленной квалифицированной электронной подписью врача, подлинность которой можно проверить на сайте Госуслуг (<https://www.gosuslugi.ru/pgu/eds>). Заключение врача носит рекомендательный характер и не заменяет очную консультацию, целью заключения не является постановка диагноза, назначение обследования и лечения.

## **1.9. Лабораторные исследования.**

1.9.1. Услуга включает проведение любых лабораторных исследований, назначенных врачом по итогам консультации, оказанной в рамках п. 1.5 настоящих Условий, (включая забор крови и/или другого биоматериала) на общую сумму не более 5000 (пяти тысяч) российских рублей.

1.9.2. Услуга доступна по адресам местонахождения Организаций. Территориальная доступность Услуги уточняется по телефону горячей линии или в Личном кабинете Застрахованного.

1.9.3. Количество обращений в период действия Договора страхования – 1 (одно) обращение.

1.9.4. Основание для оказания Услуги – обращение Застрахованного за Услугой в порядке, определенном п. 3.4.1 настоящих Условий, а так же наличие заключения врача, содержащего указание на необходимость получения Застрахованным Услуги и выданного по итогам консультации, оказанной согласно п. 1.5 настоящих Условий. Срок действия направления врача – 14 (Четырнадцать) календарных дней. Предоставление Застрахованным/представителем Застрахованного назначения врача обязательно для получения Услуги.

1.9.5. Стоимость лабораторных исследований определяется розничным прейскурантом на услуги Организации, действительным на день обращения Застрахованного за Услугой. Выдача Застрахованному денежных средств в виде наличных платежных/денежных средств или безналичного перевода Программой не предусмотрена и не осуществляется.

1.9.6. Лабораторные исследования, превышающие по стоимости размер страховой суммы (остатка страховой суммы), установленной по Договору страхования, оплачиваются Застрахованным/представителем Застрахованного самостоятельно.

#### **1.10. Лекарственный навигатор.**

1.10.1. Способ получения Услуги – аудиоконсультация.

1.10.2. Количество обращений за Услугой, доступное в период действия Договора страхования – неограниченное количество обращений.

1.10.3. Территориальная доступность Услуги уточняется в Личном кабинете или по телефону горячей линии.

1.10.4. Основание для оказания Услуги – обращение Застрахованного за Услугой в порядке, определенном п. 3.5.1 настоящих Условий.

1.10.5. Услуга включает:

1.10.5.1. анализ назначенного Застрахованному препарата на предмет действующих веществ;

1.10.5.2. помощь в подборе медицинских препаратов с аналогичными действующими веществами (препаратов-синонимов) по более низкой цене или в случае отсутствия назначенного препарата в аптеках в момент обращения Застрахованного/представителя Застрахованного за Услугой;

1.10.5.3. консультирование о формах выпуска лекарственных препаратов, способах их применения, рекомендуемых условия хранения, показаниях и противопоказаниях к применению, а также побочных действиях препарата;

1.10.5.4. проверку наличия лекарственного препарата в списке забронированных;

1.10.5.5. поиск необходимых Застрахованному аптечных товаров, проверку их наличия в ближайших аптеках, бронирование, организацию доставки в ближайший к Застрахованному/представителю Застрахованного пункт выдачи (при доступности сервиса по месту присутствия Застрахованного/представителя Застрахованного).

1.10.6. Все расходы, связанные с непосредственным приобретением аптечных товаров и их доставкой, оплачиваются Застрахованным/представителем Застрахованного самостоятельно и не включены в Программу.

1.10.7. При организации Услуги Исполнитель не несет ответственность за качество и возможность приобретения Застрахованным/представителем Застрахованного аптечных товаров. У Застрахованного/представителя Застрахованного должны быть в наличии все документы, необходимые для приобретения аптечного товара (при необходимости).

1.10.8. Все консультации носят рекомендательный характер и не являются обязательным руководством к действию при решении вопроса Застрахованного.

#### **1.11. Медицинский навигатор.**

1.11.1. Способ получения Услуги – аудиоконсультация.

1.11.2. Количество обращений за Услугой, доступное в период действия Договора страхования – неограниченное количество обращений.

1.11.3. Территориальная доступность Услуги уточняется в Личном кабинете или по телефону горячей линии.

1.11.4. Основание для оказания Услуги – обращение Застрахованного за Услугой в порядке, определенном п. 3.5.1 настоящих Условий.

1.11.5. Услуга включает:

1.11.5.1. предоставление информации о лечебно-профилактических учреждениях, отвечающих запросу Застрахованного, наличии специалистов, перечне оказываемых услуг, уровне сервиса, технической оснащенности, стоимости услуг;

1.11.5.2. подбор медучреждения для прохождения обследования или лечения в соответствии со спецификой заболевания;

1.11.5.3. организацию записи на прием врача профильной специальности в клинике, на диагностическое обследование, на проведение медицинских манипуляций, операций и процедур со скидкой за наличный расчет Застрахованного при наличии такой возможности в клинике.

1.11.6. Все расходы, связанные с непосредственным медицинским обслуживанием, оплачиваются Застрахованным/представителем Застрахованного самостоятельно и не включены в Программу.

1.11.7. При организации Услуги Исполнитель не несет ответственность за прием лечебным учреждением Застрахованного и оказание ему медицинских услуг.

1.11.8. Все консультации носят рекомендательный характер и не являются обязательным руководством к действию при решении вопроса Застрахованного.

## 2. ИСКЛЮЧЕНИЯ ИЗ СТРАХОВОГО ПОКРЫТИЯ

### 2.1. В дополнение к исключениям из страхового покрытия, указанным в Правилах страхования, настоящими Условиями не предусмотрены следующие Медицинские и/или Медико-сервисные и иные услуги (расходы на них):

2.1.1. Услуги и расходы на них, связанные со всеми заболеваниями и состояниями, не предусмотренными настоящими Условиями и не перечисленные в Разделе 1 настоящих Условий;

2.1.2. Любые расходы, связанные со всеми заболеваниями, травмами, состояниями, полученными в результате войны, террористических актов, сейсмических движений, волнений, мятежей, наводнений, извержений вулкана, а также в связи с прямыми и косвенными последствиями ядерной реакции и другими необычными либо катастрофическими явлениями, а также в связи с официально объявленными эпидемиями;

2.1.3. Любые расходы, необходимость которых вызвана алкоголизмом, наркозависимостью и/или интоксикациями, связанными со злоупотреблением алкоголя и/или использованием психотропных, наркотических или галлюциногенных препаратов. К исключениям также относятся состояния и заболевания, причиной которых является попытка совершения Застрахованных самоубийства либо причинение себе вреда;

2.1.4. Расходы, связанные с любыми заболеваниями и состояниями, вызванными намеренно или с умыслом, либо являющимися следствием проявления халатности или преступной неосторожности Застрахованного, либо возникшими при совершении преступления;

2.1.5. Услуги, связанные с заболеваниями, диагностированными у Застрахованного до даты начала срока действия Договора страхования, после окончания срока действия Договора страхования или во время Квалификационного периода;

2.1.6. Услуги, связанные с необходимостью проведения лечения или оказания иных Медицинских и/или Медико-сервисных и иных услуг, которые были запланированы, или о необходимости которых было известно до момента заключения Договора страхования;

2.1.7. Любые услуги, оказанные в Медицинской / Медико-сервисной организации, не согласованной с Представителем страховщика и/или Страховщиком;

2.1.8. Любые расходы, понесенные без соблюдения порядка получения услуг/урегулирования убытков, предусмотренного Разделом 3 настоящих Условий;

2.1.9. Любые расходы, понесенные Застрахованным и/или его родственниками и/или сопровождающими его лицами, за исключением расходов, прямо указанных в качестве покрываемых в соответствии с настоящими Условиями.

### 2.2. В дополнение к исключениям, указанным в п.п. 2.1.1-2.1.9 настоящих Условий, организация оказания услуги «Организация лечения в связи с впервые диагностированным онкологическим заболеванием» не производится, если:

2.2.1. Если Застрахованный/представитель Застрахованного в момент оказания Услуги находится в состоянии алкогольного, токсического и/или наркотического опьянения.

2.2.2. Профессия Застрахованного связана (была связана в прошлом) с повышенным риском для здоровья, а именно: присутствует (присутствовал) контакт с токсичными материалами (включая асбест, растворители, бензол, хлористый винил, бериллий, никель, соединения хрома, радон, пестициды, пыль с оксидом кремния, диоксины), со взрывчатыми веществами, с ионизирующей радиацией.

2.2.3. Застрахованный состоял/состоит на учете в наркологическом диспансере.

2.2.4. У кровных родственников первой степени родства Застрахованного (родители, дети, родные братья и/или сестры) были диагностированы онкологические заболевания до достижения ими 60 (шестидесяти) лет.

2.2.5. За последние 10 (десять) лет до даты заключения Договора страхования у Застрахованного были диагностированы состояния или симптомы, по которым он был вынужден обратиться за медицинской помощью, а именно:

2.2.5.1. любой тип злокачественных заболеваний (опухоли, лимфома, лейкоз) или любой тип опухоли головного мозга;

2.2.5.2. любые предраковые состояния (включая карциномы in situ, меланомы in situ, патологический ПАП-тест или CIN-тест.);

2.2.5.3. диабет любого типа, пищевод Барретта, болезнь Крона, язвенный колит, цирроз печени, алкогольная болезнь печени, хроническая обструктивная болезнь легких (ХОБЛ)/хронический бронхит, увеличение предстательной железы, истинная полицитемия, крипторхизм, системная красная волчанка, синдром Дауна, хронический панкреатит, амилоидоз;

2.2.5.4. трансплантация органов, трансплантация костного мозга;

2.2.5.5. инфекционные и/или венерические заболевания, а именно: туберкулез, ВИЧ, СПИД, длительная лихорадка, гепатит (кроме гепатита А).

2.2.6. Необходимость оказаний Услуг возникла в связи с нарушением Застрахованным рекомендаций Лечащего врача, правил и распорядка при нахождении на лечении в Организации.

2.2.7. При заболеваниях и состояниях, не предусмотренных Программой.

### 2.3. В дополнение к исключениям, указанным в п.п. 2.1.1-2.1.9 настоящих Условий, организация оказания услуг «Медицинская реабилитация после впервые перенесенного инфаркта миокарда» и «Медицинская реабилитация после впервые перенесенного инсульта» не производится, если:

2.3.1. Если Застрахованный/представитель Застрахованного в момент оказания Услуги находится в состоянии алкогольного, токсического и/или наркотического опьянения.

2.3.2. У Застрахованного наблюдались симптомы инфаркта миокарда и/или инсульта до начала срока действия Договора страхования.

2.3.3. Застрахованный до начала срока действия Договора страхования страдал любыми формами сердечно-сосудистых заболеваний, включая нарушения кровообращения: любая форма инсульта или кровоизлияния в мозг, сердечный приступ, стенокардия, кардиосклероз, кардиомиопатия, заболевания (в т. ч. пороки) клапанов сердца, шумы в сердце, аритмия, ревматизм, нарушения коронарных артерий, атеросклероз, заболевания периферических кровеносных сосудов (кроме варикозного расширения вен 1-й степени).

2.3.4. Профессия Застрахованного связана (была связана в прошлом) с повышенным риском для здоровья, а именно: присутствует (присутствовал) контакт с токсичными материалами (включая асбест, растворители, бензол, хлористый винил, бериллий, никель, соединения хрома, радон, пестициды, пыль с оксидом кремния, диоксины), со взрывчатыми веществами, с ионизирующей радиацией.

2.3.5. Застрахованный состоял/состоит на учете в наркологическом диспансере.

2.3.6. За последние 10 (десять) лет до даты заключения Договора страхования у Застрахованного были диагностированы состояния или симптомы, по которым он вынужден был обратиться за медицинской помощью, а именно:

2.3.6.1. диабет любого типа, пищевод Барретта, болезнь Крона, язвенный колит, цирроз печени, алкогольная болезнь печени, хроническая обструктивная болезнь легких (ХОБЛ)/хронический бронхит, увеличение предстательной железы, истинная полицитемия, крипторхизм, системная красная волчанка, синдром Дауна, хронический панкреатит, амилоидоз;

2.3.6.2. трансплантация органов, трансплантация костного мозга;

2.3.6.3. инфекционные и/или венерические заболевания, а именно: туберкулез, ВИЧ, СПИД, длительная лихорадка, гепатит.

2.3.7. Необходимость оказания Услуг возникла в связи с нарушением Застрахованным рекомендаций Лечащего врача, правил и распорядка при нахождении на лечении в Организации.

2.3.8. При заболеваниях и состояниях, не предусмотренных Программой.

**2.4. В дополнение к исключениям, указанным в п.п. 2.1.1-2.1.9 настоящих Условий, организация оказания услуги «Медюрист» не производится:**

2.4.1. в части подготовки письменных юридических документов с целью подачи в исполнительные органы государственной власти Российской Федерации и исполнительные органы государственной власти иностранных государств; как первичной подачи исковых заявлений в судебные инстанции (суды общей юрисдикции, арбитражные суды), так и с целью обжалования судебных решений судов первой инстанции вышестоящими судами;

2.4.2. если Застрахованный/представитель Застрахованного, находится в состоянии алкогольного, токсического и/или наркотического опьянения;

2.4.3. если Застрахованный обратился с запросом, связанным с осуществлением Застрахованным любых действий посреднического характера, например, адвокатской или юридической деятельности, деятельности в качестве нотариуса, оказанием консалтинговых, риэлтерских, бухгалтерских, аудиторских и иных профессиональных услуг, в той части, когда такие запросы предоставляются в интересах потребителей услуг Застрахованного.

### **3. ПОРЯДОК ПОЛУЧЕНИЯ УСЛУГ (УРЕГУЛИРОВАНИЯ УБЫТКОВ)**

#### **3.1. Порядок получения Услуг:**

3.1.1. Предоставление доступа к Сервису, в том числе организация, оказание и рекомендации Услуг по Программе предоставляется только Застрахованному после подтверждения личности путем его валидации по номеру полиса, фамилии, имени, отчеству и дате рождения или путем предъявления документа, удостоверяющего личность. Документом, удостоверяющим личность, признается паспорт, либо любой другой документ, его заменяющий согласно требованиям действующего законодательства Российской Федерации. Взаимодействие с Застрахованным осуществляется на русском языке. В качестве представителя Застрахованного может выступать представитель, действующий на основании нотариально заверенной доверенности. Исполнитель имеет право запросить документы, подтверждающие полномочия представителя.

3.1.2. Способ доступа к Сервису и обращения за услугой – любое телекоммуникационное устройство (телефон, персональный компьютер или любое мобильное средство связи – далее Оборудование) с возможностью использования предоставляемого Застрахованному доступа к Сервису путем выполнения действий, необходимых для получения Услуг согласно условиям Программы и предоставления Застрахованному/представителем Застрахованного согласия на передачу персональных данных, в том числе специальной категории персональных данных Застрахованного.

3.1.3. Оборудование, используемое для получения услуг, должно соответствовать требованиям к оборудованию и программному обеспечению, необходимым для получения Сервиса. Застрахованный/представитель Застрахованного самостоятельно отвечает за соответствие указанным требованиям используемого им Оборудования. Исполнитель не несет ответственности за невозможность получения Застрахованным услуг, возникших из-за Оборудования.

3.1.4. Порядок доступа к Сервису:

3.1.4.1. Для получения доступа к Сервису и обращения за Услугами, необходимо пройти регистрацию.

3.1.4.2. Доступно 2 способа регистрации:

3.1.4.2.1. Через личный кабинет на сайте, следуя инструкции на сайте.

3.1.4.2.2. По телефону, следуя инструкции оператора.

#### **3.2. Порядок организации и оказания Услуг, предусмотренных п.п. 1.2-1.4 настоящих Условий.**

3.2.1. Для получения Услуг, предусмотренных п.п. 1.2-1.4 настоящих Условий, Застрахованному/представителю Застрахованного необходимо выбрать раздел соответствующей Услуги в Личном кабинете либо обратиться по номеру телефона горячей линии и далее следовать голосовым подсказкам, а также предоставить документы согласно п. 3.2.3 настоящих Условий способом, согласованным во время обращения Застрахованного за Услугой.

3.2.2. Для получения Услуги, предусмотренной п. 1.2 настоящих Условий, Застрахованному/представителю Застрахованного до получения медицинской помощи (прохождения лечения) необходимо обратиться к Исполнителю. Застрахованный обязан неукоснительно соблюдать рекомендации врача, предусмотренные в заключении, полученном в любой медицинской организации, с целью уменьшения последствий заболевания.

3.2.3. Документы, необходимые для получения Услуг:

3.2.3.1. Документы, необходимые для получения Услуги, предусмотренной п. 1.2 настоящих Условий:

3.2.3.1.1. документ, подтверждающий впервые диагностированное онкологическое заболевание специалистом-онкологом (выписка из медицинской карты амбулаторного/стационарного больного/выписной эпикриз из истории болезни,

заверенный печатью и подписью ответственного лица и медицинской организации, с указанием диагноза, сроков лечения, результатов обследования и другой информации);

3.2.3.1.2. направление врача на плановое стационарное лечение;

3.2.3.1.3. результаты проведенных исследований, включая гистологические;

3.2.3.1.4. медицинский документ, подтверждающий отсутствие обращений Застрахованного за медицинской помощью за последние 5 (пять) лет, из онкологического диспансера по месту жительства Застрахованного.

3.2.3.2. Документы, необходимые для получения Услуги, предусмотренной п. 1.3 настоящих Условий:

3.2.3.2.1. документ, подтверждающий перенесенный Застрахованным инфаркт миокарда (выписка из медицинской карты амбулаторного/стационарного больного/выписной эпикриз из истории болезни, заверенная печатью и подписью ответственного лица и медицинской организации, с указанием диагноза, сроков лечения, результатов обследования и другой информации);

3.2.3.2.2. результаты проведенных исследований.

3.2.3.3. Документы, необходимые для получения Услуги, предусмотренной п. 1.4 настоящих Условий:

3.2.3.3.1. документ, подтверждающий перенесенный Застрахованным инсульт (выписка из медицинской карты амбулаторного/стационарного больного/выписной эпикриз из истории болезни, заверенная печатью и подписью ответственного лица и медицинской организации, с указанием диагноза, сроков лечения, результатов обследования и другой информации);

3.2.3.3.2. результаты проведенных исследований.

3.2.3.4. Дополнительные документы, которые имеет право запрашивать Исполнитель, необходимые для оказания Застрахованному Услуги:

3.2.3.4.1. документ, подтверждающий, что профессия Застрахованного не связана (не была связана в прошлом) с повышенным риском для здоровья (копия из трудовой книжки Застрахованного);

3.2.3.4.2. справка из наркологического диспансера по месту регистрации Застрахованного.

3.2.4. Услуги доступны по предварительной записи в рамках графика работы специалиста Организации, выбранной для оказания Услуги.

3.2.5. Правила организации и оказания Услуги:

3.2.5.1. Организацию и оплату Услуги Медицинских и Медико-сервисных организаций осуществляет Исполнитель.

3.2.5.2. Порядок проверки Исполнителем соответствия события, имеющего признаки наступления страхового случая, условиям Программы для получения Застрахованным Услуги:

3.2.5.2.1. Исполнитель в течение 5 (пяти) рабочих дней после получения полного пакета документов согласно п. 3.2.3 настоящих Условий, проводит анализ полученных документов и принимает решение о признании/не признании события страховым случаем, соответствующим условиям Программы для получения Услуги.

3.2.5.2.2. При необходимости предоставления дополнительной информации для принятия решения Исполнитель в течение 5 (пяти) рабочих дней письменно информирует об этом Застрахованного/представителя Застрахованного с указанием перечня необходимых для дополнительного предоставления документов. Срок рассмотрения предоставленных дополнительных документов составляет не более 5 (пяти) рабочих дней со дня их предоставления.

3.2.5.2.3. При признании события страховым случаем, соответствующим условиям Программы для Получения Услуги, Исполнитель организует оказание Услуги Застрахованному согласно правилам оказания данной Услуги. При непризнании события страховым случаем, соответствующим условиям Программы для получения Услуги, Исполнитель в течение 3 (трех) рабочих дней с момента принятия решения письменно информирует Застрахованного/представителя Застрахованного об отказе в предоставлении Услуги с указанием причин отказа.

3.2.5.3. Организация оказания Услуги проводится в течение 14 (четырнадцати) рабочих дней с момента признания события страховым случаем, соответствующим условиям Программы для получения Услуги.

3.2.5.4. Обязательное условие предоставления Услуги – предоставление Застрахованным/представителем Застрахованного письменного согласия на обработку персональных данных и передачу информации, составляющей врачебную тайну, а также предоставление письменного информированного добровольного согласия на виды медицинских вмешательств, включенные в Перечень определенных видов медицинских вмешательств, на которые граждане дают информированное добровольное согласие при выборе врача и медицинской организации для получения первичной медико-санитарной помощи (в отношении сбора, хранения и обработки данных, включая передачу третьим лицам). Согласие предоставляется по форме Организации перед непосредственным оказанием Услуги Застрахованному.

3.2.5.5. Услуга считается оказанной в полном объеме и никакие претензии Застрахованного/представителя Застрахованного относительно оказания Услуги не принимаются если Застрахованный/представитель Застрахованного отказался от предоставления письменного согласия на обработку персональных данных, в том числе медицинских в соответствии с п. 3.2.5.4 настоящих Условий.

### **3.3. Порядок организации и оказания Услуг, предусмотренных п. 1.5-1.8 настоящих Условий.**

3.3.1. Порядок получения Услуги – для получения Услуги Застрахованному необходимо:

3.3.1.1. Перейти на сайт, указанный в Договоре страхования (приложениях к нему) или позвонить по телефону горячей линии, указанному в Договоре страхования (приложениях к нему).

3.3.1.2. Авторизоваться, следуя указаниям системы/голосовым подсказкам.

3.3.1.3. Перейти в Личный кабинет.

3.3.1.4. Выбрать раздел соответствующей Услуги и далее следовать указаниям системы.

3.3.2. Услуга, предусмотренная п. 1.6 настоящих Условий, в части предоставления устных консультаций, а также Услуги, предусмотренные п.п. 1.7-1.8 настоящих Условий, проводятся по предварительной записи в рамках графика работы специалиста Организации.

3.3.3. Правила организации оказания Услуги:

3.3.3.1. Обязательное условие предоставления Услуги – предоставление согласия Застрахованного/представителя Застрахованного на обработку персональных данных Застрахованного, а для получения Услуг, предусмотренных п.п. 1.5, 1.7, 1.8 настоящих Условий, согласие на обработку персональных данных Застрахованного, включая медицинские данные. Согласие предоставляется по форме Исполнителя перед непосредственным оказанием Услуги Застрахованному.

3.3.3.2. Услуга не предоставляется в случае, если Застрахованный/представитель Застрахованного находится в состоянии алкогольного и/или токсического и/или наркотического опьянения, а также в случае отказа Застрахованного/представителя Застрахованного в предоставлении согласия на передачу персональных медицинских данных Застрахованного.

3.3.3.3. В случае невозможности оказания Организацией Услуг, предусмотренных п.п. 1.7, 1.8 настоящих Условий, в дистанционном формате, Услуга предоставляется по адресу местонахождения Организации. Доступность Услуги уточняется по телефону горячей линии.

3.3.3.4. Организация оказания Услуги, предусмотренной п. 1.6 настоящих Условий, и предоставление результатов осуществляются в течение 2 (двух) рабочих дней, следующих за днем обращения Застрахованного/представителя Застрахованного за Услугой, или следующих за днем предоставления Застрахованным/представителем Застрахованного документов/материалов или иной информации, необходимой для оказания Услуги.

3.3.3.5. Застрахованный/представитель Застрахованного имеет право отказаться от назначенного времени оказания Услуг, предусмотренных п.п. 1.6-1.8 настоящих Условий, менее чем за 24 (двадцать четыре) часа не более 1 (одного) раза. Количество отказов Застрахованного/представителя Застрахованного от оказания данных Услуг более чем за 24 (двадцать четыре) часа до назначенного времени оказания Услуги неограниченно.

3.3.3.6. Услуги, предусмотренные п. 1.6-1.8 настоящих Условий, считаются оказанными в полном объеме и никакие претензии Застрахованного/представителя Застрахованного относительно оказания этих Услуг не принимаются, если:

3.3.3.6.1. Застрахованный/представитель Застрахованного не будет находиться в системе (онлайн) в назначенное для оказания Услуги время и/или не будет доступен по номеру мобильного телефона, указанному при регистрации в Сервисе;

3.3.3.6.2. Застрахованный/представитель Застрахованного откажется от назначенного времени оказания Услуги менее чем за 24 (двадцать четыре) часа во 2 (второй) раз;

3.3.3.6.3. Юристом предоставлен развернутый ответ по вопросу Застрахованного при получении Услуги, предусмотренной п. 1.6 настоящих Условий, со ссылкой на нормативно-правовую базу, и/или судебную практику, и/или интернет-ресурс, содержащий информацию по обстоятельствам вопроса Застрахованного, а также при необходимости рекомендована модель/модели поведения Застрахованного во время оказания Услуги в случае, если Услуга предусматривает рекомендацию.

#### **3.4. Порядок организации и оказания Услуги, предусмотренной п. 1.9 настоящих Условий.**

3.4.1. Порядок получения Услуги – для получения Услуги Застрахованному или его представителю необходимо выбрать раздел соответствующей Услуги в Личном кабинете либо позвонить по номеру телефона горячей линии и далее следовать голосовым подсказкам.

3.4.2. Услуга оказывается по предварительной записи в рамках графика работы специалистов и Организации, выбранной для оказания Услуги.

3.4.3. Правила организации оказания Услуги:

3.4.3.1. Организация оказания Услуги проводится в течение 5 (пяти) рабочих дней с момента обращения Застрахованного/представителя Застрахованного за Услугой.

3.4.3.2. Застрахованный/представитель Застрахованного имеет право отказаться от назначенного времени оказания Услуги менее чем за 24 (двадцать четыре) часа до начала не более 1 (одного) раза. Количество отказов Застрахованного/представителя Застрахованного от назначенного времени оказания Услуги более чем за 24 (двадцать четыре) часа до назначенного времени не ограничено.

3.4.3.3. Обязательное условие предоставления Услуги – предоставление письменного согласия Застрахованного/представителя Застрахованного на обработку персональных данных и передачу информации, составляющей врачебную тайну, а также предоставление письменного информированного добровольного согласия на виды медицинских вмешательств, включенные в Перечень определенных видов медицинских вмешательств, на которые граждане дают информированное добровольное согласие при выборе врача и медицинской организации для получения первичной медико-санитарной помощи (в отношении сбора, хранения и обработки данных, включая передачу третьим лицам). Согласие предоставляется по форме Организации перед непосредственным оказанием Услуги Застрахованному.

3.4.3.4. Услуга считается оказанной в полном объеме и никакие претензии Застрахованного/представителя Застрахованного относительно оказания Услуги не принимаются при наступлении одного из следующих случаев:

3.4.3.4.1. Застрахованный/представитель Застрахованного отказался от назначенного времени оказания Услуги менее чем за 24 (двадцать четыре) часа до назначенного времени во 2 (второй) раз;

3.4.3.4.2. Застрахованный/представитель Застрахованного отсутствует в согласованное время по адресу, определенному в качестве места оказания Услуги;

3.4.3.4.3. Застрахованный/представитель Застрахованного отказался от предоставления письменного согласия на обработку персональных данных, в том числе медицинских;

3.4.3.4.4. Застрахованный/представитель Застрахованного в момент оказания Услуги находится в состоянии алкогольного и/или токсического и/или наркотического опьянения.

3.4.3.5. Услуга не предоставляется в случае, если Застрахованный/представитель Застрахованного в момент оказания Услуги находится в состоянии, требующем оказания скорой, экстренной или неотложной медицинской помощи.

#### **3.5. Порядок организации и оказания Услуг, предусмотренных п.п. 1.10, 1.11 настоящих Условий.**

3.5.1. Порядок получения Услуги – для получения Услуги Застрахованному или его представителю необходимо выбрать раздел соответствующей Услуги в Личном кабинете либо позвонить по номеру телефона горячей линии и далее следовать голосовым подсказкам.

3.5.2. Правила организации оказания Услуги:

3.5.2.1. При обращении Застрахованного за Услугой Услуга оказывается в течение 2 (двух) рабочих дней с момента такого обращения, в случае если специалист не может сразу дать ответ по запросу Застрахованного/представителя Застрахованного.

3.5.2.2. Услуга не предоставляется в случае, если Застрахованный/представитель Застрахованного находится в состоянии алкогольного, токсического и/или наркотического опьянения и/или в состоянии, требующем оказания скорой, экстренной или неотложной медицинской помощи.

Приложение № 13 к Правилам добровольного комплексного медицинского страхования и страхования от несчастных случаев и болезней, утвержденным приказом и.о. генерального директора ООО «АльфаСтрахование-Жизнь» Гуде В.Ю. от 17.01.2024 № 08

ФОРМА ИНДИВИДУАЛЬНОГО ДОГОВОРА МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ (СТРАХОВОГО ПОЛИСА)

**КЛЮЧЕВОЙ ИНФОРМАЦИОННЫЙ ДОКУМЕНТ  
ОБ УСЛОВИЯХ ДОГОВОРА ДОБРОВОЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ (ПРОГРАММА \_\_)**



Подготовлен на основании Правил добровольного комплексного медицинского страхования и страхования от несчастных случаев и болезней ООО «АльфаСтрахование-Жизнь» (далее – Страховщик), в редакции, действующей на дату заключения договора страхования (далее – Правила страхования).

**Страховщик: ООО «АльфаСтрахование-Жизнь»**

**115162, г. Москва, ул. Шаболовка, д. 31, стр. Б** (адрес для направления корреспонденции)  
**г. Москва, ул. Шаболовка, д. 31, стр. 5** (адрес для приема физических лиц)

**Раздел I. ЧТО ЗАСТРАХОВАНО?**

**Страховые риски:**

1. Возникновение обстоятельств, требующих оказания медицинских и/или медико-сервисных услуг Застрахованному при амбулаторном и/или стационарном обследовании, дистанционных консультациях и/или дистанционном наблюдении, и/или лечении в соответствии с условиями Программы (Приложение № 1 к договору страхования), Медицинской программы №\_\_ (Приложение № \_\_ к Правилам) (**риск «ДМС»**).

**Раздел II. ЧТО НЕ ЗАСТРАХОВАНО?**

1. По риску «ДМС» не признаются Страховыми случаями события, если: 1.1. Медицинские и/или Медико-сервисные услуги, оказанные Застрахованному (полученные Застрахованным) не предусмотрены Договором страхования или Программой, Правилами страхования, Медицинской программой; 1.2. Застрахованным получены Медицинские и/или Медико-сервисные услуги в Медицинских организациях и/или Сервисных организациях, не предусмотренных Договором страхования или Программой, Правилами страхования, Медицинской программой, или выбор которых не был согласован со Страховщиком (представителем Страховщика); 1.3. Застрахованным получены Медицинские и/или Медико-сервисные услуги, не назначенные лечащим врачом, либо не являющиеся необходимыми с медицинской точки зрения для диагностирования и/или лечения заболевания, а также приобретены лекарственные средства и/или средства ухода за больным без медицинских показаний; 1.4. Необходимость получения Медицинских и/или Медико-сервисных услуг связана с любыми заболеваниями и состояниями, вызванными намеренно или с умыслом, либо являющимися следствием проявления халатности или преступной неосторожности Застрахованного, либо возникшими при совершении преступления; 1.5. Медицинские и/или Медико-сервисные услуги были оказаны Застрахованному с нарушением порядка их предоставления, предусмотренного Договором страхования или Программой, Правилами страхования, Медицинской программой; 1.6. Застрахованный/представитель Застрахованного в момент оказания медицинских услуг находится в состоянии алкогольного, токсического и/или наркотического опьянения.

2. Не признаются страховыми случаями события, указанные как исключения из страхового покрытия в Правилах, Медицинской программе, Программе страхования.

2.1. В отношении услуг «Организация лечения Застрахованного в связи с впервые диагностированным онкологическим заболеванием», «Медицинская реабилитация Застрахованного после впервые перенесенного инфаркта миокарда», «Медицинская реабилитация Застрахованного после впервые перенесенного инсульта» не признаются страховыми случаями события если: 2.1.1. Профессия Застрахованного связана (была связана в прошлом) с повышенным риском для здоровья, а именно: присутствует (присутствовал) контакт с токсичными материалами (включая асбест, растворители, бензол, хлористый винил, бериллий, никель, соединения хрома, радон, пестициды, пыль с оксидом кремния, диоксины), со взрывчатыми веществами, с ионизирующей радиацией; Застрахованный состоял/состоит на учете в наркологическом диспансере; 2.1.2. За последние 10 (десять) лет у Застрахованного были диагностированы следующие состояния или симптомы, по которым он был вынужден обратиться за медицинской помощью, а именно: диабет любого типа, пищевод Барретта, болезнь Крона, язвенный колит, цирроз печени, алкогольная болезнь печени, хроническая обструктивная болезнь легких (ХОБЛ)/хронический бронхит, увеличение предстательной железы, истинная полицитемия, крипторхизм, системная красная волчанка, синдром Дауна, хронический панкреатит, амилоидоз; трансплантация органов, трансплантация костного мозга; инфекционные и/или венерические заболевания, а именно: туберкулез, ВИЧ, СПИД, длительная лихорадка, гепатит (кроме гепатита А); 2.1.3. Необходимость оказания медицинских или медико-сервисных услуг возникла в связи с нарушением Застрахованным рекомендаций врачей, правил и распорядка при нахождении на лечении в лечебном учреждении; 2.1.4. При заболеваниях и состояниях, не предусмотренных Договором страхования, Медицинской программой, Программой страхования и/или которые возникли до начала срока действия Договора страхования или после окончания срока действия Договора страхования.

2.2. Дополнительно в части услуги «Организация лечения Застрахованного в связи с впервые диагностированным онкологическим заболеванием» не признаются страховыми случаями события если: 2.2.1. У кровных родственников первой степени родства Застрахованного (родители, дети, родные братья и/или сестры) были диагностированы онкологические заболевания до достижения ими 60 (шестидесяти) лет; 2.2.2. В течение 10 (десяти) лет до заключения Договора страхования у Застрахованного были диагностированы состояния или симптомы, по которым он был вынужден обратиться за медицинской помощью, а именно: любой тип злокачественных заболеваний (опухоли, лимфома, лейкоз) или любой тип опухолю головного мозга; любые предраковые состояния (включая карциномы in situ, меланомы in situ, патологический ПАП-тест или CIN-тест).

2.3. Дополнительно в части услуг «Медицинская реабилитация Застрахованного после впервые перенесенного инфаркта миокарда»,

«Медицинская реабилитация Застрахованного после впервые перенесенного инсульта» не признаются страховыми случаями события если: 2.3.1. У Застрахованного наблюдались симптомы инфаркта миокарда и/или инсульта до начала срока действия Договора страхования; 2.3.2. Застрахованный до даты заключения Договора страхования страдал любыми формами сердечно-сосудистых заболеваний, включая, нарушения кровообращения: любая форма инсульта или кровоизлияния в мозг, сердечный приступ, стенокардия, кардиосклероз, кардиомиопатия, заболевания (в т. ч. пороки) клапанов сердца, шумы в сердце, аритмия, ревматизм, нарушения коронарных артерий, атеросклероз, заболевания периферических кровеносных сосудов (кроме варикозного расширения вен 1-й степени). 3. Страховщик освобождается от страховой выплаты при наступлении события, имеющего признаки страхового случая, происшедшего вследствие: 3.1. Умысла Страхователя, Застрахованного или Выгодоприобретателя; 3.2. Самоубийства (покушения Застрахованного на самоубийство) в течение первых двух лет действия Договора страхования, за исключением доведения Застрахованного до самоубийства противоправными действиями третьих лиц; 3.3. Воздействия ядерного взрыва, радиации или радиоактивного заражения; 3.4. Военных действий, а также маневров или иных военных мероприятий; 3.5. Гражданской войны, народных волнений всякого рода или забастовок. 4. Страховщик имеет право отказать в страховой выплате в случае: 4.1. Если Страхователь (Выгодоприобретатель) не уведомил Страховщика (или его представителя) о наступлении страхового случая, если не будет доказано, что Страховщик своевременно узнал о наступлении страхового случая либо что отсутствие у Страховщика сведений об этом не могло сказаться на его обязанности произвести страховую выплату, а также в случае невыполнения Страхователем (Выгодоприобретателем) обязанностей, предусмотренных условиями договора страхования, которое повлекло за собой невозможность принятия Страховщиком решения о признании случая страховым и осуществлении страховой выплаты; 4.2. Если Страхователь при заключении договора добровольного страхования сообщил заведомо ложные сведения, имеющие существенное значение для определения вероятности наступления страхового случая и размера возможных убытков от его наступления.

Полный перечень исключений из страхового покрытия содержится в Разделе 4 «Исключения из страхового покрытия» Правил страхования, в Разделе 2 «Исключения из страхового покрытия» Медицинской программы № (Приложение № к Правилам страхования).

### Раздел III. ТЕРРИТОРИЯ СТРАХОВАНИЯ

Страхование действует на территории Российской Федерации за исключением зон боевых (военных) действий.

### Раздел IV. КАК ПОЛУЧИТЬ СТРАХОВУЮ ВЫПЛАТУ?

При наступлении события, имеющего признаки страхового случая, необходимо сообщить об этом Страховщику (представителю Страховщика) в срок не позднее 30 календарных дней с момента как ему стало известно о наступлении Страхового случая. Требования по страховой выплате могут быть предъявлены в течение установленного срока исковой давности.

Для получения страховой выплаты (страхового возмещения) требуется представить документы:

1. Перечень документов по риску «ДМС» содержится в п.п.10.4.10 Правил страхования, а также в Медицинской программе № (Приложение № к Правилам).

Страховщик осуществляет страховые выплаты (в пределах страховой суммы) Медицинским / Медико-сервисным организациям за медицинские, сервисные и иные услуги, оказанные Застрахованному, предусмотренные Договором страхования, Программой страхования, Медицинской программой, в порядке и на условиях, установленных договором между Страховщиком и Медицинской / Медико-сервисной организацией.

### Раздел V. КАК ВЕРНУТЬ СТРАХОВУЮ ПРЕМИЮ?

Основания для возврата страховой премии	Сумма к возврату
Отказ от договора добровольного страхования в течение ____ календарных дней со дня его заключения в соответствии с Указанием Банка России от 20 ноября 2015 года N 3854-У "О минимальных (стандартных) требованиях к условиям и порядку осуществления отдельных видов добровольного страхования".	100% страховой премии
Отказ от договора страхования в случае ненадлежащего информирования об условиях страхования, при условии отсутствия событий, имеющих признаки страхового случая, страховых случаев и страховых выплат по договору страхования.	100% страховой премии за вычетом части страховой премии, исчисляемой пропорционально времени, в течение которого действовало страхование.

**В иных случаях страховая премия возврату не подлежит.**

Возврат страховой премии осуществляется в течение 7 рабочих дней со дня получения соответствующего заявления, а также документов, подтверждающих основание для возврата страховой премии.

### Раздел VI. КАК УРЕГУЛИРОВАТЬ СПОР ДО СУДА?

1. Направить Страховщику заявление (претензию) в письменной форме.  
2. Если Страховщик не удовлетворил заявление (претензию), при этом размер требований не превышает 500 000,00 рублей, до обращения в суд необходимо обратиться к уполномоченному по правам потребителей финансовых услуг:

сайт: [www.rosnab.ru](http://www.rosnab.ru); адрес: \_\_\_\_\_.

Рассмотрение уполномоченным по правам потребителей финансовых услуг обращения потребителя финансовых услуг осуществляется бесплатно.

**ПОЛИС-ОФЕРТА ДОБРОВОЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ**  
**(ПРОГРАММА 1.04) № \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_**

Настоящим Полисом-офертой ООО «АльфаСтрахование - Жизнь», именуемое в дальнейшем Страховщик, в соответствии со ст.435 Гражданского Кодекса РФ предлагает Страхователю заключить Договор страхования на следующих условиях: Страховщик обязуется за обусловленную Договором страхования (Полисом-офертой) плату (страховую премию) организовать при наступлении страхового случая предоставление медицинских и/или медико-сервисных услуг необходимого и надлежащего качества в пределах страховой суммы в объеме, предусмотренном настоящим Договором страхования и приложениями к нему в соответствии с условиями настоящего Полиса-оферты и «Правилами добровольного комплексного медицинского страхования и страхования от несчастных случаев и болезней» (далее – Правила страхования или Правила), Медицинской программой №\_\_ (Приложение №\_\_ к Правилам) (далее – Медицинская программа) и Программой страхования \_\_ (Приложение № 1 к настоящему Полису-оферте) (далее – Программа или Программа страхования) Страховщика в редакциях, действующих на дату оформления настоящего Полиса-оферты, которые являются обязательными для Страхователя и Выгодоприобретателей, в порядке, предусмотренном законодательством Российской Федерации. Страховщик осуществляет страхование имущественных интересов, связанных с оплатой организации и оказания медицинских и/или медико-сервисных услуг вследствие расстройства здоровья Застрахованного или состояния Застрахованного, требующих организации и оказания таких услуг, а также проведения профилактических мероприятий, снижающих степень опасных для жизни или здоровья Застрахованного угроз и/или устраняющих их. Застрахованным по настоящему Договору страхования считается Страхователь.

**1. СТРАХОВЩИК**

**ООО «АльфаСтрахование-Жизнь»** Лицензии Банка России: СЖ № 3447 от 17 ноября 2015 г. и СЛ № 3447 от 17 ноября 2015 г. адрес: 115162, г. Москва, ул. Шаболовка, д.31, стр. Б, тел. (495)788-09-99, **Банковские реквизиты:** ИНН 7715228310, р/с 40702810701200000049 в АО «АЛЬФА-БАНК», к/с 3010181020000000593 БИК 044525593

**2. СТРАХОВАТЕЛЬ (ЗАСТРАХОВАННЫЙ)**

ФИО:			
Данные документа, удостоверяющего личность	Серия:		Номер:
Дата рождения:			ИНН:
Телефон:			E-mail:
Адрес:			

**3. СТРАХОВЫЕ РИСКИ**

3.1. Возникновение обстоятельств, требующих оказания медицинских и/или медико-сервисных услуг Застрахованному при амбулаторном и/или стационарном обследовании, дистанционных консультациях и/или дистанционном наблюдении, и/или лечении в соответствии с условиями Программы страхования, Медицинской программы (**риск «ДМС»**).

*Страховыми случаями не признаются события, наступившие в результате случаев, перечисленных как исключения из страхового покрытия в настоящем Полисе-оферте, Программе страхования, Медицинской программе, Правилах.*

**4. СТРАХОВАЯ СУММА**

4.1. Страховая сумма устанавливается в рублях в размере: <ЦИФРАМИ> <ПРОПИСЬЮ>

**5. СТРАХОВАЯ ПРЕМИЯ**

5.1. Страховая премия устанавливается в рублях в размере: <ЦИФРАМИ> <ПРОПИСЬЮ>

**6. ВЫГОДОПРИБРЕТАТЕЛИ, ДОЛЯ СТРАХОВОЙ ВЫПЛАТЫ**

6.1. Выгодоприобретатель по всем страховым рискам	6.2. Доля страховой выплаты
<b>Застрахованный</b>	В соответствии с условиями настоящего Полиса-оферты.

**7. СРОК ДЕЙСТВИЯ ДОГОВОРА СТРАХОВАНИЯ, ТЕРРИТОРИЯ СТРАХОВАНИЯ**

7.1. Начало срока действия договора страхования, срок действия договора страхования	Договор страхования вступает в силу с даты поступления суммы страховой премии в полном объеме на расчетный счет или в кассу Страховщика (представителя Страховщика) по указанным в настоящем Полисе-оферте рискам и действует в течение _____ месяцев.
7.2. Дата оформления Полиса-оферты	<«-----» ----- 20----г.
7.3. Территория страхования и время страхового покрытия:	_____ , _____ часа в сутки.

**8. ПРОЧИЕ УСЛОВИЯ**

8.1. Договор страхования заключается путем акцепта Страхователем настоящего Полиса-оферты, подписанного Страховщиком, выданного Страхователю Страховщиком. Акцептом настоящего Полиса-оферты в соответствии со ст. 438 ГК РФ является уплата Страхователем страховой премии одновременно в срок не позднее 30 (Тридцати) календарных дней с момента оформления настоящего Полиса-оферты, по истечении которого условия настоящего Полиса-оферты являются недействительными.

8.2. Условия страхования, не оговоренные в настоящем Полисе-оферте, определяются Правилами страхования, Медицинской программой и Программой страхования.

8.3. В случае неуплаты страховой премии в размере и сроки, установленные настоящим Полисом-офертой, последний считается не вступившим в силу.

Страховщик  
Представитель Страховщика:

8.4. По риску «ДМС» (в части услуг \_\_\_\_\_) предусмотрен «Квалификационный период» (период времени, прошедший с момента вступления в силу Договора страхования, в течение которого событие, на случай которого производится страхование, не будет рассматриваться как страховой случай) сроком \_\_ (\_\_\_\_\_) календарных дней.

8.5. Страховая премия подлежит возврату Страхователю за вычетом части страховой премии, исчисляемой пропорционально времени, в течение которого действовало страхование, при условии отсутствия событий, имеющих признаки страхового случая, страховых случаев и страховых выплат по Договору страхования в случае ненадлежащего информирования Страхователя об условиях страхования. При этом, Договор страхования досрочно прекращается с 00 часов 00 минут даты получения Страховщиком оригинала письменного заявления на отказ от Договора страхования. Все права и обязанности Сторон с указанного момента прекращаются, Страховщик не несет обязательств по страховым выплатам.

8.6. При отказе Страхователя от Договора страхования в течение \_\_ (\_\_\_\_\_) календарных дней с даты заключения Договора страхования, страховая премия подлежит возврату Страхователю в размере \_\_\_\_\_, при условии отсутствия событий, имеющих признаки страхового случая, страховых случаев и страховых выплат по Договору страхования. При этом, Договор страхования досрочно прекращается с 00 часов 00 минут даты начала срока страхования (в случае если дата начала срока страхования ранее даты подачи письменного заявления Страхователя) либо с 00 часов 00 минут даты подачи письменного заявления Страхователя (в случае если дата начала срока страхования позднее даты подачи письменного заявления), все права и обязанности Сторон с указанного момента прекращаются, Страховщик не несет обязательств по страховым выплатам.

### 9. ИСКЛЮЧЕНИЯ ИЗ СТРАХОВОГО ПОКРЫТИЯ

9.1. По риску «ДМС» не признаются страховыми случаями события, если:

9.1.1. Медицинские и/или Медико-сервисные услуги, оказанные Застрахованному (полученные Застрахованным) не предусмотрены Договором страхования или Программой, Правилами страхования, Медицинской программой;

9.1.2. Застрахованным получены Медицинские и/или Медико-сервисные услуги в Медицинских организациях и/или Сервисных организациях, не предусмотренных Договором страхования или Программой, Правилами страхования, Медицинской программой, или выбор которых не был согласован со Страховщиком (представителем Страховщика);

9.1.3. Застрахованным получены Медицинские и/или Медико-сервисные услуги, не назначенные лечащим врачом, либо не являющиеся необходимыми с медицинской точки зрения для диагностирования и/или лечения заболевания, а также приобретены лекарственные средства и/или средства ухода за больным без медицинских показаний;

9.1.4. Необходимость получения Медицинских и/или Медико-сервисных услуг связана с любыми заболеваниями и состояниями, вызванными намеренно или с умыслом, либо являющимися следствием проявления халатности или преступной неосторожности Застрахованного, либо возникшими при совершении преступления;

9.1.5. Медицинские и/или Медико-сервисные услуги были оказаны Застрахованному с нарушением порядка их предоставления, предусмотренного Договором страхования или Программой, Правилами страхования, Медицинской программой;

9.1.6. Если Застрахованный/представитель Застрахованного в момент оказания медицинских услуг находится в состоянии алкогольного, токсического и/или наркотического опьянения.

9.2. Не признаются страховыми случаями события, указанные как исключения из страхового покрытия в Правилах, Медицинской программе, Программе страхования.

9.3. Страховщик освобождается от страховой выплаты при наступлении события, имеющего признаки страхового случая, происшедшего вследствие:

9.3.1. Умысла Страхователя, Застрахованного или Выгодоприобретателя;

9.3.2. Самоубийства (покушения Застрахованного на самоубийство) в течение первых двух лет действия Договора страхования, за исключением доведения Застрахованного до самоубийства противоправными действиями третьих лиц;

9.3.3. Воздействия ядерного взрыва, радиации или радиоактивного заражения;

9.3.4. Военных действий, а также маневров или иных военных мероприятий;

9.3.5. Гражданской войны, народных волнений всякого рода или забастовок.

Перечисленные обстоятельства признаются таковыми на основании документов судебных, следственных органов, органов государственной власти и управления, медицинских организаций или других документов, доказывающих факт совершенного деяния.

### 10. СТРАХОВАЯ ВЫПЛАТА

10.1. По добровольному медицинскому страхованию Страховщик, в пределах страховой суммы, осуществляет страховые выплаты Медицинским / Медико-сервисным организациям за медицинские, сервисные и иные услуги, оказанные Застрахованному, предусмотренные Договором страхования, Программой страхования, Медицинской программой, в порядке и на условиях, установленных договором между Страховщиком и Медицинской / Медико-сервисной организацией.

10.2. Подробный порядок обращения Застрахованного за получением Медицинских и/или Медико-сервисных услуг, а также порядок предоставления Медицинских и/или Медико-сервисных услуг Застрахованному указаны в Медицинской программе и Программе страхования.

### 11. ДЕКЛАРАЦИЯ/АНКЕТА СТРАХОВАТЕЛЯ/ЗАСТРАХОВАННОГО (начало)

Акцептом настоящего Полиса-оферты Страхователь / Застрахованный подтверждает, что:

На момент оформления Полиса-оферты не является инвалидом, не направлялся в бюро медико-социальной экспертизы с целью установления группы инвалидности, профессия Застрахованного не связана (была связана в прошлом) с повышенным риском для здоровья, а именно: присутствует (присутствовал) контакт с токсичными материалами (включая асбест, растворители, бензол, хлористый винил, бериллий, никель, соединения хрома, радон, пестициды, пыль с оксидом кремния, диоксины), со взрывчатыми веществами, с ионизирующей радиацией, Застрахованный не состоял/ не состоит на учете в наркологическом диспансере,

Страховщик

Представитель Страховщика:

**11. ДЕКЛАРАЦИЯ/АНКЕТА СТРАХОВАТЕЛЯ/ЗАСТРАХОВАННОГО (продолжение)**

у кровных родственников первой степени родства Застрахованного (родители, дети, родные братья и/или сёстры) не были диагностированы онкологические заболевания до достижения ими 60 (шестидесяти) лет, в течение 10 (десяти) лет до заключения Договора страхования у Застрахованного не были диагностированы состояния или симптомы, по которым он был вынужден обратиться за медицинской помощью, а именно: любой тип злокачественных заболеваний (опухоли, лимфома, лейкоз) или любой тип опухоли головного мозга, любые предраковые состояния (включая карциномы in situ, меланомы in situ, патологический ПАП-тест или CIN-тест), диабет любого типа, пищевод Барретта, болезнь Крона, язвенный колит, цирроз печени, алкогольная болезнь печени, хроническая обструктивная болезнь легких (ХОБЛ)/хронический бронхит, увеличение предстательной железы, истинная полицитемия, крипторхизм, системная красная волчанка, синдром Дауна, хронический панкреатит, амилоидоз, трансплантация органов, трансплантация костного мозга, инфекционные и/или венерические заболевания, а именно: туберкулез, ВИЧ, СПИД, длительная лихорадка, гепатит (кроме гепатита А); у Застрахованного не наблюдались симптомы инфаркта миокарда и/или инсульта до даты начала срока действия Договора страхования, Застрахованный до даты начала действия Договора страхования не страдал любыми формами сердечно-сосудистых заболеваний, включая нарушения кровообращения: любая форма инсульта или кровоизлияния в мозг. Застрахованный до даты начала срока действия Договора страхования не страдал следующими заболеваниями (не имел следующих состояний): сердечный приступ, стенокардия, кардиосклероз, кардиомиопатия, заболевания (в т. ч. пороки) клапанов сердца, шумы в сердце, аритмия, ревматизм, нарушения коронарных артерий, атеросклероз, заболевания периферических кровеносных сосудов (кроме варикозного расширения вен 1-й степени).

Страхователь/Застрахованный подтверждает, что его возраст будет не менее \_ лет и не более \_ лет на дату начала срока страхования. Страхователю известно, что Страховщик вправе отказать в страховой выплате, в случае, если Страхователь сообщил Страховщику заведомо ложные или недостоверные сведения о фактах, влияющих на оценку степени страхового риска, установление обстоятельств наступления страхового случая.

Страхователь / Застрахованный, заявляет, что представленные выше ответы являются исчерпывающими и верными, и понимает, что сообщенная информация имеет существенное значение для определения степени страхового риска и условий Полиса-оферты. Ему известно, что сообщение ложных сведений может повлечь за собой признание Полиса-оферты недействительным, отказ в страховой выплате, расторжение Полиса-оферты.

Страхователь / Застрахованный, обязуется незамедлительно в письменной форме уведомить Страховщика о любых изменениях сообщенных выше обстоятельств после наступления таковых и согласен с тем, что при неисполнении указанной обязанности Страховщик вправе потребовать расторжения Полиса-оферты с даты наступления изменений в сообщенных им обстоятельствах.

Страхователь / Застрахованный разрешает любому врачу, больнице, поликлинике или иной организации, предоставляющей медицинскую помощь, страховой компании или любой другой организации, или любому лицу, владеющему любой информацией о Страхователе / Застрахованном, предоставить эту информацию Страховщику, включая копии либо подлинники документов с указанием заболеваний или несчастных случаев, лечения, произведенных обследований и их результатов, консультаций или госпитализаций.

Страхователь / Застрахованный, в соответствии с Федеральным законом РФ «О персональных данных» выражает Страховщику и уполномоченным им третьим лицам согласие на обработку своих персональных данных, содержащихся в документах, передаваемых Страховщику, в целях продвижения товаров, работ, услуг на рынке путем осуществления Страховщиком прямых контактов со Страхователем / Застрахованным, с помощью средств связи в целях обеспечения исполнения заключенного Договора страхования, а также выражает Страховщику согласие на предоставление (в т.ч. Выгодоприобретателю (-ям)) информации об исполнении Страховщиком и/или Страхователем / Застрахованным, обязательств по Договору страхования, в том числе информацию об уплате и размере страховой премии (страховых взносов), размере страховой суммы, о возникновении и урегулировании претензий, наступлении/вероятности наступления страховых случаев, страховой выплате и другую имеющую отношение к заключенному Договору страхования информацию, а также об информировании о страховых продуктах Страховщика.

Обработка персональных данных осуществляется посредством сбора, систематизации, накопления, хранения, уточнения (обновления, изменения), использования, распространения (в том числе передачи, включая трансграничную), обезличивания, блокирования, уничтожения персональных данных как на бумажных, так и на электронных носителях. Перечисленные действия осуществляются как Страховщиком, так и уполномоченными им третьими лицами. Указанное согласие Страхователя / Застрахованного действительно в течение срока действия Договора страхования и в течение 5 (пяти) лет после окончания срока действия Договора страхования. Настоящее согласие может быть отозвано Страхователем / Застрахованным посредством направления Страховщику соответствующего письменного заявления.

Страхователь / Застрахованный, согласен с назначением Выгодоприобретателей.

Страхователь / Застрахованный подтверждает, что отдельные условия договора страхования разъяснены в «Ключевом информационном документе».

Страхователь подтверждает, что предоставил достоверные данные, а также проверил корректность указания этих данных в Полисе-оферте. В случае отсутствия/некорректных данных Страхователя, Стороны признают этот факт как отказ Страхователя предоставлять указанную информацию.

**Страхователь / Застрахованный уведомлен, что акцепт Полиса-оферты не может являться обязательным условием для получения банковских услуг. Уведомлен, что он вправе не принимать данный Полис-оферту и вправе не страховать предлагаемые данным Полисом-офертой риски или застраховать их в иной страховой компании по своему усмотрению.**

**Страхователь / Застрахованный уведомлен о том, что он имеет право запросить информацию о размере вознаграждения, выплачиваемого страховому агенту (страховому брокеру).**

Страховщик

Представитель Страховщика:

Настоящим Страхователь / Застрахованный подтверждает, что условия настоящего Полиса-оферты не лишают его прав, обычно предоставляемых по договорам такого вида, не исключает и не ограничивает ответственность другой стороны за нарушение обязательств, и не содержит другие явно обременительные для него условия, которые он, исходя из своих разумно понимаемых интересов, не принял бы.

Настоящим Страхователь/Застрахованный подтверждает, что действует от собственного имени и в своих интересах и не имеет бенефициарных владельцев.

Акцептом настоящего Полиса-оферты Страхователь подтверждает, что Страхователь/Застрахованный не являются публичными должностными лицами либо родственниками публичного должностного лица.

Акцептом настоящего Полиса-оферты Страхователь подтверждает, что с условиями настоящего Полиса-оферты и Правил страхования ознакомлен и подтверждает намерение заключить договор на указанных условиях, Полис оферту, включая Ключевой информационный документ и Программу, Правила страхования и Медицинскую программу получил и распечатал на бумажном носителе. Правила страхования и Медицинская программа также размещены на сайте ООО «АльфаСтрахование-Жизнь» по адресу <https://www.alpha-life.ru>.

Акцептом настоящего Полиса-оферты Страхователь также подтверждает согласие с тем, что Страховщик выполнил условие о вручении Правил страхования и Медицинской программы, указав ссылку, по которой Страхователь может скачать указанные Правила и Медицинскую программу В случае необходимости Страхователь может обратиться к Страховщику для получения их на бумажном носителе.

Стороны пришли к соглашению об использовании Страховщиком факсимильного воспроизведения подписи и печати Страховщика.

**12. Сеть продаж:**

Страховщик

Представитель Страховщика:



братья и/или сёстры) были диагностированы онкологические заболевания до достижения ими 60 (шестидесяти) лет, в течение 10 (десяти) лет до заключения Договора страхования у Застрахованного были диагностированы состояния или симптомы, по которым он был вынужден обратиться за медицинской помощью, а именно: любой тип злокачественных заболеваний (опухоли, лимфома, лейкоз) или любой тип опухоли головного мозга, любые предраковые состояния (включая карциномы *in situ*, меланомы *in situ*, патологический ПАП-тест или CIN-тест), диабет любого типа, пищевод Барретта, болезнь Крона, язвенный колит, цирроз печени, алкогольная болезнь печени, хроническая обструктивная болезнь легких (ХОБЛ)/хронический бронхит, увеличение предстательной железы, истинная полицитемия, крипторхизм, системная красная волчанка, синдром Дауна, хронический панкреатит, амилоидоз, трансплантация органов, трансплантация костного мозга, инфекционные и/или венерические заболевания, а именно: туберкулез, ВИЧ, СПИД, длительная лихорадка, гепатит (кроме гепатита А); необходимость оказания Услуг возникла в связи с нарушением Застрахованным рекомендаций Лечащего врача, правил и распорядка при нахождении на лечении в медицинском учреждении, при заболеваниях и состояниях, не предусмотренных Договором страхования, Правилами, Медицинской Программой, Программой, и/или которые возникли до даты начала срока действия Договора страхования или после окончания срока действия Договора страхования / после расторжения Договора страхования.

### **3. Медицинская реабилитация Застрахованного после впервые перенесенного инфаркта миокарда.**

Услуга включает организацию и оплату кардиологической реабилитации (не включая хирургию) после впервые перенесенного Застрахованным в период действия Договора страхования инфаркта миокарда (заболевания согласно Международной классификации болезней из рубрики «Ишемическая болезнь сердца»), диагностированного у Застрахованного специалистом любой медицинской организации в период действия Договора страхования и подтвержденных заключением врача-кардиолога (далее – Инфаркт миокарда).

Застрахованному доступны (включая, но не ограничиваясь, с учетом положений, исключений и ограничений, установленных в Договоре страхования, Правилах, Медицинской Программе):

Медицинская транспортировка Застрахованного и одного сопровождающего к поставщику медицинских услуг, за исключением санитарной авиации, консультации Лечащего врача, консультации врачей, лабораторные и инструментальные исследования, лечебные манипуляции и процедуры, лечебная физкультура (ЛФК); массаж; физиотерапия; и т.д., медикаментозную реабилитацию, послеоперационный индивидуальный медицинский пост по медицинским показаниям, не более 8 (восьми) календарных дней, пребывание в палате стационара, включая питание и медицинское обслуживание медицинским персоналом; пребывание в палате интенсивной терапии; пребывание в кардиологическом и кардиореабилитационном отделении, экспертиза временной нетрудоспособности, предоставление различной медицинской документации, услуги проживания и транспортировки, оплата билета эконом-класса для Застрахованного и одного сопровождающего лица, встреча в аэропорту, авто- и железнодорожном вокзале и перевозка на машине скорой помощи (в случае медицинской необходимости) или на такси до отеля или в медицинское учреждение, где лечение будет выполнено.

Услуга доступна только на территории РФ. Лечебное учреждение для оказания Услуги Застрахованному выбирает Страховщик (представитель Страховщика) без согласования с Застрахованным/представителем Застрахованного. Территориальная доступность Услуги уточняется в Личном кабинете или по телефону горячей линии.

Выдача Застрахованному денежных средств не предусмотрена и не осуществляется.

Медицинские и иные услуги, не назначенные Лечащим врачом, либо не являющиеся необходимыми с медицинской точки зрения для реабилитации, лекарственные средства или средства ухода за Застрахованным без медицинских показаний, а также лечение Застрахованного сверх страховой суммы не входят в Программу и оплачиваются/приобретаются Застрахованным/представителем Застрахованного самостоятельно. Медицинские услуги, необходимость оказания которых возникла в связи с нарушением Застрахованным рекомендаций Лечащего врача, правил и распорядка при нахождении на реабилитации в Организации, оплачиваются Застрахованным/представителем Застрахованного самостоятельно.

### **4. Медицинская реабилитация Застрахованного после впервые перенесенного инсульта.**

Услуга включает организацию и оплату нейрореабилитации (не включая хирургию) после впервые перенесенного Застрахованным в период действия Договора страхования инсульта (заболевания согласно Международной классификации болезней из рубрики «Цереброваскулярные болезни»), диагностированного у Застрахованного специалистом любой медицинской организации в период действия Договора страхования и подтвержденных заключением врача-невролога (далее – Инсульт).

Застрахованному доступны (включая, но не ограничиваясь, с учетом положений, исключений и ограничений, установленных в Договоре страхования, Правилах, Медицинской Программе):

Медицинская транспортировка Застрахованного и одного сопровождающего к поставщику медицинских услуг, за исключением санитарной авиации, консультации Лечащего врача, консультации иных врачей лечебного учреждения, лабораторные и инструментальные исследования, лечебные манипуляции и процедуры, реабилитационно-восстановительное лечение: кинезитерапия, дыхательная гимнастика, эрготерапия, физиотерапия, массаж, рефлексотерапия и т.д., медикаментозная реабилитация (лекарственные препараты и другие средства, необходимые для лечения), речевая реабилитация (при необходимости), занятия по тренировке когнитивных функций, подбор ортезов, костылей, ходунков, кресел-колясок и т.п., психологическая и социальная реабилитация, послеоперационный индивидуальный медицинский пост по медицинским показаниям, не более 8 (восьми) календарных дней, пребывание в палате стационара, включая питание и медицинское обслуживание медицинским персоналом, экспертиза временной нетрудоспособности, предоставление различной медицинской документации, услуги проживания и транспортировки, оплата билета эконом-класса для Застрахованного и одного сопровождающего лица, встреча в аэропорту, авто- и железнодорожном вокзале и перевозка на машине скорой помощи (в случае медицинской необходимости) или на такси до отеля или в медицинское учреждение, где лечение будет выполнено.

Услуга доступна только на территории РФ. Лечебное учреждение для оказания Услуги Застрахованному выбирает Страховщик (представитель Страховщика) без согласования с Застрахованным/представителем Застрахованного. Территориальная доступность Услуги уточняется в Личном кабинете или по телефону горячей линии.

Выдача Застрахованному денежных средств не предусмотрена и не осуществляется.

Медицинские и иные услуги, не назначенные Лечащим врачом, либо не являющиеся необходимыми с медицинской точки зрения для реабилитации, лекарственные средства или средства ухода за Застрахованным без медицинских показаний, а также

лечение Застрахованного сверх страховой суммы не входят в Программу и оплачиваются/приобретаются Застрахованным/представителем Застрахованного самостоятельно. Медицинские услуги, необходимость оказания которых возникла в связи с нарушением Застрахованным рекомендаций Лечащего врача, правил и распорядка при нахождении на реабилитации в Организации, оплачиваются Застрахованным/представителем Застрахованного самостоятельно.

**Оказание Услуг «Медицинская реабилитация Застрахованного после впервые перенесенного инфаркта миокарда» и «Медицинская реабилитация Застрахованного после впервые перенесенного инсульта» не производится, если:**

Если Застрахованный/представитель Застрахованного в момент оказания Услуги находится в состоянии алкогольного, токсического и/или наркотического опьянения, у Застрахованного наблюдались симптомы инфаркта миокарда и/или инсульта до даты начала срока действия Договора страхования, Застрахованный до даты начала срока действия Договора страхования страдал любыми формами сердечно-сосудистых заболеваний, включая, нарушения кровообращения: любая форма инсульта или кровоизлияния в мозг, сердечный приступ, стенокардия, кардиосклероз, кардиомиопатия, заболевания (в т. ч. пороки) клапанов сердца, шумы в сердце, аритмия, ревматизм, нарушения коронарных артерий, атеросклероз, заболевания периферических кровеносных сосудов (кроме варикозного расширения вен 1-й степени), профессия Застрахованного связана (была связана в прошлом) с повышенным риском для здоровья, а именно: присутствует (присутствовал) контакт с токсичными материалами (включая асбест, растворители, бензол, хлористый винил, бериллий, никель, соединения хрома, радон, пестициды, пыль с оксидом кремния, диоксины), со взрывчатыми веществами, с ионизирующей радиацией, Застрахованный состоял/состоит на учете в наркологическом диспансере, в течение 10 (десяти) лет до заключения Договора страхования у Застрахованного были диагностированы состояния или симптомы, по которым он вынужден был обратиться за медицинской помощью, а именно: диабет любого типа, пищевод Барретта, болезнь Крона, язвенный колит, цирроз печени, алкогольная болезнь печени, хроническая обструктивная болезнь легких (ХОБЛ)/хронический бронхит, увеличение предстательной железы, истинная полицитемия, крипторхизм, системная красная волчанка, синдром Дауна, хронический панкреатит, амилоидоз, трансплантация органов, трансплантация костного мозга, инфекционные и/или венерические заболевания, а именно: туберкулез, ВИЧ, СПИД, длительная лихорадка, гепатит (кроме гепатита А); необходимость оказания Услуг возникла в связи с нарушением Застрахованным рекомендаций Лечащего врача, правил и распорядка при нахождении на лечении в Организации, при заболеваниях и состояниях, не предусмотренных Программой, и/или которые возникли до даты начала срока действия Договора страхования или после окончания срока действия Договора страхования / после расторжения Договора страхования.

**5. Дистанционные консультации дежурного врача – терапевта (неограниченное количество консультаций).**

Застрахованному доступны (включая, но не ограничиваясь, с учетом положений, исключений и ограничений, установленных в Договоре страхования, Правилах, Медицинской Программе):

Консультации по состоянию и профилактике здоровья, а также оказанию медицинской помощи при легких заболеваниях или недомогании (под легкими заболеваниями и недомоганиями понимаются состояния здоровья Застрахованного, симптомы которых свидетельствуют об ухудшении состояния здоровья, но не требуют оказания экстренной медицинской помощи), составление индивидуального плана лабораторных исследований, консультации по назначенному лечению и необходимым дополнительным обследованиям, консультации по медикаментам и особенностям приема препарата без назначения, подготовку заключения, носящего рекомендательный характер для Застрахованного и т.п.

Заключение врача носит рекомендательный характер и не заменяет очную консультацию, целью заключения не является постановка диагноза, назначение обследования и лечения.

**6. Услуга «Медиурст» (5 (пять) консультаций в течение срока страхования).**

Застрахованному доступны (включая, но не ограничиваясь, с учетом положений, исключений и ограничений, установленных в Договоре страхования, Правилах, Медицинской Программе):

Информирование о правах Застрахованного в рамках обязательного медицинского страхования (консультации по вопросам действующего законодательства России, связанным с получением бесплатной медицинской помощи), навигацию по медицинским квотам и льготам на бесплатное лечение в лечебно-профилактических учреждениях, отвечающих запросу Застрахованного.

Все консультации носят рекомендательный характер и не являются обязательным руководством к действию при решении вопроса Застрахованного.

**7. Дистанционная консультация психотерапевта (5 (пять) консультаций в течение срока страхования, длительность 1 (одной) консультации - не более 60 (шестидесяти) минут).**

Застрахованному доступны (включая, но не ограничиваясь, с учетом положений, исключений и ограничений, установленных в Договоре страхования, Правилах, Медицинской Программе):

Медицинское сопровождение пациентов с хроническими заболеваниями (корректировка лечения, рекомендации по дополнительному плану обследования и так далее), консультации по назначенному лечению и необходимым дополнительным обследованиям, консультации по медикаментам и схеме их приема, подготовку заключения, носящего рекомендательный характер для Застрахованного и т.п.

Заключение врача носит рекомендательный характер и не заменяет очную консультацию, целью заключения не является постановка диагноза, назначение обследования и лечения.

**8. Дистанционные консультации узкопрофильных врачей (5 (пять) консультаций в течение срока страхования, длительность 1 (одной) консультации - не более 30 (тридцати) минут).**

Застрахованному доступны (включая, но не ограничиваясь, с учетом положений, исключений и ограничений, установленных в Договоре страхования, Правилах, Медицинской Программе):

Медицинское сопровождение пациентов с хроническими заболеваниями (корректировка лечения, рекомендации по дополнительному плану обследования и так далее), консультации по назначенному лечению и необходимым дополнительным обследованиям, консультации по медикаментам и схеме их приема, подготовку заключения, носящего рекомендательный характер для Застрахованного и т.п.

Заключение врача носит рекомендательный характер и не заменяет очную консультацию, целью заключения не является постановка диагноза, назначение обследования и лечения.

**9. Лабораторные исследования (1 (одно) обращение в течение срока страхования).**

Застрахованному доступны (включая, но не ограничиваясь, с учетом положений, исключений и ограничений, установленных в Договоре страхования, Правилах, Медицинской Программе):

Услуга включает проведение любых лабораторных исследований, назначенных врачом по итогам консультации, оказанной в рамках п. 5 раздела «Состав Программы» («Дистанционные консультации дежурного врача – терапевта»), (включая забор крови и/или другого биоматериала) на общую сумму не более \_\_\_\_\_ российских рублей.

**10. Лекарственный навигатор (неограниченное количество консультаций).**

Застрахованному доступны (включая, но не ограничиваясь, с учетом положений, исключений и ограничений, установленных в Договоре страхования, Правилах, Медицинской Программе):

Анализ назначенного Застрахованному препарата на предмет действующих веществ, помощь в подборе медицинских препаратов с аналогичными действующими веществами (препаратов-синонимов) по более низкой цене, проверку наличия лекарственного препарата в списке забракованных, поиск, бронирование необходимых Застрахованному аптечных товаров, проверку их наличия в ближайших аптеках и т.п.

Все расходы, связанные с непосредственным приобретением аптечных товаров и их доставкой, оплачиваются Застрахованным/представителем Застрахованного самостоятельно и не включены в Программу.

**11. Медицинский навигатор (неограниченное количество консультаций).**

Застрахованному доступны (включая, но не ограничиваясь, с учетом положений, исключений и ограничений, установленных в Договоре страхования, Правилах, Медицинской Программе):

Предоставление информации о лечебно-профилактических учреждениях, подбор медучреждения для прохождения обследования или лечения в соответствии со спецификой заболевания и т.п.

Все расходы, связанные с непосредственным медицинским обслуживанием, оплачиваются Застрахованным/представителем Застрахованного самостоятельно и не включены в Программу.

**ПОРЯДОК ПОЛУЧЕНИЯ УСЛУГ**

Способ получения Услуг – любое телекоммуникационное устройство (телефон, персональный компьютер или любое мобильное средство связи – далее Оборудование) с возможностью использования персонального раздела Застрахованного на сайте Представителя Страховщика, вход в который осуществляется со страницы, размещенной по адресу: <https://> \_\_\_\_\_, и который после авторизации в данном разделе позволяет Застрахованному, следуя указаниям системы, получать Услуги путем выполнения действий, необходимых для их получения согласно условиям Программы (далее - Личный кабинет) и предоставления Застрахованным/представителем Застрахованного согласия на передачу персональных данных, в том числе специальной категории персональных данных Застрахованного.

Оборудование, используемое для получения Услуг, должно соответствовать требованиям к оборудованию и программному обеспечению, размещенным в Личном кабинете. Застрахованный/представитель Застрахованного самостоятельно отвечает за соответствие указанным требованиям используемого им Оборудования. Исполнитель не несет ответственности за невозможность получения Застрахованным Услуг, возникших из-за Оборудования.

1. Чтобы начать пользоваться Программой, необходимо пройти регистрацию.
2. Доступно 2 способа регистрации:
  - 2.1. Через личный кабинет на сайте <https://> \_\_\_\_\_, следуя инструкции на сайте.
  - 2.2. По телефону \_\_\_\_\_, следуя инструкции оператора.

**Организация, оказание и рекомендации Услуг по Программе предоставляется Застрахованному (сопровождающему лицу, в случае, если это предусмотрено Программой), после подтверждения личности Застрахованного путем его валидации по номеру полиса, фамилии, имени, отчеству и дате рождения или путем предъявления документа, удостоверяющего личность. Документом, удостоверяющим личность, признается паспорт, либо любой другой документ, его заменяющий согласно требованиям действующего законодательства Российской Федерации.**

Взаимодействие с Застрахованным осуществляется на русском языке.

В качестве представителя Застрахованного может выступать представитель, действующий на основании нотариально заверенной доверенности. Представитель Страховщика имеет право запросить документы, подтверждающие полномочия представителя Застрахованного.

**ПОДРОБНОЕ ОПИСАНИЕ ПЕРЕЧНЯ УСЛУГ, ИСКЛЮЧЕНИЙ ИЗ ПРОГРАММЫ, ДОКУМЕНТОВ, НЕОБХОДИМЫХ ДЛЯ ПОЛУЧЕНИЯ УСЛУГ, ПОРЯДКА ПОЛУЧЕНИЯ УСЛУГ, ВЗАИМОДЕЙСТВИЯ С ПРЕДСТАВИТЕЛЕМ СТРАХОВЩИКА СОДЕРЖИТСЯ В МЕДИЦИНСКОЙ ПРОГРАММЕ №4 (ПРИЛОЖЕНИЕ №12 К ПРАВИЛАМ СТРАХОВАНИЯ), ПОЛУЧЕННЫМ ВАМИ ПРИ ЗАКЛЮЧЕНИИ ДОГОВОРА СТРАХОВАНИЯ, А ТАКЖЕ РАЗМЕЩЕННЫМИ НА САЙТЕ ООО «АЛЬФАСТРАХОВАНИЕ–ЖИЗНЬ» ПО АДРЕСУ: <https://> \_\_\_\_\_.**

**ПЕРЕЧЕНЬ ЛЕЧЕБНЫХ УЧРЕЖДЕНИЙ ДЛЯ ОКАЗАНИЯ УСЛУГ ЗАСТРАХОВАННЫМ ПО ПРОГРАММЕ СТРАХОВАНИЯ**

ГОРОД	НИМЕНОВАНИЕ ЛЕЧЕБНОГО УЧРЕЖДЕНИЯ