



Приложение № 1 к Приказу

№ 084 от 19 июня 2019 г.

Утверждаю
Генеральный директор
Гадлиба Ю. О.

Правила

добровольного страхования от несчастных случаев и болезней № 1.1

Содержание

1. Общие положения. Субъекты страхования.....	4
2. Объект страхования.....	12
3. Страховые риски. Страховые случаи.....	12
4. Исключения из страхового покрытия	15
5. Основания для освобождения страховщика от страховой выплаты.....	17
6. Страховая сумма, страховой тариф, страховая премия (взносы)	18
7. Договор страхования. Порядок заключения договора страхования.....	20
8. Срок страхования. Порядок исполнения и прекращения договора страхования	27
9. Права и обязанности сторон.....	29
10. Действия сторон при наступлении события с признаками страхового случая	34
11. Порядок определения размера страховых выплат	44
12. Форс мажор.....	48
13. Порядок разрешения споров	48

Приложения (типовые формы документов):

Приложение №1 к Правилам страхования. Типовая форма заявления на страхование для физического лица / индивидуального предпринимателя;

Приложение №2 к Правилам страхования. Типовая форма заявления на страхование для юридического лица / иностранной структуры без образования юридического лица;

Приложение №3 к Правилам страхования. Типовая форма Полиса;

Приложение №4 к Правилам страхования. Типовая форма заявления на получение страховой выплаты для физического лица / индивидуального предпринимателя;

Приложение №5 к Правилам страхования. Типовая форма заявления на получение страховой выплаты для юридического лица / иностранной структуры без образования юридического лица;

Приложение №6 к Правилам страхования. Таблица выплат по риску «Телесные повреждения в результате несчастного случая», 156 пунктов;

Приложение №7 к Правилам страхования. Таблица выплат по риску «Телесные повреждения в результате несчастного случая», 157 пунктов;

Приложение №8 к Правилам страхования. Таблица выплат по риску «Телесные повреждения в результате несчастного случая», 94 пункта;

Приложение №9 к Правилам страхования. Таблица выплат по риску «Телесные повреждения в результате несчастного случая», 83 пункта;

Приложение №10 к Правилам страхования. Таблица выплат по риску «Телесные повреждения в результате несчастного случая», 36 пунктов;

Приложение №11 к Правилам страхования. Таблица выплат по риску «Телесные повреждения в результате несчастного случая», 72 пункта;

Приложение №12 к Правилам страхования. Таблица выплат по риску «Телесные повреждения в результате несчастного случая» для частей тела;

Приложение №13 к Правилам страхования. Таблица выплат по риску «Телесные повреждения в результате несчастного случая» для беременных;

Приложение №14 к Правилам страхования. Таблица выплат по риску «Тяжкие телесные повреждения в результате несчастного случая», 11 пунктов;

Приложение №15 к Правилам страхования. Таблица выплат по риску «Тяжкие телесные повреждения в

результате несчастного случая», 21 пункт;

Приложение №16 к Правилам страхования. Таблица выплат по риску «Диагностирование опасного инфекционного заболевания»;

Приложение №17 к Правилам страхования. Перечень критических заболеваний и предсуществующих состояний (заболеваний) по риску «Критическое заболевание»;

Приложение №18 к Правилам страхования. Полис страхования от несчастных случаев «Профессионал»;

Приложение №19 к Правилам страхования. Полис страхования от несчастных случаев «Детский»;

Приложение №20 к Правилам страхования. Полис страхования от несчастных случаев «Партнер»;

Приложение № 21 к Правилам страхования. Полис страхования от несчастных случаев «Краткосрочный»;

Приложение №22 к Правилам страхования. Полис страхования от несчастных случаев «Семейный»;

Приложение №23 к Правилам страхования. Полис страхования от несчастных случаев «Заемщик»;

Приложение №24 к Правилам страхования. Программа страхования.

1. Общие положения. Субъекты страхования

1.1. Настоящие Правила добровольного страхования физических лиц от несчастных случаев и болезней № 1.1 (далее — Правила) разработаны в соответствии с законодательством Российской Федерации и содержат в себе стандартные условия, на которых акционерное общество «Группа Ренессанс Страхование» заключает, исполняет и прекращает договоры добровольного страхования физических лиц от несчастных случаев и болезней, финансовых рисков. Настоящие Правила определяют общие условия и порядок осуществления страхования по виду страхования:

- страхование от несчастных случаев и болезней;
- страхование финансовых рисков;
- медицинское страхование.

1.2. Под договором добровольного страхования физических лиц от несчастных случаев и болезней (далее — Договор страхования) в настоящих Правилах понимается соглашение между Страхователем и Страховщиком (далее совместно именуемыми «Стороны»), согласно которому Страховщик обязуется за обусловленную Договором страхования плату (страховую премию), уплачиваемую другой Стороной (Страхователем), при наступлении предусмотренного в Договоре страхования события (страхового случая) выплатить лицу, в пользу которого заключен Договор страхования (Застрахованному лицу, Выгодоприобретателю), денежную сумму в пределах обусловленной Договором страхования страховой суммы.

1.3. Применяемые в настоящих Правилах наименования и понятия в ряде случаев специально поясняются соответствующими определениями. Если значение какого-либо наименования или понятия не оговорено Правилами или Договором страхования и не может быть определено исходя из законодательства Российской Федерации, то такое наименование или понятие используется в своем обычном лексическом значении.

1.4. Основные термины и определения, используемые в настоящих Правилах:

Субъекты страхования — Страховщик и лица, указанные в Договоре страхования в качестве Страхователя, Застрахованного, Выгодоприобретателя.

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

Страхователь — дееспособное физическое лицо, индивидуальный предприниматель или юридическое лицо любой организационно-правовой формы, заключившее со Страховщиком Договор страхования. При этом Страхователями могут выступать как российские, так и иностранные юридические и физические лица, а также лица без гражданства. По Договору страхования могут быть застрахованы имущественные интересы, связанные с причинением вреда здоровью, со смертью в результате несчастного случая или болезни Страхователя, имущественные интересы, связанные с оплатой организации и оказания медицинской и лекарственной помощи (медицинских услуг) и иных услуг вследствие расстройства здоровья физического лица или состояния физического лица, требующих организации и оказания таких услуг, а также проведения профилактических мероприятий, снижающих степень опасных для жизни или здоровья физического лица угроз и (или) устраняющих их, имущественные интересы, связанные с риском возникновения непредвиденных расходов у Страхователя — физического лица или других указанных Страхователем в Договоре физических лиц, именуемых в дальнейшем Застрахованными.

В случае если Договор заключен Страхователем — физическим лицом в отношении себя лично, на него распространяются права и обязанности Застрахованного лица. Страхователи — юридические лица заключают Договор страхования в отношении физических лиц (своих работников или иных лиц, согласованных со Страховщиком), указанных в Договоре страхования.

Застрахованное лицо (Застрахованный) — физическое лицо, в отношении жизни и здоровья которого заключен Договор страхования.

Лица, являющиеся на момент заключения Договора страхования инвалидами I или II группы; имеющие присвоенную категорию «ребенок-инвалид»; имеющие направление на прохождение государственной медико-социальной экспертизы (далее — МСЭ); нуждающиеся по медицинским показаниям в посторонней помощи или представляющие социальную опасность; находящиеся в состоянии, угрожающем жизни и (или) здоровью (лица, стоящие в листе ожидания на трансплантацию органа либо перенесшие его трансплантацию, находящиеся в коме, страдающие доброкачественной опухолью мозга, подобными тяжелыми заболеваниями); проходящие службу в вооруженных силах; находящиеся в местах лишения свободы; имеющие на дату заключения Договора страхования следующие заболевания и (или) связанные с ними состояния: нервно-психические заболевания, заболевания нервной системы (слабоумие, эпилепсия, паралич, временная потеря сознания, судорожные припадки, другие тяжелые заболевания нервной системы); онкологические заболевания; заболевания сердечно-сосудистой системы (инфаркт миокарда, стенокардия, артериальная гипертензия); сахарный диабет; туберкулез; кожно-венерологические заболевания; алкоголизм; наркомания; СПИД, ВИЧ-инфекция, болезни, связанные с данными заболеваниями, — могут быть Застрахованными только при условии письменного уведомления Страховщика о таком состоянии здоровья лица, заявленного на страхование. Если после заключения Договора страхования будет установлено, что на страхование было принято лицо, попадающее в одну из категорий, перечисленных в настоящем абзаце, а Страхователь (Застрахованный) письменно не уведомил об этом Страховщика, ввел его в заблуждение либо сообщил заведомо ложные сведения о вышеуказанных обстоятельствах при заключении Договора страхования, то Страховщик имеет право потребовать признания Договора страхования в отношении указанного лица недействительным в соответствии с законодательством Российской Федерации, а также потребовать применения последствий, предусмотренных пунктом 2 статьи 179 Гражданского кодекса Российской Федерации.

Выгодоприобретатель — лицо, в пользу которого заключен Договор страхования и которому принадлежит право на получение страховой выплаты при наступлении страхового случая. Выгодоприобретателем является Застрахованное лицо, если иное не предусмотрено Договором страхования. В случае смерти лица, застрахованного по Договору, в котором не назван иной Выгодоприобретатель, Выгодоприобретателями признаются наследники Застрахованного лица. Договор страхования в пользу лица, не являющегося Застрахованным лицом, в том числе в пользу не являющегося Застрахованным лицом Страхователя, может быть заключен лишь с письменного согласия Застрахованного лица. При отсутствии такого согласия Договор может быть признан недействительным по иску Застрахованного лица, а в случае смерти этого лица — по иску его наследников. Замена Выгодоприобретателя по Договору допускается лишь с согласия Застрахованного. Выгодоприобретатель не может быть заменен другим лицом, после того как он выполнил какую-либо из обязанностей по Договору или предъявил Страховщику требование о выплате страховой суммы.

Болезнь (заболевание) — нарушение состояния здоровья Застрахованного в результате

действия патогенных факторов, не вызванное несчастным случаем, носящее вероятностный и случайный характер, независимо от воли Застрахованного и (или) Выгодоприобретателя, диагностированное квалифицированным врачом на основании объективных симптомов, а также явившееся следствием осложнений после врачебных манипуляций, при котором имеются объективные проявления, позволяющие установить диагноз, наступившее в период действия Договора страхования.

Несчастный случай — фактически происшедшее, внезапное, непредвиденное, кратковременное (до нескольких часов), внешнее по отношению к Застрахованному событие, повлекшее за собой телесное повреждение, или иное нарушение внутренних и внешних функций организма, или смерть Застрахованного, не являющееся следствием состояний, заболеваний или врачебных манипуляций и произошедшее в течение срока страхования независимо от воли Застрахованного и (или) Выгодоприобретателя.

Не относятся к несчастным случаям любые формы острых, хронических и наследственных заболеваний (в том числе инфаркт, инсульт и прочие внезапные поражения органов, вызванные наследственной патологией или патологией в результате развития заболевания), острые респираторные заболевания, инфекционные заболевания, если иное не предусмотрено Договором страхования.

В рамках настоящих Правил страхования к последствиям несчастного случая относятся: травмы, переломы, ушибы, ранения, разрывы, ожоги, отморожение, поражение электротоком, попадание в дыхательные пути инородного тела, отравление химическими веществами и ядами биологического происхождения (включая токсин, вызывающий ботулизм), за исключением пищевой токсикоинфекции, если иное не предусмотрено Договором страхования.

Смерть — прекращение физиологических функций организма, поддерживающих его жизнедеятельность.

Инвалидность — нарушение здоровья Застрахованного со стойким расстройством функций организма, обусловленное заболеваниями, последствиями травм или дефектами, приводящее к ограничению жизнедеятельности и вызывающее необходимость его социальной защиты. В зависимости от степени расстройства функций организма и ограничения жизнедеятельности, лицам, признанным инвалидами, устанавливается группа инвалидности, а лицам в возрасте до 18 лет устанавливается категория «ребенок-инвалид». Группа инвалидности устанавливается МСЭ в соответствии с законодательством Российской Федерации по событию, произошедшему в период действия Договора страхования.

Телесное повреждение (травма) — внезапное нарушение физической целостности организма, наступившее в период действия Договора страхования в результате несчастного случая. Конкретный перечень телесных повреждений, последствия которых могут быть признаны страховыми случаями, устанавливается в Договоре страхования в соответствии с прилагаемыми к нему таблицами страховых выплат при телесных повреждениях.

Тяжкое телесное повреждение — повреждение, опасное для жизни в момент его причинения, повлекшее потерю органа либо утрату его функций, наступившее в период действия Договора страхования в результате несчастного случая. Конкретный перечень тяжких телесных повреждений, последствия которых могут быть признаны страховыми случаями, устанавливается в Договоре страхования в соответствии с прилагаемыми к нему таблицами страховых выплат при тяжких телесных повреждениях.

Временная утрата общей трудоспособности — нетрудоспособность, наступившая в период

действия Договора страхования в результате несчастного случая или болезни, произошедших в период действия Договора страхования, сопровождающаяся невозможностью исполнять трудовые обязанности на протяжении периода, необходимого для проведения непрерывного лечения последствий несчастного случая или болезни.

Для неработающих Застрахованных, в том числе детей в возрасте до 18 лет и пенсионеров, под временной утратой трудоспособности понимается временное острое расстройство здоровья в результате несчастного случая или болезни в течение определенного ограниченного, непрерывного периода времени.

Под непрерывным периодом времени (непрерывное лечение) понимается только назначенное имеющим на это право медицинским работником лечение, соответствующее, по данным медицинской науки, характеру повреждения, полученного Застрахованным, с периодическим (не реже одного раза в 10 дней) контролем его эффективности (при назначении на прием или посещении медицинским работником). Период восстановительного (реабилитационного) лечения, санаторно-курортное лечение не учитываются как непрерывное лечение.

Периодически проводимые профилактические мероприятия (например вакцинация против столбняка, бешенства и т. п.) лечением травм не являются. Время их проведения при определении срока непрерывного лечения не учитывается.

Госпитализация — стационарное лечение Застрахованного в круглосуточном стационаре, расположенном на территории Российской Федерации (если иная территория не предусмотрена Договором страхования), необходимость которого была вызвана произошедшим в период действия Договора страхования несчастным случаем или болезнью (заболеванием). При этом госпитализацией не признается: помещение Застрахованного в стационар для проведения медицинского обследования; проживание Застрахованного в клинике или санатории для прохождения им восстановительного (реабилитационного) курса лечения; задержание Застрахованного в связи с карантином или иными превентивными мерами официальных властей.

Также не является госпитализацией помещение Застрахованного в дневной стационар амбулаторно-поликлинического или стационарного медицинского учреждения.

Утрата профессиональной трудоспособности — невозможность выполнять Застрахованным профессиональную деятельность, к которой он подготовлен в силу своего образования, обучения или опыта, вследствие устойчивого нарушения функций организма, носящего необратимый характер.

Критические заболевания — болезни (заболевания), возникшие вследствие сочетания внешнего фактора, носящего вероятностный и случайный характер (вирусы, бактерии, физические и психические факторы, природное или техногенное воздействие, др.), и ослабления защитных свойств организма по объективным, не зависящим от волеизъявления Застрахованного причинам, характеризующиеся нарушением функций многих органов и систем организма человека и повлекшие потерю трудоспособности, обозначенные в перечне критических заболеваний (Приложение № 17 к настоящим Правилам), диагностированные и установленные у Застрахованного в течение срока действия Договора страхования. Критическое заболевание должно быть достоверно и объективно зафиксировано при оказании Застрахованному медицинской помощи и проведении лечения. Одновременное диагностирование нескольких критических заболеваний из указанных в перечне критических заболеваний в целях настоящего страхования считается одним критическим заболеванием.

Предшествующее состояние (заболевание) — любое заболевание или состояние (симптом), которое было зафиксировано в медицинской документации Застрахованного в течение 10 лет до заключения Договора страхования, являющееся тем же заболеванием или находящееся в прямой причинно-следственной связи с критическим заболеванием, впервые диагностированным после начала действия Договора страхования.

Если заболевание или состояние (симптом), являющееся тем же заболеванием или находящееся в прямой причинно-следственной связи с критическим заболеванием, впервые диагностированным после начала действия Договора страхования, было зафиксировано в медицинской документации Застрахованного более чем за 10 лет до заключения Договора страхования и в течение 10 лет до даты заключения Договора страхования не проявлялось (не проявлялись симптомы или не требовалось лечение), такое заболевание (состояние, симптом) не является предшествующим состоянием (заболеванием), если иное не предусмотрено Договором страхования.

Массовый спорт — способ проведения свободного времени 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. Точный перечень видов массового спорта, при занятии которыми на Застрахованное лицо распространяется действие страховой защиты, указывается в Договоре страхования.

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, либо занятия, предполагающие наличие у участников особых навыков, степеней допуска, разрешений, определенных соответствующими регламентами, спортивных разрядов, специального оборудования (снаряжения). Точный перечень видов профессионального спорта, при занятии которыми на Застрахованное лицо распространяется действие страховой защиты, указывается в Договоре страхования.

Спортсмен — физическое лицо, занимающееся выбранными видом или видами спорта и выступающее на спортивных соревнованиях.

Спортивное соревнование — состязание среди спортсменов или команд спортсменов по различным видам спорта (спортивным дисциплинам) в целях выявления лучшего участника состязания, проводимое по утвержденному его организатором положению (регламенту).

Страховая выплата — денежная сумма, установленная Договором страхования, выплачиваемая Страховщиком при наступлении страхового случая лицу, в пользу которого заключен Договор страхования.

Мессенджер — сервис обмена мгновенными сообщениями через сеть Интернет.

Срок действия Договора страхования — срок, на который заключается Договор страхования.

Срок страхования — период времени, в течение которого на Застрахованное лицо распространяется действие страхования (страховой защиты). Действие страховой защиты распространяется только на несчастные случаи или болезни, впервые произошедшие или диагностированные у Застрахованного в течение срока страхования.

Электронная подпись — информация в электронной форме, которая присоединена к другой информации в электронной форме (подписываемой информации) или иным образом

связана с такой информацией и которая используется для определения лица, подписывающего информацию.

Квалифицированной электронной подписью является электронная подпись, которая соответствует следующим требованиям:

- получена в результате криптографического преобразования информации с использованием ключа электронной подписи;
- позволяет определить лицо, подписавшее электронный документ;
- позволяет обнаружить факт внесения изменений в электронный документ после момента его подписания;
- создается с использованием средств электронной подписи;
- ключ проверки электронной подписи указан в квалифицированном сертификате.

Для создания и проверки электронной подписи используются средства электронной подписи, получившие подтверждение соответствия требованиям, установленным согласно Федеральному закону «Об электронной подписи» № 63-ФЗ от 06.04.2011.

Форс-мажор (обстоятельства непреодолимой силы) — под обстоятельствами непреодолимой силы Стороны понимают: военные действия и их последствия, террористические акты, 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, воздействие ядерной энергии, химическое или биологическое воздействие либо заражение, а также иные обстоятельства, которые Страховщик и Страхователь (Застрахованный) не могут предвидеть и (или) предотвратить своими силами.

Территория страхования — территория, на которую распространяется действие Договора страхования. В соответствии с настоящими Правилами территорией страхования является весь мир, за исключением зон военных действий и конфликтов, зон, где объявлено чрезвычайное положение, если иное не предусмотрено Договором страхования.

- 1.5. При заключении Договора страхования в соответствии с настоящими Правилами эти Правила становятся неотъемлемой частью Договора страхования и являются обязательными для Страхователя, Застрахованного, Выгодоприобретателя и Страховщика, если в Договоре прямо указывается на применение настоящих Правил и настоящие Правила изложены в одном документе с Договором страхования, на его оборотной стороне или приложены к Договору страхования, о чем в Договоре страхования сделана соответствующая запись.
- 1.6. Условия, содержащиеся в настоящих Правилах, могут быть изменены (исключены или дополнены) по письменному соглашению Сторон при заключении Договора страхования или в период действия Договора до момента наступления страхового случая, при условии что такие изменения не противоречат законодательству Российской Федерации и настоящим Правилам.
- 1.7. При наличии противоречий между положениями настоящих Правил и условиями Договора страхования преимущественную силу имеют положения Договора страхования.
- 1.8. Страховщик вправе на основе настоящих Правил формировать полисные условия страхования (выдержки и выписки из Правил), программы страхования к отдельному Договору страхования или отдельной группе Договоров страхования (страховые продукты), заключаемых на основе настоящих Правил, предназначенные для заключения типовых договоров страхования с определенной категорией страхователей (застрахованных лиц),

объединенных по страховым интересам, видам рисков, степени рисков и иным тарификационным факторам, в той мере, в какой это не противоречит законодательству Российской Федерации и настоящим Правилам. Такие условия страхования (страховые программы) прилагаются к Договору страхования и являются его неотъемлемой частью.

1.9. Страховщик вправе присваивать маркетинговые названия отдельным группам единообразных Договоров страхования, заключенных на основе настоящих Правил, в той мере, в какой это не противоречит законодательству Российской Федерации.

1.10. Предусмотренные настоящими Правилами и Договором страхования выплаты Страховщик производит лицу, в пользу которого заключен Договор страхования (Выгодоприобретателю), независимо от всех видов пособий, пенсий и выплат, получаемых Застрахованным по государственному социальному страхованию и социальному обеспечению, трудовым договорам и иным соглашениям, договорам страхования, заключенным с другими страховщиками, и сумм, причитающихся Застрахованному в порядке возмещения вреда по законодательству Российской Федерации.

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

- 1) подготовки заявления о заключении Договора страхования;
- 2) формирования и дальнейшего исполнения Договора страхования;
- 3) продвижения товаров, работ, услуг и проведения опросов для оценки качества услуг, направления любых информационных и рекламных материалов, сообщений и вызовов путем прямых контактов с помощью любых средств связи, в том числе, но не ограничиваясь этим, по сетям электросвязи, с использованием средств мобильной сотовой связи, по сети Интернет (в том числе на ящик электронной почты (почтовый ящик));
- 4) поручения обработки своих персональных данных третьим лицам в целях осуществления прав и исполнения обязательств Страховщика перед такими лицами в рамках заключенных с ними Договоров;
- 5) поручения обработки своих персональных данных аффилированным лицам Страховщика.

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

Страхователь несет ответственность за предоставление согласия на обработку персональных данных Выгодоприобретателей, Застрахованных лиц, указанных в Договоре страхования.

Настоящее согласие предоставляется на срок до 5 (пяти) лет либо до момента его отзыва. Отзыв данного согласия осуществляется по письменному заявлению в адрес Страховщика,

указанный в Договоре страхования. Заявление должно быть подано за 30 (тридцать) дней до даты отзыва согласия.

- 1.12. По запросу Страховщика Страхователь обязуется своевременно предоставить Страховщику указанные письменные согласия Застрахованных лиц.
- 1.13. В случае отзыва Застрахованным своего согласия на обработку персональных данных, переданного Страхователю, Страхователь обязан письменно уведомить об этом Страховщика.
- 1.14. Страховщик гарантирует соблюдение врачебной тайны и тайны страхования в соответствии с законодательством Российской Федерации.
- 1.15. Отношения Сторон по Договору страхования, не урегулированные настоящими Правилами страхования или Договором страхования, регулируются законодательством Российской Федерации.
- 1.16. Все уведомления, извещения и сообщения, направляемые Страховщиком в адрес Страхователя (Застрахованного лица, Выгодоприобретателя) в соответствии с настоящими Правилами, считаются направленными надлежащим образом при их направлении одним из следующих способов, указанных в Договоре страхования или заявлении о выплате страхового возмещения:
 - в виде СМС-сообщения или сообщения, направленного посредством мессенджера, по телефону, указанному в Договоре страхования или заявлении о выплате страхового возмещения;
 - почтовым, телеграфным или иным письменным отправлением по адресу, указанному в Договоре страхования или заявлении о выплате страхового возмещения;
 - по адресу электронной почты, указанному в Договоре страхования или заявлении о выплате страхового возмещения.

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

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

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

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

2. Объект страхования

- 2.1. Объектом страхования являются не противоречащие законодательству Российской Федерации имущественные интересы Застрахованного лица, связанные:
- с причинением вреда его здоровью, а также с его смертью в результате несчастного случая или болезни;
 - с оплатой организации и оказания медицинской и лекарственной помощи (медицинских услуг) и иных услуг вследствие расстройства здоровья физического лица или состояния физического лица, требующих организации и оказания таких услуг, а также проведения профилактических мероприятий, снижающих степень опасных для жизни или здоровья физического лица угроз и (или) устраняющих их;
 - с риском возникновения непредвиденных расходов у Застрахованного лица.

3. Страховые риски. Страховые случаи

- 3.1. Страховым риском является предполагаемое событие, обладающее признаками случайности и вероятности, на случай наступления которого заключается Договор страхования.
- 3.2. Договор страхования может быть заключен на случай наступления любого из нижеуказанных событий, включая страхование только одного риска или их совокупности (за исключением страховых рисков «Телесные повреждения» и «Временная нетрудоспособность», которые не могут быть одновременно указаны в одном Договоре страхования, если иное не предусмотрено Договором страхования):
- 3.2.1. **«Смерть в результате несчастного случая»** — смерть Застрахованного лица в результате несчастного случая, произошедшего в течение срока страхования.
- 3.2.2. **«Смерть в результате несчастного случая или болезни»** — смерть Застрахованного в результате несчастного случая, произошедшего в течение срока страхования, либо болезни.
- 3.2.3. **«Инвалидность в результате несчастного случая»** — установление Застрахованному инвалидности I, II или III группы (или категории «ребенок-инвалид»), наступившей в результате несчастного случая, произошедшего в период действия Договора страхования.
- 3.2.4. **«Инвалидность в результате несчастного случая или болезни»** — установление Застрахованному инвалидности I, II или III группы (или категории «ребенок-инвалид»), наступившей в результате несчастного случая или болезни, произошедших в период действия Договора страхования.
- 3.2.5. **«Телесные повреждения в результате несчастного случая»** — телесное повреждение, полученное Застрахованным в период действия Договора страхования в результате несчастного случая, предусмотренное Таблицей страховых выплат (приложения № 6–13 к настоящим Правилам).
- 3.2.6. **«Тяжкие телесные повреждения в результате несчастного случая»** — телесное повреждение, полученное Застрахованным в период действия Договора страхования в результате несчастного случая, предусмотренное Таблицей страховых выплат (приложения № 14–15 к Правилам).
- 3.2.7. **«Временная утрата общей трудоспособности в результате несчастного случая»** — временная утрата общей трудоспособности Застрахованным лицом в результате

несчастного случая, произошедшего в течение срока страхования.

- 3.2.8. **«Временная утрата общей трудоспособности в результате несчастного случая или болезни»** — временная утрата общей трудоспособности, наступившая в период действия Договора страхования в результате несчастного случая или болезни, произошедших в период действия Договора страхования. По риску Договором страхования может быть установлен индивидуальный срок страхования по событиям, произошедшим в результате болезни.
- 3.2.9. **«Утрата профессиональной трудоспособности в результате несчастного случая»** — утрата Застрахованным профессиональной трудоспособности в результате несчастного случая, произошедшего в период действия Договора страхования.
- 3.2.10. **«Утрата профессиональной трудоспособности в результате несчастного случая или болезни»** — утрата Застрахованным профессиональной трудоспособности в результате несчастного случая или болезни, произошедших в период действия Договора страхования.
- 3.2.11. **«Диагностирование укуса клеща»** — диагностированные у Застрахованного в период действия Договора страхования укусы/присасывание клеща, подтвержденные медицинским заключением.
- 3.2.12. **«Диагностирование опасного инфекционного заболевания»** — диагностирование у Застрахованного в период действия Договора страхования инфекционного заболевания, подтвержденного медицинским заключением согласно Таблице страховых выплат при диагностировании опасных инфекционных заболеваний (Приложение № 16 к настоящим Правилам).
- 3.2.13. **«Заражение инфекционным заболеванием вследствие переливания крови и (или) профессиональной (медицинской) деятельности»** — заражение вирусным гепатитом (В, С), сифилисом, туберкулезом (впервые диагностированный), вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ) при выполнении донорской функции или переливании крови в специализированных медицинских учреждениях, имеющих лицензию на данный вид деятельности, либо в результате травматического повреждения, полученного Застрахованным при контакте с кровью, спинномозговой жидкостью, другими биологическими жидкостями и субстратами в процессе выполнения стандартных профессиональных (или медицинских) обязанностей, произошедшее в период действия Договора страхования.
- 3.2.14. **«Госпитализация в результате несчастного случая»** — госпитализация Застрахованного, начавшаяся в период действия Договора страхования в результате несчастного случая, наступившего в период действия Договора страхования.
- 3.2.15. **«Госпитализация в результате несчастного случая или болезни»** — госпитализация Застрахованного, начавшаяся в период действия Договора страхования в результате несчастного случая или болезни, наступивших в период действия Договора страхования. По риску Договором страхования может быть установлен индивидуальный Срок страхования по событиям, произошедшим в результате болезни.
- 3.2.16. **«Критическое заболевание»** — впервые диагностированное у Застрахованного в период действия Договора страхования критическое заболевание, предусмотренное Перечнем критических заболеваний и предшествующих состояний (заболеваний) (Приложение № 17 к настоящим Правилам). По риску Договором страхования может быть установлен индивидуальный срок страхования.

3.2.17. «Непредвиденные расходы Застрахованного лица» — расходы, определенные Договором страхования, которые Застрахованное лицо понесло или может понести в течение срока действия Договора страхования в целях предотвращения внезапных и непредвиденных событий, которые могут нанести вред здоровью Застрахованного лица, причинить ущерб его имуществу или иным охраняемым законом правам и интересам. Такими расходами могут быть:

- расходы на организацию услуг социального характера, в т. ч. услуг индивидуального присмотра, помощи по хозяйству, передержки домашних животных и т. п.;
- расходы на юридические услуги (письменные или устные консультации, подготовка документов: соглашений, договоров, процессуальных документов и т. п., представление интересов на переговорах, в судах и т. п.) по всем обязательствам Застрахованного лица, по которым его права и законные интересы были нарушены;
- расходы на оплату услуг экспертов, экспертных учреждений по составлению заключений, отчетов, необходимых для определения размера причиненного Страхователю (Выгодоприобретателю) вреда (в том числе медицинских заключений) или понесенных Страхователем (Выгодоприобретателем) убытков, для представления таких документов в суд в целях защиты интересов Страхователя (Выгодоприобретателя) в судебном споре;
- иные расходы, предусмотренные Договором.

3.2.18. «Медицинская помощь» — обращение Застрахованного лица в течение срока действия Договора страхования в медицинскую организацию в дистанционном формате (телемедицина) из числа предусмотренных Договором страхования или согласованных со Страховщиком при таком состоянии здоровья, которое требует получения медицинских и (или) иных услуг в соответствии с Программой страхования, предусмотренной Договором страхования, и повлекших возникновение обязательств Страховщика произвести оплату данных медицинских и иных услуг, оказанных Застрахованному, а также возникновение непредвиденных расходов на приобретение и доставку лекарственных средств, назначенных Застрахованному лицу лечащим врачом, доставку продуктов питания.

3.3. Страховым случаем является свершившееся событие, произошедшее в течение срока страхования и подтвержденное документами, выданными компетентными органами в установленном порядке, предусмотренное Договором страхования, с наступлением которого возникает обязанность Страховщика произвести Выгодоприобретателю страховую выплату (страховые выплаты).

3.4. По настоящим Правилам страховыми случаями, с учетом всех положений, определений настоящих Правил и исключений, предусмотренных разделом 4 «Исключения из страхового покрытия», а также разделом 5 «Основания для освобождения Страховщика от страховой выплаты» настоящих Правил, признаются события, предусмотренные п. 3.2 настоящих Правил, явившиеся следствием несчастного случая и (или) болезни.

3.5. Страхователь имеет право заключать Договор страхования на случай наступления любого одного или нескольких событий, указанных в п. 3.2.

3.6. Смерть и инвалидность Застрахованного, предусмотренные пп. 3.2.1 («Смерть в результате несчастного случая») и 3.2.3 («Инвалидность в результате несчастного случая») настоящих Правил, явившиеся следствием несчастного случая, произошедшего в течение срока страхования, также признаются страховыми случаями, если они произошли в течение 1

(одного) года со дня наступления несчастного случая.

- 3.7. Смерть и инвалидность Застрахованного, предусмотренные пп. 3.2.2 («Смерть в результате несчастного случая или болезни») и 3.2.4 («Инвалидность в результате несчастного случая или болезни») настоящих Правил, явившиеся следствием несчастного случая, произошедшего в течение срока страхования, или болезни, диагностированной в течение срока страхования, также признаются страховыми случаями, если они произошли в течение 1 (одного) года со дня наступления несчастного случая или диагностирования болезни.
- 3.8. Временная нетрудоспособность Застрахованного, предусмотренная пп. 3.2.7 («Временная нетрудоспособность в результате несчастного случая») и 3.2.8 («Временная нетрудоспособность в результате несчастного случая или болезни») настоящих Правил, явившаяся следствием несчастного случая, произошедшего в течение срока страхования, или болезни, диагностированной в течение срока страхования, также признается страховым случаем, если она наступила в течение 4 (четырёх) месяцев со дня причинения вреда здоровью Застрахованного этими несчастным случаем или болезнью.
- 3.9. При объявлении судом Застрахованного умершим событие признается страховым случаем при условии, если в решении суда указано, что Застрахованный пропал без вести при обстоятельствах, угрожавших смертью или дающих основание предполагать его гибель от определенного несчастного случая, и день его исчезновения или предполагаемой гибели приходится на период действия Договора страхования.
- 3.10. При признании Застрахованного лица судом безвестно отсутствующим событие не признается страховым случаем.

4. Исключения из страхового покрытия

- 4.1. Не являются страховыми случаями и не оплачиваются Страховщиком обращения Застрахованного лица, связанные со следующими обстоятельствами (если иное не предусмотрено Договором страхования):
 - 4.1.1. Совершение или попытка совершения Застрахованным преступления и (или) участие Застрахованного в незаконной деятельности, любых противоправных действиях, находящихся в прямой причинно-следственной связи с наступлением события, имеющего признаки страхового случая.
 - 4.1.2. Направление Застрахованного лица в места лишения свободы, его нахождение в изоляторах временного содержания и других учреждениях, предназначенных для содержания лиц, подозреваемых или обвиняемых в совершении преступления.
 - 4.1.3. Нахождение Застрахованного лица в момент наступления события, имеющего признаки страхового случая, при обращении за медицинской помощью или при освидетельствовании уполномоченными органами по факту данного события в состоянии алкогольного, токсического или наркотического опьянения, которое непосредственно состоит в причинно-следственной связи с наступлением заявленного события.
 - 4.1.4. Самолечение Застрахованного лица, в том числе с использованием методов нетрадиционной медицины, вызвавшее ухудшение состояния здоровья или усугубление патологического процесса.
 - 4.1.5. Диагностика и лечение, осуществляемые родственниками или членами семьи Застрахованного лица.

- 4.1.6. Занятия Застрахованным лицом массовым, профессиональным спортом, кроме случаев, специально указанных в Договоре страхования с применением при расчете страховой премии повышающего коэффициента. Если в Договоре страхования предусмотрено занятие Застрахованного лица массовым или профессиональным спортом, то не являются страховыми случаями и не оплачиваются Страховщиком обращения, связанные с несоблюдением Застрахованным лицом техники безопасности, нарушением правил эксплуатации и (или) нецелевым использованием оборудования во время занятий, неисполнением требований инструкторов, тренеров, сопровождающих, иных лиц, профессионально осуществляющих свои обязанности в связи с занятием Застрахованным лицом массовым или профессиональным спортом.
- 4.1.7. Участие Застрахованного лица в любых авиационных перелетах, кроме случаев, специально указанных в Договоре страхования с применением при расчете страховой премии повышающего коэффициента, за исключением авиационных перелетов Застрахованного лица в качестве пассажира авиарейса (воздушного судна гражданской авиации), осуществляемого пассажирским авиаперевозчиком на основании разрешения, предусмотренного требованиями законодательства Российской Федерации, международным законодательством.
- 4.1.8. Участие Застрахованного лица в военных маневрах, учениях, испытаниях военной техники или иных подобных операциях в качестве военнослужащего либо гражданского служащего, кроме случаев, специально указанных в Договоре страхования с применением при расчете страховой премии повышающего коэффициента.
- 4.1.9. Выполнение Застрахованным лицом служебных и (или) профессиональных обязанностей повышенного риска, объективно связанных с высокой вероятностью наступления страхового события, кроме случаев, специально указанных в Договоре страхования с применением при расчете страховой премии повышающего коэффициента.
- 4.1.10. Отказ Застрахованного лица от предложенного лечения, в результате приведший к инвалидности Застрахованного лица или затягиванию процесса выздоровления.
- 4.1.11. Управление Застрахованным лицом любым транспортным средством без права на управление транспортным средством данной категории либо в состоянии алкогольного, токсического или наркотического опьянения и (или) отравления, под фармакологическим воздействием препаратов в результате применения им наркотических, токсических, сильнодействующих, психотропных и других веществ; передача Застрахованным лицом управления лицу, не имевшему права на управление транспортным средством либо находившемуся в состоянии алкогольного, токсического или наркотического опьянения и (или) отравления, под фармакологическим воздействием препаратов в результате применения им наркотических, токсических, сильнодействующих, психотропных и других веществ.
- 4.1.12. Использование транспортных средств категорий А, М с рабочим объемом двигателя более 50 куб. см в качестве средства передвижения, кроме случаев, специально указанных в Договоре страхования с применением при расчете страховой премии повышающего коэффициента.
- 4.1.13. События, прямо или косвенно вызванные ВИЧ-инфекцией, СПИДом, а также заболеваниями, связанными с ними.

- 4.1.14. События, прямо или косвенно вызванные психическим заболеванием Застрахованного лица вне зависимости от давности выявления и классификации заболевания.
- 4.1.15. Любые заболевания и состояния, на развитие которых повлияли беременность или роды, их осложнения или последствия, включая аборт, искусственные и преждевременные роды, за исключением случаев, когда данный фактор риска был указан в заявлении на страхование при заключении Договора и прописан в самом Договоре с применением при расчете страховой премии повышающего коэффициента, а также за исключением состояний, не находящихся в прямой причинно-следственной связи с беременностью и родами.
- 4.1.16. События, прямо или косвенно вызванные кожно-венерологическими и передающимися половым путем заболеваниями.
- 4.1.17. Заболевания или их последствия (в том числе связанные с последствиями несчастных случаев), имевшие место до начала срока страхования, обусловленного Договором страхования (действия страховой защиты), о которых Страховщик не был поставлен в известность заранее, до даты заключения Договора страхования, за исключением случаев, когда данный фактор риска был указан в заявлении на страхование при заключении Договора и указан в самом Договоре с применением при расчете страховой премии повышающего коэффициента.
- 4.1.18. Заболевания или их последствия (в том числе связанные с последствиями несчастных случаев), имевшие место после окончания срока страхования, обусловленного Договором страхования (действия страховой защиты).
- 4.1.19. Диагностирование критического заболевания, причиной которого является предсуществующее состояние (заболевание), за исключением случаев, когда Договоры страхования в отношении Застрахованного непрерывно действовали не менее 5 (пяти) лет и страховых выплат по имеющемуся предсуществующему состоянию (заболеванию) не производилось.
- 4.1.20. Помещение Застрахованного в стационар для проведения медицинского обследования; проживание Застрахованного в клинике или санатории для прохождения им восстановительного (реабилитационного) курса лечения; задержание Застрахованного в связи с карантином или иными превентивными мерами официальных властей; помещение Застрахованного в дневной стационар амбулаторно-поликлинического или стационарного медицинского учреждения.

5. Основания для освобождения страховщика от страховой выплаты

- 5.1. Страховщик освобождается от страховой выплаты полностью или частично при наличии следующих обстоятельств:
- 5.1.1. Умышленные действия Страхователя и (или) Застрахованного (Выгодоприобретателя) либо лиц, действующих по их поручению, направленные на наступление страхового случая.
- 5.1.2. Наступление события, имеющего признаки страхового случая, до вступления Договора страхования в силу.
- 5.1.3. Умышленное непринятие Страхователем (Застрахованным) разумных и доступных мер к уменьшению возможных убытков.

- 5.1.4. Самоубийство или попытки самоубийства Застрахованного, а также умышленные самоповреждения. Страховщик не освобождается от выплаты в случае смерти Застрахованного лица, если его смерть наступила вследствие самоубийства и к этому времени Договор страхования в отношении данного Застрахованного действовал не менее 2 (двух) лет.
- 5.1.5. Война, интервенция, военные действия иностранных войск, вооруженные столкновения, иные аналогичные или приравняемые к ним события (независимо от того, была объявлена война или нет), гражданская война, мятеж, путч, иные гражданские волнения, предполагающие перерастание в гражданское либо военное восстание, бунт, вооруженный или иной незаконный захват власти.
- 5.1.6. Повреждения здоровья Застрахованного лица (любые), вызванные воздействием ядерного взрыва, радиации или радиоактивного заражения.

6. Страховая сумма, страховой тариф, страховая премия (взносы)

- 6.1. Страховая сумма — денежная сумма, определенная Договором страхования, в пределах которой Страховщик производит страховую выплату при наступлении страхового случая.
- 6.2. Страховая сумма может устанавливаться как в целом по Договору страхования, так и отдельно по каждому риску.
- 6.3. Страховая сумма, установленная по Договору страхования, является лимитом ответственности Страховщика, в пределах которого Страховщик обязуется осуществить страховую выплату по всем страховым случаям, произошедшим в период действия Договора страхования, при этом страховая сумма уменьшается на сумму произведенной страховой выплаты с даты ее осуществления, если иное не установлено Договором страхования.
- 6.4. Страховой премией является плата за страхование, которую Страхователь обязан уплатить Страховщику в порядке и сроки, которые установлены Договором страхования. Страховая премия определяется Страховщиком в соответствии с действующими на дату заключения Договора страхования тарифами, исходя из условий Договора и оценки степени риска.
- 6.5. Страховой тариф — ставка страховой премии с единицы страховой суммы с учетом объекта страхования и характера страхового риска. Размер страхового тарифа определяется Договором страхования по соглашению Страхователя и Страховщика, при этом:
- 6.5.1. Размер итогового страхового тарифа, в зависимости от страховых рисков, принимаемых на страхование, и факторов, влияющих на вероятность их наступления, исчисляется в процентах от страховой суммы на основании базовых годовых страховых тарифов.

Страховщик вправе при определении размера страховой премии применять повышающие и понижающие коэффициенты к базовым тарифам, размер которых определяется в зависимости от факторов страхового риска (пола и возраста; семейного положения Застрахованного лица; наличия судимостей; наличия несовершеннолетних детей; профессии; стажа управления транспортным средством; характеристик транспортного средства, используемого Застрахованным лицом; состояния здоровья Застрахованного лица, в том числе отклонения от нормы в показателях, влияющих на состояние здоровья; анализах; наличия у него заболеваний; факторов наследственности; региона проживания; территории страхования; изменения (исключения или дополнения) условий Правил страхования; занятия массовыми видами спорта; профессиональным спортом; участия Застрахованного лица в

авиационных перелетах; участия в военных маневрах, учениях, испытаниях военной техники или иных подобных операциях в качестве военнослужащего либо гражданского служащего; использования транспортных средств категорий А, М с рабочим объемом двигателя более 50 куб. см; наличия заболеваний и состояний, на развитие которых повлияли беременность или роды, их осложнений или последствий; заболеваний или их последствий (в том числе связанных с последствиями несчастных случаев), имевших место до начала срока страхования, обусловленного Договором страхования (действия страховой защиты); пролонгации Договора страхования в зависимости от наличия убытков по ранее заключенным Договорам страхования; численности застрахованных; порядка уплаты страховой премии; результатов первичной оценки степени риска; субъективных факторов риска, определенных на основании совокупности данных, представленных в заявлении на страхование; нововыявленных обстоятельств и факторов, существенно влияющих на степень риска; условия страхования (комбинации рисков; срока действия Договора страхования; уровень % выплат за группы инвалидности; уровень % выплат за дни нетрудоспособности или госпитализации; количество пунктов и % выплат в таблицах выплат по риску «Телесные повреждения», установление индивидуального варианта выплат; изменение пунктов перечня критических заболеваний; особенностей установления страховой суммы по Договору страхования; валюты Договора страхования)).

- 6.5.2. Страховщик вправе применить индивидуальный страховой тариф для каждого Застрахованного лица, принимаемого на страхование, либо единый страховой тариф для всего коллектива, рассчитанный с учетом единых признаков, характеризующих степень риска наступления страховых случаев с определенным контингентом Застрахованных лиц.
- 6.6. Страховая премия уплачивается, в соответствии с законодательством Российской Федерации, наличными денежными средствами или путем безналичных расчетов.
- 6.7. Страховая премия по Договору страхования уплачивается единовременно или, по соглашению Сторон, может вноситься частями — взносами (в рассрочку). Порядок, форма и сроки уплаты страховой премии (страховых взносов) указываются в Договоре страхования.
- 6.8. При уплате страховой премии (страхового взноса) наличными денежными средствами обязательства Страхователя перед Страховщиком по уплате страховой премии (страхового взноса) считаются исполненными с момента внесения наличных денежных средств в кассу Страховщика / его представителя либо платежному агенту (субагенту), осуществляющему деятельность по приему платежей физических лиц.
- 6.9. При уплате страховой премии (страхового взноса) путем перевода предоставляемых Страхователем наличных денежных средств без открытия банковского счета обязательства Страхователя перед Страховщиком по уплате страховой премии (страхового взноса) считаются исполненными в размере внесенных денежных средств с момента внесения Страхователем наличных денежных средств кредитной организации либо банковскому платежному агенту (субагенту), осуществляющим деятельность в соответствии с законодательством Российской Федерации о национальной платежной системе.
- 6.10. При уплате страховой премии (страхового взноса) путем перевода денежных средств в рамках применяемых форм безналичных расчетов обязательства Страхователя перед Страховщиком по уплате страховой премии (страхового взноса) считаются исполненными в сумме, указанной в распоряжении о переводе денежных средств, с момента подтверждения

его исполнения обслуживающей Страхователя кредитной организацией.

- 6.11. Страховая сумма и страховая премия устанавливаются в российских рублях. По соглашению Сторон в Договоре страхования страховая сумма и страховая премия могут быть указаны в иностранной валюте, эквивалентом которой является соответствующая сумма в рублях. При этом денежное обязательство подлежит уплате в рублях в сумме, эквивалентной определенной сумме в иностранной валюте по курсу Центрального банка России, установленному на дату осуществления платежа, если иное не предусмотрено Договором страхования (в дальнейшем — страхование с валютным эквивалентом).
- 6.12. В случаях, когда законодательством Российской Федерации разрешены расчеты по Договору страхования в иностранной валюте, денежное обязательство может быть уплачено в иностранной валюте. При этом с целью осуществления контроля над валютным риском (финансовым риском в размере разницы курса валют) Страховщик вправе применять ограничения на величину изменения курса валют, принимаемого Страховщиком в качестве допустимого для применения страхования с валютным эквивалентом. Применение таких ограничений возможно при его надлежащем закреплении в Договоре страхования.

7. Договор страхования. Порядок заключения договора страхования

- 7.1. Договор страхования заключается на основании устного или письменного заявления Страхователя.
- 7.2. При заключении Договора Страхователь предоставляет Страховщику следующие сведения и документы:
- 7.2.1. Для физического лица, если премия по Договору страхования (страховому полису) равна или превышает 15 000 рублей:
- фамилия;
 - имя;
 - отчество;
 - гражданство;
 - дата и место рождения;
 - адрес регистрации;
 - адрес места проживания;
 - реквизиты документа, удостоверяющего личность: наименование документа, серия, номер и дата выдачи паспорта, название органа и код подразделения, выдавшего документ;
 - ИНН (при наличии);
 - номера телефона, факса, адрес электронной почты, другие средства связи;
 - информация о страховом номере индивидуального лицевого счета застрахованного лица в системе обязательного пенсионного страхования (при наличии) — СНИЛС;
 - отношение к иностранному публичному должностному лицу, должностному лицу публичных международных организаций, а также лицам, замещающим (занимающим) государственные должности РФ, должности членов Совета директоров Центрального банка РФ, должности федеральной государственной службы, назначение на которые и освобождение от которых осуществляются Президентом РФ или Правительством РФ, должности в Центральном банке РФ, государственных корпорациях и иных организациях, созданных РФ на основании федеральных законов, включенные в перечни должностей, определяемые Президентом РФ;

должность Страхователя к перечисленным выше лицам и наименование и адрес работодателя; степень родства либо статус к указанным в данном абзаце лицам.

7.2.1.1. Дополнительно в отношении иностранных граждан и лиц без гражданства, находящихся на территории РФ:

7.2.1.1.1. Данные миграционной карты (в случае если необходимость наличия миграционной карты предусмотрена законодательством Российской Федерации):

- номер карты;
- дата начала срока пребывания в РФ;
- дата окончания срока пребывания в РФ.

7.2.1.1.2. Данные документа, подтверждающего право иностранного гражданина или лица без гражданства на пребывание (проживание) в РФ (если наличие указанных данных предусмотрено законодательством Российской Федерации). Такими документами являются вид на жительство, разрешение на временное пребывание, виза, иной документ, подтверждающий, в соответствии с законодательством РФ, право иностранного гражданина или лица без гражданства на пребывание (проживание) в РФ:

- серия (если имеется) и номер документа;
- дата начала срока действия права пребывания (проживания);
- дата окончания срока действия права пребывания (проживания).

7.2.1.2. Дополнительно для индивидуальных предпринимателей:

- основной государственный регистрационный номер;
- место регистрации.

7.2.2. Сведения о бенефициарных владельцах Страхователя в объеме сведений, предусмотренных для физических лиц (п. 7.2.1 настоящих Правил), в случае если имеются основания полагать, что бенефициарным владельцем является не сам Страхователь — физическое лицо, а иное физическое лицо.

7.2.3. Для физического лица, если премия по Договору страхования (страховому полису) не превышает 15 000 рублей:

- фамилия;
- имя;
- отчество;
- гражданство;
- дата рождения;
- адрес регистрации;
- реквизиты документа, удостоверяющего личность: наименование документа, серия, номер и дата выдачи паспорта, название органа и код подразделения, выдавшего документ;
- номер телефона, адрес электронной почты.

7.2.4. Для юридического лица:

- наименование организации с указанием организационно-правовой формы и страны регистрации;
- ИНН или код иностранной организации Страхователя;
- юридический адрес (адрес места нахождения);
- фактический адрес;
- номера телефона, факса, других средств связи;
- основной государственный регистрационный номер согласно свидетельству о государственной регистрации юридического лица либо свидетельству о внесении записи в Единый государственный реестр юридических лиц — для юридических лиц, зарегистрированных в соответствии с законодательством Российской Федерации;
- место государственной регистрации;
- номер записи об аккредитации филиала, представительства иностранного юридического лица в Государственном реестре аккредитованных филиалов, представительств иностранных юридических лиц, регистрационный номер юридического лица по месту учреждения и регистрации — для нерезидента;
- сведения об органах юридического лица (структура и персональный состав органов управления юридического лица, за исключением сведений о персональном составе акционеров (участников) юридического лица, владеющих менее чем 1 (одним) % акций (долей) юридического лица;
- банковский идентификационный код — для кредитных организаций — резидентов;
- коды ОКПО, ОКАТО (при наличии);
- сведения о лицензии на право осуществления деятельности, подлежащей лицензированию: вид, номер, дата выдачи лицензии, кем выдана, срок действия, перечень видов лицензируемой деятельности;
- сведения о бенефициарных владельцах Страхователя в объеме сведений, предусмотренных для физических лиц (п. 7.2.1 настоящих Правил).

7.2.5. Для иностранной структуры без образования юридического лица:

- наименование, фирменное наименование на русском языке (полное и (или) сокращенное) и (или) на иностранных языках (при наличии);
- регистрационный номер (номера), присвоенный иностранной структуре без образования юридического лица в государстве (на территории) ее регистрации (инкорпорации) при регистрации (инкорпорации) (при наличии);
- код (коды) иностранной структуры без образования юридического лица в государстве (на территории) ее регистрации (инкорпорации) в качестве налогоплательщика (или их аналоги) (при наличии);
- место государственной регистрации (местонахождение);
- место ведения основной деятельности;
- структура и персональный состав органов управления иностранной структуры без образования юридического лица (при наличии);
- состав имущества, находящегося в управлении (собственности), фамилия, имя и отчество (при наличии) (наименование) и адрес места жительства (места нахождения) учредителей и доверительного собственника (управляющего) – для трастов и иных иностранных структур без образования юридического лица с аналогичной структурой или функцией;
- сведения о бенефициарных владельцах Страхователя в объеме сведений, предусмотренных для физических лиц (п. 7.2.1 настоящих Правил).

7.2.6. Для всех категорий Страхователей:

- документ, удостоверяющий полномочия представителя Страхователя, доверенность или иной документ, свидетельствующий о наличии и объеме полномочий представителя Страхователя (наименование, дата выдачи, срок действия, номер документа, на котором основаны полномочия);
- сведения о представителе в объеме сведений, предусмотренных для физических лиц (п. 7.2.1 настоящих Правил);
- сведения о выгодоприобретателях в объеме сведений, предусмотренных для физ. лиц, юр. лиц, иностранной структуры без образования юридического лица;
- сведения о финансовом положении, деловой репутации, целях финансово-хозяйственной деятельности, об источниках происхождения денежных средств и (или) иного имущества;
- номера телефонов, факсов, иная контактная информация (при наличии).

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

7.4. Сведениями, являющимися существенными для оценки страхового риска, которые могут быть запрошены у Страхователя (Застрахованного), являются: состояние здоровья Застрахованного, его пол, возраст, гражданство, профессия, образование, род деятельности, семейное положение, наличие детей, регион проживания, хобби, занятия спортом, особенности использования Застрахованным лицом транспортных средств, подтвержденные соответствующими документами, убыточность по ранее заключенным Договорам страхования.

7.5. В целях оценки страхового риска Страховщик вправе запросить у Страхователя (Застрахованного) следующую медицинскую документацию:

- 7.5.1. Справку (справки) из медицинского учреждения с указанием диагноза и сроков лечения. Документ должен иметь штамп и печать лечебно-профилактического учреждения (ЛПУ).
- 7.5.2. Биохимический анализ крови, анализы, определяющие содержание глюкозы в крови и моче.
- 7.5.3. Описание рентгенограмм (-ы), данные МРТ, компьютерную томограмму, результаты ультразвукового исследования из медицинского учреждения с номером, датой, заверенные печатью ЛПУ, в случае если таковые исследования проводились.
- 7.5.4. Историю болезни, выданную медицинским учреждением.
- 7.5.5. Копию карты, заверенную ЛПУ, и (или) выписки из карт амбулаторного и (или) стационарного больного полностью за все время лечения с диагнозами и датами их установления из всех медицинских учреждений, в которых Застрахованное лицо получало медицинскую помощь, содержащие также данные об обращениях.
- 7.5.6. Копию (копии) справки (справок) об установлении инвалидности (ранее выданной), заверенную выдавшим ее учреждением, и (или) копии всех ранее выданных направлений на МСЭ, и (или) копию акта освидетельствования бюро МСЭ о

результатах обследования и установления группы инвалидности, заверенную органом МСЭ, и (или) копии всех ранее выданных актов освидетельствования бюро МСЭ, заверенные органом МСЭ, о результатах обследования и установления группы инвалидности.

7.5.7. Копию карты наблюдения у гинеколога по беременности (обменную карту).

7.5.8. Справку из психоневрологического диспансера (ПНД) и (или) справку из наркологического диспансера.

7.5.9. Справку из медицинского учреждения с указанием даты и результатов анализа крови на ВИЧ.

7.5.10. Справку из медицинского учреждения с указанием даты и результатов анализов на ЗППП (заболевания, передающиеся половым путем) и (или) справку из кожно-венерологического диспансера (КВД).

7.5.11. Справку из туберкулезного диспансера.

7.6. Сообщение Страховщику заведомо ложных или недостоверных сведений, указанных в заявлении на страхование, анкете Застрахованного лица, декларации Застрахованного лица, введение Страховщика в заблуждение, а также предоставление поддельных документов дают Страховщику право требовать признания Договора страхования недействительным в соответствии с п. 2 статьи 179 Гражданского кодекса Российской Федерации.

7.7. Договор страхования заключается без обследования и/или медицинского освидетельствования принимаемого на страхование лица, если иное не предусмотрено Договором страхования. При заключении Договора страхования Страховщик вправе потребовать проведения медицинских обследований каждого принимаемого на страхование лица для оценки фактического состояния его здоровья в соответствии с п. 2 статьи 945 Гражданского кодекса Российской Федерации. О необходимости прохождения медицинского обследования Страховщик письменно уведомляет Страхователя (заявляемое на страхование лицо) при обращении Страхователя к Страховщику с заявлением о заключении Договора страхования. В случае если Страховщик потребовал прохождения медицинского обследования для оценки страхового риска, Договор страхования может быть заключен только после исполнения Страхователем (Застрахованным) указанных требований. Прохождение медицинского обследования может потребоваться в следующих случаях: наличие отягощенного анамнеза; хронических заболеваний; отклонений от нормы в предоставленных анализах; наличие заболеваний на момент заключения Договора страхования, наличие группы инвалидности; когда принимаемое на страхование лицо старше 60 лет; когда страховая сумма более 10 000 000 рублей по Договору страхования на одно Застрахованное лицо.

Дата, время и место, а также порядок проведения обследования согласовываются с Застрахованным лицом.

Заключение Договора страхования без обследования и/или медицинского освидетельствования принимаемого на страхование лица не освобождает Страхователя от сообщения достоверных данных о состоянии здоровья лица, принимаемого на страхование, и не лишает Страховщика права на оспаривание Договора при выявлении факта сообщения заведомо ложных сведений о состоянии здоровья Застрахованного лица.

7.8. Страховщик вправе отложить оформление Договора страхования, если лицо, заявленное на страхование в качестве Застрахованного лица, находится на госпитализации и (или)

временно нетрудоспособно, по иным причинам, связанным с нарушениями состояния здоровья, либо до момента получения от Страхователя или компетентного органа дополнительной или уточняющей информации о состоянии здоровья лиц, принимаемых на страхование, или результатов их медицинского обследования. О принятии решения об отложении оформления Договора страхования Страховщик обязан письменно проинформировать Страхователя в течение 10 (десяти) рабочих дней.

- 7.9. Договор страхования заключается в письменной форме. Договор страхования может быть заключен путем составления одного документа, подписанного Сторонами, либо вручения Страховщиком Страхователю на основании его письменного или устного заявления страхового полиса (свидетельства, сертификата, квитанции), подписанного Страховщиком. В последнем случае согласие Страхователя заключить Договор на предложенных Страховщиком условиях подтверждается принятием от Страховщика указанных в первом абзаце настоящего пункта документов.
- 7.10. Договор страхования по соглашению Сторон может быть заключен с условием дополнительного страхового покрытия, распространяющегося на занятия Застрахованным лицом массовым или профессиональным спортом, с применением Страховщиком при расчете страховой премии соответствующего коэффициента.
- 7.11. В соответствии с главой 28, статьями 940, 943 Гражданского кодекса Российской Федерации вручение страхового полиса на основании устного или письменного заявления Страхователя может быть осуществлено путем направления Страхователю курьером, посредством информационно-телекоммуникационной сети Интернет, а также с помощью почтовой, электронной и иной связи (в том числе в форме электронного документа), что является офертой для заключения Договора страхования на условиях, содержащихся в страховом полисе и Правилах страхования, являющихся его неотъемлемой частью. Уплата страховой премии или первого страхового взноса (если страховым полисом предусмотрена уплата страховой премии в рассрочку) в срок, указанный в страховом полисе, подтверждает согласие Страхователя заключить Договор страхования на предложенных условиях и факт получения Правил страхования и всех приложений к Договору страхования.
- 7.12. Договор страхования должен содержать список всех Застрахованных лиц. В соответствии с условиями Договора страхования, заключенного в отношении нескольких Застрахованных лиц, Страховщик может выдать Страхователю именные страховые полисы для каждого Застрахованного лица.
- 7.13. Для заключения Договора страхования в электронной форме Страхователь подает Страховщику заявление о страховании через официальный сайт Страховщика путем заполнения анкеты — заявления на страхование, которая обязательно включает следующие сведения:
- 7.13.1. Фамилию, имя, отчество (наименование) на русском языке, дату рождения, место рождения, адрес, мобильный телефон Страхователя и (или) Застрахованного, e-mail — для направления ему кода (пароля) подтверждения простой электронной подписи (далее — Код).
 - 7.13.2. Наименование, юридический адрес, мобильный телефон, банковские реквизиты (если Страхователь — юридическое лицо).
 - 7.13.3. Страховую сумму.
 - 7.13.4. Страховые риски.
 - 7.13.5. Информацию о наличии событий, имеющих признаки страхового случая, информацию о страховании в предыдущие периоды.

- 7.14. На основании электронного запроса, изложенного в том числе в виде условия страхования и (или) анкеты на сайте компании, для заключения Договора страхования Страхователь предоставляет информацию и документы в электронном виде (в том числе в виде электронных файлов в форматах pdf, jpg и др.).
Страховщик направляет Страхователю посредством СМС-сообщения Код.
Полученный Страхователем Код необходим ему для получения возможности подписания и направления Страховщику Заявления.
Страхователь обязан сохранять конфиденциальность Кода и не допускать доведения его до сведения других лиц. Страховщик не несет ответственности за последствия, связанные с разглашением Страхователем Кода.
Страхователь указывает полученный Код в соответствующем поле на сайте, что позволяет реализовать процедуру подписания Страхователем заявления посредством простой электронной подписи.
- 7.15. Заявление Страхователя в электронной форме, подписанное простой электронной подписью Страхователя и отправленное Страховщику, признается электронным документом, равнозначным документу на бумажном носителе.
- 7.16. Страхователь подписывает заявление исключительно от своего имени. Подписание заявления и заключение Договора страхования (полиса) от имени другого лица не допускаются.
- 7.17. Заявление, подписанное простой электронной подписью, считается подписанным лицом, которое указано в заявлении в качестве Страхователя (заявителя), вне зависимости от того, на чье имя зарегистрирован номер мобильного телефона или адрес электронной почты, на который был направлен Код подтверждения простой электронной подписи.
- 7.18. Заявление о заключении Договора страхования в электронной форме подписывается Страхователем — физическим лицом простой электронной подписью, а Страхователем — юридическим лицом — усиленной квалифицированной электронной подписью.
- 7.19. В соответствии с п. 1 ст. 6 Федерального закона № 63-ФЗ от 06.04.2011 «Об электронной подписи», а также п. 4 ст. 6.1 Закона РФ «Об организации страхового дела в Российской Федерации» № 4015-1 от 27.11.1992 Договор страхования (полис), составленный в виде электронного документа, подписанный усиленной квалифицированной электронной подписью Страховщика, признается Сторонами электронным документом, равнозначным документу на бумажном носителе, подписанному собственноручной подписью полномочного представителя Страховщика.
- 7.20. При электронном страховании Страхователь уплачивает страховую премию (страховой взнос) после ознакомления с условиями, содержащимися в Договоре страхования и настоящих Правилах страхования, подтверждая тем самым свое согласие на заключение Договора страхования на предложенных Страховщиком условиях.
- 7.21. Факт ознакомления Страхователя с условиями Правил и Договора страхования может подтверждаться в том числе специальными отметками (подтверждениями), проставляемыми Страхователем в электронном виде на сайте Страховщика.
- 7.22. При заключении Договора страхования в форме электронного документа Договор заключается без медицинского осмотра.
- 7.23. При заключении Договора страхования, а также при осуществлении иных юридических и фактических действий после заключения Договора страхования между Страховщиком и Страхователем может быть заключено соглашение об использовании Сторонами

факсимильного воспроизведения подписи и оттиска печати с помощью средств механического или иного копирования, электронной подписи или иного аналога собственноручной подписи и печати в соответствии с законодательством Российской Федерации.

- 7.24. В случае утери Договора страхования (страхового полиса) Страхователем (Застрахованным лицом) Страховщик на основании заявления Страхователя выдает дубликат документа, после чего утраченный экземпляр Договора (страхового полиса) считается не имеющим юридической силы с момента подачи заявления Страхователя и выплаты по нему не производятся.
- 7.25. Все изменения условий Договора страхования производятся по соглашению Сторон и оформляются в виде дополнительных соглашений, являющихся неотъемлемой частью Договора страхования. Дополнительные соглашения оформляются в письменной форме и скрепляются подписью и печатью Страховщика, а также подписью и (для юридических лиц, индивидуального предпринимателя) печатью Страхователя (при наличии печати у юридического лица, индивидуального предпринимателя).

8. Срок страхования. Порядок исполнения и прекращения договора страхования

- 8.1. Договор страхования заключается на любой согласованный Сторонами срок. Договор страхования может быть заключен на срок менее одного года (краткосрочный договор), один год (годовой договор) или на срок более одного года (долгосрочный договор).
- 8.2. Договор страхования вступает в силу с момента уплаты страховой премии или ее первого взноса (при уплате премии в рассрочку), если иное не предусмотрено Договором страхования.
- 8.3. В случае неуплаты Страхователем страховой премии (первого страхового взноса при уплате премии в рассрочку) в размере и сроки, которые установлены Договором страхования, в том числе уплаты страховой премии (первого страхового взноса) в размере меньшем, чем установлено Договором страхования, Договор страхования считается не вступившим в силу, Стороны не несут по нему обязательств, а действие срока страхования не начинается, если иное не предусмотрено Договором страхования. Денежные средства, уплаченные в размере меньшем, чем установлено Договором страхования для уплаты страховой премии, считаются ошибочно уплаченными и подлежат возврату лицу, уплатившему их. Возврат ошибочно уплаченных денежных средств осуществляется по письменному заявлению Страхователя в течение 15 (пятнадцати) рабочих дней с момента получения Страховщиком заявления от Страхователя.
- 8.4. Страхование, обусловленное Договором страхования, распространяется на страховые случаи, произошедшие с 00 часов 00 минут (если иное время не указано в Договоре страхования) дня, указанного в Договоре страхования как дата начала срока страхования, но в любом случае не ранее даты вступления в силу Договора страхования.
- 8.5. Договор страхования прекращается в 23 часа 59 минут (если иное время не указано в Договоре страхования) дня, указанного в Договоре страхования как дата окончания срока страхования.
- 8.6. Договор страхования может быть заключен с условием деления на периоды страхования или без такового. В случае заключения Договора страхования с условием деления на страховые

периоды даты начала и окончания периодов указываются в Договоре страхования.

8.7. Действие Договора страхования прекращается в случае:

8.7.1. Истечения срока действия Договора страхования.

8.7.2. Заключения Сторонами соглашения в письменной форме о расторжении Договора страхования.

8.7.3. Исполнения Страховщиком обязательств по Договору страхования в полном объеме.

8.7.4. Если после вступления Договора в силу возможность наступления страхового случая отпала и существование страхового риска прекратилось по обстоятельствам иным, чем страховой случай. При этом Страхователь имеет право на часть страховой премии за неистекший период страхования.

8.7.5. Отказа Страхователя от Договора страхования по причинам, указанным в п. 2 ст. 958 ГК РФ. Расторжение Договора страхования по инициативе Страхователя осуществляется Страховщиком на основании письменного уведомления Страхователя без оформления Сторонами соглашения о расторжении Договора страхования, если иное не предусмотрено Договором страхования. В этом случае уплаченная страховая премия не подлежит возврату, если иное не предусмотрено Договором страхования.

8.7.6. Особые условия отказа Страхователя, являющегося физическим лицом, от Договора страхования:

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

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

8.7.6.3. При отказе Страхователя от Договора страхования после начала срока страхования и по истечении 14 (четырнадцати) календарных дней (если иной срок не установлен органом страхового надзора) со дня заключения Договора уплаченная страховая премия возврату не подлежит, если иное не предусмотрено Договором страхования.

8.7.6.4. В случаях, предусмотренных настоящими Правилами, денежные средства подлежат возврату по выбору Страхователя наличными деньгами или в безналичном порядке в течение 10 (десяти) рабочих дней с даты получения Страховщиком письменного заявления (уведомления) об отказе от Договора страхования.

8.7.7. Прекращения действия Договора страхования по решению суда.

8.7.8. В случае неуплаты Страхователем очередного страхового взноса в установленный Договором страхования срок или уплаты очередного страхового взноса в размере меньшем, чем установлено Договором страхования, Договор страхования прекращает свое действие по истечении оплаченного периода страхования по Договору страхования, о чем Страховщик письменно уведомляет Страхователя путем

направления в адрес Страхователя соответствующего уведомления о прекращении Договора страхования в порядке, предусмотренном пунктом 1.16 настоящих Правил. Денежные средства, уплаченные в размере меньшем, чем установлено Договором страхования для уплаты очередного страхового взноса, а также уплаченные после даты, установленной в качестве даты уплаты очередного страхового взноса, считаются ошибочно уплаченными и подлежат возврату лицу, уплатившему их. Возврат ошибочно уплаченных денежных средств осуществляется по письменному заявлению Страхователя в течение 15 (пятнадцати) рабочих дней с момента получения Страховщиком заявления Страхователя.

- 8.7.9. Оплаченный период страхования, если иное не оговорено в Договоре страхования, срок действия которого равен 1 году (365 дням), составляет:
- при уплате страховой премии двумя взносами первый оплаченный период страхования составляет 6 (шесть) месяцев, второй — 6 (шесть) месяцев;
 - при уплате страховой премии тремя взносами первый оплаченный период составляет 6 (шесть) месяцев, второй и третий — 3 (три) месяца каждый;
 - при уплате страховой премии четырьмя взносами каждый оплаченный период страхования составляет 3 (три) месяца;
 - при уплате страховой премии двенадцатью взносами каждый оплаченный период страхования составляет 1 (один) месяц.

8.8. В случае необходимости расторжения Договора страхования в отношении лиц, Застрахованных по Договору страхования, Страхователь предоставляет Страховщику сведения о лицах, исключаемых из списка Застрахованных. Договор страхования считается расторгнутым в отношении определенных Застрахованных лиц с даты, указанной в дополнительном соглашении, закрепляющем исключение их из списка Застрахованных, если иное не предусмотрено Договором страхования. При этом страховая премия возврату не подлежит в том случае, если в отношении Застрахованного лица, исключаемого из списка Застрахованных, в истекшем периоде Страховщику поступало хотя бы одно заявление о событии, имеющем признаки страхового случая, убыток по которому был урегулирован, либо оно находится в процессе рассмотрения Страховщиком в целях принятия решения о признании заявленного события страховым случаем.

8.9. Застрахованное лицо, названное в Договоре страхования, может быть заменено Страхователем другим лицом лишь с письменного согласия самого Застрахованного лица и Страховщика.

9. Права и обязанности сторон

9.1. Страхователь имеет право:

- 9.1.1. Требовать от Страховщика исполнения обязательств в соответствии с условиями Договора страхования.
- 9.1.2. Получить дубликат Договора страхования (страхового полиса) в случае его утраты.
- 9.1.3. Проверять соблюдение Страховщиком условий Договора страхования.
- 9.1.4. Назначать и заменять Выгодоприобретателя с соблюдением условий замены, предусмотренных настоящими Правилами и законодательством Российской Федерации.

- 9.1.5. Согласовать со Страховщиком внесение изменений в условия Договора страхования.
- 9.1.6. Отказаться от Договора страхования в любое время, если возможность наступления страхового случая не отпала по обстоятельствам иным, чем страховой случай.
- 9.1.7. Застраховать с согласия Страховщика дополнительное количество лиц по действующему Договору страхования или отказаться от Договора страхования в отношении части Застрахованных лиц, если иное не предусмотрено Договором страхования.
- 9.1.8. Получить информацию о размере вознаграждения, выплачиваемого страховому агенту или страховому брокеру, при посредничестве которого был заключен Договор страхования.
- 9.1.9. Получить по запросу копии Договора страхования (страхового полиса) и иных документов, являющихся неотъемлемой частью Договора страхования (Правил страхования, программ, планов, дополнительных условий страхования и других документов в соответствии с условиями, указанными в Договоре страхования), по действующим договорам страхования бесплатно один раз. Исключение составляет информация, не подлежащая разглашению (персональные данные других застрахованных лиц, данные об уплаченных премиях по коллективным договорам страхования, условия страхования других категорий застрахованных лиц и пр.).
- 9.1.10. Получить по запросу один раз по одному Договору страхования бесплатно заверенный Страховщиком расчет суммы страховой премии (части страховой премии), подлежащей возврату в связи с расторжением или досрочным прекращением Договора страхования, со ссылками на нормы права и (или) условия Договора страхования и Правил страхования, на основании которых произведен расчет.

9.2. Страхователь обязан:

- 9.2.1. Уплачивать страховую премию в размере и сроки, которые установлены Договором страхования.
- 9.2.2. Сообщить Страховщику при заключении Договора страхования всю необходимую информацию обо всех обстоятельствах, имеющих существенное значение для определения вероятности наступления страхового случая и размера возможных убытков от его наступления (страхового риска, принимаемого Страховщиком на страхование).
- 9.2.3. Предоставить Страховщику согласие на обработку своих персональных данных.
- 9.2.4. Получить от Застрахованных лиц письменные согласия на обработку Страховщиком и партнерами Страховщика их персональных данных, в соответствии с Федеральным законом № 152-ФЗ от 27 июля 2006 г. «О персональных данных», в объеме, необходимом Страховщику, в целях, указанных в п. 1.11 Правил страхования, а также предоставить по запросу Страховщика указанные письменные согласия Застрахованных лиц.
- 9.2.5. Письменно уведомить Страховщика в случае отзыва Застрахованным лицом своего согласия на обработку персональных данных, переданного Страхователю.
- 9.2.6. Предоставлять Страховщику достоверную информацию, касающуюся каждого Застрахованного лица, необходимую для заключения и исполнения Договора страхования.

- 9.2.7. Незамедлительно сообщать Страховщику о ставших ему известными значительных изменениях в обстоятельствах, сообщенных Страховщику при заключении Договора, если эти изменения могут повлиять на увеличение страхового риска.
- 9.2.8. Доплатить страховую премию в случае увеличения степени страхового риска на основании счета, выставленного Страховщиком, в течение 7 (семи) календарных дней, если иное не установлено в Договоре страхования.
- 9.2.9. Немедленно сообщить Страховщику в письменном виде об изменении своих банковских реквизитов, места нахождения, номеров контактных телефонов и иных средств связи, а также об изменении фамилии, имени, отчества Застрахованного лица, его фактического места жительства, места работы, профессии.
- 9.2.10. Довести до сведения Застрахованных лиц (их законных представителей) положения настоящих Правил, условия действия Договора страхования.
- 9.2.11. В срок не менее 31 (тридцати одного) календарного дня известить Страховщика любым доступным способом, позволяющим объективно зафиксировать факт обращения, о наступлении страхового случая с последующим предоставлением всей необходимой информации и приложением подтверждающих документов.
- 9.2.12. Соблюдать требования, касающиеся сроков предоставления документов и порядка их оформления в соответствии с запросом Страховщика.
- 9.2.13. При утрате страховых документов незамедлительно сообщить об этом в письменном виде Страховщику для получения дубликата.
- 9.2.14. Исполнять любые иные положения настоящих Правил, Договора страхования и действующего законодательства Российской Федерации.

9.3. Страховщик имеет право:

- 9.3.1. Проверять достоверность данных и информации, сообщаемой Страхователем (Застрахованным), любыми доступными ему способами, не противоречащими законодательству Российской Федерации.
- 9.3.2. Проверять выполнение Страхователем (Застрахованным) требований Договора страхования и положений настоящих Правил.
- 9.3.3. Перед заключением Договора страхования потребовать проведения дополнительных медицинских обследований Застрахованного лица, результаты которых могут иметь существенное значение для оценки степени страхового риска, и предоставления документов, подтверждающих состояние его здоровья (указанных в пп. 7.4 и 7.5 настоящих Правил).
- 9.3.4. При наступлении обстоятельств, влекущих увеличение степени риска по Договору страхования, 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 соответствии с законодательством Российской Федерации.
- 9.3.5. Для принятия решения о страховой выплате запрашивать у Страхователя (Застрахованного лица) медицинскую документацию, отражающую историю болезни, физическое и психическое состояние, диагноз, ход и прогноз результатов лечения, перечень которой предусмотрен настоящими Правилами или Договором страхования,

а также самостоятельно выяснять у медицинских учреждений, правоохранительных органов и иных учреждений обстоятельства, связанные с этим фактом, и организовывать за свой счет проведение независимых медицинских экспертиз.

9.3.6. Получать письменное согласие от каждого принимаемого на страхование лица на обработку его персональных данных и получение сведений, составляющих врачебную тайну, по форме, установленной Страховщиком.

9.3.7. Продлить срок принятия решения по заявленному событию с признаками страхового случая до предоставления Застрахованным лицом или Выгодоприобретателем документов, указанных в главе 10, требуемых для оценки его обстоятельств.

9.3.8. Продлить срок принятия решения о страховой выплате в случае возбуждения по факту наступления заявленного события уголовного дела до момента принятия соответствующего решения компетентными органами, если от результатов расследования уголовного дела зависит решение Страховщика по заявленному событию.

9.3.9. Осуществлять иные действия в порядке исполнения положений настоящих Правил и Договора страхования в соответствии с законодательством Российской Федерации.

9.4. Страховщик обязан:

9.4.1. Ознакомить Страхователя с настоящими Правилами и условиями Договора страхования, по требованию Страхователя/Выгодоприобретателя/Застрахованного / лица, обратившегося с намерением заключить Договор страхования, разъяснить положения настоящих Правил и условий Договора страхования, при заключении Договора страхования представить все документы, являющиеся его неотъемлемой частью.

9.4.2. При заключении Договора страхования предоставить Страхователю Договор, состоящий из текста Договора и всех приложений, являющихся неотъемлемой частью Договора страхования, ссылка на которые имеется в тексте Договора страхования, в том числе Правила страхования (полисные условия / дополнительные условия / программы страхования). В случае если Договор страхования заключался с использованием «Личного кабинета», указанные документы предоставляются через личный кабинет.

9.4.3. Сохранять конфиденциальность информации о Страхователе, Застрахованных, Выгодоприобретателях в связи с заключением и исполнением Договора страхования.

9.4.4. Использовать информацию о состоянии здоровья Застрахованного лица исключительно для решения вопросов, связанных с исполнением Договора страхования, защитой прав Застрахованных.

9.4.5. При наступлении страхового случая произвести страховую выплату в течение предусмотренного в настоящих Правилах и Договоре страхования срока после получения всех необходимых документов, предусмотренных настоящими Правилами и Договором страхования.

9.4.6. Предоставить дубликат Договора страхования (страхового полиса) или копию Договора страхования (страхового полиса) и иных документов, являющихся неотъемлемой частью Договора страхования, по письменному запросу Страхователя, по действующим договорам страхования бесплатно один раз. Исключение составляет информация, не подлежащая разглашению (персональные данные других застрахованных лиц, данные

об уплаченных премиях по коллективным договорам страхования, условия страхования других категорий застрахованных лиц и пр.).

- 9.4.7. По письменному запросу Страхователя предоставлять заверенный Страховщиком расчет суммы страховой премии (части страховой премии), подлежащей возврату в связи с расторжением или досрочным прекращением Договора страхования, со ссылками на нормы права и (или) условия Договора страхования, на основании которых произведен расчет.
- 9.4.8. По письменному запросу Страхователя, Застрахованного лица, Выгодоприобретателя, полученному им после заявления о наступлении события, имеющего признаки страхового случая, предоставить информацию в соответствии с положениями, предусмотренными Договором страхования и/или Правилами страхования:
- обо всех необходимых действиях, которые Страхователь/Выгодоприобретатель обязан предпринять, обо всех документах, предъявление которых обязательно для рассмотрения вопроса о признании события страховым случаем и определения размера страховой выплаты, а также о сроках проведения указанных действий и предоставления документов;
 - о форме и способах осуществления страховой выплаты и порядке их изменения, направленных на обеспечение прав Страхователя/Выгодоприобретателя на получение страховой выплаты удобным для него способом из числа указанных в Договоре страхования.
- 9.4.9. В случае принятия решения о страховой выплате по письменному запросу Страхователя, Застрахованного лица, Выгодоприобретателя в срок, не превышающий 30 (тридцати) календарных дней с момента получения такого запроса бесплатно один раз по каждому страховому случаю предоставить в письменном виде исчерпывающую информацию и документы (в том числе копии документов и/или выписки из них), на основании которых Страховщиком было принято решение о страховой выплате. Исключения составляют документы, которые свидетельствуют о возможных противоправных действиях Страхователя (Выгодоприобретателя), направленных на получение страховой выплаты. Информация и документы предоставляются в объеме, не противоречащем действующему законодательству РФ.
- 9.4.10. В случае принятия решения об отказе по письменному запросу Страхователя, Застрахованного лица, Выгодоприобретателя предоставлять информацию и копии документов (выписки из них), на основании которых было принято решение об отказе, бесплатно один раз по одному событию в срок, не превышающий 30 (тридцати) календарных дней с момента получения такого запроса, за исключением документов, которые свидетельствуют о возможных противоправных действиях Страхователя, Застрахованного, Выгодоприобретателя, направленных на получение страховой выплаты.
- 9.4.11. По устному или письменному запросу Страхователя/Выгодоприобретателя, в том числе полученному в электронной форме, в срок, не превышающий 30 (тридцати) календарных дней с момента получения такого запроса, при условии возможности идентификации заявителя в соответствии с требованиями Федерального закона от 27.06.2006 № 152-ФЗ «О персональных данных» и после принятия решения о страховой выплате предоставить в письменном виде информацию о расчете суммы страховой

выплаты.

9.4.12. Обеспечить рассмотрение претензий от Страхователя, Выгодоприобретателя, связанных с исполнением условий Договора страхования, в порядке, установленном законодательством Российской Федерации, базовыми стандартами саморегулируемой организации на финансовом рынке, членом которой является Страховщик, и/или определенном в Договоре.

9.5. Договором страхования могут быть предусмотрены иные права и обязанности Страхователя, Застрахованного, Страховщика.

10. Действия сторон при наступлении события с признаками страхового случая

10.1. Для решения вопроса о признании произошедшего с Застрахованным события страховым случаем и о страховой выплате Страхователь (Застрахованный, Выгодоприобретатель, наследники) должен предоставить Страховщику в срок не более 31 (тридцати одного) календарного дня с даты наступления события следующие документы: письменное заявление установленной формы с указанием обстоятельств, при которых произошло событие, данные Договора страхования (страхового полиса), квитанцию об уплате страхового взноса (если он уплачивался наличными денежными средствами), документ, удостоверяющий личность заявителя и/или представителя заявителя (паспорт), а также документы, указанные в п. 10.4 настоящих Правил, подтверждающие факт наступления события, имеющего признаки страхового случая.

10.2. Страховая выплата осуществляется Страховщиком на основании письменного заявления Застрахованного (Выгодоприобретателя) с указанием желаемого способа получения страховой выплаты (через кассу Страховщика или безналичным перечислением по указанным Выгодоприобретателем банковским реквизитам). При выборе способа получения выплаты в безналичном порядке Страховщику должны быть предоставлены банковские реквизиты, а также распоряжение Страхователя/Выгодоприобретателя о порядке осуществления страховой выплаты.

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

10.4. В зависимости от характера и обстоятельств события с признаками страхового случая, Страховщик может запросить у Страхователя (Выгодоприобретателя, Застрахованного, наследников) следующие документы, исчерпывающий перечень которых определяется Страховщиком индивидуально для каждого случая:

10.4.1. При наступлении страхового риска **«Смерть в результате несчастного случая»** (п. 3.2.1 настоящих Правил) или **«Смерть в результате несчастного случая или болезни»** (п. 3.2.2 настоящих Правил) в обязательном порядке предоставляются:

10.4.1.1. Нотариально удостоверенная копия свидетельства о смерти Застрахованного лица.

10.4.1.2. Копия медицинского свидетельства о смерти с указанием причины смерти,

и (или) копия справки о смерти с указанием причины смерти, и (или) копия корешка медицинского свидетельства о смерти.

10.4.1.3. Документы, предоставляемые в зависимости от причины смерти:

10.4.1.3.1. В случае смерти от заболевания предоставляются:

- а) выписка (выписки) из медицинской карты (карт) амбулаторного больного, содержащая информацию об имевшихся у Застрахованного лица заболеваниях до и после заключения Договора страхования, выданная лечебным учреждением, в котором Застрахованный проходил лечение, или лечебным учреждением, в котором находится история болезни Застрахованного;
- б) выписка из медицинской карты стационарного больного с посмертным эпикризом (в случае смерти в стационаре), выданная лечебным учреждением, в котором Застрахованный проходил лечение.

10.4.1.3.2. В случае смерти от несчастного случая предоставляются:

- документы из правоохранительных органов об обстоятельствах наступления события, имеющего признаки страхового случая;
- копия акта о несчастном случае на производстве, заверенная в установленном порядке уполномоченным лицом работодателя (в том случае, если смерть наступила при исполнении Застрахованным лицом служебных или трудовых обязанностей).

10.4.1.3.3. В зависимости от причины смерти и обстоятельств наступления события с признаками страхового случая, дополнительно к вышеуказанным документам Страховщик вправе запросить следующие документы:

- а) копию документа (документов), предусмотренного законодательными или нормативными актами, содержащего данные о причине смерти Застрахованного:
- копию протокола патологоанатомического исследования трупа;
- копию заключения эксперта по результатам судебно-медицинского исследования трупа или копию акта судебно-медицинского исследования трупа (документ должен содержать данные анализов на содержание в крови алкоголя, и (или) наркотических веществ, и (или) токсикологически значимых веществ);
- копию заявления родственников об отказе от вскрытия и копия справки из патологоанатомического отделения, на основании которой выдается свидетельство о смерти (если вскрытие не производилось);

б) данные анализов на содержание алкоголя, и (или) наркотических веществ, и (или) токсикологически значимых веществ в крови при обращении за медицинской помощью (или поступлении в стационар) в форме, установленной законодательством):

- посмертный эпикриз;
- историю болезни, выданную медицинским учреждением, в котором Застрахованный проходил лечение, или лечебным учреждением, в котором находится история болезни Застрахованного;
- копии карты и (или) выписки из карт амбулаторного и (или) стационарного больного полностью за все время лечения с диагнозами и датами их установления из всех медицинских учреждений, в которых Застрахованный получал медицинскую помощь;
- копию карты вызова скорой медицинской помощи (далее — СМП).

10.4.2. При наступлении страхового риска **«Инвалидность в результате несчастного случая»** (п. 3.2.3 настоящих Правил) или **«Инвалидность в результате несчастного случая или болезни»** (п. 3.2.4 настоящих Правил) в обязательном порядке предоставляются:

- нотариально удостоверенная копия справки органа МСЭ об установлении группы инвалидности;
- копия направления на МСЭ, заверенная органом МСЭ или медицинским учреждением, направившим на МСЭ;
- документы из правоохранительных органов об обстоятельствах события;
- акт о несчастном случае на производстве (в том случае, если группа инвалидности была присвоена в связи с последствиями несчастного случая на производстве во время исполнения Застрахованным лицом служебных или трудовых обязанностей).

10.4.2.1. В зависимости от причины присвоения группы инвалидности и обстоятельств наступления события с признаками страхового случая, дополнительно к вышеуказанным документам Страховщик вправе запросить следующие документы:

- копию (копии) справки (справок) об установлении инвалидности (ранее выданной), заверенную выдавшим ее учреждением, и (или) копии всех ранее выданных направлений на МСЭ, и (или) копию акта освидетельствования бюро МСЭ о результатах обследования и установления группы инвалидности, заверенную органом МСЭ, и (или) копии всех ранее выданных актов освидетельствования бюро МСЭ, заверенные органом МСЭ, о результатах обследования и установления группы инвалидности;
- данные анализов на содержание алкоголя, и (или) наркотических веществ, и (или) токсикологически значимых веществ в крови при обращении за медицинской помощью (или поступлении в стационар);

- историю болезни, выданную медицинским учреждением;
- копии карты и (или) выписки из карт амбулаторного и (или) стационарного больного полностью за все время лечения с диагнозами и датами их установления из всех медицинских учреждений, в которых Застрахованный получал медицинскую помощь, а также содержащие данные об обращениях;
- копию карты вызова СМП;
- копию заключения эксперта, акт судебно-медицинской экспертизы по определению степени тяжести вреда, причиненного здоровью человека (документ должен содержать данные анализов на содержание алкоголя и (или) наркотических веществ в крови (при их наличии));
- рентгеновские снимки или описание рентгенограмм (-ы), данные магнитно-резонансной томографии (далее — МРТ), компьютерную томограмму, результаты ультразвукового исследования из медицинского учреждения с номером, датой, заверенные печатью ЛПУ;
- копии листов нетрудоспособности, заверенные отделом кадров по месту работы.

10.4.3. При наступлении страховых рисков **«Телесные повреждения в результате несчастного случая»** (п. 3.2.5 настоящих Правил), **«Тяжкие телесные повреждения в результате несчастного случая»** (п. 3.2.6 настоящих Правил), **«Временная утрата общей трудоспособности в результате несчастного случая»** (п. 3.2.7 настоящих Правил), **«Временная утрата общей трудоспособности в результате несчастного случая или болезни»** (п. 3.2.8 настоящих Правил) в обязательном порядке предоставляются:

- справка из медицинского учреждения с указанием диагноза и сроков лечения. Документ должен иметь штамп и печать ЛПУ;
- копия листка (копии листов) нетрудоспособности, заверенная отделом кадров по месту работы;
- копия справки о временной нетрудоспособности студента;
- рентгеновские снимки и (или) описание рентгенограмм (-ы), данные МРТ, компьютерная томограмма, результаты ультразвукового исследования из медицинского учреждения с номером, датой, заверенные печатью ЛПУ, в случае если таковые исследования проводились;
- документы из правоохранительных органов об обстоятельствах события.

10.4.3.1. В зависимости от причины и обстоятельств получения в результате заявленного события телесных повреждений или тяжелых телесных повреждений, временной нетрудоспособности, дополнительно к вышеуказанным документам Страховщик вправе запросить следующие документы:

- данные анализов на содержание алкоголя, и (или) наркотических веществ, и (или) токсикологически значимых веществ в крови при обращении за медицинской помощью (или поступлении в стационар);
- копию заключения эксперта, акт судебно-медицинской экспертизы по

определению степени тяжести вреда, причиненного здоровью человека (содержащий данные анализов на содержание алкоголя и (или) наркотических веществ в крови — при их наличии);

- историю болезни, выданную медицинским учреждением;
- копию карты, заверенную ЛПУ, и (или) выписки из карт амбулаторного и (или) стационарного больного полностью за все время лечения с диагнозами и датами их установления из всех медицинских учреждений, в которых Застрахованное лицо получало медицинскую помощь, а также содержащие данные об обращениях;
- копию карты вызова СМП;
- справку из медицинского учреждения с указанием площади и степени ожога (если одновременно имеются ожоги разной степени, указать площадь ожога каждой степени отдельно);
- справку из медицинского учреждения с указанием площади и степени ожога туловища и головы отдельно (если одновременно имеются ожоги разной степени, указать площадь ожога каждой степени отдельно);
- справку из медицинского учреждения с описанием объективного статуса при поступлении;
- заключение окулиста с указанием границ полей зрения;
- заключение окулиста с указанием остроты зрения;
- заключение лор-врача с данными речевой аудиометрии (восприятие шепотной и разговорной речи);
- заключение хирурга с размерами раны;
- заключение хирурга с размерами формирующихся после травмы рубцов;
- заключение хирурга по случаю утраты зуба (необходимо указать, какая часть коронки или зуба была утрачена).

10.4.4. При наступлении страховых рисков **«Утрата профессиональной трудоспособности в результате несчастного случая»** (п. 3.2.9 настоящих Правил), **«Утрата профессиональной трудоспособности в результате несчастного случая или болезни»** (п. 3.2.10 настоящих Правил) в обязательном порядке предоставляются:

- нотариально заверенная копия справки органа МСЭ об утрате профессиональной трудоспособности;
- копия направления на МСЭ, заверенная органом МСЭ или медицинским учреждением, направившим на МСЭ;
- документы из правоохранительных органов об обстоятельствах события;
- акт о несчастном случае на производстве (в том случае, если группа инвалидности была присвоена в связи с последствиями несчастного случая на производстве во время исполнения Застрахованным служебных или трудовых обязанностей);
- история болезни, выданная медицинским учреждением, в котором Застрахованный проходил лечение, или лечебным учреждением, в котором находится история болезни Застрахованного;

- копии карты и (или) выписки из карт амбулаторного и (или) стационарного больного полностью за все время лечения с диагнозами и датами их установления из всех медицинских учреждений, в которых Застрахованный получал медицинскую помощь;

- копия карты вызова СМП.

10.4.5. При наступлении страховых рисков **«Диагностирование укуса клеща»** (п. 3.2.11 настоящих Правил), **«Диагностирование опасного инфекционного заболевания»** (п. 3.2.12 настоящих Правил), **«Заражение инфекционным заболеванием вследствие переливания крови и (или) профессиональной (медицинской) деятельности»** (п. 3.2.13 настоящих Правил), **«Госпитализация в результате несчастного случая»** (п. 3.2.14 настоящих Правил), **«Госпитализация в результате несчастного случая или болезни»** (п. 3.2.15 настоящих Правил) в обязательном порядке предоставляются:

- справка из медицинского учреждения с указанием диагноза и сроков лечения. Документ должен иметь штамп и печать ЛПУ;

- копия листка (копии листков) нетрудоспособности, заверенная отделом кадров по месту работы;

- документы из правоохранительных органов об обстоятельствах события;

- акт о несчастном случае на производстве (в том случае, если группа инвалидности была присвоена в связи с последствиями несчастного случая на производстве во время исполнения Застрахованным служебных или трудовых обязанностей);

- история болезни, выданная медицинским учреждением, в котором Застрахованный проходил лечение, или лечебным учреждением, в котором находится история болезни Застрахованного;

- копия карты и (или) выписки из карт амбулаторного и (или) стационарного больного полностью за все время лечения с диагнозами и датами их установления из всех медицинских учреждений, в которых Застрахованный получал медицинскую помощь;

- оригиналы документов, подтверждающих оплату оказанных медицинских услуг, лекарств, других расходов (чеки; квитанции об оплате; копии платежных поручений, заверенные печатью банка; оригиналы слип-чеков;

- копия карты вызова СМП.

10.4.6. При наступлении страхового риска **«Критическое заболевание»** (п. 3.2.16 настоящих Правил) в обязательном порядке предоставляются:

- справка из медицинского учреждения с указанием диагноза и сроков лечения. Документ должен иметь штамп и печать ЛПУ;

- копия листка (копии листков) нетрудоспособности, заверенная отделом кадров по месту работы;

- история болезни, выданная медицинским учреждением, в котором Застрахованный проходил лечение, или лечебным учреждением, в котором находится история болезни Застрахованного;

- копия карты и (или) выписки из карт амбулаторного и (или) стационарного больного полностью за все время лечения с диагнозами и датами их установления из всех

медицинских учреждений, в которых Застрахованный получал медицинскую помощь;

– копия карты вызова СМП.

10.4.7. При наступлении страховых рисков **«Непредвиденные расходы Застрахованного лица»** (п. 3.2.17 настоящих Правил) и **«Медицинская помощь»** (п. 3.2.18 настоящих Правил):

10.4.7.1. Для получения медицинских и (или) иных услуг Застрахованное лицо (Страхователь) обращается в медицинскую организацию, указанную в Договоре страхования и Программе страхования, и предъявляет полис страхования и документ, удостоверяющий личность Застрахованного лица.

10.4.7.2. Страховая выплата по риску «Медицинская помощь» производится путем оплаты Страховщиком стоимости медицинских и (или) иных услуг, предусмотренных Договором страхования и (или) Программой страхования, посредством перевода денежных средств на счет медицинской организации, сервисной компании или иному лицу, организовавшему по согласованию со Страховщиком оказание медицинской и иной помощи Застрахованному лицу.

10.4.7.3. При наступлении страхового случая величина убытка определяется объемом и стоимостью оказанных Застрахованному в течение срока действия Договора страхования медицинской организацией услуг, определенных Программой страхования и (или) согласованных Страховщиком.

10.4.7.4. Для возмещения понесенных Застрахованным лицом (Выгодоприобретателем) расходов необходимо предоставление следующих документов:

– подтверждающих факт оказания услуг Застрахованному;

– подтверждающих оплату и (или) доставку лекарственных средств, доставку продуктов питания (оригиналы);

– документ на предоставление в аренду предметов медицинского или иного оборудования с подтверждением оплаты аренды предметов медицинского или иного оборудования (оригинал);

– оригиналы документов, подтверждающих оплату оказанных услуг, иных расходов (чеки; квитанции об оплате; копии платежных поручений, заверенные печатью банка; оригиналы слип-чеков на организацию услуг социального характера, в т. ч. услуг индивидуального присмотра, помощи по хозяйству, передержки домашних животных и т. п., на юридические услуги, на оплату услуг экспертов, экспертных учреждений и иных услуг, предусмотренных Договором страхования.

10.4.8. При наступлении любого заявленного события с признаками страхового случая дополнительно к вышеуказанным документам Страховщик вправе запросить следующие документы, выданные компетентными органами:

10.4.8.1. В том случае, если событие с признаками страхового случая наступило при обстоятельствах дорожно-транспортного происшествия (далее — ДТП):

- копию документа, выданного ГИБДД и подтверждающего наступление ДТП;
- копию протокола и постановления по делу об административном правонарушении (если таковые оформлялись), постановления о возбуждении или об отказе в возбуждении уголовного дела;
- копию водительского удостоверения (иного документа, подтверждающего право управления транспортным средством) Застрахованного лица либо водителя, управлявшего транспортным средством в момент наступления ДТП;
- надлежащим образом оформленную копию акта освидетельствования на состояние алкогольного опьянения лица, управлявшего транспортным средством в момент наступления ДТП.

10.4.8.2. В том случае, если по факту смерти Застрахованного лица было возбуждено уголовное дело и (или) ведется судебный процесс, от результатов которого зависит квалификация заявленного события с признаками страхового случая, Страховщик вправе запросить копию вступившего в законную силу приговора, решения суда.

10.4.8.3. Копию постановления об отказе в возбуждении уголовного дела и (или) копию постановления о возбуждении уголовного дела, заверенную органом МВД (в случае если МВД принимало участие в расследовании обстоятельств, повлекших наступление события, обладающего признаками страхового случая).

10.4.8.4. Копию акта о несчастном случае на производстве, заверенную в установленном порядке уполномоченным лицом работодателя (в том случае, если событие, имеющее признаки страхового случая, наступило при исполнении Застрахованным лицом служебных или трудовых обязанностей).

10.4.9. При наступлении любого заявленного события с признаками страхового случая дополнительно к вышеуказанным документам Страховщик вправе запросить следующие документы, выданные медицинскими учреждениями:

10.4.9.1. Копию карты наблюдения у гинеколога по беременности (обменную карту).

10.4.9.2. Справку из психоневрологического диспансера (ПНД) и (или) справку из наркологического диспансера.

10.4.9.3. Справку из медицинского учреждения с указанием даты и результатов анализа крови на ВИЧ.

10.4.9.4. Справку из медицинского учреждения с указанием даты и результатов анализов на ЗППП (заболевания, передающиеся половым путем) и (или) справку из кожно-венерологического диспансера (КВД).

10.4.9.5. Справку из туберкулезного диспансера.

10.4.10. Наследники Выгодоприобретателя предоставляют, помимо вышеуказанных документов, свидетельство о праве на наследство по Договору страхования (полису), выданное нотариусом.

10.4.11. В случае если Застрахованный является несовершеннолетним либо недееспособным, то от его имени заявление подается его законным представителем,

который дополнительно представляет документы, подтверждающие законность его полномочий в отношении Застрахованного лица.

- 10.5. Все документы, предусмотренные настоящими Правилами и предоставляемые Страховщику в связи со страховыми выплатами, должны быть составлены на русском языке. Если предоставляемые Страховщику документы выданы на территории иностранного государства, то они должны быть надлежащим образом легализованы, в том числе иметь апостиль (если применимо) и (или) перевод, выполненный в официальном бюро переводов и заверенный печатью бюро.
- 10.6. В случае предоставления документов, которые не могут быть прочтены Страховщиком в связи с особенностями почерка врача или сотрудника компетентного органа, а также вследствие нарушения целостности документа (надорван, смят, стерт и т. д.), Страховщик вправе отсрочить решение о выплате до предоставления документов надлежащего качества, о чем письменно уведомить Страхователя (Застрахованного, Выгодоприобретателя) в сроки, указанные в п. 10.14 настоящих Правил.
- 10.7. Во всех справках и выписках из медицинских учреждений обязательно должен быть указан диагноз, а также должны быть проставлены печать и штамп медицинского учреждения.
- 10.8. Все документы, выданные компетентными органами, должны быть заверены подписью уполномоченного лица и печатью соответствующего учреждения.
- 10.9. Все копии предоставляемых документов должны быть заверены надлежащим образом выдавшим их учреждением.
- 10.10. В том случае, если Страхователем, Застрахованным, Выгодоприобретателем или компетентными органами (у которых Страховщик запросил документы) не были предоставлены документы, указанные в пп. 10.1–10.3 Правил и (или) документы не соответствуют требованиям, установленным пп. 10.4–10.8 Правил, Страховщик вправе приостановить срок принятия решения по заявленному случаю до даты получения Страховщиком данных документов, соответствующих требованиям, установленным Правилами, о чем Страховщик письменно сообщает в течение 15 (пятнадцати) рабочих дней с даты получения документов, установленных пп. 10.1–10.3 Правил, а также указывает перечень недостающих или ненадлежащим образом оформленных документов.
- 10.11. В случае необходимости Страховщик вправе самостоятельно выяснять у медицинских учреждений, правоохранительных органов и иных компетентных органов и организаций, располагающих информацией об обстоятельствах страхового случая, обстоятельства, связанные с этим страховым случаем, а также организовывать за свой счет проведение независимых экспертиз. Застрахованное лицо уведомляется о месте и времени обследования по электронной почте или почте России. В случае непрохождения Застрахованным лицом медицинского обследования в объеме и сроки, которые согласованы со Страховщиком, Застрахованный обращается к Страховщику для согласования повторной даты прохождения обследования. В случае повторного непрохождения Застрахованным лицом медицинского обследования заявление о наступлении страхового случая Страховщиком не рассматривается, документы, переданные Страховщику, заявителю не возвращаются.
- 10.12. В случае если условиями конкретного Договора страхования (полиса) предусмотрена возможность представления Страхователем (Застрахованным лицом,

Выгодоприобретателем) информации и документов для получения страховой выплаты в электронном виде, в том числе в форме сканированных копий, Страхователь (Застрахованное лицо, Выгодоприобретатель) может представить Страховщику документы, указанные в п. 10.4 настоящих Правил, в виде электронных документов, подписанных/заверенных простой электронной подписью Страхователя (Застрахованного лица, Выгодоприобретателя). При этом Страховщик вправе принять решение по заявленному событию на основании документов, в том числе полученных Страховщиком в форме сканированных копий по электронной почте, или затребовать у Страхователя (Застрахованного лица) оригиналы или заверенные надлежащим образом компетентными органами копии документов. В случае запроса Страховщиком оригиналов или заверенных надлежащим образом компетентными органами копий документов срок осуществления страховой выплаты исчисляется с момента получения Страховщиком оригиналов или заверенных надлежащим образом компетентными органами копий документов, указанных в настоящих Правилах.

- 10.13. Если это специально предусмотрено Договором страхования и страховая выплата по Застрахованному составит до 15 000 рублей (если иной размер не установлен Договором страхования), то Страховщик по согласованию со Страхователем имеет право произвести выплату страхового возмещения без предоставления документов из компетентных органов, предусмотренных настоящими Правилами, если факт и причина страхового события не вызывают сомнений у Страховщика. Осуществление страховой выплаты в данном порядке производится в количестве не более установленного Договором страхования.
- 10.14. Если иное не предусмотрено Договором страхования, то в течение 15 (пятнадцати) рабочих дней со дня получения от Страхователя заявления и всех необходимых документов, в том числе дополнительно запрошенных Страховщиком, а также документов, запрошенных у компетентных органов, Страховщик обязан:
 - 10.14.1. В случае признания произошедшего события страховым случаем составить и утвердить страховой акт и осуществить страховую выплату в пользу Застрахованного (Выгодоприобретателя).
 - 10.14.2. В случае непризнания произошедшего события страховым случаем принять решение об отказе в страховой выплате, о чем письменно сообщить Застрахованному (Выгодоприобретателю) с указанием основания для принятия такого решения, со ссылками на нормы права, условия Договора страхования и (или) настоящих Правил, на основании которых принято решение об отказе. Указанная информация предоставляется в том объеме, в каком это не противоречит действующему законодательству.
 - 10.14.3. Принять решение об отсрочке страховой выплаты, о чем письменно известить Застрахованного (Выгодоприобретателя), если по фактам, связанным с наступлением события, имеющего признаки страхового случая, в соответствии с действующим законодательством назначена дополнительная проверка, возбуждено уголовное дело или начат судебный процесс, до окончания проверки, расследования или судебного разбирательства либо устранения других обстоятельств, препятствующих выплате.
- 10.15. Право на получение страховых выплат принадлежит Выгодоприобретателю, указанному в Договоре страхования.

- 10.15.1. Если Застрахованным является несовершеннолетний либо лицо, являющееся недееспособным, то в качестве получателя страховой выплаты может выступать законный представитель Застрахованного в соответствии с предоставленными Страховщику документами, подтверждающими его полномочия в соответствии с законодательством Российской Федерации.
- 10.15.2. В случае смерти Застрахованного Выгодоприобретателем признается лицо, указанное в Договоре страхования в качестве Выгодоприобретателя на случай смерти Застрахованного. Таких лиц может быть установлено более одного. В последнем случае страховая выплата выплачивается таким Выгодоприобретателям в соответствии с их долями (в процентах от страховой суммы), указанными в Договоре страхования.
- 10.15.3. Если в случае смерти Застрахованного лица Выгодоприобретатели не установлены, ими признаются наследники Застрахованного в соответствии с законодательством; в этом случае страховая выплата производится пропорционально их наследственным долям в соответствии со свидетельством о праве на наследство по Договору страхования (полису), выданным нотариусом.
- 10.16. Лица, виновные в смерти Застрахованного или умышленном причинении телесных повреждений, повлекших смерть Застрахованного, исключаются из списка получателей страховой выплаты.
- 10.17. В том случае, если Договор страхования был заключен в валютном эквиваленте, страховая выплата производится в рублях по курсу ЦБ РФ на дату ее осуществления наличными или на банковский счет Выгодоприобретателя в соответствии с законодательством Российской Федерации.
- 10.18. В случае выявления факта предоставления Страхователем/Выгодоприобретателем документов, недостаточных для принятия Страховщиком решения об осуществлении страховой выплаты, и/или ненадлежащим образом оформленных в соответствии с требованиями настоящих Правил и/или Договора страхования, Страховщик обязан:
- принять их, при этом срок, указанный в п. 10.13 Правил страхования, не начинает течь до предоставления последнего из необходимых и надлежащим образом оформленных документов;
 - в срок, не превышающий 15 (пятнадцати) рабочих дней, уведомить об этом подавшее заявление на страховую выплату лицо с указанием перечня недостающих и/или ненадлежащим образом оформленных документов.

11. Порядок определения размера страховых выплат

- 11.1. Страховая выплата — денежная сумма в пределах установленной Договором страхования страховой суммы, выплачиваемая Страховщиком Выгодоприобретателю при наступлении предусмотренного Договором страхования страхового случая. Общий размер страховых выплат по Договору страхования не может превышать установленной для Застрахованного лица страховой суммы.
- 11.2. При наступлении страхового случая **«Смерть в результате несчастного случая»** (п. 3.2.1 настоящих Правил) или **«Смерть в результате несчастного случая или болезни»** (п. 3.2.2 настоящих Правил) страховая выплата осуществляется одновременно в размере 100 %

страховой суммы.

11.3. При наступлении страхового случая **«Инвалидность в результате несчастного случая»** (п. 3.2.3 настоящих Правил) или **«Инвалидность в результате несчастного случая или болезни»** (п. 3.2.4 настоящих Правил) страховая выплата осуществляется по одному из следующих вариантов, установленных Договором страхования:

11.3.1. При установлении 1-й группы инвалидности — 100 % страховой суммы;
при установлении 2-й группы инвалидности — 75 % страховой суммы;
при установлении 3-й группы инвалидности — 50 % страховой суммы;
при присвоении лицу в возрасте до 18 лет категории «ребенок-инвалид» — 100 % страховой суммы.

11.3.2. При установлении 1-й группы инвалидности — 100 % страховой суммы; при установлении 2-й группы инвалидности — 100 % страховой суммы.

11.3.3. При установлении 1-й группы инвалидности — до 100 % страховой суммы;
при установлении 2-й группы инвалидности — до 90 % страховой суммы;
при установлении 3-й группы инвалидности — до 60 % страховой суммы;
при присвоении лицу в возрасте до 18 лет категории «ребенок-инвалид» — до 100 % страховой суммы.

Если в Договоре страхования не установлен вариант возмещения, выплата осуществляется по п. 11.3.1 настоящих Правил. Если при этом в течение срока действия Договора страхования происходит смена группы инвалидности Застрахованного лица в сторону увеличения ее степени, то Страховщик производит дополнительную выплату в размере разницы между страховой выплатой, подлежащей выплате при более высокой степени инвалидности, и ранее выплаченной суммой, расчет которой был произведен по ранее установленной более низкой степени инвалидности.

11.4. При наступлении страхового случая **«Телесные повреждения в результате несчастного случая»** (п. 3.2.5 настоящих Правил) страховые выплаты осуществляются согласно Таблице страховых выплат, указанной в Договоре страхования и являющейся приложением к нему (приложения № 6–13 к настоящим Правилам).

11.5. При наступлении страхового случая **«Тяжкие телесные повреждения в результате несчастного случая»** (п. 3.2.6 настоящих Правил) страховые выплаты осуществляются согласно Таблице страховых выплат при тяжелых телесных повреждениях, указанной в Договоре страхования и являющейся приложением к нему (приложения № 14–15 к настоящим Правилам).

11.6. При наступлении страхового случая **«Временная утрата общей трудоспособности в результате несчастного случая»** (п. 3.2.7 настоящих Правил) или **«Временная утрата общей трудоспособности в результате несчастного случая или болезни»** (п. 3.2.8 настоящих Правил) страховая выплата производится по одному из следующих вариантов, установленных Договором страхования:

11.6.1. В размере 0,2 % от страховой суммы за каждый день нетрудоспособности, начиная с 14-го дня нетрудоспособности, но не более чем за 60 календарных дней по одному страховому случаю от первого дня непрерывной нетрудоспособности.

11.6.2. В размере, установленном в Договоре, за каждый день нетрудоспособности, начиная с 1-го или другого указанного в Договоре дня нетрудоспособности. Договором страхования может быть установлено максимальное количество дней оплаты по временной утрате общей трудоспособности за один страховой случай.

Если в Договоре страхования не установлен вариант возмещения, выплата осуществляется по п. 11.6.1.

11.7. При наступлении страхового случая **«Утрата профессиональной трудоспособности в результате несчастного случая»** (п. 3.2.9 настоящих Правил) или **«Утрата профессиональной трудоспособности в результате несчастного случая или болезни»** (п. 3.2.10 настоящих Правил) страховая выплата производится в размере 100 % страховой суммы.

11.8. При наступлении страхового случая **«Диагностирование укуса клеща»** (п. 3.2.11 настоящих Правил) страховая выплата производится по одному из следующих вариантов, установленных Договором страхования:

11.8.1. Страховщик выплачивает 5 % от страховой суммы за каждый страховой случай (укус/присасывание клеща), если иной размер не установлен Договором страхования, но не более 100 % страховой суммы.

11.8.2. Страховая выплата осуществляется Застрахованному лицу за оказание амбулаторно-поликлинической помощи в размере фактически понесенных расходов, в пределах лимитов, установленных Договором, включая:

а) оплату приемов медицинского персонала, в том числе манипуляции по удалению клеща по медицинским показаниям;

б) оплату назначенных врачом лабораторных и иных инвазивных и неинвазивных методов исследования, связанных с диагностикой заболеваний, передающихся при укусе клеща, включая, но не ограничиваясь этим, исследования крови и исследования клеща;

в) оплату проведения профилактических мероприятий по назначению врача, включая, но не ограничиваясь этим, введение иммуноглобулина в целях предотвращения заболеваний, передающихся при укусе клеща.

11.8.3. 100 % страховой суммы.

Если в Договоре страхования не установлен вариант возмещения, выплата осуществляется по п. 11.8.1 настоящих Правил.

11.9. При наступлении страхового случая **«Диагностирование опасного инфекционного заболевания»** (п. 3.2.12 настоящих Правил) страховая выплата осуществляется согласно Таблице страховых выплат при диагностировании опасных инфекционных заболеваний, указанной в Договоре страхования и являющейся приложением к нему (Приложение № 16 к настоящим Правилам).

11.10. При наступлении страхового случая **«Заражение инфекционным заболеванием вследствие переливания крови и (или) профессиональной (медицинской) деятельности»** (п. 3.2.13 настоящих Правил) страховая выплата производится в размере 100 % страховой суммы.

11.11. При наступлении страхового случая **«Госпитализация в результате несчастного случая»**

(п. 3.2.14 настоящих Правил) или **«Госпитализация в результате несчастного случая или болезни»** (п. 3.2.15 настоящих Правил) страховая выплата производится по одному из следующих вариантов, установленных Договором страхования:

11.11.1. В размере 0,2 % от страховой суммы за каждый день госпитализации, начиная с 7-го дня госпитализации, но не более чем за 30 календарных дней по одному страховому случаю от первого дня непрерывной госпитализации. День поступления и день выписки считаются за 1 (один) день.

11.11.2. В размере, установленном в Договоре, за каждый день госпитализации, начиная с 1-го или другого указанного в Договоре дня госпитализации. Договором страхования может быть установлено максимальное количество дней оплаты по госпитализации за один страховой случай. День поступления и день выписки считаются за 1 (один) день.

Если в Договоре страхования не установлен вариант возмещения, выплата осуществляется по п. 11.11.1.

11.12. При наступлении страхового случая **«Критическое заболевание»** (п. 3.2.16 настоящих Правил) страховая выплата производится в размере 100 % страховой суммы.

11.13. При наступлении страхового случая **«Непредвиденные расходы Застрахованного лица»** (п. 3.2.17 настоящих Правил) Страховщик организует:

11.13.1. И/или оплачивает расходы на организацию услуг социального характера, в т. ч. услуг индивидуального присмотра, помощи по хозяйству, передержки домашних животных и т. п.;

11.13.2. И/или оплачивает расходы на юридические услуги (письменные или устные консультации, подготовка документов: соглашений, договоров, процессуальных документов и т. п., представление интересов на переговорах, в судах и т. п.) по всем обязательствам Застрахованного лица, по которым его права и законные интересы были нарушены;

11.13.3. И/или оплачивает расходы на оплату услуг экспертов, экспертных учреждений по составлению заключений, отчетов, необходимых для определения размера причиненного Страхователю (Выгодоприобретателю) вреда (в том числе медицинских заключений) или понесенных Страхователем (Выгодоприобретателем) убытков, для представления таких документов в суд в целях защиты интересов Страхователя (Выгодоприобретателя) в судебном споре;

11.13.4. И/или оплачивает иные расходы, предусмотренные Договором.

11.14. При наступлении страхового случая **«Медицинская помощь»** (п. 3.2.18 настоящих Правил) Страховщик организует и/или оплачивает оказание Застрахованному медицинской помощи в медицинской организации в дистанционном формате (телемедицина) из числа предусмотренных Договором страхования или согласованных со Страховщиком при таком состоянии здоровья, которое требует получения медицинских и (или) иных услуг в соответствии с Программой страхования, а также компенсирует понесенные непредвиденные расходы на приобретение и доставку лекарственных средств, назначенных Застрахованному лицу лечащим врачом, доставку продуктов питания.

11.15. Если по одному и тому же страховому случаю возникает обязанность Страховщика

произвести страховую выплату по нескольким рискам, установленным Договором страхования, то из суммы страховой выплаты вычитаются суммы страховых выплат, произведенных ранее по этому же страховому случаю, но по другому риску, если иное не предусмотрено Договором страхования.

- 11.16. Если Выгодоприобретатель признан судом виновным в смерти Страхователя (Застрахованного), страховая выплата производится, в соответствии с законодательством Российской Федерации, наследникам Застрахованного.
- 11.17. Если Выгодоприобретатель умер, не успев получить страховую выплату по Договору страхования, то выплата осуществляется наследникам Выгодоприобретателя.
- 11.18. Выплата может быть произведена Застрахованному (Выгодоприобретателю) через его представителя, действующего по доверенности, оформленной Застрахованным (Выгодоприобретателем) в установленном законодательством Российской Федерации порядке.
- 11.19. Страховая выплата не выплачивается в случаях, предусмотренных в разделе 4 («Исключения из страхового покрытия») настоящих Правил, а также в других случаях, предусмотренных настоящими Правилами, Договором страхования и действующим законодательством Российской Федерации.
- 11.20. Право на получение страховых выплат принадлежит Застрахованному, если в Договоре не названо в качестве Выгодоприобретателя другое лицо с письменного согласия Застрахованного. В том случае, когда Выгодоприобретателями являются несколько лиц, Страхователь должен указать абсолютную или относительную величину страховых выплат, приходящуюся на каждого Выгодоприобретателя.

12. Форс мажор

- 12.1. При наступлении обстоятельств непреодолимой силы (форс-мажор) Страховщик вправе задержать выполнение обязательств по Договорам страхования или освобождается от их выполнения.
- 12.2. В случае изменения государством Конституции и (или) гражданского законодательства правоотношения по Договору страхования с момента вступления этих изменений в законную силу подлежат приведению в соответствие с новым законодательством. Однако в отношении конкретных событий, возникших до изменения законодательства, применяется закон, действовавший на момент их возникновения.

13. Порядок разрешения споров

- 13.1. Все споры, возникающие между Страхователем и Страховщиком, разрешаются в соответствии с законодательством Российской Федерации.
- 13.2. В случае неисполнения или ненадлежащего исполнения обязанностей, предусмотренных настоящими Правилами и Договором страхования, Стороны несут ответственность, предусмотренную законодательством Российской Федерации.

Приложение №1 к Правилам добровольного страхования от несчастных случаев и болезней № 1.1

Типовая форма заявления на страхование для физического лица/индивидуального предпринимателя

ЗАЯВЛЕНИЕ

В соответствии с «Правилами добровольного страхования от несчастных случаев и болезней №1.1», утвержденных Приказом Генерального директора АО «Группа Ренессанс страхование» №084 от 19 июня 2019 г., прошу заключить Договор страхования:

1. Информация о Страхователе (Заявителе)		
1.1.	Фамилия, имя, отчество	
1.1.1.	Пол	<input type="checkbox"/> Мужской <input type="checkbox"/> Женский
1.2.	Гражданство	
1.3.	ИНН (при наличии)	
1.4.	Дата и место рождения	
1.5.	Реквизиты документа, удостоверяющего личность: серия (при наличии) и номер документа, дата выдачи документа, наименование органа, выдавшего документ, и код подразделения (при наличии)	
1.6.	Адрес места жительства (регистрации)/адрес места пребывания	
1.7.	СНИЛС (при наличии)	
1.8.	ОГРНИП, место регистрации	
1.9.	Контактная информация (при наличии: телефон, факс, e-mail)	
1.10.	Вхождение в иностранные санкционные списки	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
1.11.	Для иностранных граждан или лиц без гражданства, находящихся в РФ:	
1.11.1.	Данные миграционной карты: номер карты, дата начала срока пребывания и дата окончания срока пребывания в РФ	
1.11.2.	Данные документа, подтверждающего право на пребывание (проживание) в РФ (серия, номер, дата начала срока действия, дата окончания срока действия)	
1.12.	Статус публичного должностного лица (ПДЛ) ¹ ;	

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

	отношение к ПДЛ	<input type="checkbox"/> Да (является ПДЛ) <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/> Да (является родственником ПДЛ) Если «да», указать должность, наименование и адрес работодателя; степень родства либо статус (супруг или супруга) - по отношению к лицу, являющемуся ПДЛ (для лиц, являющихся родственниками ПДЛ)
1.13	Для ИП:	
1.13.1	Цели установления и предполагаемый характер деловых отношений	Вид договора страхования: _____
1.13.2	Сведения о лицензиях на право осуществления деятельности, подлежащей лицензированию: вид, номер, дата выдачи лицензии; кем выдана; срок действия; перечень видов лицензируемой деятельности (при наличии)	
1.13.3	Сведения (документы) о финансовом положении (копии годовой бухгалтерской отчетности (бухгалтерский баланс, отчет о финансовом результате), и (или) копии годовой (либо квартальной) налоговой декларации, и (или) копия аудиторского заключения за прошедший год, и (или) справка об исполнении налогоплательщиком (плательщиком сборов, налоговым агентом) обязанности по уплате налогов, сборов, пеней, штрафов; и (или) сведения об отсутствии производства по делу о несостоятельности (банкротстве), вступивших в силу решений судебных органов о признании его несостоятельным (банкротом), проведении процедур ликвидации по состоянию на дату представления документов в Компанию; и (или) сведения об отсутствии фактов неисполнения своих денежных обязательств по причине отсутствия денежных средств на банковских счетах и.пр.	
1.13.4	Сведения об источниках происхождения денежных средств	<input type="checkbox"/> заработная плата <input type="checkbox"/> накопления <input type="checkbox"/> предпринимательская деятельность <input type="checkbox"/> иное

Приложение № 1 к Заявлению.

Вопросы при заключении индивидуальных полисов физических лиц

2. Информация о Выгодоприобретателе на случай смерти		
2.1.1.	Сведения о Выгодоприобретателе 1	
2.1.1.1.	Ф. И. О.	
2.1.1.2.	Дата и место рождения	«__» _____ г.
2.1.1.3.	Гражданство ИНН (при наличии) СНИЛС (при наличии)	
2.1.1.4.	Паспортные данные	серия _____ номер _____ кем и когда _____ выдан _____

		код подразделения _____
2.1.1.5.	Адрес регистрации	_____
2.1.1.6.	Телефон	_____
2.1.1.7.	Доля, %	_____
2.1.1.8	<p>Для иностранных граждан или лиц без гражданства, находящихся в РФ:</p> <p>1. Данные миграционной карты: номер карты, дата начала срока пребывания и дата окончания срока пребывания в РФ _____</p> <p>2. Данные документа, подтверждающего право на пребывание (проживание) в РФ (серия, номер, дата начала срока действия, дата окончания срока действия) _____</p>	
2.1.2.	Сведения о Выгодоприобретателе 2	
2.1.2.1.	Ф. И. О.	_____
2.1.2.2.	Дата и место рождения	« ____ » _____ г.
2.1.2.3.	Гражданство ИНН (при наличии) СНИЛС (при наличии)	_____
2.1.2.4.	Паспортные данные	серия _____ номер _____ кем и когда _____
		выдан _____

		код подразделения _____
2.1.2.5.	Адрес регистрации	_____
2.1.2.6.	Телефон	_____
2.1.2.7.	Доля, %	_____
2.1.2.8.	<p>Для иностранных граждан или лиц без гражданства, находящихся в РФ:</p> <p>1. Данные миграционной карты: номер карты, дата начала срока пребывания и дата окончания срока пребывания в РФ _____</p> <p>2. Данные документа, подтверждающего право на пребывание (проживание) в РФ (серия, номер, дата начала срока действия, дата окончания срока действия) _____</p>	
2.2.	Сведения о Застрахованном (если отличается от Страхователя)	
2.2.1.	Ф. И. О.	_____
2.2.2.	Пол	<input type="checkbox"/> Мужской <input type="checkbox"/> Женский
2.2.3.	Гражданство ИНН (при наличии) СНИЛС (при наличии)	_____
2.2.4.	Дата и место рождения	« ____ » _____ г.
2.2.5.	Профессия	_____

2.2.6.	Паспортные данные	серия _____ номер _____ кем и когда выдан _____ _____ _____ код подразделения _____
2.2.7.	Адрес регистрации	_____ _____
2.2.8.	Телефон	_____
2.2.9.	<p>Для иностранных граждан или лиц без гражданства, находящихся в РФ:</p> <p>2.1. Данные миграционной карты: номер карты, дата начала срока пребывания и дата окончания срока пребывания в РФ _____</p> <p>2. Данные документа, подтверждающего право на пребывание (проживание) в РФ (серия, номер, дата начала срока действия, дата окончания срока действия) _____</p>	
3. Вопросы к Застрахованному (Страхователю)		
Общие вопросы		
3.1.	<p>Наличие полисов/договоров страхования от несчастных случаев и (или) болезней/инфекционных заболеваний в АО «Группа Ренессанс Страхование» и (или) в других страховых компаниях</p> <p><input type="checkbox"/> Нет</p> <p><input type="checkbox"/> Да, конкретизируйте _____</p> <p>_____</p>	
3.2.	<p>Было ли вам ранее отказано в заключении Договора страхования от несчастных случаев и (или) болезней/инфекционных заболеваний и (или) предложено страхование на особых условиях (ограничение страхового покрытия, применение повышающих коэффициентов к страховому тарифу)?</p> <p><input type="checkbox"/> Нет</p> <p><input type="checkbox"/> Да, конкретизируйте _____</p> <p>_____</p>	
3.3.	<p>Связана ли ваша работа с нахождением в зонах вооруженных конфликтов, АТО, военных действий/учений?</p> <p><input type="checkbox"/> Нет</p> <p><input type="checkbox"/> Да, конкретизируйте _____</p> <p>_____</p>	
3.4.	<p>Связана ли ваша деятельность сейчас и (или) была ли связана ранее с работой на высоте (5 м и выше), на воде, под водой, под землей, при повышенном, пониженном атмосферном давлении, с электричеством, механизмами?</p> <p><input type="checkbox"/> Нет</p> <p><input type="checkbox"/> Да, конкретизируйте _____</p> <p>_____</p>	
3.5.	<p>Связана ли ваша деятельность сейчас и (или) была ли связана ранее с работой с горючими, взрывчатыми, опасными химическими, радиоактивными веществами?</p> <p><input type="checkbox"/> Нет</p> <p><input type="checkbox"/> Да, конкретизируйте _____</p> <p>_____</p>	
3.6.	<p>Пользуетесь ли транспортным средством категории «А», «М» с рабочим объемом двигателя более 49 куб. см в качестве средства передвижения?</p>	

	<input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/> Да, конкретизируйте _____
3.7.	Занятия экстремальным или профессиональным спортом <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/> Да, укажите подробную информацию, в том числе вид спорта/отдыха, уровень занятий (любительский или профессиональный), территорию/место проведения занятий, количество занятий в неделю, месяц или год, участие в соревнованиях (в том числе частота и уровень состязаний), использование защитного снаряжения, наличие/отсутствие медицинских противопоказаний к занятиям, травмы в результате занятий _____
3.8.	Привлекались ли вы к уголовной ответственности (статья УК РФ)? <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/> Да, конкретизируйте _____
3.9.	Имеется ли у вас разрешение на ношение оружия, личное оружие, закреплено ли за вами табельное оружие? <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/> Да, конкретизируйте _____
3.10.	Имеете ли вы сейчас и (или) имели ли ранее группу инвалидности и (или) направление на медико-социальную экспертизу? <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/> Да, конкретизируйте, укажите подробную информацию, в том числе группу инвалидности, дату установления, действующая или в прошлом, медицинский диагноз заболевания и (или) его осложнений, послуживших причиной установления группы инвалидности _____
3.11.	Употребление алкоголя. Среднее количество алкоголя, употребляемого в неделю, в мл: <input type="checkbox"/> Слабые алкогольные напитки с содержанием спирта до 20% об., например, вина, наливки, пиво и т.п. _____ <input type="checkbox"/> Средние алкогольные напитки с содержанием спирта от 20 до 38% об., например, ликеры, настойки и т.п. _____ <input type="checkbox"/> Крепкие алкогольные напитки с содержанием спирта свыше 38% об., например, водка, самогон, коньяк, ром, виски и т.п. _____
3.12.	Регулярно ли вы проходите профилактические медицинские осмотры? <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/> Да, укажите подробную информацию, в том числе дату последнего осмотра и (или) обследования врачами с указанием их специализации и заключений по результатам _____

3.13.	<p>Имеются ли у вас сейчас и (или) имелись ли у вас ранее заболевания и расстройства нервной системы: шизофрения, эпилепсия, рассеянный склероз, паралич, парез, болезнь Паркинсона, сотрясение головного мозга, полиомиелит, вегетососудистая дистония, потери сознания, головные боли, мигрень, головокружения, нарушения речи, судороги, судорожные припадки, бессонница, депрессия, неврит, корешковый синдром, радикулит и другие заболевания и расстройства?</p> <p><input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/> Да, конкретизируйте _____</p>
3.14.	<p>Состоите ли вы сейчас и (или) состояли ли ранее на учете у психиатра, невролога; получаете ли вы сейчас и (или) получали ли ранее лечение в психоневрологических и (или) психиатрических клиниках? Получаете ли вы сейчас и (или) получали ли ранее лечение от алкоголизма, наркомании, токсикомании? Предпринимали ли вы попытки к самоубийству? Находились ли вы ранее в реанимационном отделении?</p> <p><input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/> Да, конкретизируйте _____</p>
3.15.	<p>Проходили ли вы ранее медицинское освидетельствование, исследования крови в связи со СПИДом (ВИЧ-инфекций) и (или) заболеваниями, передающимися половым путем (включая гепатиты)? Устанавливался ли вам ранее диагноз СПИД, ВИЧ-инфекция? Получаете ли вы сейчас и (или) получали ли ранее лечение в связи со СПИДом (ВИЧ-инфекций) и (или) заболеваниями, передающимися половым путем (включая гепатиты)?</p> <p><input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/> Да, конкретизируйте _____</p>
3.16.	<p>Знаете ли вы об имеющихся сейчас и (или) имевшихся ранее отклонениях в состоянии вашего здоровья и (или) заболеваниях, расстройствах, состояниях, травмах, которые могут увеличить вероятность наступления страхового события, а также об иных событиях медицинского характера, по которым проводится сейчас и (или) проводилось ранее обследование и (или) лечение?</p> <p><input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/> Да, конкретизируйте _____</p>
Страхование от несчастных случаев	
3.17.	<p>Имеются ли у вас сейчас и (или) имелись ли у вас ранее травмы органов зрения и (или) другие отклонения?</p> <p><input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/> Да, конкретизируйте _____</p>
3.18.	<p>Имеются ли у вас сейчас и (или) имелись ли у вас ранее травмы органов слуха и (или) другие отклонения?</p> <p><input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/> Да, конкретизируйте _____</p>
3.19.	<p>Имеются ли у вас сейчас и (или) имелись ли у вас ранее травмы опорно-двигательного аппарата (мышц,</p>

	костей, суставов, позвоночника): переломы, вывихи, разрывы менисков, грыжи дисков, ограничение в движении, хромота, ампутация и другие травмы?	
	<input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/> Да, конкретизируйте _____ _____	
3.20.	Имелись ли у вас другие травмы не перечисленные выше?	
	<input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/> Да, конкретизируйте _____ _____	
3.21.	Проводились ли ранее и (или) планируются операции в связи с травмами, госпитализация, нетрудоспособность, отстранение от работы по состоянию здоровья?	
	<input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/> Да, конкретизируйте _____ _____	
3.22.	Состоите ли вы сейчас и (или) состояли ли ранее на диспансерном учете по поводу полученных травм, последствий травм?	
	<input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/> Да, конкретизируйте _____ _____	
3.23.	Проводились ли специальные обследования (рентген, ЭКГ, УЗИ и т.п.) в связи с травмами за последние 5 лет?	
	<input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/> Да, конкретизируйте _____ _____	
Страхование от болезней		
3.24.	Рост	
3.25.	Вес	
3.26.	Артериальное давление в мм рт. ст.	
3.27.	Курите ли вы сейчас?	
	<input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/> Да, укажите количество сигарет в день (шт.) и стаж курения (лет) _____ _____	
3.28.	Страдаете ли вы сейчас и (или) страдали ли ранее сахарным диабетом, раком, инсультом, инфарктом, артериальной гипертензией, туберкулезом, кожно-венерологическими заболеваниями?	
	<input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/> Да, конкретизируйте _____ _____	
3.29.	Имеются ли у вас сейчас и (или) имелись ли у вас ранее заболевания сердца и сосудов: нарушение ритма сердца, эндо- и миокардит, ишемическая болезнь (стенокардия, инфаркт миокарда), пороки, боли в области сердца, одышка, гипертония, нарушение мозгового кровообращения, эндартериит, атеросклероз, ангиопатия, флебит, тромбофлебит, онемение и (или) боли в ногах и другие заболевания?	
	<input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/> Да, конкретизируйте _____ _____	

3.30.	<p>Имеются ли у вас сейчас и (или) имелись ли у вас ранее заболевания крови и кроветворных органов: лейкоз, лимфома, анемии, нарушения свертываемости крови, пурпура, иные геморрагические состояния и другие заболевания?</p> <p><input type="checkbox"/> Нет</p> <p><input type="checkbox"/> Да, конкретизируйте _____</p> <p>_____</p>
3.31.	<p>Имеются ли у вас сейчас и (или) имелись ли у вас ранее заболевания органов дыхания: хронический бронхит, бронхиальная астма, эмфизема, пневмония, пневмоторакс, туберкулез и другие заболевания?</p> <p><input type="checkbox"/> Нет</p> <p><input type="checkbox"/> Да, конкретизируйте _____</p> <p>_____</p>
3.32.	<p>Имеются ли у вас сейчас и (или) имелись ли у вас ранее заболевания органов пищеварения: гастрит, язва желудка и (или) двенадцатиперстной кишки, холецистит, желчнокаменная болезнь, панкреатит, гепатит, цирроз печени, гепатоз, грыжа, колит, нарушения пищеварения и другие заболевания?</p> <p><input type="checkbox"/> Нет</p> <p><input type="checkbox"/> Да, конкретизируйте _____</p> <p>_____</p>
3.33.	<p>Имеются ли у вас сейчас и (или) имелись ли у вас ранее заболевания органов мочеполовой системы: мочекаменная болезнь, пиелонефрит, гломерулонефрит, единственная почка, опущение почки (нефроптоз), поликистоз почек, простатит, цистит, венерические заболевания и другие заболевания?</p> <p><input type="checkbox"/> Нет</p> <p><input type="checkbox"/> Да, конкретизируйте _____</p> <p>_____</p>
3.34.	<p>Имеются ли у вас сейчас и (или) имелись ли у вас ранее заболевания эндокринной системы: повышение уровня глюкозы, сахарный диабет, болезни щитовидной железы (зоб нетоксический, гипотиреоз, тиреоидит), надпочечников, гипофиза и другие заболевания?</p> <p><input type="checkbox"/> Нет</p> <p><input type="checkbox"/> Да, конкретизируйте _____</p> <p>_____</p>
3.35.	<p>Имеются ли у вас сейчас и (или) имелись ли у вас ранее заболевания органов зрения: снижение/нарушение остроты зрения, глаукома, катаракта, отслойка сетчатки, миопия, гиперметропия, атрофия зрительного нерва, травмы органов зрения и другие заболевания?</p> <p><input type="checkbox"/> Нет</p> <p><input type="checkbox"/> Да, конкретизируйте _____</p> <p>_____</p>
3.36.	<p>Имеются ли у вас сейчас и (или) имелись ли у вас ранее заболевания лор-органов: ангина, заболевания горла, носа, шум в ушах, снижение слуха, хронические отиты, травмы органов слуха и другие заболевания?</p> <p><input type="checkbox"/> Нет</p> <p><input type="checkbox"/> Да, конкретизируйте _____</p> <p>_____</p>
3.37.	<p>Имеются ли у вас сейчас и (или) имелись ли у вас ранее заболевания опорно-двигательного аппарата (мышц, костей, суставов, позвоночника): артроз, остеохондроз, остеопороз, дисплазии, деформации, болезни мышц, артрит, миозит, ревматизм, подагра и другие заболевания и травмы?</p> <p><input type="checkbox"/> Нет</p>

	<input type="checkbox"/> Да, конкретизируйте _____
3.38.	Имеется ли у вас сейчас и (или) имелась ли у вас ранее онкология: доброкачественные (фиброзно-кистозная мастопатия, миома матки, эндометриоз, гиперплазия предстательной железы и другие заболевания) и злокачественные (рак) новообразования и другие заболевания? <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/> Да, конкретизируйте _____
3.39.	Имеются ли у вас сейчас и (или) имелись ли у вас ранее врожденные или приобретенные дефекты органов (отсутствие органа или его части)? <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/> Да, конкретизируйте _____
3.40.	Имеются ли у вас сейчас и (или) имелись ли у вас ранее заболевания кожи и соединительной ткани (дерматит, склеродермия, псориаз, системная красная волчанка, экзема), лимфатических узлов, кисты, аллергии, анафилактические реакции и другие заболевания? <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/> Да, конкретизируйте _____
3.41.	Проводились ли ранее и (или) планируются операции в связи с болезнями, госпитализация, нетрудоспособность, отстранение от работы по состоянию здоровья? <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/> Да, конкретизируйте _____
3.42.	Состоите ли вы сейчас и (или) состояли ли ранее на диспансерном учете по поводу болезней? <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/> Да, конкретизируйте _____
3.43.	Страдают ли сейчас и (или) страдали ли ранее диабетом, раком, инсультом, заболеваниями сердца или болезнями почек и иными заболеваниями ваши родители, родные братья или сестры, живые или умершие в возрасте до 60 лет? <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/> Да, конкретизируйте _____
3.44.	Проводились ли специальные обследования (рентген, ЭКГ, УЗИ и т.п.) в связи с заболеваниями и (или) подозрениями на заболевания за последние 5 лет? <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/> Да, конкретизируйте _____
3.45.	Принимаете ли вы сейчас и (или) принимали ли ранее разного рода седативные (снотворные) вещества, транквилизаторы (антидепрессанты) и (или) наркотические вещества в лечебных или иных целях? <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/> Да, конкретизируйте _____
3.46.	Нуждаетесь ли вы сейчас и (или) нуждались ли ранее в постоянном наблюдении врачом и (или) приеме медикаментов в связи с имеющимся и (или) имевшимся заболеванием? <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/> Да, конкретизируйте _____

3.47.	Знаете ли вы об имеющихся сейчас и (или) имевшихся ранее отклонениях в состоянии вашего здоровья и (или) заболеваниях, расстройствах, состояниях, травмах, которые могут увеличить вероятность наступления страхового события, а также об иных событиях медицинского характера, по которым проводится сейчас и (или) проводилось ранее обследование и (или) лечение, не указанных выше? <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/> Да, конкретизируйте _____

Вопросы для женщин

3.48.	Вопрос для женщин: Имеются ли у вас сейчас и (или) имелись ли у вас ранее заболевания женских органов (матки, яичников, молочных желез и др.) <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/> Да, укажите подробную информацию _____
-------	--

3.49.	Вопрос для женщин: Имеется ли у вас беременность? <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/> Да, укажите подробную информацию, в том числе срок беременности (нед.), дату последнего осмотра и (или) обследования наблюдающими беременность врачами с указанием их специализации и заключений по результатам осмотра _____
-------	---

3.50.	Вопрос для женщин: Есть ли осложнения течения беременности? <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/> Да, укажите подробную информацию _____
-------	--

3.51.	Вопрос для женщин: Планируете ли вы рождения ребенка в период действия Договора страхования? <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/> Да, укажите подробную информацию _____
-------	---

4.	Группа рисков	Страховая сумма
<input type="checkbox"/>	«Смерть в результате несчастного случая или болезни»	
<input type="checkbox"/>	«Смерть в результате несчастного случая»	
<input type="checkbox"/>	«Инвалидность в результате несчастного случая или болезни»	
<input type="checkbox"/>	«Инвалидность в результате несчастного случая»	
<input type="checkbox"/>	«Телесные повреждения в результате несчастного случая»	
<input type="checkbox"/>	«Тяжкие телесные повреждения в результате несчастного случая»	
<input type="checkbox"/>	«Временная утрата общей трудоспособности в результате несчастного случая или болезни»	
<input type="checkbox"/>	«Временная утрата общей трудоспособности в результате несчастного случая»	
<input type="checkbox"/>	«Утрата профессиональной трудоспособности в результате несчастного случая или болезни»	
<input type="checkbox"/>	«Утрата профессиональной трудоспособности в результате несчастного случая»	
<input type="checkbox"/>	«Диагностирование укуса клеща»	
<input type="checkbox"/>	«Диагностирование опасного инфекционного заболевания»	

<input type="checkbox"/>	«Заражение инфекционным заболеванием вследствие переливания крови и (или) профессиональной (медицинской) деятельности»	
<input type="checkbox"/>	«Госпитализация в результате несчастного случая или болезни»	
<input type="checkbox"/>	«Госпитализация в результате несчастного случая»	
<input type="checkbox"/>	«Критическое заболевание»	
<input type="checkbox"/>	«Непредвиденные расходы Застрахованного лица»	
<input type="checkbox"/>	«Медицинская помощь»	

Подписывая настоящее Заявление:

1. Я подтверждаю, что на момент его заполнения лицо, указанное в нем в качестве Застрахованного, не проходит службу в вооруженных силах, не находится в местах лишения свободы.
2. Я выражаю Страховщику согласие на обработку персональных данных физических лиц, содержащихся в настоящем Договоре и в иных документах, передаваемых Страховщику, для исполнения обязательств по данному Договору, в том числе в целях продвижения товаров, работ, услуг на рынке путем осуществления Страховщиком прямых контактов с помощью средств связи. Настоящее согласие действует в течение пяти лет с момента окончания срока действия Полиса или до момента отзыва согласия, переданного мной в офис Страховщика в соответствии с требованиями ФЗ № 152 «О персональных данных».
3. Выражаю свое согласие на ознакомление Страховщика с любой медицинской документацией, связанной с состоянием моего здоровья, для решения вопросов, связанных с исполнением Договора страхования, иных услуг и защитой моих прав, а также свое согласие на право медицинских учреждений, в которых я получал (получаю) медицинские и иные услуги, передавать Страховщику сведения, составляющие врачебную тайну, включающие в себя: информацию о факте моего обращения за медицинской помощью, состоянии моего здоровья, диагнозе моих заболеваний и иные сведения, полученные при моем обследовании и лечении после наступления заявленного Страховщику несчастного случая.
4. Подтверждаю, что Страхователь/Представитель Страхователя/Выгодоприобретатель не является иностранным публичным должностным лицом, должностным лицом публичных международных организаций или их родственником, а также лицом, замещающим (занимающим) государственную должность в РФ, должность члена Совета директоров ЦБ РФ, должность федеральной государственной службы, назначение на которые и освобождение от которых осуществляются Президентом РФ или Правительством РФ, должность в ЦБ РФ, государственных корпорациях и иных организациях, созданных в РФ на основании федеральных законов, включенных в перечни должностей, определяемые Президентом РФ. В ином случае я обязуюсь предоставить подтверждающие документы. Я подтверждаю, что Страхователь/Представитель Страхователя/Выгодоприобретатель не имеет регистрации, места жительства (нахождения), счета в банке в государстве (на территории), которое (ая) не выполняет рекомендации ФАТФ. Я обязуюсь при изменении любых сведений, предоставленных при заключении Договора, сообщить Страховщику о таких изменениях в письменной форме в течение 7 (семи) рабочих дней при условии, что сведения, представленные при заключении Договора, считаются актуальными до момента получения Страховщиком информации об их изменении.
5. Подтверждаю, что поставлен в известность, понимаю и согласен с тем, что если после заключения настоящего Полиса будет установлено, что Страхователь либо Застрахованный ввел Страховщика в заблуждение либо сообщил при заключении настоящего Полиса заведомо ложные сведения, то Страховщик вправе потребовать признания Договора страхования недействительным в соответствии с законодательством РФ.

Настоящее Заявление является составной частью Договора страхования.

Страхователь: _____

(Ф. И. О., подпись)

Дата заполнения: « ___ » _____ 20__ г.

Вопросы при заключении полисов страхования физических лиц – заемщиков кредита

2. Сведения о Выгодоприобретателе		
2.1.	Выгодоприобретатель 1 (наименование Банка в части остатка ссудной задолженности)	
2.2.	Выгодоприобретатель 2	
2.2.1.	Ф. И. О.	
2.2.2.	Дата и место рождения	
2.2.3.	Гражданство	
2.2.4.	ИНН (при наличии)	
2.2.5.	СНИЛС (при наличии)	
2.2.6.	Паспортные данные	
2.2.7.	Адрес регистрации	
2.2.8.	Телефон	
2.2.9.	Доля, %	
2.2.10.	<p>Для иностранных граждан или лиц без гражданства, находящихся в РФ:</p> <p>1. Данные миграционной карты: номер карты, дата начала срока пребывания и дата окончания срока пребывания в РФ _____</p> <p>2. Данные документа, подтверждающего право на пребывание (проживание) в РФ (серия, номер, дата начала срока действия, дата окончания срока действия) _____</p>	
2.3.	Выгодоприобретатель 3	
2.3.1.	Ф. И. О.	
2.3.2.	Дата и место рождения	
2.3.3.	Гражданство	
2.3.4.	ИНН (при наличии)	
2.3.5.	СНИЛС (при наличии)	
2.3.6.	Паспортные данные	
2.3.7.	Адрес регистрации	
2.3.8.	Телефон	
2.3.9.	Доля, %	
2.3.10.	<p>Для иностранных граждан или лиц без гражданства, находящихся в РФ:</p> <p>1. Данные миграционной карты: номер карты, дата начала срока пребывания и дата окончания срока пребывания в РФ _____</p> <p>2. Данные документа, подтверждающего право на пребывание (проживание) в РФ (серия, номер, дата начала срока действия, дата окончания срока действия) _____</p>	
3. Основные условия Кредитного Договора/Договора займа		
3.1.	Сумма кредита/займа	
3.2.	Валюта кредитного Договора/Договора займа	

3.3.	Текущая процентная ставка по Кредиту/займу, % (процентов годовых)	
3.4.	Страховая сумма (сумма основного долга увеличенная на ____%)	
3.5.	Срок Кредита/займа (в месяцах)	
3.6.	Срок страхования (в месяцах)	
4. Вопросы к Застрахованному (Страхователю)		
Общие вопросы		
4.1.	Наличие полисов/договоров страхования от несчастных случаев и (или) болезней/инфекционных заболеваний в АО «Группа Ренессанс Страхование» и (или) в других страховых компаниях <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/> Да, конкретизируйте _____ _____	
4.2.	Было ли вам ранее отказано в заключении Договора страхования от несчастных случаев и (или) болезней/инфекционных заболеваний и (или) предложено страхование на особых условиях (ограничение страхового покрытия, применение повышающих коэффициентов к страховому тарифу)? <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/> Да, конкретизируйте _____ _____	
4.3.	Связана ли ваша работа с нахождением в зонах вооруженных конфликтов, АТО, военных действий/учений? <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/> Да, конкретизируйте _____ _____	
4.4.	Связана ли ваша деятельность сейчас и (или) была ли связана ранее с работой на высоте (5 м и выше), на воде, под водой, под землей, при повышенном, пониженном атмосферном давлении, электричеством, механизмами? <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/> Да, конкретизируйте _____ _____	
4.5.	Связана ли ваша деятельность сейчас и (или) была ли связана ранее с работой с горючими, взрывчатыми, опасными химическими, радиоактивными веществами? <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/> Да, конкретизируйте _____ _____	
4.6.	Пользуетесь ли транспортным средством категории «А», «М» с рабочим объемом двигателя более 49 куб. см в качестве средства передвижения? <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/> Да, конкретизируйте _____ _____	
4.7.	Занятия экстремальным или профессиональным спортом	

	<input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/> Да, укажите подробную информацию, в том числе вид спорта/отдыха, уровень занятий (любительский или профессиональный), территорию/место проведения занятий, количество занятий в неделю, месяц или год, участие в соревнованиях (в том числе частота и уровень состязаний), использование защитного снаряжения, наличие/отсутствие медицинских противопоказаний к занятиям, травмы в результате занятий _____ _____ _____
4.8.	Привлекались ли вы к уголовной ответственности (статья УК РФ)? <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/> Да, конкретизируйте _____ _____ _____
4.9.	Имеется ли у вас разрешение на ношение оружия, личное оружие, закреплено ли за вами табельное оружие? <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/> Да, конкретизируйте _____ _____ _____
4.10.	Имеете ли вы сейчас и (или) имели ли ранее группу инвалидности и (или) направление на медико-социальную экспертизу? <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/> Да, конкретизируйте, укажите подробную информацию, в том числе группу инвалидности, дату установления, действующая или в прошлом, медицинский диагноз заболевания и (или) его осложнений, послуживших причиной установления группы инвалидности _____ _____ _____
4.11.	Употребление алкоголя. Среднее количество алкоголя, употребляемого в неделю, в мл: <input type="checkbox"/> Слабые алкогольные напитки с содержанием спирта до 20% об., например, вина, наливки, пиво и т.п. _____ <input type="checkbox"/> Средние алкогольные напитки с содержанием спирта от 20 до 38% об., например, ликеры, настойки и т.п. _____ <input type="checkbox"/> Крепкие алкогольные напитки с содержанием спирта свыше 38% об., например, водка, самогон, коньяк, ром, виски и т.п. _____ _____
4.12.	Регулярно ли вы проходите профилактические медицинские осмотры? <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/> Да, укажите подробную информацию, в том числе дату последнего осмотра и (или) обследования врачами с указанием их специализации и заключений по результатам _____ _____ _____
4.13.	Имеются ли у вас сейчас и (или) имелись ли у вас ранее заболевания и расстройства нервной системы: шизофрения, эпилепсия, рассеянный склероз, паралич, парез, болезнь Паркинсона, сотрясение головного мозга, полиомиелит, вегетососудистая дистония, потери сознания, головные боли, мигрень, головокружения, нарушения речи, судороги, судорожные припадки, бессонница, депрессия, неврит, корешковый синдром, радикулит и другие заболевания и расстройства?

	<input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/> Да, конкретизируйте _____
4.14.	<p>Состоите ли вы сейчас и (или) состояли ли ранее на учете у психиатра, невролога; получаете ли вы сейчас и (или) получали ли ранее лечение в психоневрологических и (или) психиатрических клиниках? Получаете ли вы сейчас и (или) получали ли ранее лечение от алкоголизма, наркомании, токсикомании? Предпринимали ли вы попытки к самоубийству? Находились ли вы ранее в реанимационном отделении?</p> <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/> Да, конкретизируйте _____
4.15.	<p>Проходили ли вы ранее медицинское освидетельствование, исследования крови в связи со СПИДом (ВИЧ-инфекций) и (или) заболеваниями, передающимися половым путем (включая гепатиты)? Устанавливался ли вам ранее диагноз СПИД, ВИЧ-инфекция? Получаете ли вы сейчас и (или) получали ли ранее лечение в связи со СПИДом (ВИЧ-инфекций) и (или) заболеваниями, передающимися половым путем (включая гепатиты)?</p> <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/> Да, конкретизируйте _____
4.16.	<p>Знаете ли вы об имеющихся сейчас и (или) имевшихся ранее отклонениях в состоянии вашего здоровья и (или) заболеваниях, расстройствах, состояниях, травмах, которые могут увеличить вероятность наступления страхового события, а также об иных событиях медицинского характера, по которым проводится сейчас и (или) проводилось ранее обследование и (или) лечение?</p> <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/> Да, конкретизируйте _____
Страхование от несчастных случаев	
4.17.	<p>Имеются ли у вас сейчас и (или) имелись ли у вас ранее травмы органов зрения и (или) другие отклонения?</p> <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/> Да, конкретизируйте _____
4.18.	<p>Имеются ли у вас сейчас и (или) имелись ли у вас ранее травмы органов слуха и (или) другие отклонения?</p> <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/> Да, конкретизируйте _____
4.19.	<p>Имеются ли у вас сейчас и (или) имелись ли у вас ранее травмы опорно-двигательного аппарата (мышц, костей, суставов, позвоночника): переломы, вывихи, разрывы менисков, грыжи дисков, ограничение в движении, хромота, ампутация и другие травмы?</p> <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/> Да, конкретизируйте _____

4.20.	Имелись ли у вас другие травмы, не перечисленные выше?	
	<input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/> Да, конкретизируйте _____ _____ _____	
4.21.	Проводились ли ранее и (или) планируются операции в связи с травмами, госпитализация, нетрудоспособность, отстранение от работы по состоянию здоровья?	
	<input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/> Да, конкретизируйте _____ _____ _____	
4.22.	Состоите ли вы сейчас и (или) состояли ли ранее на диспансерном учете по поводу полученных травм, последствий травм?	
	<input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/> Да, конкретизируйте _____ _____ _____	
4.23.	Проводились ли специальные обследования (рентген, ЭКГ, УЗИ и т.п.) в связи с травмами за последние 5 лет?	
	<input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/> Да, конкретизируйте _____ _____ _____	
Страхование от несчастных случаев и болезней		
4.24.	Рост	
4.25.	Вес	
4.26.	Артериальное давление в мм рт. ст.	
4.27.	Курите ли вы сейчас?	
	<input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/> Да, укажите количество сигарет в день (шт.) и стаж курения (лет) _____ _____ _____	
4.28.	Страдаете ли вы сейчас и (или) страдали ли ранее сахарным диабетом, раком, инсультом, инфарктом, артериальной гипертензией, туберкулезом, кожно-венерологическими заболеваниями?	
	<input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/> Да, конкретизируйте _____ _____ _____	
4.29.	Имеются ли у вас сейчас и (или) имелись ли у вас ранее заболевания сердца и сосудов: нарушение ритма сердца, эндо- и миокардит, ишемическая болезнь (стенокардия, инфаркт миокарда), пороки, боли в области сердца, одышка, гипертония, нарушение мозгового кровообращения, эндартериит, атеросклероз, ангиопатия, флебит, тромбоз, онемение и (или) боли в ногах и другие заболевания?	
	<input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/> Да, конкретизируйте _____ _____ _____	
4.30.	Имеются ли у вас сейчас и (или) имелись ли у вас ранее заболевания крови и кроветворных органов: лейкоз, лимфома, анемии, нарушения свертываемости крови, пурпура, иные геморрагические состояния и другие заболевания?	
	<input type="checkbox"/> Нет	

	<input type="checkbox"/> Да, конкретизируйте _____ _____ _____
4.31.	Имеются ли у вас сейчас и (или) имелись ли у вас ранее заболевания органов дыхания: хронический бронхит, бронхиальная астма, эмфизема, пневмония, пневмоторакс, туберкулез и другие заболевания? <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/> Да, конкретизируйте _____ _____ _____
4.32.	Имеются ли у вас сейчас и (или) имелись ли у вас ранее заболевания органов пищеварения: гастрит, язва желудка и (или) двенадцатиперстной кишки, холецистит, желчнокаменная болезнь, панкреатит, гепатит, цирроз печени, гепатоз, грыжа, колит, нарушения пищеварения и другие заболевания? <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/> Да, конкретизируйте _____ _____ _____
4.33.	Имеются ли у вас сейчас и (или) имелись ли у вас ранее заболевания органов мочеполовой системы: мочекаменная болезнь, пиелонефрит, гломерулонефрит, единственная почка, опущение почки (нефроптоз), поликистоз почек, простатит, цистит, венерические заболевания и другие заболевания? <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/> Да, конкретизируйте _____ _____ _____
4.34.	Имеются ли у вас сейчас и (или) имелись ли у вас ранее заболевания эндокринной системы: повышение уровня глюкозы, сахарный диабет, болезни щитовидной железы (зоб нетоксический, гипотиреоз, тиреоидит), надпочечников, гипофиза и другие заболевания? <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/> Да, конкретизируйте _____ _____ _____
4.35.	Имеются ли у вас сейчас и (или) имелись ли у вас ранее заболевания органов зрения: снижение/нарушение остроты зрения, глаукома, катаракта, отслойка сетчатки, миопия, гиперметропия, атрофия зрительного нерва, травмы органов зрения и другие заболевания? <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/> Да, конкретизируйте _____ _____ _____
4.36.	Имеются ли у вас сейчас и (или) имелись ли у вас ранее заболевания лор-органов: ангина, заболевания горла, носа, шум в ушах, снижение слуха, хронические отиты, травмы органов слуха и другие заболевания? <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/> Да, конкретизируйте _____ _____ _____
4.37.	Имеются ли у вас сейчас и (или) имелись ли у вас ранее заболевания опорно-двигательного аппарата (мышц, костей, суставов, позвоночника): артроз, остеохондроз, остеопороз, дисплазии, деформации, болезни мышц, артрит, миозит, ревматизм, подагра и другие заболевания и травмы? <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/> Да, конкретизируйте _____ _____ _____
4.38.	Имеется ли у вас сейчас и (или) имелась ли у вас ранее онкология: доброкачественные (фиброзно-кистозная мастопатия, миома матки, эндометриоз, гиперплазия предстательной железы и другие заболевания) и злокачественные (рак) новообразования и другие заболевания?

	<input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/> Да, конкретизируйте _____ _____
4.39.	<p>Имеются ли у вас сейчас и (или) имелись ли у вас ранее врожденные или приобретенные дефекты органов (отсутствие органа или его части)?</p> <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/> Да, конкретизируйте _____ _____
4.40.	<p>Имеются ли у вас сейчас и (или) имелись ли у вас ранее заболевания кожи и соединительной ткани (дерматит, склеродермия, псориаз, системная красная волчанка, экзема), лимфатических узлов, кисты, аллергии, анафилактические реакции и другие заболевания?</p> <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/> Да, конкретизируйте _____ _____
4.41.	<p>Проводились ли ранее и (или) планируются операции в связи с болезнями, госпитализация, нетрудоспособность, отстранение от работы по состоянию здоровья?</p> <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/> Да, конкретизируйте _____ _____
4.42.	<p>Состоите ли вы сейчас и (или) состояли ли ранее на диспансерном учете по поводу болезней?</p> <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/> Да, конкретизируйте _____ _____
4.43.	<p>Страдают ли сейчас и (или) страдали ли ранее диабетом, раком, инсультом, заболеваниями сердца или болезнями почек и иными заболеваниями ваши родители, родные братья или сестры, живые или умершие в возрасте до 60 лет?</p> <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/> Да, конкретизируйте _____ _____
4.44.	<p>Проводились ли специальные обследования (рентген, ЭКГ, УЗИ и т.п.) в связи с заболеваниями и (или) подозрениями на заболевания за последние 5 лет?</p> <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/> Да, конкретизируйте _____ _____
4.45.	<p>Принимаете ли вы сейчас и (или) принимали ли ранее разного рода седативные (снотворные) вещества, транквилизаторы (антидепрессанты) и (или) наркотические вещества в лечебных или иных целях?</p> <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/> Да, конкретизируйте _____ _____
4.46.	<p>Нуждаетесь ли вы сейчас и (или) нуждались ли ранее в постоянном наблюдении врачом и (или) приеме медикаментов в связи с имеющимся и (или) имевшимся заболеванием?</p> <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/> Да, конкретизируйте _____ _____
4.47.	<p>Знаете ли вы об имеющихся сейчас и (или) имевшихся ранее отклонениях в состоянии вашего здоровья и (или) заболеваниях, расстройствах, состояниях, травмах, которые могут увеличить вероятность наступления страхового события, а также об иных событиях медицинского характера, по которым проводится сейчас и (или) проводилось ранее обследование и (или) лечение, не указанных выше?</p>

	<input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/> Да, конкретизируйте _____ _____	
Вопросы для женщин		
4.48.	Вопрос для женщин: Имеются ли у вас сейчас и (или) имелись ли у вас ранее заболевания женских органов (матки, яичников, молочных желез и др.) <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/> Да, укажите подробную информацию _____ _____ _____	
4.49.	Вопрос для женщин: Имеется ли у вас беременность? <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/> Да, укажите подробную информацию, в том числе срок беременности (нед.), дату последнего осмотра и (или) обследования наблюдающими беременность врачами с указанием их специализации и заключений по результатам осмотра _____ _____ _____ _____	
4.50.	Вопрос для женщин: Есть ли осложнения течения беременности? <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/> Да, укажите подробную информацию _____ _____ _____	
4.51.	Вопрос для женщин: Планируете ли вы рождения ребенка в период действия Договора страхования? <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/> Да, укажите подробную информацию _____	
5.	Группа рисков	Страховая сумма
<input type="checkbox"/>	«Смерть в результате несчастного случая или болезни»	
<input type="checkbox"/>	«Смерть в результате несчастного случая»	
<input type="checkbox"/>	«Инвалидность в результате несчастного случая или болезни»	
<input type="checkbox"/>	«Инвалидность в результате несчастного случая»	
<input type="checkbox"/>	«Временная утрата общей трудоспособности в результате несчастного случая или болезни»	
<input type="checkbox"/>	«Временная утрата общей трудоспособности в результате несчастного случая»	
<input type="checkbox"/>	«Утрата профессиональной трудоспособности в результате несчастного случая или болезни»	
<input type="checkbox"/>	«Утрата профессиональной трудоспособности в результате несчастного случая»	
<input type="checkbox"/>	«Госпитализация в результате несчастного случая или болезни»	
<input type="checkbox"/>	«Госпитализация в результате несчастного случая»	
<input type="checkbox"/>	«Непредвиденные расходы Застрахованного лица»	
<input type="checkbox"/>	«Медицинская помощь»	

Подписывая настоящее Заявление:

1. Я подтверждаю, что на момент его заполнения лицо, указанное в нем в качестве Застрахованного, не проходит службу в вооруженных силах, не находится в местах лишения свободы.
2. Я выражаю Страховщику согласие на обработку персональных данных физических лиц, содержащихся в настоящем Договоре и в иных документах, передаваемых Страховщику, для исполнения обязательств по данному Договору, в том числе в целях продвижения товаров, работ, услуг на рынке путем осуществления Страховщиком прямых контактов с помощью средств связи. Настоящее согласие действует в течение пяти лет с момента окончания срока действия Полиса или до момента отзыва согласия, переданного мной в офис Страховщика в соответствии с требованиями ФЗ № 152 «О персональных данных».
3. Выражаю свое согласие на ознакомление Страховщика с любой медицинской документацией, связанной с состоянием моего здоровья, для решения вопросов, связанных с исполнением Договора страхования, иных услуг и защитой моих прав, а также свое согласие на право медицинских учреждений, в которых я получал (получаю) медицинские и иные услуги, передавать Страховщику сведения, составляющие врачебную тайну, включающие в себя: информацию о факте моего обращения за медицинской помощью, состоянии моего здоровья, диагнозе моих заболеваний и иные сведения, полученные при моем обследовании и лечении после наступления заявленного Страховщику несчастного случая.
4. Подтверждаю, что Страхователь/Представитель Страхователя/Выгодоприобретатель не является иностранным публичным должностным лицом, должностным лицом публичных международных организаций или их родственником, а также лицом, замещающим (занимающим) государственную должность в РФ, должность члена Совета директоров ЦБ РФ, должность федеральной государственной службы, назначение на которые и освобождение от которых осуществляются Президентом РФ или Правительством РФ, должность в ЦБ РФ, государственных корпорациях и иных организациях, созданных в РФ на основании федеральных законов, включенных в перечни должностей, определяемые Президентом РФ. В ином случае я обязуюсь предоставить подтверждающие документы. Я подтверждаю, что Страхователь/Представитель Страхователя/Выгодоприобретатель не имеет регистрации, места жительства (нахождения), счета в банке в государстве (на территории), которое (ая) не выполняет рекомендации ФАТФ. Я обязуюсь при изменении любых сведений, предоставленных при заключении Договора, сообщить Страховщику о таких изменениях в письменной форме в течение 7 (семи) рабочих дней при условии, что сведения, представленные при заключении Договора, считаются актуальными до момента получения Страховщиком информации об их изменении.
5. Подтверждаю, что поставлен в известность, понимаю и согласен с тем, что если после заключения настоящего Полиса будет установлено, что Страхователь либо Застрахованный ввел Страховщика в заблуждение либо сообщил при заключении настоящего Полиса заведомо ложные сведения, то Страховщик вправе потребовать признания Договора страхования недействительным в соответствии с законодательством РФ.

Настоящее Заявление является составной частью Договора страхования.

Страхователь: _____
(Ф. И. О., подпись)

Дата заполнения: «___» _____ 20__ г.

**Приложение № 3 к Заявлению.
Вопросы при заключении коллективных договоров страхования**

2.	Условия, на которых вы хотите заключить договор страхования:		
2.1.	Количество Застрахованных		
2.2.	Пол Застрахованных	Мужчины _____ %	Женщины _____ %
2.3.	Возраст	До 18 лет _____ % 19–25 лет _____ % 26–35 лет _____ % 36–45 лет _____ % 46–55 лет _____ % 56–60 лет _____ % От 60 лет _____ %	
2.4.	Профессия	Офисные работники _____ % Производство _____ % Опасные профессии _____ % Пенсионеры _____ % Иное (конкретизируйте) _____ %	
2.6.	Экстремальный и (или) массовый спорт (указать вид спорта)		
2.7.	Срок страхования	с « _____ » _____ 20__ г. по « _____ » _____ 20__ г.	
3.	Группа рисков	Страховая сумма	
<input type="checkbox"/>	«Смерть в результате несчастного случая или болезни»		
<input type="checkbox"/>	«Смерть в результате несчастного случая»		
<input type="checkbox"/>	«Инвалидность в результате несчастного случая или болезни»		
<input type="checkbox"/>	«Инвалидность в результате несчастного случая»		
<input type="checkbox"/>	«Телесные повреждения в результате несчастного случая»		
<input type="checkbox"/>	«Тяжкие телесные повреждения в результате несчастного случая»		
<input type="checkbox"/>	«Временная утрата общей трудоспособности в результате несчастного случая или болезни»		
<input type="checkbox"/>	«Временная утрата общей трудоспособности в результате несчастного случая»		
<input type="checkbox"/>	«Утрата профессиональной трудоспособности в результате несчастного случая или болезни»		
<input type="checkbox"/>	«Утрата профессиональной трудоспособности в результате несчастного случая»		
<input type="checkbox"/>	«Диагностирование укуса клеща»		
<input type="checkbox"/>	«Диагностирование опасных инфекционных заболеваний»		
<input type="checkbox"/>	«Заражение инфекционным заболеванием вследствие переливания крови и (или) профессиональной (медицинской) деятельности»		
<input type="checkbox"/>	«Госпитализация в результате несчастного случая или болезни»		
<input type="checkbox"/>	«Госпитализация в результате несчастного случая»		
<input type="checkbox"/>	«Критическое заболевание»		
<input type="checkbox"/>	«Непредвиденные расходы Застрахованного лица»		

<input type="checkbox"/>	«Медицинская помощь»	
--------------------------	----------------------	--

Я подтверждаю, что сведения, указанные мной в настоящем заявлении, являются полными и достоверными. Я проинформирован и согласен с тем, что если после заключения Договора страхования будет установлено, что я не уведомил Страховщика, ввел в заблуждение либо сообщил заведомо ложные сведения об обстоятельствах, указанных мной в настоящем Заявлении, то Страховщик имеет право потребовать признания Договора страхования недействительным в соответствии с законодательством РФ. Подтверждаю, что Держатель карты (Выгодоприобретатель) с заключением Договора согласен.

Я ознакомлен и согласен с условиями и Правилами страхования.

Я согласен (согласна) с тем, что Договор страхования вступает в силу не ранее даты уплаты страховой премии.

Прошу заключить Договор страхования на указанных выше условиях.

Заявитель: _____

(Ф. И. О., подпись)

Дата заполнения: «___» _____ 20__ г.

М. П.

Приложение №2 к Правилам добровольного страхования от несчастных случаев и болезней № 1.1

Типовая форма заявления на страхование для юридического лица/иностранной структуры без образования юридического лица

ЗАЯВЛЕНИЕ

В соответствии с «Правилами добровольного страхования от несчастных случаев и болезней №1.1», утвержденных Приказом Генерального директора АО «Группа Ренессанс Страхование» №084 от 19 июня 2019 г., прошу заключить Договор страхования

1. Информация о Клиенте		
1.1	Полное наименование с указанием организационно-правовой формы	
1.2	ИНН - для резидента ИНН или Код иностранной организации - для нерезидента Код (при наличии) в государстве регистрации в качестве налогоплательщика - для ИСБЮЛ	
1.3	Сведения о государственной регистрации	
1.3.1	ОГРН - для резидента	
1.3.2	Номер записи об аккредитации филиала, представительства иностранного ЮЛ в гос. реестре аккредитованных филиалов, представительств иностранных ЮЛ; Регистрационный номер ЮЛ по месту учреждения и регистрации - для нерезидента	
1.3.3	Место государственной регистрации (местонахождение)	
1.3.4	Регистрационный номер (при наличии), присвоенный в государстве регистрации - для ИСБЮЛ	
1.4	Адрес юридического лица	
1.5	Коды ОКАТО, ОКПО (при наличии)	
1.6	Место ведения основной деятельности ИСБЮЛ	
1.7	В отношении трастов и иных ИСБЮЛ с аналогичной структурой или функцией	Состав имущества, находящегося в управлении (собственности): _____ Ф.И.О. (наименование) и адрес места жительства (места нахождения) учредителей и доверительного собственника (управляющего): _____
1.8	Сведения об органах ЮЛ, ИСБЮЛ (структура и персональный состав органов управления ЮЛ, за	

	исключением сведений о персональном составе акционеров (участников) ЮЛ, владеющих менее чем 1% акций (долей) ЮЛ, структура и персональный состав органов управления ИСБЮЛ (при наличии)	
1.8.1	Наименование органа управления/структура: _____	
1.8.2	Персональный состав органов управления (Ф.И.О. с указанием доли владения): _____ _____	
1.9	Контактная информация (при наличии: телефон, факс, e-mail)	
1.10	Сведения о лицензии на право осуществления деятельности, подлежащей лицензированию: вид, номер, дата, кем выдана, срок действия, перечень видов лицензируемой деятельности	
1.11	БИК (для кредитных организаций–резидентов)	
1.12	Цели установления и предполагаемый характер деловых отношений	Вид договора страхования: _____ _____
1.13	Сведения (документы) о финансовом положении	
1.13.1	Бухгалтерский баланс (отчет о финансовом результате) за последний отчетный период	
1.13.2	Годовая (квартальная) налоговая декларация с отметками налогового органа о ее принятии (или без таковой отметки с приложением копии квитанции об отправке заказного письма с описью вложения или копии подтверждения отправки на бумажных носителях) за последний отчетный период	
1.13.3	Справка об исполнении налогоплательщиком обязанности по уплате налогов, сборов, пеней, штрафов, выданная налоговым органом	
1.13.4	Отсутствие производства по делу о несостоятельности (банкротстве)	
1.13.5	Аудиторское заключение за прошедший год	
1.13.6	Отсутствие вступившего в законную силу решения судебных органов о признании несостоятельным (банкротом) и (или) информация о проведении процедур ликвидации по состоянию на дату представления документов	
1.13.7	Отсутствие фактов неисполнения своих денежных обязательств по причине отсутствия денежных средств на банковских счетах	
1.13.8	Данные о рейтингах, присвоенных международными рейтинговыми агентствами («Standard & Poor's», «Fitch Ratings», «Moody's Investors Service») и (или) национальными рейтинговыми агентствами	
1.14	Сведения о деловой репутации	
1.14.1	Отзывы в произвольной письменной форме	

	от деловых партнеров	
1.14.2	Иные документы	
1.15	Сведения об источниках происхождения денежных средств	<input type="checkbox"/> средства, полученные в рамках осуществляемой хозяйственной деятельности <input type="checkbox"/> собственные средства <input type="checkbox"/> заемные средства (займы от третьих лиц, учредителей и т.д.) <input type="checkbox"/> иные

2. Информация о Представителе клиента

2.1.	Документ, подтверждающий полномочия, и его реквизиты (наименование, дата выдачи, срок действия, номер документа)	
2.2.	Фамилия, имя, отчество (при наличии)	
2.3.	Гражданство	
2.4.	ИНН (при наличии)	
2.5.	Дата и место рождения	
2.6.	Реквизиты документа, удостоверяющего личность: серия (при наличии) и номер документа, дата выдачи документа, наименование органа, выдавшего документ, и код подразделения (при наличии)	
2.7.	Адрес места жительства (регистрации)/адрес места пребывания	
2.8.	СНИЛС (при наличии)	
2.9.	Основной государственный регистрационный номер (ОГРНИП), место регистрации – для ИП	
2.10.	Контактная информация (при наличии: телефон, факс, e-mail)	
2.11.	Для иностранных граждан или лиц без гражданства, находящихся в РФ:	
2.11.1.	Данные миграционной карты: номер карты, дата начала срока пребывания и дата окончания срока пребывания в РФ	
2.11.2.	Данные документа, подтверждающего право на пребывание (проживание) в РФ (серия, номер, дата начала срока действия, дата окончания срока действия)	

3. Информация о Бенефициарных владельцах

Просьба заполнить Приложение № 1 к Заявлению. Данное требование не распространяется на Клиентов, которые являются одним из нижеперечисленных лиц.

Просьба указать, является ли Клиент:

– органом государственной власти, иным государственным органом, органом местного самоуправления, учреждением, находящимся в их ведении, государственным внебюджетным фондом, государственной корпорацией или организацией, в которой Российская Федерация, субъекты Российской Федерации либо муниципальные образования имеют более 50% акций (долей) в капитале;

– международной организацией, иностранным государством или административно-территориальной единицей иностранных государств, обладающей самостоятельной правоспособностью;

– эмитентом ценных бумаг, допущенных к организованным торгам, которые раскрывают информацию в соответствии с законодательством Российской Федерации о ценных бумагах;

- иностранной организацией, ценные бумаги которой прошли процедуру листинга на иностранной бирже, входящей в перечень, утвержденный Банком России;
- иностранной структурой без образования юридического лица, организационная форма которой не предусматривает наличия Бенефициарного владельца, а также единоличного исполнительного органа;
- Банком России;
- лицом, входящим в иностранные санкционные списки.

Приложение № 1 к Заявлению

Сведения о Бенефициарных владельцах

Бенефициарный владелец – это физическое лицо, которое в конечном счете прямо или косвенно (через третьих лиц) владеет (имеет преобладающее участие более 25% в капитале) Клиентом либо имеет возможность контролировать действия Клиента, то есть физическое лицо, обладающее хотя бы одним из следующих признаков:

- 1) является участником/акционером Клиента, владеющим более 25% долей/акций с правом голоса в уставном капитале Клиента;
- 2) косвенно (через третьих лиц) владеет более 25% долей/акций с правом голоса в уставном капитале Клиента;
- 3) имеет возможность воздействовать на принимаемые Клиентом решения, в том числе об осуществлении сделок, несущих кредитный риск, финансовых операций, и оказывать влияние на величину дохода Клиента.

Просьба заполнить Анкету на каждого Бенефициарного владельца.

I. Информация о Бенефициарных владельцах	
3.1.	Фамилия, имя, отчество (при наличии)
3.2.	Гражданство
3.3.	ИНН (при наличии)
3.4.	Дата и место рождения
3.5.	Реквизиты документа, удостоверяющего личность: серия (при наличии) и номер документа, дата выдачи документа, наименование органа, выдавшего документ, код подразделения (при наличии)
3.6.	Адрес места жительства (регистрации)/адрес места пребывания
3.7.	СНИЛС (при наличии)
3.8.	Контактная информация (при наличии: телефон, факс, e-mail)
3.9	Для иностранных граждан или лиц без гражданства, находящихся в РФ
3.9.1.	Данные миграционной карты: номер карты, дата начала срока пребывания в РФ, дата окончания срока пребывания в РФ
3.9.2.	Данные документа, подтверждающего право на пребывание (проживание) в РФ (серия, номер, дата начала срока действия, дата окончания срока действия)
3.10.	Статус публичного должностного лица (ПДЛ) ¹ ; отношение к ПДЛ
	<input type="checkbox"/> Да (является ПДЛ) <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/> Да (является родственником ПДЛ) Если «да», указать должность, наименование и адрес работодателя; степень родства либо статус (супруг или супруга) - по отношению к лицу,

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

являющемуся ПДЛ (для лиц, являющихся родственниками ПДЛ)

Приложение № 2 к Заявлению

Вопросы при заключении коллективного Договора страхования физических лиц

4. Страхование от несчастных случаев или болезни			
Условия, на которых вы хотите заключить Договор страхования:			
4.1.	Количество Застрахованных		
4.2.	Пол Застрахованных	Мужчины _____ %	Женщины _____ %
4.3.	Возраст	До 18 лет _____ % 19–25 лет _____ % 26–35 лет _____ % 36–45 лет _____ % 46–55 лет _____ % 56–60 лет _____ % От 60 лет _____ %	
4.4.	Профессия	Офисные работники _____ % Производство _____ % Опасные профессии _____ % Пенсионеры _____ % Иное (конкретизируйте) _____ %	
4.5.	Экстремальный и (или) массовый спорт (указать вид спорта)		
4.6.	Срок страхования	с «_____» _____ 20__ г. по «_____» _____ 20__ г.	
5.	Группа рисков	Страховая сумма	
<input type="checkbox"/>	«Смерть в результате несчастного случая или болезни»		
<input type="checkbox"/>	«Смерть в результате несчастного случая»		
<input type="checkbox"/>	«Инвалидность в результате несчастного случая или болезни»		
<input type="checkbox"/>	«Инвалидность в результате несчастного случая»		
<input type="checkbox"/>	«Телесные повреждения в результате несчастного случая»		
<input type="checkbox"/>	«Тяжкие телесные повреждения в результате несчастного случая»		
<input type="checkbox"/>	«Временная утрата общей трудоспособности в результате несчастного случая или болезни»		
<input type="checkbox"/>	«Временная утрата общей трудоспособности в результате несчастного случая»		
<input type="checkbox"/>	«Утрата профессиональной трудоспособности в результате несчастного случая или болезни»		
<input type="checkbox"/>	«Утрата профессиональной трудоспособности в результате несчастного случая»		
<input type="checkbox"/>	«Диагностирование укуса клеща»		
<input type="checkbox"/>	«Диагностирование опасных инфекционных заболеваний»		
<input type="checkbox"/>	«Заражение инфекционным заболеванием вследствие переливания крови и (или) профессиональной (медицинской) деятельности»		
<input type="checkbox"/>	«Госпитализация в результате несчастного случая или болезни»		
<input type="checkbox"/>	«Госпитализация в результате несчастного случая»		
<input type="checkbox"/>	«Критическое заболевание»		
<input type="checkbox"/>	«Непредвиденные расходы Застрахованного лица»		

<input type="checkbox"/>	«Медицинская помощь»	
--------------------------	----------------------	--

Я подтверждаю, что сведения, указанные мной в настоящем заявлении, являются полными и достоверными. Я проинформирован и согласен с тем, что если после заключения Договора страхования будет установлено, что я не уведомил Страховщика, ввел в заблуждение либо сообщил заведомо ложные сведения об обстоятельствах, указанных мной в настоящем Заявлении, то Страховщик имеет право потребовать признания Договора страхования недействительным в соответствии с законодательством РФ. Подтверждаю, что Держатель карты (Выгодоприобретатель) с заключением Договора согласен.

Я ознакомлен и согласен с условиями и Правилами страхования.

Я согласен (согласна) с тем, что Договор страхования вступает в силу не ранее даты уплаты страховой премии.

Прошу заключить Договор страхования на указанных выше условиях.

Заявитель: _____

(Ф. И. О., подпись)

Дата заполнения: « ___ » _____ 20__ г.

М. П.

Вопросы при заключении коллективного Договора страхования физических лиц – заемщиков кредита

4. Страхование от несчастных случаев или болезни		
Условия, на которых вы хотите заключить Договор страхования:		
4.1.	Количество кредитов в месяц	
4.2.	Прогнозируемый общий объем выдаваемых кредитов по направлению, млн руб./мес.	
4.3.	Прогнозируемая успешность (отношение кол-ва кредитных договоров со страховкой к общему кол-ву кредитных договоров), %	
4.4.	Минимальная сумма кредита	_____, рублей _____ доля, %
4.5.	Максимальная сумма кредита	_____, рублей _____ доля, %
4.6.	Средняя сумма кредита	_____, рублей _____ доля, %
4.7.	Минимальный срок кредита	_____, месяцев _____ доля, %
4.8.	Максимальный срок кредита	_____, месяцев _____ доля, %
4.9.	Средний срок кредита	_____, месяцев _____ доля, %
4.10.	Минимальный возраст кредитующего клиента	_____, лет _____ доля, %
4.11.	Максимальный возраст кредитующего клиента	_____, лет _____ доля, %
4.12.	Средний возраст Заемщиков	_____, лет _____ доля, %
4.13.	Пол Застрахованных	Мужчины _____ % Женщины _____ %
4.14.	Возраст	До 18 лет _____ % 19–25 лет _____ % 26–35 лет _____ % 36–45 лет _____ % 46–55 лет _____ % 56–60 лет _____ % От 60 лет _____ %
4.15.	Профессия	Офисные работники _____ % Производство _____ % Опасные профессии _____ % Пенсионеры _____ % Иное (конкретизируйте) _____ %
4.16.	Срок страхования	с « _____ » _____ 20__ г. по « _____ » _____ 20__ г.
5.	Группа рисков	Страховая сумма
<input type="checkbox"/>	«Смерть в результате несчастного случая или болезни»	
<input type="checkbox"/>	«Смерть в результате несчастного случая»	
<input type="checkbox"/>	«Инвалидность в результате несчастного случая или болезни»	
<input type="checkbox"/>	«Инвалидность в результате несчастного случая»	
<input type="checkbox"/>	«Временная утрата общей трудоспособности в результате несчастного случая или болезни»	
<input type="checkbox"/>	«Временная утрата общей трудоспособности в результате несчастного случая»	
<input type="checkbox"/>	«Утрата профессиональной трудоспособности в результате несчастного случая или болезни»	
<input type="checkbox"/>	«Утрата профессиональной трудоспособности в результате несчастного случая»	
<input type="checkbox"/>	«Госпитализация в результате несчастного случая или болезни»	

<input type="checkbox"/>	«Непредвиденные расходы Застрахованного лица»	
<input type="checkbox"/>	«Медицинская помощь»	

Я подтверждаю, что сведения, указанные мной в настоящем заявлении, являются полными и достоверными. Я проинформирован и согласен с тем, что если после заключения Договора страхования будет установлено, что я не уведомил Страховщика, ввел в заблуждение либо сообщил заведомо ложные сведения об обстоятельствах, указанных мной в настоящем Заявлении, то Страховщик имеет право потребовать признания Договора страхования недействительным в соответствии с законодательством РФ. Подтверждаю, что Держатель карты (Выгодоприобретатель) с заключением Договора согласен.

Я ознакомлен и принимаю Условия страхования, Правила страхования.

Я согласен (согласна) с тем, что Договор страхования вступает в силу не ранее даты уплаты страховой премии.

Прошу заключить Договор страхования на указанных выше условиях.

Заявитель: _____
(Ф. И. О., подпись)

Дата заполнения: « ___ » _____ 20__ г.
М. П.

4. Информация о Выгодоприобретателе на случай смерти		
4.1.1. Сведения о Выгодоприобретателе 1		
4.1.1.1.	Ф. И. О.	
4.1.1.2.	Датаи место рождения	« ___ » _____ г.
4.1.1.3.	Гражданство	
4.1.1.4.	ИНН (при наличии)	
4.1.1.5.	СНИЛС (при наличии)	
4.1.1.6.	Паспортные данные	серия _____ номер _____ кем и когда _____ выдан _____ _____ код подразделения _____
4.1.1.7.	Адрес регистрации	_____ _____ _____
4.1.1.8.	Телефон	
4.1.1.9.	Доля, %	
4.1.1.10.	Для иностранных граждан или лиц без гражданства, находящихся в РФ: 1. Данные миграционной карты: номер карты, дата начала срока пребывания и дата окончания срока пребывания в РФ _____ _____ – 2. Данные документа, подтверждающего право на пребывание (проживание) в РФ (серия, номер, дата начала срока действия, дата окончания срока действия) _____ _____ –	
4.1.2. Сведения о Выгодоприобретателе 2		
4.1.2.1.	Ф. И. О.	
4.1.2.2.	Дата и место рождения	« ___ » _____ г.
4.1.2.3.	Гражданство	
4.1.2.4.	ИНН (при наличии)	
4.1.2.5.	СНИЛС (при наличии)	
4.1.2.6.	Паспортные данные	серия _____ номер _____ кем и когда _____ выдан _____ _____ код подразделения _____
4.1.2.7.	Адрес регистрации	_____ _____ _____
4.1.2.8.	Телефон	
4.1.2.9.	Доля, %	
4.1.2.10.	Для иностранных граждан или лиц без гражданства, находящихся в РФ: 1. Данные миграционной карты: номер карты, дата начала срока пребывания и дата окончания срока пребывания в РФ _____ _____	

	2. Данные документа, подтверждающего право на пребывание (проживание) в РФ (серия, номер, дата начала срока действия, дата окончания срока действия) _____ _____	
5. Сведения о Застрахованном		
5.1.	Ф. И. О.	
5.2.	Пол	<input type="checkbox"/> Мужской <input type="checkbox"/> Женский
5.3.	Дата и место рождения	« ____ » _____ г.
5.4.	Гражданство	
5.5.	ИНН (при наличии)	
5.6.	СНИЛС (при наличии)	
5.7.	Паспортные данные	серия _____ номер _____ кем и когда _____ выдан _____ код подразделения _____
5.8.	Для иностранных граждан или лиц без гражданства, находящихся в РФ: 1. Данные миграционной карты: номер карты, дата начала срока пребывания и дата окончания срока пребывания в РФ _____ 2. Данные документа, подтверждающего право на пребывание (проживание) в РФ (серия, номер, дата начала срока действия, дата окончания срока действия) _____	
5.9.	Профессия	
6. Вопросы к Застрахованному		
Общие вопросы		
6.1.	Наличие Полисов/Договоров страхования от несчастных случаев и (или) болезней/инфекционных заболеваний в АО «Группа Ренессанс Страхование» и (или) в других страховых компаниях <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/> Да, конкретизируйте _____	
6.2.	Было ли вам ранее отказано в заключении Договора страхования от несчастных случаев и (или) болезней/инфекционных заболеваний и (или) предложено страхование на особых условиях (ограничение страхового покрытия, применение повышающих коэффициентов к страховому тарифу)? <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/> Да, конкретизируйте _____	
6.3.	Связана ли ваша работа с нахождением в зонах вооруженных конфликтов, АТО, военных действий/учений? <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/> Да, конкретизируйте _____	
6.4.	Связана ли ваша деятельность сейчас и (или) была ли связана ранее с работой на высоте (5 м и выше), на воде, под водой, под землей, при повышенном, пониженном атмосферном давлении, с электричеством, механизмами? <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/> Да, конкретизируйте _____	
6.5.	Связана ли ваша деятельность сейчас и (или) была ли связана ранее с работой с горючими, взрывчатыми, опасными химическими, радиоактивными веществами? <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/> Да, конкретизируйте _____	
6.6.	Пользуетесь ли транспортным средством категории «А», «М» с рабочим объемом двигателя более 49	

	куб. см в качестве средства передвижения? <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/> Да, конкретизируйте _____
6.7.	Занятия экстремальным или профессиональным спортом <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/> Да, укажите подробную информацию, в том числе вид спорта/отдыха, уровень занятий (любительский или профессиональный), территорию/место проведения занятий, количество занятий в неделю, месяц или год, участие в соревнованиях (в том числе частота и уровень состязаний), использование защитного снаряжения, наличие/отсутствие медицинских противопоказаний к занятиям, травмы в результате занятий _____ _____ _____
6.8.	Привлекались ли вы к уголовной ответственности (статья УК РФ)? <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/> Да, конкретизируйте _____ _____
6.9.	Имеется ли у вас разрешение на ношение оружия, личное оружие, закреплено ли за вами табельное оружие? <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/> Да, конкретизируйте _____ _____
6.10.	Имеете ли вы сейчас и (или) имели ли ранее группу инвалидности и (или) направление на медико-социальную экспертизу? <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/> Да, конкретизируйте: укажите подробную информацию, в том числе группу инвалидности, дату установления, действующая или в прошлом, медицинский диагноз заболевания и (или) его осложнений, послуживших причиной установления группы инвалидности _____ _____ _____
6.11.	Употребление алкоголя. Среднее количество алкоголя, употребляемого в неделю, в мл: <input type="checkbox"/> Слабые алкогольные напитки с содержанием спирта до 20% об., например, вина, наливки, пиво и т.п. _____ <input type="checkbox"/> Средние алкогольные напитки с содержанием спирта от 20 до 38% об., например, ликеры, настойки и т.п. _____ <input type="checkbox"/> Крепкие алкогольные напитки с содержанием спирта свыше 38% об., например, водка, самогон, коньяк, ром, виски и т.п. _____
6.12.	Регулярно ли вы проходите профилактические медицинские осмотры? <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/> Да, укажите подробную информацию, в том числе дату последнего осмотра и (или) обследования врачами с указанием их специализации и заключений по результатам _____ _____
6.13.	Имеются ли у вас сейчас и (или) имелись ли у вас ранее заболевания и расстройства нервной системы: шизофрения, эпилепсия, рассеянный склероз, паралич, парез, болезнь Паркинсона, сотрясения головного мозга, полиомиелит, вегетососудистая дистония, потери сознания, головные боли, мигрень, головокружения, нарушения речи, судороги, судорожные припадки, бессонница, депрессия, неврит, корешковый синдром, радикулит и другие заболевания и расстройства?

	<input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/> Да, конкретизируйте _____ _____
6.14.	<p>Состоите ли вы сейчас и (или) состояли ли ранее на учете у психиатра, невролога; получаете ли вы сейчас и (или) получали ли ранее лечение в психоневрологических и (или) психиатрических клиниках? Получаете ли вы сейчас и (или) получали ли ранее лечение от алкоголизма, наркомании, токсикомании? Предпринимали ли вы попытки к самоубийству? Находились ли вы ранее в реанимационном отделении?</p> <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/> Да, конкретизируйте _____ _____
6.15.	<p>Проходили ли вы ранее медицинское освидетельствование, исследования крови в связи со СПИДом (ВИЧ-инфекций) и (или) заболеваниями, передающимися половым путем (включая гепатиты)? Устанавливался ли вам ранее диагноз СПИД, ВИЧ-инфекция? Получаете ли вы сейчас и (или) получали ли ранее лечение в связи со СПИДом (ВИЧ-инфекций) и (или) заболеваниями, передающимися половым путем (включая гепатиты)?</p> <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/> Да, конкретизируйте _____ _____
6.16.	<p>Знаете ли вы об имеющихся сейчас и (или) имевшихся ранее отклонениях в состоянии вашего здоровья и (или) заболеваниях, расстройствах, состояниях, травмах, которые могут увеличить вероятность наступления страхового события, а также об иных событиях медицинского характера, по которым проводится сейчас и (или) проводилось ранее обследование и (или) лечение?</p> <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/> Да, конкретизируйте _____ _____
Страхование от несчастных случаев	
6.17.	<p>Имеются ли у вас сейчас и (или) имелись ли у вас ранее травмы органов зрения и (или) другие отклонения?</p> <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/> Да, конкретизируйте _____ _____
6.18.	<p>Имеются ли у вас сейчас и (или) имелись ли у вас ранее травмы органов слуха и (или) другие отклонения?</p> <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/> Да, конкретизируйте _____ _____
6.19.	<p>Имеются ли у вас сейчас и (или) имелись ли у вас ранее травмы опорно-двигательного аппарата (мышц, костей, суставов, позвоночника): переломы, вывихи, разрывы менисков, грыжи дисков, ограничение в движении, хромота, ампутация и другие травмы?</p> <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/> Да, конкретизируйте _____ _____
6.20.	<p>Имелись ли у вас другие травмы, не перечисленные выше?</p> <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/> Да, конкретизируйте _____ _____
6.21.	<p>Проводились ли ранее и (или) планируются операции в связи с травмами, госпитализации, нетрудоспособность, отстранение от работы по состоянию здоровья?</p>

	<input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/> Да, конкретизируйте _____
6.22.	Состоите ли вы сейчас и (или) состояли ли ранее на диспансерном учете по поводу полученных травм, последствий травм? <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/> Да, конкретизируйте _____
6.23.	Проводились ли специальные обследования (рентген, ЭКГ, УЗИ и т.п.) в связи с травмами за последние 5 лет? <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/> Да, конкретизируйте _____
Страхование от болезней	
6.24.	Рост _____
6.25.	Вес _____
6.26.	Артериальное давление в мм рт. ст. _____
6.27.	Курите ли вы сейчас? <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/> Да, укажите количество сигарет в день (шт.) и стаж курения (лет) _____
6.28.	Страдаете ли вы сейчас и (или) страдали ли ранее сахарным диабетом, раком, инсультом, инфарктом, артериальной гипертензией, туберкулезом, кожно-венерологическими заболеваниями? <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/> Да, конкретизируйте _____
6.29.	Имеются ли у вас сейчас и (или) имелись ли у вас ранее заболевания сердца и сосудов: нарушение ритма сердца, эндо- и миокардит, ишемическая болезнь (стенокардия, инфаркт миокарда), пороки, боли в области сердца, одышка, гипертония, нарушение мозгового кровообращения, эндартериит, атеросклероз, ангиопатия, флебит, тромбоз, тромбоз вен, онемение и (или) боли в ногах и другие заболевания? <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/> Да, конкретизируйте _____
6.30.	Имеются ли у вас сейчас и (или) имелись ли у вас ранее заболевания крови и кроветворных органов: лейкоз, лимфома, анемия, нарушение свертываемости крови, пурпура, иные геморрагические состояния и другие заболевания? <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/> Да, конкретизируйте _____
6.31.	Имеются ли у вас сейчас и (или) имелись ли у вас ранее заболевания органов дыхания: хронический бронхит, бронхиальная астма, эмфизема, пневмония, пневмоторакс, туберкулез и другие заболевания? <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/> Да, конкретизируйте _____
6.32.	Имеются ли у вас сейчас и (или) имелись ли у вас ранее заболевания органов пищеварения: гастрит, язва желудка и (или) двенадцатиперстной кишки, холецистит, желчнокаменная болезнь, панкреатит, гепатит, цирроз печени, гепатоз, грыжа, колит, нарушения пищеварения и другие заболевания? <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/> Да, конкретизируйте _____

6.33.	<p>Имеются ли у вас сейчас и (или) имелись ли у вас ранее заболевания органов мочеполовой системы: мочекаменная болезнь, пиелонефрит, гломерулонефрит, единственная почка, опущение почки (нефроптоз), поликистоз почек, простатит, цистит, венерические заболевания и другие заболевания?</p> <p><input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/> Да, конкретизируйте _____</p>
6.34.	<p>Имеются ли у вас сейчас и (или) имелись ли у вас ранее заболевания эндокринной системы: повышение уровня глюкозы, сахарный диабет, болезни щитовидной железы (зоб нетоксический, гипотиреоз, тиреоидит), надпочечников, гипофиза и другие заболевания?</p> <p><input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/> Да, конкретизируйте _____</p>
6.35.	<p>Имеются ли у вас сейчас и (или) имелись ли у вас ранее заболевания органов зрения: снижение/нарушение остроты зрения, глаукома, катаракта, отслойка сетчатки, миопия, гиперметропия, атрофия зрительного нерва, травмы органов зрения и другие заболевания?</p> <p><input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/> Да, конкретизируйте _____</p>
6.36.	<p>Имеются ли у вас сейчас и (или) имелись ли у вас ранее заболевания лор-органов: ангина, заболевания горла, носа, шум в ушах, снижение слуха, хронические отиты, травмы органов слуха и другие заболевания?</p> <p><input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/> Да, конкретизируйте _____</p>
6.37.	<p>Имеются ли у вас сейчас и (или) имелись ли у вас ранее заболевания опорно-двигательного аппарата (мышц, костей, суставов, позвоночника): артроз, остеохондроз, остеопороз, дисплазии, деформации, болезни мышц, артрит, миозит, ревматизм, подагра и другие заболевания и травмы?</p> <p><input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/> Да, конкретизируйте _____</p>
6.38.	<p>Имеются ли у вас сейчас и (или) имелись ли у вас ранее онкология: доброкачественные (фиброзно-кистозная мастопатия, миома матки, эндометриоз, гиперплазия предстательной железы и другие заболевания) и злокачественные (рак) новообразования и другие заболевания?</p> <p><input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/> Да, конкретизируйте _____</p>
6.39.	<p>Имеются ли у вас сейчас и (или) имелись ли у вас ранее врожденные или приобретенные дефекты органов (отсутствие органа или его части)?</p> <p><input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/> Да, конкретизируйте _____</p>
6.40.	<p>Имеются ли у вас сейчас и (или) имелись ли у вас ранее заболевания кожи и соединительной ткани (дерматит, склеродермия, псориаз, системная красная волчанка, экзема), лимфатических узлов, кисты, аллергии, анафилактические реакции и другие заболевания?</p> <p><input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/> Да, конкретизируйте _____</p>
6.41.	<p>Проводились ли ранее и (или) планируются операции в связи с болезнями, госпитализации, нетрудоспособность, отстранение от работы по состоянию здоровья?</p> <p><input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/> Да, конкретизируйте _____</p>
6.42.	<p>Состоите ли вы сейчас и (или) состояли ли ранее на диспансерном учете по поводу болезней?</p> <p><input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/> Да, конкретизируйте _____</p>

6.43.	Страдают ли сейчас и (или) страдали ли ранее диабетом, раком, инсультом, заболеваниями сердца или болезнями почек и иными заболеваниями ваши родители, родные братья или сестры, живые или умершие в возрасте до 60 лет? <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/> Да, конкретизируйте _____	
6.44.	Проводились ли специальные обследования (рентген, ЭКГ, УЗИ и т.п.) в связи с заболеваниями и (или) подозрениями на заболевания за последние 5 лет? <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/> Да, конкретизируйте _____	
6.45.	Принимаете ли вы сейчас и (или) принимали ли ранее разного рода седативные (снотворные) вещества, транквилизаторы (антидепрессанты) и (или) наркотические вещества в лечебных или иных целях? <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/> Да, конкретизируйте _____	
6.46.	Нуждаетесь ли вы сейчас и (или) нуждались ли ранее в постоянном наблюдении врача и (или) приеме медикаментов в связи с имеющимся и (или) имевшимся заболеванием? <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/> Да, конкретизируйте _____	
6.47.	Знаете ли вы об имеющихся сейчас и (или) имевшихся ранее отклонениях в состоянии вашего здоровья и (или) заболеваниях, расстройствах, состояниях, травмах, которые могут увеличить вероятность наступления страхового события, а также об иных событиях медицинского характера, по которым проводится сейчас и (или) проводилось ранее обследование и (или) лечение, не указанных выше? <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/> Да, конкретизируйте _____	
Вопросы для женщин		
6.48.	Вопрос для женщин: Имеются ли у вас сейчас и (или) имелись ли у вас ранее заболевания женских органов (матки, яичников, молочных желез и др.) <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/> Да, укажите подробную информацию _____	
6.49.	Вопрос для женщин: Имеется ли у вас беременность? <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/> Да, укажите подробную информацию, в том числе срок беременности (нед.), дату последнего осмотра и (или) обследования наблюдающими беременность врачами с указанием их специализаций и заключений по результатам осмотра _____	
6.50.	Вопрос для женщин: Есть ли осложнения течения беременности? <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/> Да, укажите подробную информацию _____	
6.51.	Вопрос для женщин: Планируете ли вы рождение ребенка в период действия Договора страхования? <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/> Да, укажите подробную информацию _____	
7.	Группа рисков	Страховая сумма
<input type="checkbox"/>	«Смерть в результате несчастного случая или болезни»	
<input type="checkbox"/>	«Смерть в результате несчастного случая»	
<input type="checkbox"/>	«Инвалидность в результате несчастного случая или болезни»	
<input type="checkbox"/>	«Инвалидность в результате несчастного случая»	

<input type="checkbox"/>	«Телесные повреждения в результате несчастного случая»	
<input type="checkbox"/>	«Тяжкие телесные повреждения в результате несчастного случая»	
<input type="checkbox"/>	«Временная утрата общей трудоспособности в результате несчастного случая или болезни»	
<input type="checkbox"/>	«Временная утрата общей трудоспособности в результате несчастного случая»	
<input type="checkbox"/>	«Утрата профессиональной трудоспособности в результате несчастного случая или болезни»	
<input type="checkbox"/>	«Утрата профессиональной трудоспособности в результате несчастного случая»	
<input type="checkbox"/>	«Диагностирование укуса клеща»	
<input type="checkbox"/>	«Диагностирование опасного инфекционного заболевания»	
<input type="checkbox"/>	«Заражение инфекционным заболеванием вследствие переливания крови и (или) профессиональной (медицинской) деятельности»	
<input type="checkbox"/>	«Госпитализация в результате несчастного случая или болезни»	
<input type="checkbox"/>	«Госпитализация в результате несчастного случая»	
<input type="checkbox"/>	«Критическое заболевание»	
<input type="checkbox"/>	«Непредвиденные расходы Застрахованного лица»	
<input type="checkbox"/>	«Медицинская помощь»	

Подписывая настоящее Заявление:

1. Я подтверждаю, что на момент его заполнения лицо, указанное в нем в качестве Застрахованного, не проходит службу в вооруженных силах, не находится в местах лишения свободы.
2. Я выражаю Страховщику согласие на обработку персональных данных физических лиц, содержащихся в настоящем Договоре и в иных документах, передаваемых Страховщику, для исполнения обязательств по данному Договору, в том числе в целях продвижения товаров, работ, услуг на рынке путем осуществления Страховщиком прямых контактов с помощью средств связи. Настоящее согласие действует в течение 5 (пяти) лет с момента окончания срока действия Полиса или до момента отзыва согласия, переданного мной в офис Страховщика в соответствии с требованиями ФЗ № 152 «О персональных данных».
3. Выражаю свое согласие на ознакомление Страховщика с любой медицинской документацией, связанной с состоянием моего здоровья, для решения вопросов, связанных с исполнением Договора страхования, иных услуг и защитой моих прав, а также свое согласие на право медицинских учреждений, в которых я получал (получаю) медицинские и иные услуги, передавать Страховщику сведения, составляющие врачебную тайну, включающие в себя: информацию о факте моего обращения за медицинской помощью, состоянии моего здоровья, диагнозе моих заболеваний и иные сведения, полученные при моем обследовании и лечении после наступления заявленного Страховщику несчастного случая.
4. Подтверждаю, что Страхователь/Представитель Страхователя/Выгодоприобретатель не является иностранным публичным должностным лицом, должностным лицом публичных международных организаций или их родственником, а также лицом, замещающим (занимающим) государственную должность в РФ, должность члена Совета директоров ЦБ РФ, должность федеральной государственной службы, назначение на которые и освобождение от которых осуществляются Президентом РФ или Правительством РФ, должность в ЦБ РФ, государственных корпорациях и иных организациях, созданных в РФ на основании федеральных законов, включенных в перечни должностей, определяемые Президентом РФ. В ином случае я обязуюсь предоставить подтверждающие документы. Я подтверждаю, что Страхователь/Представитель Страхователя/Выгодоприобретатель не имеет регистрации, места жительства (нахождения), счета в банке в государстве (на территории), которое (ая) не выполняет рекомендации ФАТФ. Я обязуюсь при изменении любых сведений, предоставленных при заключении Договора, сообщить Страховщику о таких изменениях в письменной форме в течение 7 (семи) рабочих

дней при условии, что сведения, представленные при заключении Договора, считаются актуальными до момента получения Страховщиком информации об их изменении;

5. Подтверждаю, что поставлен в известность, понимаю и согласен с тем, что если после заключения настоящего Полиса будет установлено, что Страхователь либо Застрахованный ввел Страховщика в заблуждение либо сообщил при заключении настоящего Полиса заведомо ложные сведения, то Страховщик вправе потребовать признания Договора страхования недействительным в соответствии с законодательством РФ.

Настоящее Заявление является составной частью Договора страхования.

Страхователь: _____
(Ф. И. О., подпись)

Дата заполнения: «___» _____ 20__ г.

Приложение №3 к Правилам добровольного страхования от несчастных случаев и болезней № 1.1

Полис № «00» _____ 0000

город заключения

Настоящий Полис удостоверяет факт заключения договора страхования с АО «Группа Ренессанс Страхование» (далее – Страховщик). Полис заключается на основании устного заявления Страхователя, путем вручения Страховщиком настоящего Полиса, подписанного Страховщиком. Настоящий Полис заключен на условиях, изложенных в Правилах добровольного страхования от несчастных случаев и болезней №1.1, утвержденных Приказом №084 от 19 июня 2019 г. (далее – Правила страхования), являющихся неотъемлемой частью настоящего Полиса.

Настоящий Полис удостоверяет факт заключения договора страхования с АО «Группа Ренессанс Страхование» (далее – Страховщик). Полис заключается на основании письменного заявления Страхователя, путем вручения Страховщиком настоящего Полиса, подписанного Страховщиком. Настоящий Полис заключен на условиях, изложенных в Правилах добровольного страхования от несчастных случаев №1.1, утвержденных Приказом №084 от 19 июня 2019 г. (далее – Правила страхования), являющихся неотъемлемой частью настоящего Полиса.

Настоящий Полис выдан Страхователю в соответствии с Генеральным соглашением № 000 от 00.00.0000, заключенным между Страхователем и Страховщиком на условиях, изложенных в Правилах добровольного страхования от несчастных случаев №1.1, утвержденных Приказом №084 от 19 июня 2019 г. (далее – Правила страхования), являющихся неотъемлемой частью настоящего Полиса.

Настоящий Полис удостоверяет факт заключения договора страхования между Страхователем и АО «Группа Ренессанс Страхование» (далее – Страховщик). Полис заключен на основании заявления Страхователя, подписанного им простой электронной подписью (далее – Заявление), путем вручения (направления по электронному адресу, указанному в Заявлении) Страхователю настоящего Полиса, подписанного Страховщиком усиленной квалифицированной электронной подписью. Настоящий Полис заключен на условиях, изложенных в Правилах добровольного страхования от несчастных случаев и болезней №1.1, утвержденных Приказом №084 от 19 июня 2019 г. (далее – Правила страхования), являющихся неотъемлемой частью настоящего Полиса.

Страховщик Акционерное общество «Группа Ренессанс Страхование» Лицензии СЛ №1284, СИ №1284, выданные ЦБ РФ без ограничения срока действия 115114, г. Москва, Дербеневская наб., д. 7, стр. 22, этаж 4, пом XIII, тел: 8-800-333-88-00, ОГРН 1187746794366, ИНН 7725497022, www.renins.ru , Электронная почта _____								
Страхователь		Фамилия, Имя, Отчество/ Индивидуальный предприниматель						
Дата рождения		Гражданство						
Телефон		Электронная почта						
Адрес жительства (регистрации)								
Адрес места пребывания								
Документ, удостоверяющий личность		Паспорт гражданина РФ/ Паспорт иностранного гражданина/ Иной документ, удостоверяющий личность Серия и номер, кем выдан, дата выдачи, код подразделения, иные реквизиты документа, удостоверяющего личность						
Для иностранных граждан или лиц без гражданства, находящихся в РФ:		Данные миграционной карты: номер карты, дата начала срока пребывания и дата окончания срока пребывания в РФ Данные документа, подтверждающего право на пребывание (проживание) в РФ (серия, номер, дата начала срока действия, дата окончания срока действия)						
ИНН (при наличии)		СНИЛС (при наличии)						
Место рождения		ОГРНИП, место регистрации						
Территория страхования								
Срок страхования		00:00 (UTC +03:00) ДД.ММ.ГГГГ		23:59 (UTC +03:00) ДД.ММ.ГГГГ				
Страховая премия		Валюта полиса			EUR/ USD/руб.			
Страховая премия в рублях								
Порядок уплаты страховой премии		единовременно до		ДД.ММ.ГГГГ		в рассрочку		
		1- платеж за период с		ДД.ММ.ГГГГ	по	ДД.ММ.ГГГГ	, оплата до	ДД.ММ.ГГГГ
		2- платеж за период с		ДД.ММ.ГГГГ	по	ДД.ММ.ГГГГ	, оплата до	ДД.ММ.ГГГГ
		3- платеж за период с		ДД.ММ.ГГГГ	по	ДД.ММ.ГГГГ	, оплата до	ДД.ММ.ГГГГ
4- платеж за период с		ДД.ММ.ГГГГ	по	ДД.ММ.ГГГГ	, оплата до	ДД.ММ.ГГГГ		
При неуплате премии/первого страхового взноса до установленной в Полисе даты Полис считается не вступившим в силу (п. 8.3. Правил страхования). При неуплате очередного страхового взноса в размер и сроки, указанный в настоящем Полисе, Полис прекращает свое действие. Частично уплаченная сумма возвращается (п. 8.7.8. Правил страхования).								
Застрахованный		номер	Фамилия, Имя, Отчество					
		Дата и место рождения			Гражданство			
		Паспорт/ Свидетельство о рождении			Серия и номер, кем выдан, дата выдачи, код подразделения, иные реквизиты документа, удостоверяющего личность			
Застрахованный		номер	Фамилия, Имя, Отчество					
		Дата и место рождения			Гражданство			
		Паспорт/ Свидетельство о рождении			Серия и номер, кем выдан, дата выдачи, код подразделения, иные реквизиты документа, удостоверяющего личность			

Выгодоприобретатель	номер	Фамилия, Имя, Отчество		Гражданство	Доля
		Дата и место рождения			
		Паспорт/ Свидетельство о рождении	Серия и номер, кем выдан, дата выдачи, код подразделения, иные реквизиты документа, удостоверяющего личность		
Выгодоприобретатель	номер	Фамилия, Имя, Отчество		Гражданство	Доля
		Дата и место рождения			
		Паспорт/ Свидетельство о рождении	Серия и номер, кем выдан, дата выдачи, код подразделения, иные реквизиты документа, удостоверяющего личность		

ОПИСАНИЕ ПРОГРАММ СТРАХОВАНИЯ:

	Застрахованный риск	Страховая сумма / Страховая сумма на каждого Застрахованного	
	Условия страхования	Смерть в результате несчастного случая	
Смерть в результате несчастного случая или болезни			
Инвалидность в результате несчастного случая			
Инвалидность в результате несчастного случая или болезни			
Телесные повреждения в результате несчастного случая			
Тяжкие телесные повреждения в результате несчастного случая			
Временная утрата общей трудоспособности в результате несчастного случая			
Временная утрата общей трудоспособности в результате несчастного случая или болезни			
Утрата профессиональной трудоспособности в результате несчастного случая			
Утрата профессиональной трудоспособности в результате несчастного случая или болезни			
Диагностирование укуса клеща			
Диагностирование опасного инфекционного заболевания			
Заражение инфекционным заболеванием вследствие переливания крови и (или) профессиональной (медицинской) деятельности			
Госпитализация в результате несчастного случая			
Госпитализация в результате несчастного случая или болезни			
Критическое заболевание			
Непредвиденные расходы Застрахованного лица			
Медицинская помощь			
Общая страховая сумма/ Общая страховая сумма на каждого Застрахованного			
Условия выплаты	по риску «Смерть в результате несчастного случая» – 100% страховой суммы		
	по риску «Смерть в результате несчастного случая или болезни» – 100% страховой суммы		
	по риску «Инвалидность в результате несчастного случая» –		
	при установлении 1-й группы инвалидности – 100% страховой суммы; при установлении 2-й группы инвалидности – 75% от страховой суммы; при установлении 3-й группы инвалидности – 50% от страховой суммы; при установлении лицу в возрасте до 18 лет категории «ребенок-инвалид» – 100% страховой суммы		
	при установлении 1-й или 2-й группы инвалидности – 100% страховой суммы		
	Описание иного варианты выплаты, предусмотренного договором		
	по риску «Инвалидность в результате несчастного случая или болезни» –		
	при установлении 1-й группы инвалидности – 100% страховой суммы; при установлении 2-й группы инвалидности – 75% от страховой суммы; при установлении 3-й группы инвалидности – 50% от страховой суммы; при установлении лицу в возрасте до 18 лет категории «ребенок-инвалид» – 100% страховой суммы		
	при установлении 1-й или 2-й группы инвалидности – 100% страховой суммы		
	Описание иного варианты выплаты, предусмотренного договором		
	по риску «Телесные повреждения в результате несчастного случая» – % от страховой суммы в соответствии с Таблицей размеров страховых выплат число пунктов пунктов		
	по риску «Тяжкие телесные повреждения в результате несчастного случая» – % от страховой суммы в соответствии с Таблицей размеров страховых выплат число пунктов пунктов		
	по риску «Временная утрата общей трудоспособности в результате несчастного случая» –		
	в размере 0,2% от страховой суммы за каждый день нетрудоспособности, начиная с 14-го дня нетрудоспособности, но не более чем за 60 календарных дней по одному страховому случаю от первого дня нетрудоспособности		
	Описание иного варианты выплаты, предусмотренного договором		
	по риску «Временная утрата общей трудоспособности в результате несчастного случая или болезни» –		
	в размере 0,2% от страховой суммы за каждый день нетрудоспособности, начиная с 14-го дня нетрудоспособности, но не более чем за 60 календарных дней по одному страховому случаю от первого дня нетрудоспособности		
	Описание иного варианты выплаты, предусмотренного договором		
	по риску «Утрата профессиональной трудоспособности в результате несчастного случая» – 100% страховой суммы		
	по риску «Утрата профессиональной трудоспособности в результате несчастного случая или болезни» – 100% страховой суммы		
по риску «Диагностирование укуса клеща» –			
5% от страховой суммы за каждый страховой случай (укус/присасывание клеща), но не более 100% страховой суммы			
100% страховой суммы			
по риску «Диагностирование опасного инфекционного заболевания» – % от страховой суммы в соответствии с Таблицей			

	размеров страховых выплат число пунктов пунктов
	по риску «Заражение инфекционным заболеванием вследствие переливания крови и (или) профессиональной (медицинской) деятельности» – 100% страховой суммы
	по риску «Госпитализация в результате несчастного случая» –
	в размере 0,2% от страховой суммы за каждый день госпитализации, начиная с 7-го дня госпитализации, но не более чем за 30 календарных дней по одному страховому случаю от первого дня госпитализации
	Описание иного варианты выплаты, предусмотренного договором
	по риску «Госпитализация в результате несчастного случая или болезни» –
	в размере 0,2% от страховой суммы за каждый день госпитализации, начиная с 7-го дня госпитализации, но не более чем за 30 календарных дней по одному страховому случаю от первого дня госпитализации
	Описание иного варианты выплаты, предусмотренного договором
	по риску «Критическое заболевание» – 100% страховой суммы в соответствии с Перечнем Критических заболеваний
	Описание условий выплаты, если предусмотрено договором сумма
Особое условие	Описание особого условия, если предусмотрено договором
Особые отметки	Особые отметки в соответствии с договором

Страховой тариф рассчитывается как отношение страховой премии к страховой сумме.

Форма, порядок и срок осуществления страховой выплаты предусмотрены в разделах 10 -11 Правил страхования.

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

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

- подтверждает, что Застрахованный не является инвалидом I или II группы, не относится в категории «ребенок-инвалид», не имеет направления на прохождение государственной медико-социальной экспертизы; не проходит службу в вооруженных силах; не находится в местах лишения свободы; в течение последних 2 (двух) лет не находился на больничном листе или на стационарном лечении более 2 (двух) недель подряд; не имеет на дату заключения настоящего Полиса следующих заболеваний и (или) связанных с ним состояний: ВИЧ и СПИД и болезни, связанные с данными заболеваниями, алкоголизм, наркомания, болезни нервной системы (паралич, эпилепсия, временная потеря сознания, судорожные припадки), не страдает доброкачественной или злокачественной опухолью мозга, болезнями костной ткани (остеопороз, остеомиелит, доброкачественная или злокачественная опухоль костей, в том числе метастазы других опухолей в кости), близорукость более 7 (семи) диоптрий; не состоит на учете в наркологическом, психоневрологическом диспансере; не является беременной (утверждение для женщин);
- подтверждает, что профессиональная деятельность Застрахованного не связана с работой на высоте свыше 5 метров, работой в море, работой под водой, работой в нефтяной или газовой промышленности, работой под землей, например в шахтах, работой со взрывчатыми, опасными химическими веществами или составами, работой в правоохранительных органах, работой в качестве охранника или сотрудника безопасности, другой работой, связанной с повышенным риском и (или) повышенными источниками опасности;
- подтверждает, что не использует транспортного средства категории «А», «М» с рабочим объемом двигателя более 50 куб. см в качестве средства передвижения;
- выражает согласие на ознакомление Страховщика с любой медицинской документацией, связанной с состоянием здоровья Застрахованного для решения вопросов, связанных с исполнением Договора страхования, иных услуг и защитой прав, а также согласие на право медицинских учреждений, в которых Застрахованный получил (получает) медицинские и иные услуги, передавать Страховщику сведения, составляющие врачебную тайну, включающие в себя: информацию о факте обращения Застрахованного за медицинской помощью, состоянии здоровья Застрахованного, диагнозе заболеваний Застрахованного и иные сведения, полученные при исследовании и лечении Застрахованного после наступления заявленного Страховщику несчастного случая;
- подтверждает, что не является иностранным публичным должностным лицом и/или его родственником, публичным должностным лицом.

В ином случае Страхователь обязуется предоставить документы, подтверждающие должность, наименование и адрес работодателя/степень родства/статус (супруг или супруга);

- подтверждает, что не имеет регистрации, места жительства/местонахождения, счета в банке в государстве (на территории), которое(-ая) не выполняет рекомендации ФАТФ;
- подтверждает, что поставлен в известность, понимаем и согласен с тем, что если после заключения настоящего Полиса будет установлено, что Страхователь ввел Страховщика в заблуждение либо сообщил при заключении настоящего Полиса заведомо ложные сведения, то Страховщик вправе потребовать признания настоящего Полиса недействительным в соответствии с законодательством РФ;
- подтверждает достоверность вышеприведенной информации и обязуется при изменении любых сведений, указанных в настоящем Полисе, сообщить Страховщику о таких изменениях в письменной форме в течение 7 рабочих дней. Сведения, представленные Страхователем при заключении настоящего Полиса, считаются актуальными до момента получения Страховщиком информации об их изменении;
- выражает Страховщику согласие на обработку персональных данных физических лиц, содержащихся в настоящем Полисе и в иных документах, передаваемых Страховщику в целях 1) исполнения обязательств по данному Полису; 2) продвижения товаров, работ, услуг на рынке путем осуществления Страховщиком прямых контактов с помощью средств связи; 3) уточнения (обновления, изменения) неполных или неточных персональных данных посредством получения Страховщиком таких данных из общедоступных источников, включая, но не ограничиваясь, поисковых систем, социальных сетей, операторов связи, 4) поручения обработки своих персональных данных третьим лицам в целях осуществления прав и исполнения обязательств Страховщика перед таким лицами в рамках заключенных с ними договоров а также в иных целях, указанных в правилах страхования. Настоящее согласие действует 5 лет или до момента письменного отзыва согласия субъектом. Страхователь несет ответственность за предоставление согласия на обработку персональных данных Выгодоприобретателей, указанных в договоре страхования. • подтверждает, что с Правилами страхования и перечень Таблиц выплат с номерами по соответствующим рискам через запятую он ознакомлен, согласен и обязуется их выполнять. Дополнительно с Правилами страхования можно ознакомиться на официальном сайте Страховщика.

- подтверждает, что в полном объеме получил информацию, предусмотренную пунктом 2.1.2. Базового стандарта защиты прав и интересов физических и юридических лиц - получателей финансовых услуг, оказываемых членами саморегулируемых организаций, объединяющих страховые организации, утв. Решением КФН ЦБ РФ, Протокол от 09.08.18 № КФНП-24. выражает согласие осуществлять взаимодействие со Страховщиком путем обращения в офисы Страховщика, посредством почтовой и телефонной связи, а также иными способами в случаях, специально предусмотренных Правилами страхования.
- выражает согласие получать сообщения и уведомления от Страховщика, в том числе в электронной форме, по адресам, телефонам, указанным в настоящем Полисе.

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

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

Приложения	№1 – Правила добровольного страхования от несчастных случаев и болезней №1.1, утвержденных Приказом № 000 Генерального директора АО «Группа Ренессанс Страхование» от 00.00.0000г.	
	Таблица выплат	
	иные приложения к Полису	
Подпись Страховщика	ФИО уполномоченного лица	Код усиленной квалифицированной подписи

			ФИО уполномоченного лица			
	Печать и подпись		Должность			
			Номер и дата доверенности			
Подпись Страхователя	ФИО Страхователя/ уполномоченного лица					
	Идентификационный номер ключа подписи или код усиленной квалифицированной подписи					
	Полис	номер	Страница	текущая страница	из	всего страниц

Приложение №4 к Правилам добровольного страхования от несчастных случаев и болезней № 1.1

В АО «Группа Ренессанс Страхование»

ФИО _____

дата рождения _____

место рождения _____

проживающего по адресу _____

Паспорт серия _____

№ _____

выдан _____

дата выдачи _____

кем и когда выдан _____

код подразделения _____

контактный телефон _____

e-mail _____

Форма

Заявление на получение страховой выплаты по Договору страхования от несчастных случаев и болезней

Я, _____, являюсь

Застрахованным Выгодоприобретателем Родственником

Наследником по закону Законным представителем

по Договору страхования от несчастных случаев и болезней № _____ от _____ 20 ____ г. (далее — Договор страхования), прошу произвести страховую выплату в соответствии с условиями Договора страхования в связи с наступлением предусмотренного в Договоре страхования страхового случая:

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> телесные повреждения Застрахованного | <input type="checkbox"/> критические заболевания Застрахованного |
| <input type="checkbox"/> временная утрата общей трудоспособности в результате несчастного случая | <input type="checkbox"/> инвалидность Застрахованного |
| <input type="checkbox"/> госпитализация Застрахованного | <input type="checkbox"/> смерть Застрахованного |
| <input type="checkbox"/> утрата трудоспособности Застрахованного | <input type="checkbox"/> инфекционное заболевание, укус клеща |
| <input type="checkbox"/> | |

Сведения о Застрахованном:

Ф. И. О. (полностью): _____
Гражданство _____
Дата и место рождения: _____
Паспортные данные: _____
Фактический адрес: _____
Место работы: _____
Должность: _____ телефон: _____
Дата события: _____ время: _____
Место события: _____

Для иностранных граждан и лиц без гражданства:

Данные миграционной карты: номер карты, дата начала срока пребывания и дата окончания срока пребывания в Российской Федерации: _____

Данные документа, подтверждающего право иностранного гражданина или лица без гражданства на пребывание (проживание) в Российской Федерации: серия (если имеется) и номер документа, дата начала срока действия права пребывания (проживания), дата окончания срока действия права пребывания (проживания), в случае если наличие указанных данных предусмотрено законодательством Российской Федерации: _____

Номера телефонов и факсов (если имеются): _____

Описание и причины события (в произвольной форме необходимо отразить последовательность событий, характер травмы или болезни, степень ее тяжести, предварительный диагноз):

– Находилось ли Застрахованное лицо в состоянии алкогольного/наркотического опьянения в момент наступления события: нет да

– Связано ли наступление несчастного случая с противоправными действиями третьих лиц: нет да уточните, какое: _____

– Связано ли наступление несчастного случая с ДТП: нет да

Если ответ на предыдущий вопрос «да», необходимо указать была ли виновная сторона в ДТП и указать ее: _____

Названия и адреса медицинских учреждений (травматологический пункт, больница), где оказывалась медицинская помощь/было диагностировано заболевание), **правоохранительных органов:**

Сведения о Выгодоприобретателе:

Выгодоприобретатель физическое лицо/ИП		
1.	Фамилия, имя, отчество (при наличии)	
2.	Гражданство	
3.	ИНН (при наличии)	
4.	Дата и место рождения	
5.	Реквизиты документа, удостоверяющего личность: серия (при наличии) и номер документа, дата выдачи документа, наименование органа, выдавшего документ, и код подразделения (при наличии)	
6.	Адрес места жительства (регистрации)/адрес места пребывания	
7.	СНИЛС (при наличии)	
8.	ОГРНИП, место регистрации – для ИП	
9.	Контактная информация (при наличии: телефон, факс, e-mail)	
Для иностранных граждан и лиц без гражданства, находящихся в РФ:		
1.	Данные миграционной карты: номер карты, дата начала срока пребывания и дата окончания срока пребывания в РФ	
2.	Данные документа, подтверждающего право на пребывание (проживание) в РФ (серия, номер, дата начала срока действия, дата окончания срока действия)	

К заявлению прилагаются (указать список прилагаемых документов*):

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

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

В случае **телесных повреждений, инвалидности Застрахованного** (нужное подчеркнуть): документ, удостоверяющий личность заявителя; нотариально заверенная копия справки МСЭ об установлении группы инвалидности, направление на МСЭ/акт освидетельствования в МСЭ, индивидуальная программа реабилитации инвалида; копия карты (выписка из карты) амбулаторного и (или) стационарного больного; листки нетрудоспособности (копии, заверенные отделом кадров); рентгеновские снимки; копия постановления об отказе в возбуждении/о возбуждении уголовного дела/решение суда; акт о несчастном случае на производстве; **другое:**

Порядок страховой выплаты:

наличными в кассе Компании (не более 100 000 рублей)

банковским переводом; платежные реквизиты Выгодоприобретателя:

Наименование банка _____

ОСБ _____

ИНН (банка) _____

БИК _____

Корреспондентский счет _____

Расчетный счет _____

№ личного счета _____

Я принимаю на себя ответственность за полноту и правдивость сведений, изложенных выше, и разрешаю АО «Группа Ренессанс Страхование» собирать любую информацию касательно обстоятельств данного страхового случая.

Прошу произвести страховую выплату Выгодоприобретателю, определенному Договором страхования.

Выгодоприобретатель не является иностранным публичным должностным лицом и (или) родственником иностранного публичного должностного лица, должностным лицом публичной международной организации, а также лицом, замещающим (занимающим) государственную должность РФ, должность члена Совета директоров ЦБ РФ, должность федеральной государственной службы, назначение и освобождение от которой осуществляется Президентом РФ или Правительством РФ, должность в ЦБ РФ, государственных корпорациях и иных организациях, созданных РФ на основании федеральных законов, включенную в перечни должностей, определяемые Президентом РФ. **В ином случае Выгодоприобретатель обязуется предоставить документы, подтверждающие должность, наименование и адрес работодателя.**

Выгодоприобретатель не имеет регистрации, места жительства/нахождения, счета в банке в государстве (на территории), которое (ая) не выполняет рекомендации ФАТФ.

Подпись _____

Дата « ____ » _____ 20__ г.

АО «Группа Ренессанс Страхование» обязуется не разглашать представленную конфиденциальную информацию.

Заполняется сотрудником АО «Группа Ренессанс Страхование»:

Ф. И. О. сотрудника

подпись

« ____ » _____ 20__ г.

дата принятия документов

Я, _____
(Ф. И. О.)
паспорт серия: _____ номер: _____ выдан: _____

(когда и кем)
адрес регистрации: _____
адрес проживания: _____
телефон: _____ e-mail: _____

своей волей и в своем интересе в соответствии с Федеральным законом от 27.07.2006 г. № 152-ФЗ «О персональных данных» и иными нормативно-правовыми актами принял решение о предоставлении своих персональных данных (далее – «ПД») и даю согласие на их обработку АО «Группа Ренессанс Страхование», зарегистрированному по адресу: 115114, г. Москва, Дербеневская наб., 7 стр. 22 этаж/пом 4/XIII (далее – «Оператор ПД»), в _____ целях исполнения Договора страхования _____ от «___» _____ 2___ г. (далее – «Договор»), а также в целях продвижения товаров, работ, услуг на рынке страховых услуг, в том числе путем осуществления прямых контактов со мной с помощью средств связи, на совершение следующих действий с ПД: сбор, запись, систематизация, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), использование, передача (распространение, предоставление, доступ), обезличивание, блокирование, удаление, уничтожение.

Под ПД в настоящем документе понимается любая информация, относящаяся ко мне, в том числе фамилия, имя, отчество, год, месяц, дата рождения, место рождения, адрес, паспортные данные, контактные телефоны, e-mail, семейное положение, имущественное положение, профессия, доходы, состояние здоровья и другие категории ПД.

Настоящее согласие дано на использование следующих способов обработки ПД:

- неавтоматизированная обработка персональных данных;
- исключительно автоматизированная обработка персональных данных с передачей полученной информации по сети или без таковой;
- смешанная обработка персональных данных.

Настоящее согласие действует в течение срока действия Договора и 5 (пяти) лет с момента его окончания или до момента его отзыва, осуществляемого путем подачи мною письменного заявления в адрес АО «Группа Ренессанс Страхование» по адресу: 115114, Москва, Дербеневская наб., 7 стр. 22 этаж/пом 4/XIII, не менее чем за 30 (тридцать) дней до даты отзыва согласия.

В случае достижения цели обработки персональных данных Оператор ПД обязан незамедлительно прекратить обработку персональных данных и уничтожить соответствующие персональные данные в срок, не превышающий 30 (тридцати) дней с момента достижения цели обработки ПД.

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

Настоящим я подтверждаю, что в соответствии с ч. 3 ст. 18 Федерального закона от 27.07.2006 г. № 152-ФЗ «О персональных данных» до начала обработки моих ПД АО «Группа Ренессанс Страхование» (115114, г. Москва, Дербеневская наб., 7 стр. 22 этаж/пом 4/XIII) предоставило мне информацию о своем наименовании и адресе, о цели обработки ПД (осуществление страхования в АО «Группа Ренессанс Страхование») и ее правовом основании, о предполагаемых пользователях ПД и установленных Федеральным законом от 27.07.2006 г. № 152-ФЗ «О персональных данных» правах субъекта ПД.

Подпись _____ Дата «___» _____ 20___ г.

Я, _____
(Ф. И. О.)
паспорт серия: _____ номер: _____ выдан: _____
(когда и кем)
адрес регистрации: _____
адрес проживания: _____
телефон: _____ e-mail: _____

своей волей и в своем интересе в соответствии с Федеральным законом от 21.11.2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» и иными нормативно-правовыми актами выражаю свое согласие АО «Группа Ренессанс Страхование», зарегистрированному по адресу: 115114, г. Москва, Дербеневская наб., 7 стр. 22 этаж/пом 4/XIII (далее — «Страховщик»), в целях исполнения Договора страхования _____ от «__» _____ 20__ г. (далее – «Договор»), иных услуг и защиты моих прав, а также Страхователю

на то, чтобы получать информацию, имеющуюся в медицинской организации, в учреждении, осуществляющем предоставление государственной услуги по проведению медико-социальной экспертизы, в организации, осуществляющей судебно-медицинскую экспертную деятельность, и иных организациях и компетентных органах, располагающих сведениями о состоянии моего здоровья, составляющими врачебную тайну, в том числе сведениями о результатах моих медицинских обследований, наличии заболеваний, об установленном диагнозе и о прогнозе развития заболевания, методах оказания медицинской помощи; иные сведения, полученные при моем обследовании и лечении, а также разглашать сведения и предоставлять документы, составляющие врачебную тайну, в целях исполнения Договора и в интересах лица, застрахованного по указанному Договору, на совершение следующих действий с персональными данными: сбор, систематизация, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), использование, распространение (в том числе передача), обезличивание, блокирование, уничтожение.

Настоящее согласие дано на использование следующих способов обработки персональных данных: неавтоматизированная обработка персональных данных; исключительно автоматизированная обработка персональных данных с передачей полученной информации по сети или без таковой; смешанная обработка персональных данных.

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

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

Настоящее согласие действует в течение срока действия Договора и 5 (пяти) лет с момента его окончания или до момента его отзыва, осуществляемого путем подачи мною письменного заявления в адрес АО «Группа Ренессанс Страхование» по адресу: 115114, Москва, Дербеневская наб., 7 стр. 22 этаж/пом 4/XIII, не менее чем за 30 (тридцать) дней до даты отзыва согласия.

Подпись _____ 20__ г.

Приложение № 5 к Правилам добровольного страхования от несчастных случаев и болезней № 1.1

В АО «Группа Ренессанс Страхование»
от представителя юр. лица по доверенности

Ф.И.О.

дата рождения

место рождения

проживающего по адресу

Паспорт серия

№

выдан

дата выдачи

кем и когда выдан

код подразделения

контактный телефон

e-mail

Форма

Заявление на получение страховой выплаты по Договору страхования от несчастных случаев и болезней

Я, _____, являюсь

Застрахованным

Выгодоприобретателем

Родственником

Наследником по закону

Законным представителем

по Договору страхования от несчастных случаев и болезней № _____ от

_____ 20 ____ г. (далее – Договор страхования), прошу произвести страховую выплату в соответствии с условиями Договора страхования в связи с наступлением предусмотренного в Договоре страхования страхового случая:

телесные повреждения Застрахованного

критические заболевания Застрахованного

временная нетрудоспособность Застрахованного

инвалидность Застрахованного

госпитализация Застрахованного

смерть Застрахованного

утрата трудоспособности Застрахованного

инфекционное заболевание, укусы клеща

Сведения о Застрахованном:

Ф. И. О. (полностью): _____
Гражданство _____
Дата и место рождения: _____
Паспортные данные: _____
Фактический адрес: _____
Место работы: _____
Должность: _____ телефон: _____
Дата события: _____ время: _____
Место события: _____

Для иностранных граждан и лиц без гражданства:

Данные миграционной карты: номер карты, дата начала срока пребывания и дата окончания срока пребывания в Российской Федерации: _____

— Данные документа, подтверждающего право иностранного гражданина или лица без гражданства на пребывание (проживание) в Российской Федерации: серия (если имеется) и номер документа, дата начала срока действия права пребывания (проживания), дата окончания срока действия права пребывания (проживания), в случае если наличие указанных данных предусмотрено законодательством Российской Федерации: _____

Номера телефонов и факсов (если имеются): _____

Описание и причины события (в произвольной форме необходимо отразить последовательность событий, характер травмы или болезни, степень ее тяжести, предварительный диагноз):

— Находилось ли Застрахованное лицо в состоянии алкогольного/наркотического опьянения в момент наступления события: нет да

— Связано ли наступление несчастного случая с противоправными действиями третьих лиц: нет да уточните, какое: _____

— Связано ли наступление несчастного случая с ДТП: нет да

Если ответ на предыдущий вопрос «да», необходимо указать, была ли виновная сторона в ДТП и указать ее: _____

Названия и адреса медицинских учреждений (травматологический пункт, больница), где оказывалась медицинская помощь/было диагностировано заболевание), **правоохранительных органов**:

Сведения о Выгодоприобретателе:

Выгодоприобретатель юридическое лицо/иностранная структура без образования юридического лица		
1	Полное наименование с указанием организационно-правовой формы	
2	ИНН/Код иностранной организации/Код (коды) (при наличии) иностранной структуры без образования юридического лица (далее ИСБЮЛ) в государстве (на территории) ее регистрации (инкорпорации) в качестве налогоплательщика (или его (их) аналоги)	
3	ОГРН – для резидента	
4	Номер свидетельства об аккредитации; регистрационный номер по месту учреждения и регистрации – для нерезидентов	
5	Место государственной регистрации	
6	Регистрационный номер (номера) (при наличии), присвоенный ИСБЮЛ в государстве (на территории) ее регистрации (инкорпорации) при регистрации (инкорпорации)	
7	Юридический адрес (на территории государства, в котором зарегистрирован)	
8	Адрес местонахождения (фактический адрес)	Фактический адрес совпадает с юридическим адресом <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет (если нет, укажите фактический адрес)
9	Коды ОКАТО, ОКПО	
10	Место ведения основной деятельности ИСБЮЛ	
11	В отношении трастов и иных иностранных структур без образования юридического лица с аналогичной структурой или функцией	Состав имущества, находящегося в управлении (собственности): _____ _____ Ф. И. О. (наименование) и адрес места жительства (места нахождения) учредителей и доверительного собственника (управляющего): _____ _____

12	Контактная информация (при наличии: телефон, факс, e-mail)	
----	--	--

К заявлению прилагаются (указать список прилагаемых документов*):

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

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

В случае **телесных повреждений, инвалидности Застрахованного** (нужное подчеркнуть): документ, удостоверяющий личность заявителя; нотариально заверенная копия справки МСЭ об установлении группы инвалидности, направление на МСЭ/акт освидетельствования в МСЭ, индивидуальная программа реабилитации инвалида; копия карты (выписка из карты) амбулаторного и (или) стационарного больного; листки нетрудоспособности (копии, заверенные отделом кадров); рентгеновские снимки; копия постановления об отказе в возбуждении/о возбуждении уголовного дела/решение суда; акт о несчастном случае на производстве; **другое:**

Порядок страховой выплаты:

- наличными в кассе Компании (не более 100 000 рублей)
 банковским переводом; платежные реквизиты Выгодоприобретателя:

Наименование банка _____

ОСБ _____

ИНН (банка) _____

БИК _____

Корреспондентский счет _____

Расчетный счет _____

№ личного счета _____

Я принимаю на себя ответственность за полноту и правдивость сведений, изложенных выше, и разрешаю АО «Группа Ренессанс Страхование» собирать любую информацию касательно обстоятельств данного страхового случая.

Прошу произвести страховую выплату Выгодоприобретателю, определенному Договором страхования.

Выгодоприобретатель не является иностранным публичным должностным лицом и (или) родственником иностранного публичного должностного лица, должностным лицом публичной международной

организации, а также лицом, замещающим (занимающим) государственную должность РФ, должность члена Совета директоров ЦБ РФ, должность федеральной государственной службы, назначение и освобождение от которой осуществляется Президентом РФ или Правительством РФ, должность в ЦБ РФ, государственных корпорациях и иных организациях, созданных РФ на основании федеральных законов, включенную в перечни должностей, определяемые Президентом РФ. **В ином случае Выгодоприобретатель обязуется предоставить документы, подтверждающие должность, наименование и адрес работодателя.**

Выгодоприобретатель не имеет регистрации, места жительства/нахождения, счета в банке в государстве (на территории), которое (ая) не выполняет рекомендации ФАТФ.

Подпись _____

Дата « ____ » _____ 20__ г.

АО «Группа Ренессанс Страхование» обязуется не разглашать представленную конфиденциальную информацию.

Заполняется сотрудником АО «Группа Ренессанс Страхование»:

Ф. И. О. сотрудника

подпись

« ____ » _____ 20__ г.
дата принятия документов

Согласие на обработку персональных данных

Я, _____
(Ф. И. О.)
паспорт серия: _____ номер: _____ выдан: _____
(когда и кем)
адрес регистрации: _____
адрес проживания: _____
телефон: _____ e-mail: _____

своей волей и в своем интересе в соответствии с Федеральным законом от 27.07.2006 г. № 152-ФЗ «О персональных данных» и иными нормативно-правовыми актами принял решение о предоставлении своих персональных данных (далее – «ПД») и даю согласие на их обработку АО «Группа Ренессанс Страхование», зарегистрированному по адресу: 115114, г. Москва, Дербеневская наб., 7 стр. 22 этаж/пом 4/XIII (далее – «Оператор ПД»), в целях исполнения Договора страхования _____ от «__» _____ 2__ г. (далее – «Договор»), а также в целях продвижения товаров, работ, услуг на рынке страховых услуг, в том числе путем осуществления прямых контактов со мной с помощью средств связи, на совершение следующих действий с ПД: сбор, запись, систематизация, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), использование, передача (распространение, предоставление, доступ), обезличивание, блокирование, удаление, уничтожение.

Под ПД в настоящем документе понимается любая информация, относящаяся ко мне, в том числе фамилия, имя, отчество, год, месяц, дата рождения, место рождения, адрес, паспортные данные, контактные телефоны, e-mail, семейное положение, имущественное положение, профессия, доходы, состояние здоровья и другие категории ПД.

Настоящее согласие дано на использование следующих способов обработки ПД:

- неавтоматизированная обработка персональных данных;
- исключительно автоматизированная обработка персональных данных с передачей полученной информации по сети или без таковой;
- смешанная обработка персональных данных.

Настоящее согласие действует в течение срока действия Договора и 5 (пяти) лет с момента его окончания или до момента его отзыва, осуществляемого путем подачи мною письменного заявления в адрес АО «Группа Ренессанс Страхование» по адресу: 115114, Москва, Дербеневская наб., 7 стр. 22 этаж/пом 4/XIII, не менее чем за 30 (тридцать) дней до даты отзыва согласия.

В случае достижения цели обработки персональных данных Оператор ПД обязан незамедлительно прекратить обработку персональных данных и уничтожить соответствующие персональные данные в срок, не превышающий 30 (тридцати) дней с момента достижения цели обработки ПД.

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

Настоящим я подтверждаю, что в соответствии с ч. 3 ст. 18 Федерального закона от 27.07.2006 г. № 152-ФЗ «О персональных данных» до начала обработки моих ПД АО «Группа Ренессанс Страхование» (115114, г. Москва, Дербеневская наб., 7 стр. 22 этаж/пом 4/XIII) предоставило мне информацию о своем наименовании и адресе, о цели обработки ПД (осуществление страхования в АО «Группа Ренессанс Страхование») и ее правовом основании, о предполагаемых пользователях ПД и установленных Федеральным законом от 27.07.2006 г. № 152-ФЗ «О персональных данных» правах субъекта ПД.

Подпись _____ Дата «__» _____ 20__ г.

Я, _____
(Ф. И. О.)
паспорт серия: _____ номер: _____ выдан: _____
(когда и кем)
адрес регистрации: _____
адрес проживания: _____
телефон: _____ e-mail: _____

своей волей и в своем интересе в соответствии с Федеральным законом от 21.11.2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» и иными нормативно-правовыми актами выражаю свое согласие АО «Группа Ренессанс Страхование», зарегистрированному по адресу: 115114, г. Москва, Дербеневская наб., 7 стр. 22 этаж/пом 4/XIII (далее — «Страховщик»), в целях исполнения Договора страхования _____ от «__» _____ 20__ г. (далее – «Договор»), иных услуг и защиты моих прав, а также Страхователю

на то, чтобы получать информацию, имеющуюся в медицинской организации, в учреждении, осуществляющем предоставление государственной услуги по проведению медико-социальной экспертизы, в организации, осуществляющей судебно-медицинскую экспертную деятельность, и иных организациях и компетентных органах, располагающих сведениями о состоянии моего здоровья, составляющими врачебную тайну, в том числе сведениями о результатах моих медицинских обследований, наличии заболеваний, об установленном диагнозе и о прогнозе развития заболевания, методах оказания медицинской помощи; иные сведения, полученные при моем обследовании и лечении, а также разглашать сведения и предоставлять документы, составляющие врачебную тайну, в целях исполнения Договора и в интересах лица, застрахованного по указанному Договору, на совершение следующих действий с персональными данными: сбор, систематизация, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), использование, распространение (в том числе передача), обезличивание, блокирование, уничтожение.

Настоящее согласие дано на использование следующих способов обработки персональных данных: неавтоматизированная обработка персональных данных; исключительно автоматизированная обработка персональных данных с передачей полученной информации по сети или без таковой; смешанная обработка персональных данных.

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

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

Настоящее согласие действует в течение срока действия Договора и 5 (пяти) лет с момента его окончания или до момента его отзыва, осуществляемого путем подачи мною письменного заявления в адрес АО «Группа Ренессанс Страхование» по адресу: 115114, Москва, Дербеневская наб., 7 стр. 22 этаж/пом 4/XIII, не менее чем за 30 (тридцать) дней до даты отзыва согласия.

Подпись _____ 20__ г.

Приложение № 6 к Правилам добровольного страхования от несчастных случаев и болезней № 1.1

**Таблица выплат
по риску «Телесные повреждения в результате несчастного случая», 156 пунктов**

№	Характер повреждения	Размер выплаты % от страховой суммы
I. ЦЕНТРАЛЬНАЯ И ПЕРИФЕРИЧЕСКАЯ НЕРВНАЯ СИСТЕМА		
1.	Травма головы, повлекшая за собой оперативное вмешательство (открытая репозиция, остеосинтез отломков, трепанация черепа, операции при повреждениях капсульно-связочного аппарата, сосудов, нервов), независимо от числа операций, выплачивается дополнительно <i>Исключение:</i> первичная хирургическая обработка и удаление гематом при поверхностной травме и открытой ране головы, так как стоимость их заложена в сумму страховой выплаты соответствующих кодов данного документа	10
2.	Поверхностная травма головы (ушиб с развитием кровоподтека, гематомы) при сроках лечения более 21 дня	2
3.	Перелом костей черепа:	
	а) перелом наружной пластинки костей свода	5
	б) свода (в том числе с эпи- и субдуральной гематомой)	15
	в) основания	20
	г) свода и основания	25
4.	Перелом глазницы:	
	а) проникающий в полость черепа	10
	б) не проникающий в полость черепа	5
5.	Внутричерепное травматическое кровоизлияние:	
	а) субарахноидальное	15
	б) эпидуральная гематома	20
	в) субдуральная гематома	25
6.	Внутричерепная травма с продолжительным коматозным состоянием не менее 5 дней:	10
7.	Повреждения головного мозга:	
	а) сотрясение головного мозга при сроке амбулаторного или стационарного лечения от 3 до 10 дней включительно	3
	б) сотрясение головного мозга при сроках лечения у взрослых 10 и более дней, у детей 7 и более дней	7
	в) ушиб головного мозга	15
	г) неудаленные инородные тела полости черепа (за исключением шовного и пластического материала)	15
	д) разможнение вещества головного мозга, повлекшее за собой стойкую утрату какой-либо функции организма, подтвержденное не менее чем через 3 месяца после травмы	50
	Примечание: В том случае, когда в результате одной травмы наступят повреждения, перечисленные в одной статье, страховая выплата производится по одному из подпунктов, учитывающему наиболее	

	тяжелое повреждение. При повреждениях, указанных в разных статьях, страховая выплата производится с учетом каждого из них путем суммирования.	
8.	Острое отравление нейротропными ядами, лекарственными средствами, медикаментами и биологическими веществами, послепрививочный энцефалит, поражение электротоком, атмосферным электричеством, столбняк, пищевая токсикоинфекция. При стационарном лечении:	
	а) до 7 дней включительно	5
	б) от 8 до 21 дня включительно	10
	в) от 22 до 30 дней включительно	15
	г) свыше 30 дней	25
9.	Повреждение нервной системы (травматическое, токсическое, гипоксическое), повлекшее за собой:	
	а) астенический синдром, дистонию, энцефалопатию у детей в возрасте до 16 лет	5
	б) арахноидит, энцефалит (за исключением клещевого), арахноэнцефалит	10
	в) верхний или нижний монопарез (парез одной верхней или нижней конечности)	30
	г) эпилепсию	15
	д) геми- или парапарез (парез обеих верхних или обеих нижних конечностей, парез правых или левых конечностей), амнезию (потерю памяти)	40
	е) моноплегию (паралич одной конечности)	60
	ж) тетрапарез (парез верхних и нижних конечностей), нарушение координации движений, слабоумие (деменцию)	70
	з) геми-, пара- или тетраплегию, афазию (потерю речи), декортикацию, нарушение функции тазовых органов	100
Примечание: 1. Страховая выплата в связи с последствиями травмы нервной системы, указанными в статье 9, производится по одному из подпунктов, учитывающему наиболее тяжелые последствия травмы, в том случае, если они установлены лечебно-профилактическим учреждением не ранее 3 месяцев со дня травмы и подтверждены справкой этого учреждения. При этом страховая выплата производится дополнительно к страховой выплате, произведенной в связи со страховыми событиями, приведшими к поражению нервной системы. Общая сумма выплат не может превышать 100%. 2. При снижении остроты зрения или понижении слуха в результате черепно-мозговой травмы страховая выплата производится с учетом этой травмы и указанных осложнений по соответствующим статьям путем суммирования.		
10.	Повреждение спинного мозга на любом уровне, а также конского хвоста:	
	а) сотрясение	5
	б) ушиб	10
	в) сдавление, гематомиелия	30
	г) частичный разрыв	60
	д) полный разрыв	100
Примечание: 1. В том случае, если страховая выплата была произведена по статье 10 (а, б, в, г), а в дальнейшем возникли осложнения, перечисленные в статье 9 и подтвержденные справкой лечебно-профилактического учреждения, страховая сумма по статье 9 выплачивается дополнительно к выплаченной ранее. 2. Если в связи с травмой позвоночника и спинного мозга проводились оперативные вмешательства, дополнительно выплачивается 15% страховой суммы однократно.		
11.	Периферическое повреждение одного или нескольких черепно-мозговых нервов	10
Примечание: В том случае, если Страхователем, Застрахованным предоставлены справки о лечении по поводу травмы и ее осложнений, страховая выплата производится по статьям 3, 5, 7, 9, 10, 11 суммирования.		
12.	Повреждение шейного, плечевого, поясничного, крестцового сплетений и их нервов:	

	а) сплетений	
	– травматический плексит	10
	– частичный разрыв сплетений	40
	– полный разрыв сплетений	70
	б) нервов на уровне:	
	– лучезапястного, голеностопного сустава	10
	– предплечья, голени и коленного сустава	20
	– плеча, локтевого сустава, бедра	40
	Примечание: Повреждение нервов на уровне стопы, пальцев стопы и кисти не дает оснований для выплаты страховой суммы.	
13.	Кефалогематома (потребовавшая хирургического лечения), эклампсия в результате травмы	10
14.	Травматический неврит (за исключением невритов пальцевых нервов)	5
	Примечание: 1. Статья 12 и 14 одновременно не применяются. 2. Невралгии, невропатии, возникшие в связи с травмой, не дают оснований для выплаты страховой суммы.	
II. ОРГАНЫ ЗРЕНИЯ		
15.	Паралич аккомодации одного глаза	15
16.	Гемианопсия одного глаза, повреждение мышц глазного яблока (травматическое косоглазие, птоз, диплопия)	15
17.	Сужение поля зрения одного глаза (концентрическое и неконцентрическое)	15
18.	Пульсирующий экзофтальм одного глаза	20
19.	Повреждение глаза, не повлекшее за собой снижения остроты зрения	
	а) непроникающее ранение глазного яблока, гифема, конъюнктивит, кератит, иридоциклит, хориоретинит	5
	б) проникающее ранение глазного яблока, рубцовый трихиаз, привычный заворот века, дефект радужной оболочки, изменение формы зрачка, неудаленные инородные тела в глазном яблоке и тканях глазницы, рубцы оболочек глазного яблока и век (за исключением кожи)	10
	Примечание: 1. В том случае, если повреждения, перечисленные в статье 19, повлекут за собой снижение остроты зрения, страховая выплата производится в соответствии со статьей 26. Статья 19 при этом не применяется. Если же в связи с повреждением глазного яблока выплачивалась страховая сумма по статье 19, а в дальнейшем травма осложнилась снижением остроты зрения и это дает основание для осуществления страховой выплаты в большем размере, ранее выплаченная страховая выплата удерживается. 2. Поверхностные инородные тела на оболочках глаза не дают оснований для осуществления страховой выплаты. 3. Если в результате одной травмы наступит несколько патологических изменений, перечисленных в статье 19, страховая выплата производится с учетом наиболее тяжелого последствия однократно.	
20.	Нарушение функции слезоотводящих путей:	
	а) одного глаза	10
	б) обоих глаз	20
	В том случае, если врач-окулист не ранее чем через 3 месяца после травмы глаза установит, что имеются патологические изменения, перечисленные в статьях 15, 16, 17, 18, 19 и 20.а, снижение остроты зрения, страховая сумма выплачивается с учетом всех последствий путем суммирования, но не более 50% за один глаз.	
21.	Ожоги II–III степени, гемофтальм, смещение хрусталика, немагнитные инородные тела глазного яблока и глазницы, рубцы оболочек глазного яблока, не вызвавшие снижения зрения, эрозия роговицы	5
	Примечание:	

	Ожоги глаза без указания степени, а также ожоги глаза I степени не дают оснований для осуществления страховой выплаты.	
22.	Повреждение глаза, повлекшее за собой полную потерю зрения единственного глаза, обладавшего любым зрением, или обоих глаз, обладавших любым зрением, но не ниже 0,1	100
23.	Полная потеря зрения одного глаза или потеря глазного яблока (как косметический дефект)	50
24.	Удаление в результате травмы глазного яблока, не обладающего зрением	10
25.	Перелом орбиты:	
	а) нижней и латеральной стенок	20
	б) верхней и медиальной	30
Примечание: Если была произведена выплата по п. 4, то выплата по п. 25 не производится.		
26.	Снижение остроты зрения (см. специальную таблицу)	
	Примечание: 1. Решение о страховой выплате в связи со снижением в результате травмы остроты зрения и другими последствиями принимается после окончания лечения, но не ранее 3 месяцев со дня травмы. По истечении этого срока застрахованный направляется к врачу-окулисту для определения остроты зрения обоих глаз (без учета коррекции) и других последствий перенесенного повреждения. В таких случаях предварительно может быть произведена страховая выплата с учетом факта травмы по ст. 4, 19.а, 21.а, 25. 2. Если сведения об остроте зрения поврежденного глаза до травмы отсутствуют, то условно следует считать, что она была такой же, как неповрежденного. Однако если острота зрения неповрежденного глаза окажется ниже, чем поврежденного, условно следует считать, что острота зрения поврежденного глаза равнялась 1,0. 3. Если в результате травмы были повреждены оба глаза и сведения об их зрении до травмы отсутствуют, следует условно считать, что острота зрения их составляла 1,0. 4. В том случае, если в связи с посттравматическим снижением остроты зрения был имплантирован искусственный хрусталик или применена корригирующая линза, страховая выплата производится с учетом остроты зрения до операции.	
27.	Рваная рана глаза без выпадения или потери внутриглазной ткани	5
28.	Рваная рана глаза с выпадением или потерей внутриглазной ткани	10
29.	Проникающая рана глазницы с наличием инородного тела или без него	10
30.	Раны глаза и глазницы, повлекшие за собой: посттравматический иридоциклит, хориоретинит, заворот века, дефект, радужной оболочки, изменение формы зрачка	10
III. ОРГАНЫ СЛУХА		
31.	Повреждение ушной раковины, повлекшее за собой:	
	а) отсутствие до 1/3 части ушной раковины	10
	б) отсутствие от 1/3 до 1/2 части ушной раковины	30
	в) отсутствие более 1/2 части ушной раковины	40
	Примечание: 1. Решение о страховой выплате по статье 31 принимается на основании данных освидетельствования, проведенного после заживления раны. 2. Если страховая выплата произведена по статье 31, статья 80 не применяется. 3. При повреждениях обеих ушных раковин страховая сумма суммируется.	
32.	Разрыв барабанной перепонки, наступивший в результате травмы, без снижения слуха (разрыв барабанной перепонки при переломах основания черепа не оплачивается)	5
33.	Повреждение уха, повлекшее за собой посттравматический отит:	
	а) острый гнойный	5
	б) хронический	10
34.	Повреждение уха, повлекшее за собой снижение слуха:	
	а) шепотная речь от 1 до 3 метров	5
	б) шепотная речь до 1 метра, потеря слуха на одно ухо	15

	г) полная невосстановимая потеря слуха на оба уха	70
	Примечание: Решение о выплате страховой суммы в связи со снижением в результате травмы слуха принимается после окончания лечения, но не ранее 3 месяцев со дня травмы. По истечении этого срока Застрахованный направляется к лор-специалисту для определения последствий перенесенного повреждения. В таких случаях предварительно может быть выплачена страховая сумма с учетом факта травмы по ст. 32, 33 (если имеют основания). В таких случаях страховая выплата по ст. 34 производится за вычетом ранее произведенной выплаты по ст. 32 и 33.	
IV. ДЫХАТЕЛЬНАЯ СИСТЕМА		
35.	Полная потеря обоняния в результате травмы	2
36.	Перелом костей, хряща носа, передней стенки лобной, гайморовой пазухи, решетчатой кости:	
	а) без смещения	5
	б) со смещением	10
	Если в связи с переломом, вывихом костей, хряща носа наступит его деформация и это будет подтверждено справкой лечебно-профилактического учреждения и результатами освидетельствования, страховая выплата производится по ст. 36 и 80 (если имеются основания для применения этой статьи) путем суммирования.	
37.	Повреждение легкого, подкожная эмфизема, гемоторакс, пневмоторакс, инородное тело (тела) грудной полости:	
	а) с одной стороны	5
	б) с двух сторон	10
	Примечание: 1. Пневмония, развивающаяся в период лечения травмы или после оперативного вмешательства, произведенного по поводу травмы (за исключением повреждений грудной клетки и органов грудной полости), не дает оснований для страховой выплаты. 2. Если переломы ребер, грудины повлекли за собой осложнения, предусмотренные ст. 37, страховая выплата по этой статье осуществляется дополнительно к ст. 40, 41.	
38.	Повреждение легкого, повлекшее за собой:	
	а) легочную недостаточность (по истечении 3 месяцев со дня травмы)	10
	б) удаление сегмента или нескольких сегментов легкого	20
	в) удаление части, доли легкого	40
	г) удаление легкого	60
39.	Пневмоторакс (травматический), гемоторакс (травматический) при проведении анестезиологического пособия	5
40.	Перелом грудины	10
41.	Перелом ребер:	
	а) одного ребра	5
	б) каждого последующего	3
	Примечание: 1. При переломе ребер во время реанимационных мероприятий страховая выплата осуществляется на общих основаниях. 2. Перелом хрящевой части ребра дает основание для страховой выплаты. 3. Если в справках, полученных из разных лечебно-профилактических учреждений, будет указано различное количество поврежденных ребер, страховая выплата производится с учетом большего числа ребер.	
42.	Проникающее ранение грудной клетки, торакоскопия, торакоцентез, торакотомия, произведенные в связи с травмой:	
	а) торакоскопия, торакоцентез, проникающее ранение без повреждений органов грудной полости, не потребовавшее проведения торакотомии	5
	б) торакотомия при отсутствии повреждения органов грудной полости	10
	в) торакотомия при повреждении органов грудной полости	20
	г) проникающее ранение грудной клетки, осложненное плевритом	10
	д) проникающее ранение грудной клетки, осложненное гемотораксом	15
е) повторные торакотомии (независимо от их количества), выплата	10	

	производится однократно	
	Примечание: 1. Если в связи с повреждением грудной клетки и ее органов было произведено удаление легкого или его части, страховая выплата производится в соответствии со ст. 38.б., 38.в., 38.г.; ст. 42 при этом не применяется. 2. Если в связи с травмой грудной полости проводились торакоскопия, торакоцентез, торакотомия, страховая выплата производится с учетом наиболее сложного вмешательства однократно.	
43.	Повреждение гортани, трахеи, щитовидного хряща, перелом подъязычной кости, трахеостомия, произведенная в связи с травмой, бронхоскопия с целью удаления инородного тела, повреждение щитовидной железы (в том числе и артерий, ее кровоснабжающих), кроме ушибов	10
44.	Повреждение гортани, трахеи или кровеносных сосудов в процессе интубации (случайная перфорация органов или кровеносных сосудов)	4
45.	Ожог верхних дыхательных путей, не повлекший за собой нарушения функций	5
46.	Повреждение гортани, трахеи, подъязычной кости, щитовидного хряща, трахеостомия, произведенная в связи с травмой, повлекшие за собой:	
	а) нарушение дыхания, осиплость или потерю голоса, ношение трахеостомической трубки не менее 3 месяцев после травмы	10
	б) нарушение дыхания, осиплость или потерю голоса, ношение трахеостомической трубки не менее 6 месяцев после травмы	20
	Примечание: 1. Если выплата произведена по ст. 46, то ст. 43 не применяется. 2. Страховая выплата по ст. 46 осуществляется дополнительно к страховой выплате, произведенной в связи с травмой по ст. 45. В том случае, если Страхователь в своем заявлении указал, что травма повлекла за собой нарушение функции гортани или трахеи, необходимо получить заключение специалиста по истечении 3 месяцев после травмы. Ранее этого срока страховая выплата осуществляется по ст. 45.	
V. СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТАЯ СИСТЕМА		
47.	Повреждение сердца, его оболочек и крупных магистральных сосудов, не повлекшее за собой сердечно-сосудистую недостаточность	5
48.	Повреждение сердца, его оболочек и крупных магистральных сосудов, повлекшее за собой сердечно-сосудистую недостаточность	
	а) I степени	10
	б) II и III степени	25
	Примечание: Если в медицинском документе не указана степень сердечно-сосудистой недостаточности, страховая сумма выплачивается по ст. 48.а.	
49.	Травма сердца (ушиб):	
	а) с кровоизлиянием в сердечную сумку (гемоперикард)	25
	б) без кровоизлияния в сердечную сумку	15
50.	Повреждение сердца, его оболочек и крупных магистральных сосудов, повлекшее за собой хроническую (более 6 месяцев) сердечно-сосудистую недостаточность	50
51.	Повреждение периферических сосудов при: – диагностическом выскабливании полости – диагностической вакуум-аспирации из полости матки – диатермоэксцизии шейки матки – плановом оперативном лечении фибромиомы матки, кист яичников и др., не потребовавшее их ушивания, сопровождающееся кровотечением и потребовавшее проведения гемотрансфузии и (или) повторных лечебных манипуляций	4
52.	Повреждение крупных периферических сосудов, не повлекшее за собой критического снижения систолического АД ниже 60 мм рт. ст.	10
53.	Повреждение крупных периферических сосудов, повлекшее за собой	30

	критическое снижение систолического АД ниже 60 мм рт. ст. (если применяются ст. 50, 53, то ст. 52 не применяется)	
	<p>Примечание:</p> <p>1. К крупным магистральным сосудам следует относить: аорту, легочную, безымянную, сонные артерии, внутренние яремные вены, верхнюю и нижнюю полые вены, воротную вену.</p> <p>2. К крупным периферическим сосудам следует относить: подключичные, подмышечные, плечевые, локтевые и лучевые артерии, подвздошные, бедренные, подколенные, передние и задние большеберцовые артерии; плечеголовые, подключичные, подмышечные, бедренные и подколенные вены.</p> <p>3. Если Страхователь в своем заявлении указал, что травма повлекла за собой нарушение функции сердечно-сосудистой системы, необходимо получить заключение специалиста.</p> <p>4. Страховая выплата по ст. 53, 48 производится дополнительно, если указанные в этих статьях осложнения травмы будут установлены в лечебно-профилактическом учреждении по истечении 3 месяцев после травмы и подтверждены справкой этого учреждения. Ранее этого срока выплата производится по ст. 47, 52.</p> <p>5. Если в связи с повреждением крупных сосудов проводились операции с целью восстановления целостности сосудистого русла, дополнительно выплачиваются 5% страховой суммы.</p>	
VI. ОРГАНЫ ПИЩЕВАРЕНИЯ		
	Переломы челюстей (если при переломе альвеолярного отростка имеется потеря зубов, то за его перелом сумма не выплачивается):	
	а) верхней челюсти, скуловых костей	5
	б) нижней челюсти, вывих нижней челюсти	5
	в) перелом двух и более костей или двойной перелом одной кости	10
54.	<p>Примечание:</p> <p>1. При переломе челюсти, случайно наступившем во время стоматологических манипуляций, страховая выплата производится на общих основаниях.</p> <p>2. Перелом альвеолярного отростка, наступивший при потере зубов, не дает оснований для страховой выплаты.</p> <p>3. Если в связи с травмой челюстей, скуловых костей проводились оперативные вмешательства, дополнительно выплачиваются 5% от страховой суммы однократно.</p>	
	Привычный вывих нижней челюсти в результате травм, если диагноз установлен в течение срока страхования	15
55.	<p>Примечание:</p> <p>1. При привычном вывихе нижней челюсти страховая выплата осуществляется дополнительно к страховой выплате, произведенной по ст. 54, если это осложнение наступило в результате травмы, полученной в течение срока страхования и в течение 3 лет после нее. При рецидивах привычного вывиха челюсти страховая выплата не производится.</p>	
56.	Перелом нижней челюсти со смещением	10
	Повреждения челюсти, повлекшие за собой отсутствие:	
	а) части челюсти (за исключением альвеолярного отростка)	40
	б) челюсти	80
57.	<p>Примечание:</p> <p>1. При страховой выплате в связи с отсутствием челюсти или ее части учтена и потеря зубов, независимо от их количества.</p> <p>2. В тех случаях, когда травма челюсти сопровождалась повреждением других органов ротовой полости, процент страховой выплаты определяется с учетом этих повреждений по соответствующим статьям путем суммирования.</p> <p>3. При страховой выплате по ст. 56 дополнительная страховая выплата за оперативные вмешательства не производится.</p>	
58.	Повреждение языка (исключая прикусывание)	3
	Повреждение языка, повлекшее за собой:	
59.	а) образование рубцов (независимо от размера)	5
	б) отсутствие кончика языка	5
	в) отсутствие языка на уровне дистальной трети	15
	г) на уровне средней трети	30

	д) на уровне корня, полное отсутствие	60
60.	Потеря зубов (перелом или потеря зуба считается с $\frac{1}{4}$ коронки):	
	а) отлом коронки зуба, перелом зуба (коронки, шейки, корня), вывих зуба	3
	б) потеря 1 зуба	5
	в) 2–3 зубов	10
	г) 4–6 зубов	15
	д) 7–9 зубов	20
	е) 10 зубов и более	25
	Примечание: 1. При переломе или потере в результате травмы зубов с несъемными протезами страховая выплата осуществляется с учетом потери только опорных зубов. При повреждении в результате травмы съемных протезов страховая выплата не производится. 2. При потере или переломе молочных зубов у детей до 5 лет страховая выплата осуществляется на общих основаниях. 3. При потере зубов и переломе челюсти размер страховой выплаты определяется по ст. 54 и 60 путем суммирования. 4. Если в связи с травмой зуба была произведена страховая выплата по ст. 60.а, а в дальнейшем этот зуб был удален, то из размера страховой выплаты, подлежащей выплате, вычитается произведенная ранее страховая выплата. 5. Если удаленный в связи с травмой зуб будет имплантирован, страховая выплата производится на общих основаниях по ст. 60. В случае удаления этого зуба дополнительная выплата не производится.	
61.	Повреждение (ранение, разрыв, ожог) полости рта, глотки, пищевода, желудка, кишечника, а также эзофагогастроскопия, произведенная в связи с этими повреждениями или с целью удаления инородных тел пищевода, желудка, не повлекшие за собой функциональных нарушений	5
62.	Повреждение пищевода, вызвавшее:	
	а) сужение пищевода, но не ранее 6 месяцев со дня травмы (ранее этого срока страховая выплата производится предварительно по ст. 61)	40
	б) непроходимость пищевода, но не ранее 6 месяцев со дня травмы (ранее этого срока страховая выплата производится по ст. 61)	100
Примечание: Страховая выплата по ст. 62 производится за вычетом ранее произведенной выплаты по ст. 61.		
63.	Повреждение органов пищеварения (ранение, разрыв, ожог), случайное острое отравление (неинфекционной этиологии), повлекшее за собой:	
	а) гастрит, язву желудка, дуоденит, язву 12пк, холецистит, энтерит, колит, проктит, парапроктит	5
	б) рубцовое сужение (деформацию) желудка, кишечника, заднепроходного отверстия (если производилась выплата по п. 63.а, то сумма вычитается)	15
	в) спаечную болезнь	25
	г) кишечный свищ, кишечно-влагалищный свищ, свищ поджелудочной железы	50
	д) противоестественный задний проход (колостома):	50
Примечание: 1. При осложнениях травмы, предусмотренных в ст. 63.а–63.в, страховая выплата производится не ранее чем через 3 месяца после повреждения, а по ст. 63.г и 63.д не ранее чем через 6 месяцев со дня травмы. Указанные осложнения травмы признаются только в том случае, если они подтверждены справкой лечебно-профилактического учреждения. Ранее этих сроков страховая выплата производится по ст. 63.а, и этот процент не вычитается при принятии окончательного решения. 2. Если в результате одной травмы возникнут осложнения, перечисленные в одном подпункте, страховая выплата осуществляется однократно. Однако если возникли патологические изменения, перечисленные в разных подпунктах, страховая выплата производится с учетом каждого из них путем суммирования.		
64.	Грыжа, образовавшаяся на месте повреждения передней брюшной стенки, диафрагмы или в области послеоперационного рубца, если операция	10

	проводилась по поводу травмы, а также состояние после операции по поводу такой грыжи	
	Примечание: 1. Страховая выплата по ст. 64 осуществляется дополнительно к страховой выплате в связи с травмой органов живота, если она явилась прямым следствием этой травмы. 2. Грыжа, возникшая в результате поднятия тяжести, не дает оснований для осуществления страховой выплаты.	
65.	Повреждение печени в результате травмы или случайного острого отравления (неинфекционной этиологии), повлекшее за собой:	
	а) подкапсульный разрыв печени, не потребовавший оперативного вмешательства, гепатит, развившийся непосредственно в связи с травмой или случайным острым отравлением, острый гепатоз	5
	б) печеночную недостаточность	10
66.	Травма печени или желчного пузыря:	
	а) подкапсульный разрыв печени, не потребовавший оперативного вмешательства	15
	б) потребовавшая ушивания разрывов печени или удаления желчного пузыря	20
	в) потребовавшая удаления части печени	30
	г) потребовавшая удаления части печени и желчного пузыря	35
67.	Повреждение селезенки, повлекшее за собой:	
	а) подкапсульный разрыв селезенки, не потребовавший оперативного вмешательства	5
	б) удаление селезенки	30
68.	Повреждение желудка, поджелудочной железы, кишечника, брыжейки, брюшины, повлекшие за собой:	
	а) удаление части до $\frac{1}{3}$ желудка, $\frac{1}{3}$ кишечника	30
	б) удаление части $\frac{1}{2}$ желудка, $\frac{1}{3}$ хвоста поджелудочной железы, $\frac{1}{2}$ кишечника	45
	в) удаление части $\frac{2}{3}$ желудка, $\frac{2}{3}$ кишечника, $\frac{2}{3}$ тела поджелудочной железы	60
	г) удаление желудка, $\frac{2}{3}$ поджелудочной железы, кишечника	80
	д) удаление желудка с кишечником и частью поджелудочной железы	100
	Примечание: 1. При последствиях травмы, перечисленных в одном подпункте, страховая выплата производится однократно. Однако если травма различных органов повлечет за собой осложнения, указанные в различных подпунктах, страховая выплата осуществляется с учетом каждого из них путем суммирования.	
69.	Оперативные вмешательства при неподтвердившихся подозрениях на повреждение органов брюшной полости:	
	а) лапароскопия (лапароцентез)	5
	б) лапаротомия при подозрении на повреждение органов брюшной полости и органов малого таза	10
70.	Повторные лапаротомии (независимо от их количества)	10
71.	Повреждение органов брюшной полости и все осложнения, связанные с этим, при медицинских манипуляциях, потребовавшие их резекции	6
	VII. МОЧЕПОЛОВАЯ СИСТЕМА	
72.	Повреждение почки, повлекшее за собой:	
	а) ушиб почки, подкапсульный разрыв почки, не потребовавший оперативного вмешательства	5
	б) удаление части почки	35
	в) удаление почки	50
73.	Повреждение органов мочевыделительной системы, повлекшее за собой:	
	а) цистит, уретрит	10
	б) пиелит, пиелонефрит, пиелоцистит, уменьшение объема мочевого пузыря	15
	в) гломерулонефрит, сужение мочеточника, мочеиспускательного канала	30
	г) разрыв уретры до кавернозной части	20
	д) разрыв уретры после кавернозной части	25

	е) почечную недостаточность	35
	ж) синдром длительного раздавливания (травматический токсикоз, краш-синдром, синдром размозжения)	35
	з) непроходимость мочеточника, мочеиспускательного канала, мочеполовые свищи	50
	Примечание: 1. Если в результате травмы наступит нарушение функции нескольких органов мочевыделительной системы, процент страховой выплаты определяется по одному из подпунктов ст. 73, учитывающему наиболее тяжелое последствие повреждения. 2. Страховая выплата в связи с последствиями травмы, перечисленными в подпунктах «а», «б», «в» и «е» ст. 73, осуществляется в том случае, если эти осложнения имеются по истечении 3 месяцев после травмы. Ранее этого срока страховая выплата производится по ст. 72, и этот процент не вычитается при принятии окончательного решения.	
74.	Оперативные вмешательства при неподтвердившихся подозрениях на повреждение органов мочевыделительной системы:	
	а) лапароскопия, цистостомия	5
	б) лапаротомия	10
75.	Повторные лапаротомии, произведенные в связи с травмой (независимо от их количества)	10
76.	Повреждение органов мочеполовой системы, в том числе и при медицинских манипуляциях, таких как диагностическое выскабливание полости матки, диагностическая вакуум-аспирация из полости матки, повлекшее за собой:	
	а) травму яичника, маточной (фаллопиевой) трубы, с удалением (потерей) одного яичника, трубы и яичника	5
	б) травму яичника, маточной (фаллопиевой) трубы, с удалением (потерей) двух яичников или двух труб	10
	Примечание: Повреждения органов мочеполовой системы, согласно ст. 76, полученные в результате осложнений беременности, не дают основания для осуществления страховой выплаты.	
77.	Травма матки, повлекшая за собой:	
	а) потерю матки у женщин в возрасте до 40 лет	25
	б) потерю матки у женщин в возрасте с 40 до 50 лет	10
	в) потерю матки у женщин в возрасте с 50 лет и старше	5
	Примечание: Травмы, согласно ст. 77, полученные в результате осложнений беременности, не дают основания для осуществления страховой выплаты	
78.	Травматическая ампутация наружных половых органов:	
	а) ампутация части полового члена	20
	б) ампутация одного яичка	10
	в) ампутация всего полового члена	40
	г) ампутация обоих яичек	25
79.	Повреждение наружных половых органов в результате:	
	а) ранения, ожога, отморожения	5
	б) изнасилования лица в возрасте до 18 лет	50
	в) изнасилования лица в возрасте 18 лет и старше	30
VIII. МЯГКИЕ ТКАНИ		
80.	Повреждение мягких тканей лица, переднебоковой поверхности шеи, подчелюстной области, ушных раковин, повлекшее за собой после заживления:	
	а) образование рубцов площадью от 0,5 см ² до 1,0 см ² включительно	3
	б) образование рубцов площадью от 1,0 см ² до 10 см ² включительно	5
	в) образование рубцов площадью от 10 см ² до 20 см ² включительно	10
	г) образование рубцов площадью от 20 см ² до 30 см ² включительно	15
	д) образование рубцов площадью от 30 см ² до 40 см ² включительно	20
	е) образование рубцов площадью от 40 см ² до 50 см ² включительно	25

	ж) образование рубцов площадью более 50 см ² , обезображение Обезображение – это резкое изменение естественного вида лица человека в результате механического, химического, термического и других насильственных воздействий	70
81.	Открытые раны головы, туловища, конечностей, в том числе укушенные, требующие наложения швов:	
	а) при сроках лечения от 7 до 14 дней	2
	б) при сроках лечения от 15 до 21 дня	4
	в) при сроках лечения от более 21 дня	6
82.	Поверхностная травма (ушиб с развитием кровоподтека, гематомы) при сроках лечения более 21 дня	4
83.	Повреждение мягких тканей волосистой части головы, туловища, конечностей, повлекшее за собой после заживления образование рубцов площадью (при открытых переломах костей и операциях выплата за рубцы не производится):	
	а) от 2,0 см ² до 5,0 см ² или длиной 5 см и более	3
	б) от 5,0 см ² до 0,5% поверхности тела	5
	в) от 0,5 до 2,0% поверхности тела	10
	г) от 2,0 до 4,0% поверхности тела	15
	д) от 4,0 до 6,0% поверхности тела	20
	е) от 6,0 до 8,0% поверхности тела	25
	ж) от 8,0 до 10% поверхности тела	30
	з) от 10 до 15% поверхности тела	35
	и) 15% и более поверхности тела	40
84.	Повреждение мягких тканей туловища, конечностей, повлекшее за собой образование пигментных пятен площадью:	
	а) от 1 до 2% поверхности тела	3
	б) от 2 до 10% поверхности тела	5
	в) от 10 до 15% поверхности тела	10
	г) 15% и более поверхности тела	15
85.	Ожоговая болезнь, ожоговый шок	10
86.	Повреждение мягких тканей:	
	а) неудаление инородного тела	3
	б) надрыв, разрыв мышцы	3
	в) взятие мышечного или фасциального трансплантата для проведения пластической операции в связи с травмой, а также нагноившаяся гематома* (обязательно зафиксированная в течение 24 часов после травмы врачом-травматологом) в случае ее оперативного лечения	5
	Примечание: * При выплате по ст. 86.в. за нагноившуюся гематому в истории болезни должно быть отражено время получения травмы, показания для оперативного лечения и характер эвакуанта (в обязательном порядке должны быть указаны старые сгустки крови).	
IX. ПОЗВОНОЧНИК		
87.	Перелом, переломо-вывих или вывих тел, дужек (кроме 1 и (или) 2 шейных позвонков) и суставных отростков позвонков (за исключением крестца и копчика):	
	а) одного-двух	20
	б) трех-пяти	30
	в) шести и более	40
88.	Перелом или вывих тел, дужек или суставных отростков 1 и (или) 2 шейных позвонков	20
89.	Частичный или полный разрыв межпозвоночных связок (при сроке лечения не менее 10 дней), подвывих позвонков (за исключением копчика) без операции	5
90.	Частичный или полный разрыв межпозвоночных связок, подвывих позвонков с операцией	20
91.	Перелом крестца	10

92.	Повреждение копчика	
	а) подвывих копчиковых позвонков	3
	б) вывих копчиковых позвонков	5
	в) перелом копчиковых позвонков	10
93.	Удаление копчика в связи с травмой	20
Примечание: По статьям 87–93 выплата за нестабильность позвоночника не предусмотрена.		
X. ВЕРХНЯЯ КОНЕЧНОСТЬ, ЛОПАТКА И КЛЮЧИЦА		
94.	Перелом лопатки, ключицы, полный или частичный разрыв акромиально-ключичного, грудинно-ключичного сочленений:	
	а) перелом, вывих одной кости, кроме привычного, или разрыв одного сочленения	5
	б) перелом двух костей, двойной перелом одной кости, разрыв двух сочленений или перелом, вывих одной кости и разрыв одного сочленения, перелома-вывих ключицы	10
	разрыв двух сочленений и перелом одной кости, перелом двух костей и разрыв одного сочленения, перелом 2 костей с разрывом 2 сочленений	15
	в) несросшийся перелом, ложный сустав	15
XI. ПЛЕЧЕВОЙ СУСТАВ		
95.	Повреждение плечевого сустава (перелом суставной впадины лопатки, головки плечевой кости, анатомической, хирургической шейки, большого бугорка, полный и частичный разрыв связок, суставной сумки; вывих плеча, подвывих плеча при сроке лечения 14 и более дней, растяжение связок при сроке лечения 14 и более дней):	
	а) разрыв сухожилий, капсулы сустава, отрывы костных фрагментов, в том числе большого бугорка, перелом суставной впадины лопатки, подвывих плеча	5
	б) перелом одной кости, вывих плеча, повреждение связок, суставной сумки	5
	в) перелом двух костей, перелом-вывих	10
	г) перелом кости (костей) и повреждение связок, несросшийся перелом (при лечении в течение 9 и более месяцев)	15
Примечание: Если в связи с повреждениями, перечисленными в ст. 94, будут проведены операции, дополнительно выплачивается 10% страховой суммы. При этом дополнительная выплата за взятие трансплантата не производится.		
96.	Повреждение плечевого сустава, повлекшее за собой:	
	а) привычный вывих плеча	15
	б) отсутствие движений в суставе (анкилоз) не ранее 3 месяцев после травмы	20
	в) «болтающийся» плечевой сустав в результате резекции суставных поверхностей составляющих его костей	40
	Примечание: Страховая выплата при привычном вывихе плеча производится лишь в случае, если этот вывих наступил в результате первичного вывиха, происшедшего в течение срока действия договора страхования, диагноз первичного вывиха плеча должен быть подтвержден лечебным учреждением, в котором производилось его вправление. При рецидивах привычного вывиха плеча страховая выплата не осуществляется.	
XII. ПЛЕЧО		
97.	Перелом плеча на любом уровне, кроме внутрисуставного:	
	а) без смещения	15
	б) со смещением	25
98.	Травматическая ампутация верхней конечности или тяжелое повреждение ее, приведшее к ампутации:	
	а) плеча на любом уровне	75
	б) с лопаткой, ключицей или их частью	80
	в) единственной конечности на любом уровне плеча	100
99.	Перелом плечевой кости, осложнившийся образованием ложного сустава	45

	Примечание: 1. Страховая выплата по ст. 106 выплачивается не ранее чем через 9 месяцев после травмы. 2. Если ранее выплачивалось страховое обеспечение по ст. 97, ее размер вычитается при принятии окончательного решения.	
XIII. ЛОКТЕВОЙ СУСТАВ		
100.	Повреждение в области локтевого сустава (перелом костей, составляющих сустав), полный и частичный разрыв связок, суставной сумки, вывих предплечья, растяжение связок при лечении не менее 21 дня:	
	а) гемартроз, подтвержденный пункцией сустава с получением крови, пронационный подвывих предплечья	3
	б) отрывы костных фрагментов, в том числе надмыщелков плечевой кости, перелом лучевой или локтевой кости, вывих предплечья	5
	в) перелом одной кости без смещения отломков, повреждение связок	5
	г) перелом двух костей без смещения отломков	10
	д) перелом кости (костей) со смещением отломков	15
101.	Повреждение в области локтевого сустава, повлекшее за собой:	
	а) отсутствие движений в суставе (анкилоз)	40
	б) «болтающийся» локтевой сустав (в результате резекции суставных поверхностей составляющих его костей)	50
	Примечание: В случае если в связи с травмой области локтевого сустава будут проведены оперативные вмешательства, дополнительно будет произведена страховая выплата в размере 10% однократно.	
XIV. ПРЕДПЛЕЧЬЕ		
102.	Перелом костей предплечья на любом уровне, за исключением области суставов (верхняя, средняя, нижняя треть):	
	а) перелом, вывих одной кости	10
	б) перелом двух костей, двойной перелом одной кости, перелом одной кости и вывих другой	15
	Примечание: При переломах со смещением дополнительно выплачивается 5% от страховой суммы однократно.	
103.	Травматическая ампутация или тяжелое повреждение, приведшее:	
	а) к ампутации предплечья на любом уровне	65
	б) к экзартикуляции в локтевом суставе	70
	в) к ампутации единственной конечности на любом уровне предплечья	100
104.	Перелом одной или обеих костей предплечья, осложнившийся образованием ложного сустава:	
	а) одной кости	25
	б) обеих костей	40
	в) ложный сустав одной кости предплечья и сросшийся перелом второй	35
	Примечание: 1. Если в связи с травмами, перечисленными в ст. 104, производились оперативные вмешательства, дополнительно выплачивается 10% от страховой суммы однократно. 2. Страховая выплата по п. 104 производится по истечении 9 месяцев со дня травмы.	
XV. ЛУЧЕЗАПЯСТНЫЙ СУСТАВ		
105.	Перелом костей предплечья в области дистального метафиза, внутрисуставные переломы костей, составляющих лучезапястный сустав, повреждение связок при сроке лечения 14 дней и более, вывих кисти:	
	а) перелом одной кости, вывих кисти, перелом шиловидного отростка (отростков), отрыв костного фрагмента (фрагментов)	10
	б) перелом двух костей предплечья	10
	в) перилунарный вывих кисти	15
	г) перелом кости (ей) со смещением	15
	д) повреждение связок при сроке лечения 14 дней и более	5
	е) перелом кости (ей) предплечья в области дистального метафиза	7

XVI. КОСТИ, ПАЛЬЦЫ, КИСТИ		
106.	Перелом или вывих костей запястья, запястья одной кисти:	
	а) одной кости (кроме ладьевидной)	5
	б) двух и более костей (кроме ладьевидной)	10
	в) ладьевидной кости	10
	г) вывих, переломо-вывих кисти	15
	д) несросшиеся переломы, ложные суставы через 9 месяцев после травмы	15
107.	Травматическая ампутация или тяжелое повреждение кисти, приведшее к ее ампутации на уровне пястных костей или запястья	
XVII. ПЕРВЫЙ ПАЛЕЦ		
108.	Повреждение пальца, повлекшее за собой:	
	а) травматическое удаление ногтевой пластинки или хирургическое удаление ее вследствие травмы	3
	б) повреждение сухожилий (сухожилия) пальца	3
	в) перелом, вывих, ранение с дефектом мягких тканей фаланги (фаланг), панариций (кроме паронихии), разрыв капсулы суставов	5
109.	Повреждение пальца, повлекшее за собой:	
	а) отсутствие движения в одном суставе или двух суставах	10
	б) отсутствие движения в трех суставах	15
	Примечание: Страховая выплата по ст. 109 производится на основании заключения лечебного учреждения по истечении 6 месяцев с даты травмы.	
110.	Повреждение пальца, повлекшее за собой:	
	а) реампутацию (повторную ампутацию) на уровне той же фаланги	5
	б) ампутацию на уровне ногтевой фаланги	10
	в) ампутацию на уровне межфалангового сустава (потеря ногтевой фаланги)	15
	г) ампутацию на уровне основной фаланги, пястнофалангового сустава (потеря пальца)	20
д) ампутацию пальца с пястной костью или частью ее	25	
XVIII. ВТОРОЙ, ТРЕТИЙ, ЧЕТВЕРТЫЙ, ПЯТЫЙ ПАЛЬЦЫ		
111.	Повреждение одного пальца, повлекшее за собой:	
	а) травматическое удаление ногтевой пластинки или хирургическое удаление ее вследствие травмы	3
	б) повреждение сухожилий (сухожилия) пальца, (если повреждение сухожилий пальцев потребовало проведения пластики сухожилий пальцев, дополнительно выплачивается 5% страховой суммы)	3
	в) перелом, вывих, ранение с дефектом мягких тканей фаланги (фаланг), панариций в результате травмы (кроме паронихии), разрыв капсулы суставов,	5
112.	Повреждение пальца, повлекшее за собой:	
	а) отсутствие движения в одном суставе или двух суставах	10
	б) отсутствие движения в трех суставах	15
113.	Повреждение пальца, повлекшее за собой:	
	а) реампутацию (повторную ампутацию) на уровне той же фаланги	3
	б) ампутацию на уровне ногтевой фаланги	5
	в) ампутацию на уровне средней фаланги (потеря двух фаланг)	10
	г) ампутацию на уровне основной фаланги (потеря пальца)	15
д) потерю пальца с пястной костью или частью ее	20	
114.	Травматическая ампутация или повреждение, повлекшее за собой ампутацию всех пальцев одной кисти	
XIX. КОСТИ ТАЗА		
115.	Перелом костей таза:	
	а) перелом крыла подвздошной кости	5
	б) перелом лонной, седалищной кости, тела подвздошной кости, вертлужной впадины	10
	в) перелом двух костей, двойной перелом одной кости	15

	г) перелом трех и более костей	20
116.	Разрыв лонного, крестцово-подвздошного сочленения:	
	а) одного сочленения	10
	б) двух сочленений	15
	в) трех сочленений	20
117.	Повреждение таза, повлекшее за собой отсутствие движений в тазобедренных суставах:	
	а) в одном суставе	20
	б) в двух суставах	40
	Примечание: Страховая выплата по ст. 117 производится на основании заключения лечебного учреждения по истечении 6 месяцев с даты травмы.	
XX. НИЖНЯЯ КОНЕЧНОСТЬ. ТАЗОБЕДРЕННЫЙ СУСТАВ		
118.	Повреждения тазобедренного сустава:	
	а) отрыв костного фрагмента (фрагментов), полный и частичный разрыв связок, растяжение связок при сроках лечения 14 дней и более (за операцию дополнительно выплачивается 10%)	5
	б) изолированный отрыв вертела (вертелов)	10
	в) вывих бедра	20
	г) перелом головки, шейки бедра, проксимального метафиза бедра	25
119.	Перелом вертлужной впадины	10
120.	Повреждение тазобедренного сустава, повлекшее за собой:	
	а) эндопротезирование	10
	б) неподвижность сустава	25
	в) несросшийся перелом (ложный сустав) шейки бедра	30
	г) «болтающийся» сустав (в результате резекции головки бедра, вертлужной впадины)	45
XXI. БЕДРО		
121.	Перелом бедра на любом уровне за исключением области суставов:	
	а) без смещения отломков	30
	б) со смещением отломков	35
	Примечание: Если в связи с перелом бедра проводились оперативные вмешательства, дополнительно выплачивается 10% страховой суммы однократно.	
122.	Травматическая ампутация или тяжелое повреждение, приведшее к ампутации конечности на любом уровне бедра:	
	а) одной конечности	70
	б) единственной конечности	100
123.	Перелом бедра, осложнившийся образованием ложного сустава (несросшийся перелом):	
	Примечание: 1. Страховая выплата по ст. 123 производится на основании заключения лечебного учреждения по истечении 6 месяцев с даты травмы. 2. Если страховая выплата проводилась по ст. 121, страховая выплата по ст. 123 производится за вычетом ранее произведенной выплаты по ст. 121.	
XXII. КОЛЕННЫЙ СУСТАВ		
124.	Повреждение коленного сустава, повлекшее за собой:	
	а) гемартроз, подтвержденный пункцией сустава с получением крови	3
	б) повреждение мениска (менисков), полный и частичный разрыв связок, растяжение связок при сроках лечения 14 дней и более, отрывы костных фрагментов	5
	б) перелом надколенника	10
	в) перелом костей, составляющих коленный сустав (дистальный эпифиз бедра и проксимальный эпифиз большеберцовой кости, за исключением	15

	надколенника), вывих голени	
	г) перелом мышечков бедра	20
	д) перелом дистального метафиза бедра	25
	е) перелом дистального метафиза, мышечков бедра с проксимальными отделами одной или обеих берцовых костей	30
	Примечания: 1. Если в связи с повреждением коленного сустава проводились оперативные вмешательства, дополнительно выплачивается 10% страховой суммы однократно. 2. При сочетании различных повреждений коленного сустава страховая выплата производится однократно в соответствии с одним из подпунктов ст. 124, предусматривающим наиболее тяжелое повреждение.	
125.	Повреждение коленного сустава, повлекшее за собой:	
	а) отсутствие движений в суставе	20
	б) «болтающийся» коленный сустав в результате резекции суставных поверхностей составляющих его костей	35
	в) эндопротезирование	40
	Примечание: Страховая выплата по ст. 125.а производится на основании заключения лечебного учреждения по истечении 6 месяцев с даты травмы.	
XXIII. ГОЛЕНЬ		
126.	Перелом костей голени, в том числе сочетающийся с переломами лодыжек, за исключением области суставов:	
	а) малоберцовой кости, отрывы костных фрагментов	5
	б) большеберцовой кости, двойной перелом малоберцовой	15
	в) обеих костей, двойной перелом большеберцовой	20
	Примечания: 1. Если в результате травмы проводились оперативные вмешательства, дополнительно выплачивается 10% страховой суммы однократно.	
127.	Травматическая ампутация или тяжелое повреждение, приведшее к ампутации голени на любом уровне	60
128.	Перелом одной или обеих костей голени, осложнившийся образованием ложного сустава (несросшегося перелома):	
	а) малоберцовой кости	10
	б) большеберцовой кости	30
	в) обеих костей	40
	г) малоберцовой и сросшийся перелом большеберцовой	25
	д) большеберцовой и сросшийся перелом малоберцовой	35
Примечания: 1. Страховая выплата по ст. 128 проводится на основании заключения лечебного учреждения по истечении 9 месяцев с даты травмы. 2. При переломах со смещением дополнительно выплачивается 5% страховой суммы однократно.		
XXIV. ГОЛЕНОСТОПНЫЙ СУСТАВ		
129.	Повреждение голеностопного сустава:	
	а) повреждение связок при сроке лечения не менее 14 дней	2
	б) перелом одной из лодыжек или края большеберцовой кости	5
	в) перелом обеих лодыжек, перелом одной или обеих лодыжек с краем большеберцовой кости, в том числе с разрывом дистального межберцового синдесмоза	10
	г) перелом одной или обеих лодыжек с краем большеберцовой кости с разрывом дистального межберцового синдесмоза и подвывихом (вывихом) стопы	15
130.	Повреждение голеностопного сустава повлекшее за собой:	
	а) отсутствие движений в суставе (анкилоз)	35

	б) «болтающийся» голеностопный сустав (в результате резекции) суставных поверхностей составляющих его костей	40
	в) дезартикуляцию в голеностопном суставе	20
	Примечание: Страховая выплата по п. 130.а и 130.б проводится на основании заключения лечебного учреждения по истечении 9 месяцев с даты травмы.	
131.	Повреждение ахиллова сухожилия:	
	а) при консервативном лечении	10
	б) при оперативном лечении	20
XXV. СТОПА, ПАЛЬЦЫ СТОПЫ		
132.	Перелом или вывих кости (костей) стопы, повреждение связок:	
	а) перелом, вывих одной костей (кроме таранной и пяточной кости)	5
	б) перелом, вывих двух костей, перелом таранной кости	10
	в) перелом, вывих трех или более костей, перелом пяточной кости, подтаранный вывих стопы, вывих в поперечном суставе стопы (Шопара) или предплюсне-плюсневом суставе (Лисфранка)	15
	г) повреждение связок при сроке лечения не менее 14 дней	2
	Примечания: Если в связи с переломом или вывихом костей проводились оперативные вмешательства, дополнительно выплачивается 5% страховой суммы однократно.	
133.	Повреждение стопы, повлекшее за собой:	
	а) несросшийся перелом (ложный сустав) одной-двух костей	15
	б) артродез подтаранного сустава, поперечного сустав предплюсны (Шопара) или предплюсне-плюсневого (Лисфранка)	20
	Примечание: Страховая выплата по п. 133 проводится на основании заключения лечебного учреждения по истечении 6 месяцев с даты травмы.	
134.	Травматическая ампутация или тяжелое повреждение стопы, повлекшее за собой ее ампутацию на уровне:	
	а) плюснефаланговых суставов (отсутствие всех пальцев стопы)	40
	б) плюсневых костей	45
	в) предплюсны	50
	г) таранной, пяточной костей, голеностопного сустава	55
135.	Переломы, вывихи фаланг, повреждение сухожилий пальца (пальцев) одной стопы:	
	а) перелом или вывих одной фаланги, повреждение сухожилий одного пальца, травматическое или хирургическое удаление ногтевой пластинки вследствие травмы одного или двух пальцев	3
	б) перелом или вывих двух-трех фаланг, повреждение сухожилий двух-трех пальцев, травматическое или хирургическое удаление ногтевой пластинки вследствие травмы двух-трех и более пальцев	5
	в) перелом или вывих четырех и более фаланг, повреждение четырех и более сухожилий, травматическое или хирургическое удаление ногтевых пластинок четырех-пяти пальцев	10
136.	Травматическая ампутация или повреждение, повлекшее за собой ампутацию пальцев:	
	а) первого пальца на уровне ногтевой фаланги (потеря ногтевой фаланги)	5
	б) первого пальца на уровне основной фаланги (потеря пальца)	10
	в) кроме первого – одного-двух пальцев на уровне ногтевых или средних фаланг	5
	г) кроме первого – одного-двух пальцев на уровне основных фаланг (потеря пальцев)	10
	д) кроме первого – трех-четырех пальцев на уровне ногтевого или средних фаланг	15
е) кроме первого – трех-четырех пальцев на уровне основных фаланг или плюсне-ногтевых суставов (потеря пальцев)	20	
137.	Повреждение, повлекшее за собой:	

	а) образование лигатурных свищей	3
	б) лимфостаз, тромбоз, флебит, нарушение трофики, наступивших вследствие травмы верхних или нижних конечностей, за исключением повреждения крупных периферических сосудов и нервов, не ранее чем через 6 месяцев после травмы. Гнойные воспаления пальцев кисти и стоп не дают оснований для применения ст. 137	5
	в) остеомиелит, в том числе гематогенный остеомиелит	10
XXVI. ОСЛОЖНЕНИЯ, РАЗВИВШИЕСЯ В РЕЗУЛЬТАТЕ ТРАВМ		
138.	Анафилактический шок (при снижении систолического артериального давления ниже 60 мм рт. ст.) вследствие патологической реакции на применение лекарственных средств	8
139.	Травматический шок или шок, развившийся вследствие острой кровопотери, связанной с травмой (геморрагический шок)	20
140.	Тромбоэмболические осложнения при медицинских манипуляциях, развившиеся не позднее 5 дней со дня оперативного вмешательства	8
141.	Случайное острое отравление, асфиксия (удушие), послепрививочный энцефалит (энцефаломиелит), поражение электротоком (атмосферным электричеством), укусы змей, ядовитых насекомых, столбняк, ботулизм, при стационарном лечении:	
	а) 6–10 дней	5
	б) 11–20 дней	10
	в) свыше 20 дней	15
142.	Гнойно-септические осложнения, возникшие не позднее 10-го дня после хирургической (в том числе эндоскопической) операции:	
	а) локализованные формы, в том числе: – нагноение и расхождение послеоперационных швов – наложение вторичных швов на послеоперационную рану	4
	б) генерализованные формы	8
XXVII. ОГНЕСТРЕЛЬНЫЕ РАНЕНИЯ		
143.	Касательные одиночные ранения (пулевые или осколочные) с раневой поверхностью:	
	а) до 2 см ² включительно	5
	б) от 2 см ² до 5 см ² включительно	7
	в) от 5 см ² до 10 см ² включительно	10
	г) более 10 см ²	15
	д) ранения лица	17
	Примечание: При множественных ранениях каждая последующая рана – 5%, но не более 25% страховой суммы.	
144.	Сквозные ранения без повреждения костей, сосудов и внутренних органов:	
	а) одно ранение	20
	б) каждое последующее	10
	Примечание: По ст. 144.б максимальная страховая выплата не более 30% от страховой сумм	
145.	Слепое ранение без повреждения костей, сосудов, внутренних органов:	
	а) одно ранение	25
	б) каждое последующее	10
	Примечание: По ст. 145.б максимальная страховая выплата не более 30% от страховой сумм	
146.	При инфицированных ранениях (по ст. 143–146) дополнительно, однократно	10
XXVIII. ОГНЕСТРЕЛЬНЫЕ ПРОНИКАЮЩИЕ РАНЕНИЯ		
147.	Ранения головы:	
	а) без повреждения головного мозга и оболочек	30
	б) с повреждением мозговых оболочек	40
	в) с повреждением головного мозга	50

148.	Ранения грудной клетки:	
	а) без повреждения легкого	20
	б) с повреждением легкого	30
	в) повреждение крупных сосудов и сердца	50
	г) повреждение пищевода	50
	д) повреждение позвоночника	60
	е) повреждение спинного мозга	80
	ж) полный разрыв мозга	100
	и) при сопутствующем переломе одного-двух ребер	10
	к) при сопутствующем переломе от трех ребер	15
149.	Ранения брюшной полости:	
	а) без повреждения органов	30
	б) с повреждением желудка и кишечника	45
	в) повреждение поджелудочной железы	50
	г) повреждение селезенки	40
	д) повреждение печени	50
150.	Ранения почек	
		50
151.	Ранение мочеточников, мочевого пузыря	
		45
152.	Ранения шеи:	
	а) повреждение сосудов	60
	б) повреждение трахеи	50
153.	Ранения верхних конечностей (одна конечность):	
	а) повреждение ключицы	20
	б) повреждение костей плечевого пояса	30
	в) повреждение плеча	25
	г) повреждение сосуда или нерва на уровне плеча	35
	д) повреждение костей локтевого сустава	30
	е) повреждение сосуда или нерва на уровне локтевого сустава	30
	ж) кость предплечья	20
	з) две кости предплечья	30
	и) нерв или сосуд предплечья	25
	к) кость кисти или запястья	15
	л) две-четыре кости предплечья	25
	м) пять костей и более	35
	н) сосуд на уровне кисти	20
	о) один-два пальца	20
п) других пальцев	15	
154.	Ранения нижних конечностей (одна конечность):	
	а) повреждение головки или шейки бедра	35
	б) повреждение бедра	30
	в) повреждение сосуда или нерва на уровне бедра	35
	г) повреждение коленного сустава	35
	д) повреждение малой берцовой кости	15
	е) повреждение большой берцовой кости	35
	ж) повреждение нерва или сосуда голени	40
	з) повреждение голеностопного сустава	30
	и) повреждение пяточной кости	35
	к) повреждение одной-двух костей предплюсны и плюсны	20
	л) повреждение трех-четырех костей предплюсны и плюсны	25
	м) повреждение более четырех костей	40
	н) повреждение одного пальца	25
	о) других пальцев	15

	Примечание: При ранениях органов зрения и слуха страховая выплата производится по основной таблице в зависимости от степени потери зрения и слуха с добавлением 15% как огнестрельное ранение.				
155.	XXIX. СНИЖЕНИЕ ЗРЕНИЯ ВСЛЕДСТВИЕ ТРАВМЫ				
Острота зрения		Размер страховой выплаты	Острота зрения		Размер страховой выплаты
До травмы	После травмы		До травмы	После травмы	
1,0	0,6–0,9	5	0,5	0,3–0,4	5
	0,4–0,5	10		0,2	10
	0,3	15		0,1	20
	0,2	20		0,0	50
	0,1	50			
	0,0	100			
0,9	0,6–0,8	5	0,4	0,2–0,3	5
	0,4–0,5	10		0,1	10
	0,3	15		0,0	50
	0,2	20			
	0,1	50			
	0,0	100			
0,8	0,6–0,7	5	0,3	0,2	5
	0,4–0,5	10		0,1	10
	0,3	15		0,0	50
	0,2	20			
	0,1	50			
	0,0	100			
0,7	0,5–0,6	5	0,2	0,1	5
	0,3–0,4	10		0,0	20
	0,2	20			
	0,1	50			
	0,0	100			
0,7	0,4–0,5	5	0,1	0,0	20
	0,2–0,3	10			
	0,1	50			
	0,0	100			
156.	XXX. ТАБЛИЦА РАЗМЕРОВ СТРАХОВОЙ ВЫПЛАТЫ В % ОТ СТРАХОВОЙ СУММЫ ПРИ ОЖОГАХ				
Площадь ожога в % от поверхности тела	Степень ожога				
	II	III		IV	
	размер выплаты (в % от страховой суммы)				
При ожогах частей тела (кроме шеи и лица) страховая выплата в размере:					
1–2	1	2		3	
3–5	3	4		5	
6–9	7	9		10	
10–20	15	17		20	
21–30	25	28		30	
31–40	50	55		60	
41–60	70	80		80	
61–90	80	100		100	
более 90	100	100		100	
При ожогах лица и (или) шеи страховая выплата в размере:					
1–2	2	4		5	

3-4	5	7	8
5-6	8	12	15
7-8	12	16	21
9-10	16	30	40
Примечание: По статье 156 солнечные ожоги не дают оснований для осуществления страховой выплаты.			

Примечание:

Ушибы, разрывы и иные повреждения мягких тканей, не предусмотренные другими пунктами настоящей Таблицы выплат – 0,05% от страховой суммы.

Приложение № 8 к Правилам добровольного страхования от несчастных случаев и болезней № 1.1

**Таблица выплат
по риску «Телесные повреждения в результате несчастного случая», 94 пункта**

№	Характер повреждения	Размер выплаты % от страховой суммы
I. ЦЕНТРАЛЬНАЯ И ПЕРИФЕРИЧЕСКАЯ НЕРВНАЯ СИСТЕМА		
1.	Перелом костей черепа:	
	а) наружной пластинки костей свода	5
	б) свода (в том числе с эпи- и субдуральной гематомой)	15
	в) основания	20
	г) свода и основания	25
2.	Внутричерепное травматическое кровоизлияние:	
	а) субарахноидальное	10
	б) эпидуральная гематома	15
	в) субдуральная гематома	20
3.	Сотрясение головного мозга при сроке амбулаторного или стационарного лечения от 10 дней включительно	2
4.	Ушиб головного мозга	15
5.	Неудаленные инородные тела полости черепа (за исключением шовного и пластического материала)	15
6.	Размножение вещества головного мозга	50
	Примечание: За трепанацию черепа выплачивается дополнительно 5% от страховой суммы	
7.	Повреждение спинного мозга на любом уровне, а также конского хвоста:	
	а) частичный разрыв	60
	б) полный разрыв	100
8.	Периферическое повреждение одного или нескольких черепно-мозговых нервов	10
9.	Повреждение шейного, плечевого, поясничного, крестцового сплетений и их нервов:	
	а) повреждение нервных сплетений	15
	б) частичный разрыв сплетений	40
	в) полный разрыв сплетений	70
	г) разрыв нервов на уровне: лучезапястного, голеностопного сустава	10
	д) разрыв нервов на уровне: предплечья, голени	20
	е) разрыв нервов на уровне: плеча, локтевого сустава, бедра, коленного сустава	40
II. ОРГАНЫ ЗРЕНИЯ		
10.	Паралич аккомодации одного глаза	15
11.	Гемиянопсия одного глаза	15
12.	Пульсирующий экзофтальм одного глаза	10
13.	Сужение поля зрения:	
	а) неконцентрическое	5
	б) концентрическое	10
14.	Проникающее ранение глазного яблока, рубцовый трихиаз	10

15.	Эрозия роговицы	1
16.	Повреждение глаза, повлекшее за собой:	
	а) снижение зрения на 50% и более от исходной остроты зрения	10
	б) полную потерю зрения одного глаза	35
17.	Повреждение глаза, повлекшее за собой полную потерю зрения единственного глаза, обладавшего любым зрением, или обоих глаз, обладавших любым зрением, но не ниже 0,1	100
18.	Удаление в результате травмы глазного яблока, не обладающего зрением	10
19.	Перелом орбиты:	10
III. ОРГАНЫ СЛУХА		
20.	Повреждение ушной раковины, повлекшее за собой:	
	а) отсутствие до ½ части ушной раковины	5
	б) полное ее отсутствие	10
21.	Повреждение уха, повлекшее за собой:	
	а) потерю слуха на одно ухо	15
	б) полную глухоту (разговорная и шепотная речь 0)	30
IV. ДЫХАТЕЛЬНАЯ СИСТЕМА		
22.	Перелом костей носа	3
23.	Повреждение легкого, подкожная эмфизема, гемоторакс, пневмоторакс, инородное тело (тела) грудной полости:	
	а) с одной стороны	5
	б) с двух сторон	10
	Примечание: 1. Пневмония, развивающаяся в период лечения травмы или после оперативного вмешательства, произведенного по поводу травмы (за исключение повреждений грудной клетки и органов грудной полости), не дает оснований для страховой выплаты. 2. Если переломы ребер, грудины повлекли за собой осложнения, предусмотренные ст. 23, страховая выплата по этой статье осуществляется дополнительно к ст. 25, 26.	
24.	Повреждение легкого, повлекшее за собой:	
	а) удаление сегмента или нескольких сегментов легкого	15
	б) удаление части, доли легкого	30
	в) удаление легкого	50
25.	Перелом грудины	5
26.	Перелом ребер:	
	а) одного или двух ребра	3
	б) трех и более	5
	Примечание: 1. При переломе ребер во время реанимационных мероприятий страховая выплата осуществляется на общих основаниях. 2. Перелом хрящевой части ребра дает основание для страховой выплаты. 3. Если в справках, полученных из разных лечебно-профилактических учреждений, будет указано различное количество поврежденных ребер, страховая выплата производится с учетом большего числа ребер.	
27.	Проникающее ранение грудной клетки с проведением торакотомии по поводу травмы:	
	а) при отсутствии повреждения органов грудной полости	5
	б) при повреждении органов грудной полости	20
	Примечание: Если в связи с повреждением грудной клетки было произведено удаление легкого или его части, то выплаты по ст. 27 не производятся.	
28.	Перелом подъязычной кости	15
29.	Повреждение гортани, трахеи, подъязычной кости, щитовидного хряща, повлекшее за собой ношение трахеостомической трубки не менее 6 месяцев после травмы	20

	Примечание: Если выплата произведена по ст. 29, то выплаты по ст. 28 не производятся.	
V. СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТАЯ СИСТЕМА		
30.	Повреждение сердца, его оболочек и крупных магистральных сосудов, повлекшее за собой сердечно-сосудистую недостаточность	25
31.	Повреждение крупных периферических сосудов, не повлекшее за собой нарушения кровообращения	5
32.	Повреждение крупных периферических сосудов, повлекшее за собой сердечную недостаточность	25
	Примечание: Если выплаты произведены по ст. 30, 32, то выплаты по ст. 31 не производятся.	
VI. ОРГАНЫ ПИЩЕВАРЕНИЯ		
33.	Перелом верхней или нижней челюсти:	
	а) односторонний	10
	б) двусторонний	15
	в) перелом скуловой кости	7
34.	Повреждение челюсти, повлекшее за собой:	
	а) потерю части челюсти	40
	б) полную потерю челюсти	60
35.	Повреждение языка, повлекшее за собой:	
	а) отсутствие языка на уровне дистальной трети	15
	б) отсутствие языка на уровне средней трети	30
	в) полное отсутствие языка	50
36.	Повреждение пищевода, вызвавшее:	
	а) сужение пищевода	30
	б) непроходимость пищевода, но не ранее 6 месяцев со дня травмы Примечание: Ранее этого срока страховая выплата производится предварительно по ст. 36.а.	80
37.	Повреждение органов пищеварения, повлекшее за собой:	
	а) рубцовое сужение желудка, кишечника, заднепроходного отверстия	15
	б) спаечную болезнь	25
	в) кишечный свищ, кишечно-влагалищный свищ, свищ поджелудочной железы	40
	г) наложение колостомы	50
38.	Повреждение печени в результате травмы, повлекшее за собой:	
	а) разрыв печени, в связи с которым произведено хирургическое вмешательство	20
	б) удаление желчного пузыря	15
39.	Удаление более 1/2 печени в связи с травмой	30
	Примечание: Если выплаты произведены по ст. 38.а, то выплаты по ст. 39 не производятся	
40.	Повреждение селезенки, повлекшее за собой:	
	а) подкапсульный разрыв селезенки, потребовавший оперативного вмешательства	10
	б) удаление селезенки	20
41.	Повреждение желудка, поджелудочной железы, кишечника, брюшины, повлекшее за собой:	
	а) удаление 1/3 желудка или 1/3 кишечника	15
	б) удаление 1/2 желудка, или 1/2 поджелудочной железы, или 1/2 кишечника	25
	в) удаление 2/3 желудка, или 2/3 поджелудочной железы, или 2/3 кишечника	40
	г) удаление желудка с 2/3 поджелудочной железы или кишечника	50
	д) удаление желудка с кишечником и частью поджелудочной железы	90
VII. МОЧЕПОЛОВАЯ СИСТЕМА		

42.	Повреждение почки, повлекшее за собой:	
	а) разрыв почки, в связи с которым производилось хирургическое вмешательство	10
	б) удаление части почки	20
	в) удаление почки	50
43.	Повреждение органов мочевыделительной системы, повлекшее за собой:	
	а) разрыв мочеточника, мочевого пузыря, уретры, в связи с чем проводилось хирургическое вмешательство	10
	б) хроническую почечную недостаточность с проведением гемодиализа	30
	в) непроходимость мочеточника, мочеиспускательного канала, мочеполовые свищи	40
	Примечание: Если в результате травмы наступит нарушение функции нескольких органов мочевыделительной системы, процент страховой выплаты определяется по одному из подпунктов ст. 43, учитывающему наиболее тяжелые последствия повреждения.	
44.	Повреждение половой системы, повлекшее:	
	а) потерю одного яичника, яичника и маточных труб	20
	б) потерю двух яичников	30
	в) потерю матки с трубами	40
	г) потерю одной молочной железы	15
	д) потерю обеих молочных желез	30
	е) потерю части полового члена или обоих яичек	30
	ж) потерю полового члена	40
	з) потерю полового члена и одного или обоих яичек	50
VIII. МЯГКИЕ ТКАНИ		
45.	Повреждение мягких тканей волосистой части головы, туловища, конечностей, повлекшее за собой после заживления образование рубцов площадью (при открытых переломах костей и операциях выплата за рубцы не производится):	
	а) 1–2% поверхности тела	2
	б) 3–5% поверхности тела	5
	в) 6–9% поверхности тела	10
	г) 10–20% поверхности тела	20
	д) 21–30% поверхности тела	30
	е) 31% и более	60
46.	Повреждения мягких тканей лица, переднебоковой поверхности шеи, подчелюстной области, ушных раковин, повлекшие за собой после заживления:	
	а) образование рубцов площадью от 5 см ² и более или общей длиной 10 см и более	10
	б) образование рубцов площадью от 10 см ² и более или общей длиной 15 см и более	20
	Примечание: Если была произведена выплата по ст. 45, выплата по ст. 46 осуществляется за вычетом ранее произведенной по ст. 45 выплата. При открытых переломах костей и операциях выплата за рубцы не производится.	
47.	Ожоговая болезнь, ожоговый шок	10
IX. ПОЗВОНОЧНИК		
48.	Перелом тел позвонков:	
	а) одного позвонка	5
	б) двух позвонков	10
	в) трех и более позвонков	20
49.	Перелом остистых или поперечных отростков трех и более позвонков. Примечание: Если одновременно имеется травма, предусмотренная ст. 48, ст. 49 не применяется.	10

50.	Полный разрыв межпозвоночных связок	10
51.	Удаление копчиковой кости в результате травмы	15
52.	Перелом копчика, крестца	5
X. ВЕРХНЯЯ КОНЕЧНОСТЬ, ЛОПАТКА И КЛЮЧИЦА		
53.	Перелом лопатки, ключицы:	
	а) перелом одной кости	3
	б) перелом двух костей	5
	в) несросшийся перелом, ложный сустав	15
	Примечание: Выплата производится не ранее чем через 6 месяцев после травмы. Если были произведены выплаты по ст. 53.а, б, выплаты по ст. 53.в производятся за вычетом ранее произведенных по ст. 53.а, б выплат.	
XI. ПЛЕЧЕВОЙ СУСТАВ		
54.	Повреждение плечевого сустава (перелом суставной впадины лопатки, головки плечевой кости, анатомической, хирургической шейки, большого бугорка):	
	а) перелом одной кости	5
	б) перелом двух костей, перелом-вывих	10
55.	Повреждение плечевого сустава, повлекшее за собой:	
	а) отсутствие движений в суставе (анкилоз) не ранее 3 месяцев после травмы	20
	б) «болтающийся» плечевой сустав в результате резекции суставных поверхностей составляющих его костей	40
	Примечание: Если в связи с травмой плечевого сустава производилась выплата страхового возмещения по ст. 54, а затем возникли осложнения, перечисленные в ст. 55, страховое возмещение выплачивается в соответствии с одним из подпунктов ст. 55 за вычетом ранее произведенной по ст. 54 выплаты.	
XII. ПЛЕЧО		
56.	Перелом плеча на любом уровне, кроме внутрисуставного:	
	а) без смещения	10
	б) со смещением	15
57.	Травматическая ампутация верхней конечности или тяжелое повреждение ее, приведшее к ампутации:	
	а) плеча на любом уровне	75
	б) с лопаткой, ключицей или их частью	80
	в) единственной верхней конечности на любом уровне плеча	100
XIII. ЛОКТЕВОЙ СУСТАВ		
58.	Повреждение локтевого сустава:	
	а) перелом одной кости, составляющей сустав, без смещения отломков	5
	б) перелом двух костей, составляющих сустав, без смещения отломков	10
	в) перелом кости (костей) со смещением отломков	15
59.	Повреждение в области локтевого сустава, повлекшее за собой:	
	а) отсутствие движений в суставе (анкилоз)	40
	б) «болтающийся» локтевой сустав (в результате резекции суставных поверхностей составляющих его костей)	50
	Примечание: Если в связи с травмой локтевого сустава производилась выплата страхового возмещения по ст. 58, а затем возникли осложнения, перечисленные в ст. 59, страховое возмещение выплачивается в соответствии с одним из подпунктов ст. 59 за вычетом ранее произведенной по ст. 58 выплаты.	

XIV. ПРЕДПЛЕЧЬЕ		
60.	Перелом костей предплечья (за исключением области дистального метафиза и внутрисуставных переломов):	
	а) одной кости	5
	б) двух костей	10
61.	Травматическая ампутация или тяжелое повреждение, приведшее к ампутации предплечья на любом уровне	60
XV. ЛУЧЕЗАПЯСТНЫЙ СУСТАВ, КИСТЬ		
62.	Перелом костей предплечья в области дистального метафиза, полный разрыв связок:	
	а) перелом кости	3
	б) полный разрыв связок	2
63.	Анкилоз лучезапястного сустава вследствие травмы, происшедшей в период страхования (выплаты производятся не ранее чем через 6 месяцев после травмы)	10
	Примечание: Если выплаты были произведены по ст. 62.а или б, то выплаты по ст. 63 производятся за вычетом ранее произведенных выплат по ст. 62.	
64.	Перелом костей запястья, пясти:	
	а) одной кости	3
	б) двух и более костей	5
65.	Травматическая ампутация или тяжелое повреждение кисти, приведшее к ее ампутации на уровне пястных костей или запястья	50
XVII. ПАЛЬЦЫ КИСТИ, ПЕРВЫЙ ПАЛЕЦ		
66.	Перелом большого пальца	3
67.	Потеря ногтевой фаланги большого пальца	10
68.	Потеря большого пальца	15
XVIII. ВТОРОЙ, ТРЕТИЙ, ЧЕТВЕРТЫЙ, ПЯТЫЙ ПАЛЬЦЫ		
69.	Перелом пальца	2
70.	Потеря указательного пальца	8
71.	Потеря ногтевой фаланги указательного пальца	5
72.	Потеря любого другого пальца руки	5
73.	Травматическая ампутация или повреждение, повлекшее за собой ампутацию всех пальцев одной кисти	40
XIX. НИЖНЯЯ КОНЕЧНОСТЬ. ТАЗОБЕДРЕННЫЙ СУСТАВ		
74.	Перелом костей таза:	
	а) перелом крыла подвздошной кости	10
	б) перелом лонной, седалищной кости, тела подвздошной кости, вертлужной впадины	15
75.	Разрыв лонного, крестцово-подвздошного сочленения:	
	а) одного сочленения	10
	б) двух и более сочленений	15
76.	Перелом головки, шейки бедра, полный разрыв связок:	
	а) перелом головки, шейки бедра	10
	б) полный разрыв связок	5
77.	Повреждение тазобедренного сустава, повлекшее за собой:	
	а) анкилоз сустава	25
	б) «болтающийся» сустав (в результате резекции головки бедра, вертлужной впадины)	45
	Примечания: Если в связи с травмой тазобедренного сустава производилась выплата страхового возмещения по ст. 74, 76, а затем возникли осложнения, перечисленные в ст. 77, страховая выплата производится в соответствии с одним из подпунктов ст. 77 за вычетом ранее произведенной по	

	ст. 74, 76 выплаты.	
XX. БЕДРО		
78.	Перелом бедра на любом уровне за исключением области суставов:	
	а) без смещения отломков	15
	б) со смещением отломков	20
79.	Травматическая ампутация или тяжелое повреждение, приведшее к ампутации конечности на уровне:	
	а) выше середины бедра	70
	б) до середины бедра	60
	в) потеря единственной конечности	100
XXI. КОЛЕННЫЙ СУСТАВ		
80.	Повреждение коленного сустава, повлекшее за собой перелом костей, составляющих коленный сустав (дистальный эпифиз бедра и проксимальный эпифиз большеберцовой кости)	
81.	Повреждение коленного сустава, повлекшее за собой:	
	а) анкилоз сустава	20
	б) «болтающийся» коленный сустав в результате резекции суставных поверхностей составляющих его костей	30
	в) эндопротезирование	40
Примечание: Если в связи с травмой коленного сустава производилась выплата по ст. 80, а затем возникли осложнения, перечисленные в ст. 81, страховое возмещение выплачивается в соответствии с одним из подпунктов ст. 80 за вычетом ранее произведенной по ст. 80 выплаты.		
XXII. ГОЛЕНЬ		
82.	Перелом костей голени:	
	а) одной кости	10
	б) двух костей	15
83.	Травматическая ампутация нижней конечности на уровне голени	
84.	Перелом костей голени, повлекший за собой несросшийся перелом, ложный сустав (за исключением костных фрагментов):	
	а) большеберцовой кости	10
	б) обеих костей	15
XXIII. ГОЛЕНОСТОПНЫЙ СУСТАВ		
85.	Повреждение костей голеностопного сустава:	
	а) перелом одной лодыжки	5
	б) перелом обеих лодыжек, перелом лодыжек с краем большеберцовой кости, разрыв дистального межберцового синдесмоза	10
86.	Повреждение голеностопного сустава повлекшее за собой:	
	а) отсутствие движений в суставе (анкилоз)	20
	б) «болтающийся» голеностопный сустав (в результате резекции) суставных поверхностей составляющих его костей	30
	Примечание: Если в связи с травмой голеностопного сустава производилась выплата по ст. 85, а затем возникли осложнения, перечисленные в ст. 86, страховая выплата производится в соответствии с одним из подпунктов ст. 86 за вычетом ранее произведенной по ст. 85 выплаты.	
87.	Полный разрыв ахиллова сухожилия:	
XXIV. СТОПА, ПАЛЬЦЫ СТОПЫ		
88.	Перелом кости (костей) стопы:	
	а) перелом одной-двух костей (кроме пяточной кости)	5
	б) перелом трех и более костей, пяточной кости	10
89.	Переломы фаланг	
90.	Травматическая ампутация или повреждение, повлекшее за собой ампутацию:	
	а) большого пальца ноги	5

	б) другого пальца ноги	3	
	в) стопы	30	
XXVI. ОСЛОЖНЕНИЯ, РАЗВИВШИЕСЯ В РЕЗУЛЬТАТЕ ТРАВМ			
91.	Травматический шок или шок, развившийся вследствие острой кровопотери, связанной с травмой (геморрагический шок)	20	
92.	Тромбоэмболические осложнения при медицинских манипуляциях, развившиеся не позднее 5 дней со дня оперативного вмешательства	8	
93.	Гнойно-септические осложнения, возникшие не позднее 10-го дня после хирургической (в том числе эндоскопической) операции:		
	а) локализованные формы, в том числе – нагноение и расхождение послеоперационных швов; – наложение вторичных швов на послеоперационную рану	4	
	б) генерализованные формы	8	
94.	XXX. ТАБЛИЦА РАЗМЕРОВ СТРАХОВОЙ ВЫПЛАТЫ В % ОТ СТРАХОВОЙ СУММЫ ПРИ ОЖОГАХ		
Площадь ожога в % от поверхности тела	Степень ожога		
	II	III	IV
	размер выплаты (в % от страховой суммы)		
При ожогах частей тела (кроме шеи и лица) страховая выплата в размере:			
1–2	1	2	3
3–5	3	4	5
6–9	7	9	10
10–20	15	17	20
21–30	25	28	30
31–40	50	55	60
41–60	70	80	80
61–90	80	100	100
более 90	100	100	100
При ожогах лица и (или) шеи страховая выплата в размере:			
1–2	2	4	5
3–4	5	7	8
5–6	8	12	15
7–8	12	16	21
9–10	16	30	40
Примечание:			
По статье 94 солнечные ожоги не дают оснований для осуществления страховой выплаты.			

Примечание:

Ушибы, разрывы и иные повреждения мягких тканей, не предусмотренные другими пунктами настоящей Таблицы выплат – 0,05% от страховой суммы.

Приложение № 9 к Правилам добровольного страхования от несчастных случаев и болезней № 1.1

**Таблица выплат
по риску «Телесные повреждения в результате несчастного случая», 83 пункта**

№	Характер телесных повреждений	Размер выплаты в % от страховой суммы
ЦЕНТРАЛЬНАЯ И ПЕРИФЕРИЧЕСКАЯ НЕРВНАЯ СИСТЕМА		
1.	<u>Перелом костей черепа (за исключением перелома орбиты, костей носа, скуловой кости, верхней и нижней челюстей, зубов, подъязычной кости):</u>	
	а) перелом наружной пластинки костей свода черепа	5
	б) свода черепа	15
	в) основания черепа	20
	г) свода и основания черепа	25
<i>При открытых переломах выплачивается дополнительно 5% от страховой суммы.</i>		
2.	Внутричерепное (эпидуральное, субдуральное, внутримозговое) травматическое кровоизлияние	15
3.	Сотрясение головного мозга, ушиб головного мозга легкой степени при сроках стационарного лечения 10 и более дней	2
4.	Ушиб головного мозга средней и тяжелой степени	15
5.	Размозжение вещества головного мозга	50
6.	<u>Повреждение спинного мозга на любом уровне, а также конского хвоста:</u>	
	а) частичный разрыв	60
	б) полный разрыв	100
7.	Периферическое повреждение черепно-мозговых нервов	10
8.	<u>Повреждение шейного, плечевого, поясничного, крестцового сплетений и их нервов:</u>	
	а) повреждение нервных сплетений	15
	б) частичный разрыв сплетений	40
	в) полный разрыв сплетений	70
	г) разрыв нервов на уровне: лучезапястного, голеностопного сустава	10
	д) разрыв нервов на уровне: предплечья, голени	20
	е) разрыв нервов на уровне: плеча, локтевого сустава, бедра, коленного сустава	40
<i>Выплаты при повреждении нервов производятся в том случае, если повреждение привело к параличу конечности.</i>		
ОРГАНЫ ЗРЕНИЯ		
9.	Паралич аккомодации одного глаза	15
10.	Гемианопсия одного глаза	15
11.	Пульсирующий экзофтальм одного глаза	10
12.	Проникающее ранение глазного яблока, рубцовый трихиаз	10
13.	<u>Повреждение глаза, повлекшее за собой:</u>	
	а) снижение зрения на 50% и более от исходной остроты зрения	10
	б) полную потерю зрения одного глаза	35
14.	Повреждение глаза, повлекшее за собой полную потерю зрения единственного глаза, обладавшего любым зрением, или обоих глаз, обладавших любым зрением	100
15.	Удаление в результате травмы глазного яблока, не обладавшего зрением	10
16.	Перелом орбиты	10

ОРГАНЫ СЛУХА		
17.	Повреждение ушной раковины, повлекшее за собой полное ее отсутствие	10
18.	<u>Повреждение уха, повлекшее за собой:</u>	
	а) потерю слуха на одно ухо	15
	б) полную глухоту (разговорная и шепотная речь 0)	30
ДЫХАТЕЛЬНАЯ СИСТЕМА		
19.	Перелом костей носа	3
20.	<u>Повреждение легкого, повлекшее за собой: эмфизему, гемоторакс, пневмоторакс, экссудативный плеврит:</u>	
	а) с одной стороны	5
	б) с двух сторон	10
21.	<u>Повреждение легкого, повлекшее за собой:</u>	
	а) удаление доли легкого	30
	б) удаление легкого	50
22.	Перелом грудины	5
23.	<u>Переломы ребер:</u>	
	а) одного-двух ребер	3
	б) трех и более ребер	5
24.	<u>Проникающее ранение грудной клетки с проведением торакотомии по поводу травмы:</u>	
	а) при отсутствии повреждения органов грудной полости	5
	б) при повреждении органов грудной полости	20
	<i>Если в связи с повреждением грудной клетки было произведено удаление легкого или его части, то выплаты по ст. 24 не производятся.</i>	
25.	Перелом подъязычной кости	15
26.	Повреждение гортани, трахеи, подъязычной кости, щитовидного хряща, повлекшее за собой ношение трахеостомической трубки	20
	<i>Если выплата произведена по ст. 26, то выплаты по ст. 25 не производятся.</i>	
СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТАЯ СИСТЕМА		
27.	Повреждение сердца, его оболочек и крупных магистральных сосудов, повлекшее за собой сердечно-сосудистую недостаточность	25
28.	Повреждение крупных периферических сосудов, не повлекшее за собой нарушения кровообращения	5
29.	Повреждение крупных периферических сосудов, повлекшее за собой сердечную недостаточность	25
	<i>Если выплаты произведены по ст. 27, 29, то выплаты по ст. 28 не производятся.</i>	
ОРГАНЫ ПИЩЕВАРЕНИЯ		
30.	<u>Перелом верхней или нижней челюсти:</u>	
	а) односторонний	5
	б) двусторонний	10
	в) перелом скуловой кости	7
31.	<u>Повреждение челюсти, повлекшее за собой:</u>	
	а) потерю части челюсти	40
	б) полную потерю челюсти	60
32.	<u>Повреждение языка, повлекшее за собой:</u>	
	а) отсутствие языка на уровне дистальной трети	15
	б) отсутствие языка на уровне средней трети	30
	в) полное отсутствие языка	50
33.	<u>Повреждение пищевода, вызвавшее:</u>	
	а) сужение пищевода	30
	б) непроходимость пищевода, но не ранее 6 месяцев со дня травмы. <i>Ранее этого срока страховое возмещение выплачивается предварительно по ст. 33.а.</i>	80

34.	Повреждение кишечника, повлекшее за собой наложение колостомы	50
35.	<u>Повреждение печени в результате травмы, повлекшее за собой:</u>	
	а) разрыв печени, в связи с которым произведено хирургическое вмешательство	20
	б) удаление желчного пузыря	15
36.	Удаление более $\frac{1}{2}$ печени в связи с травмой	30
	<i>Если выплаты произведены по ст. 35.а, то выплаты по ст. 36 не производятся.</i>	
37.	<u>Повреждение селезенки, повлекшее за собой:</u>	
	а) подкапсульный разрыв селезенки, потребовавший оперативного вмешательства	10
	б) удаление селезенки	20
38.	<u>Повреждение желудка, поджелудочной железы, кишечника, брюшины, повлекшее за собой:</u>	
	а) удаление $\frac{1}{3}$ желудка или $\frac{1}{3}$ кишечника	15
	б) удаление $\frac{1}{2}$ желудка, или $\frac{1}{3}$ поджелудочной железы, или $\frac{1}{2}$ кишечника	25
	в) удаление $\frac{2}{3}$ желудка, или $\frac{2}{3}$ поджелудочной железы, или $\frac{2}{3}$ кишечника	40
	г) удаление желудка с $\frac{2}{3}$ поджелудочной железы или кишечника	50
	д) удаление желудка с кишечником и частью поджелудочной железы	90
МОЧЕПОЛОВАЯ СИСТЕМА		
39.	<u>Повреждение почки, повлекшее за собой:</u>	
	а) разрыв почки, в связи с которым производилось хирургическое вмешательство	10
	б) удаление части почки	20
	в) удаление почки	50
40.	<u>Повреждение органов мочевыделительной системы, повлекшее за собой:</u>	
	а) разрыв мочеточника, мочевого пузыря, уретры, в связи с чем проводилось хирургическое вмешательство	10
	б) хроническую почечную недостаточность с проведением гемодиализа	35
	в) непроходимость мочеточника, мочеиспускательного канала, мочеполовые свищи	40
	<i>Если в результате травмы наступит нарушение функции нескольких органов мочевыделительной системы, процент страховой суммы определяется по одному из подпунктов ст. 40, учитывающему наиболее тяжелые последствия повреждения.</i>	
МЯГКИЕ ТКАНИ		
41.	Повреждения мягких тканей лица, волосистой части головы, туловища, конечностей, повлекшие за собой образование рубцов площадью в % от поверхности тела; ожоги III–IV степени. Примечание: 1% поверхности тела исследуемого равен площади ладонной поверхности его кисти и пальцев.	
	а) 3–5% поверхности тела	5
	б) 6–9% поверхности тела	10
	в) 10–20% поверхности тела	20
	г) 21–30% поверхности тела	30
	д) 31% и более	60
	<i>При открытых переломах костей и операциях выплата за рубцы не производится.</i>	
42.	Ожоговая болезнь, ожоговый шок	15
ПОЗВОНОЧНИК		
43.	<u>Перелом тел позвонков:</u>	
	а) одного позвонка	5
	б) двух позвонков	10
	в) трех или более позвонков	20
44.	Перелом остистых или поперечных отростков трех и более позвонков. Если одновременно имеется травма, предусмотренная ст. 43, ст. 44 не применяется	10

45.	Полный разрыв межпозвоночных связок	10
46.	Перелом крестца, копчика	5
47.	Удаление копчиковой кости в результате травмы	15
ВЕРХНЯЯ КОНЕЧНОСТЬ, ЛОПАТКА, КЛЮЧИЦА		
48.	<u>Перелом лопатки, ключицы:</u>	
	а) перелом одной кости	3
	б) перелом двух костей	5
	в) несросшийся перелом, ложный сустав	15
<i>Если были произведены выплаты по ст. 48.а, б, выплаты по ст. 48.в производятся за вычетом ранее произведенной по ст. 48.а, б выплаты.</i>		
ПЛЕЧЕВОЙ СУСТАВ		
49.	<u>Повреждение плечевого сустава (перелом суставной впадины лопатки, головки плечевой кости, анатомической шейки, большого бугорка):</u>	
	а) перелом одной кости	5
	б) перелом двух костей, перелом-вывих	10
50.	<u>Повреждение плечевого сустава, повлекшее за собой:</u>	
	а) отсутствие движений в суставе (анкилоз) – не ранее 3 месяцев после травмы	20
	б) «болтающийся» плечевой сустав в результате резекции суставных поверхностей составляющих его костей	30
	<i>Если в связи с травмой плечевого сустава производилась выплата страхового возмещения по ст. 49, а затем возникли осложнения, перечисленные в ст. 50, страховое возмещение выплачивается в соответствии с одним из подпунктов ст. 50 за вычетом ранее произведенной по ст. 49 выплаты.</i>	
ПЛЕЧО		
51.	<u>Перелом плечевой кости на любом уровне (кроме суставов):</u>	
	а) без смещения	10
	б) со смещением	15
52.	<u>Травматическая ампутация верхней конечности или тяжелое повреждение ее, приведшее к ампутации:</u>	
	а) верхней конечности с лопаткой, ключицей или их частью	60
	б) плечевой кости	50
	в) единственной верхней конечности	80
ЛОКТЕВОЙ СУСТАВ		
53.	<u>Повреждение локтевого сустава:</u>	
	а) перелом одной кости, составляющей сустав без смещения отломков	5
	б) перелом двух костей, составляющих сустав, без смещения отломков	10
	в) перелом кости (костей) со смещением отломков	15
54.	<u>Повреждение локтевого сустава, повлекшее за собой:</u>	
	а) отсутствие движений в суставе	25
	б) «болтающийся» локтевой сустав (в результате резекции суставных поверхностей составляющих его костей)	35
	<i>Если в связи с травмой локтевого сустава производилась выплата страхового возмещения по ст. 53, а затем возникли осложнения, перечисленные в ст. 54, страховое возмещение выплачивается в соответствии с одним из подпунктов ст. 54 за вычетом ранее произведенной по ст. 53 выплаты.</i>	
ПРЕДПЛЕЧЬЕ		
55.	<u>Перелом костей предплечья (за исключением области дистального метафиза и внутрисуставных переломов):</u>	
	а) одной кости	5
	б) двух костей	10
56.	Травматическая ампутация или тяжелое повреждение, приведшее к ампутации предплечья на любом уровне.	40
ЛУЧЕЗАПЯСТНЫЙ СУСТАВ, КИСТЬ		
57.	<u>Перелом костей предплечья в области дистального метафиза, в типичном месте, полный разрыв связок:</u>	
	а) перелом кости	3
	б) полный разрыв связок	2

58.	Анкилоз лучезапястного сустава вследствие травмы, происшедшей в период страхования (выплаты производятся не ранее чем через 6 месяцев после травмы)	10
	<i>Если выплаты были произведены по ст. 57.а или б, то выплаты по ст. 58 производятся за вычетом ранее произведенных выплат по ст. 57.</i>	
59.	<u>Перелом костей запястья, пясти:</u>	
	а) одной кости	3
	б) двух и более костей	5
60.	Травматическая ампутация или тяжелое повреждение кисти, приведшее к ампутации на уровне пястных костей или запястья	40
КИСТЬ, ПАЛЬЦЫ КИСТИ		
61.	Перелом большого пальца	3
62.	Потеря ногтевой фаланги большого пальца	10
63.	Потеря большого пальца	15
ВТОРОЙ, ТРЕТИЙ, ЧЕТВЕРТЫЙ, ПЯТЫЙ ПАЛЕЦ		
64.	Перелом пальца	2
65.	Потеря указательного пальца	8
66.	Потеря ногтевой фаланги указательного пальца	5
67.	Потеря любого другого пальца руки	5
68.	Травматическая ампутация или повреждение, повлекшее за собой ампутацию всех пальцев одной кисти	30
НИЖНЯЯ КОНЕЧНОСТЬ. ТАЗОБЕДРЕННЫЙ СУСТАВ		
69.	<u>Перелом костей таза:</u>	
	а) перелом крыла подвздошной кости	10
	б) перелом лонной, седалищной кости, тела подвздошной кости, вертлужной впадины	15
70.	<u>Разрыв лонного, крестцово-подвздошного сочленений:</u>	
	а) одного сочленения	10
	б) двух и более сочленений	15
71.	<u>Перелом головки, шейки бедра, полный разрыв связок:</u>	
	а) перелом головки, шейки бедра	10
	б) полный разрыв связок	5
72.	<u>Повреждение тазобедренного сустава, повлекшее за собой:</u>	
	а) анкилоз сустава	25
	б) «болтающийся» сустав (в результате резекции головки бедра, вертлужной впадины)	40
	<i>Если в связи с травмой тазобедренного сустава производилась выплата страхового возмещения по ст. 69, 71, а затем возникли осложнения, перечисленные в ст. 72, страховое возмещение выплачивается в соответствии с одним из подпунктов ст. 72 за вычетом ранее произведенной по ст. 69, 71 выплаты.</i>	
БЕДРО		
73.	<u>Перелом бедра на любом уровне (за исключением области суставов):</u>	
	а) без смещения отломков	15
	б) со смещением отломков	20
74.	<u>Травматическая ампутация или тяжелое повреждение, приведшее к ампутации конечности на уровне:</u>	
	а) выше середины бедра	70
	б) до середины бедра	60
	в) потеря единственной конечности	100
КОЛЕННЫЙ СУСТАВ		
75.	Повреждение коленного сустава, повлекшее за собой перелом костей, составляющих коленный сустав (дистальный эпифиз бедра и проксимальный эпифиз большеберцовой кости)	20
76.	<u>Повреждение коленного сустава, повлекшее за собой:</u>	
	а) анкилоз сустава	30

	б) «болтающийся» коленный сустав в результате резекции суставных поверхностей составляющих его костей	40
<i>Если в связи с травмой коленного сустава производилась выплата по ст. 75, а затем возникли осложнения, перечисленные в ст. 76, страховое возмещение выплачивается в соответствии с одним из подпунктов ст. 76 за вычетом ранее произведенной по ст. 75 выплаты.</i>		
ГОЛЕНЬ		
77.	<u>Перелом костей голени:</u>	
	а) одной кости	10
	б) двух костей	15
78.	Травматическая ампутация нижней конечности до середины голени	40
ГОЛЕНОСТОПНЫЙ СУСТАВ		
79.	<u>Перелом костей голеностопного сустава:</u>	
	а) перелом одной лодыжки	5
	б) перелом обеих лодыжек, перелом лодыжек с краем большеберцовой кости, разрыв дистального межберцового синдесмоза	10
80.	<u>Повреждение голеностопного сустава, повлекшее за собой:</u>	
	а) анкилоз сустава	20
	б) «болтающийся» сустав (в результате резекции суставных поверхностей составляющих его костей)	30
<i>Если в связи с травмой голеностопного сустава производилась выплата по ст. 79, а затем возникли осложнения, перечисленные в ст. 80, страховое возмещение выплачивается в соответствии с одним из подпунктов ст. 80 за вычетом ранее произведенной по ст. 79 выплаты.</i>		
СТОПА, ПАЛЬЦЫ СТОПЫ		
81.	<u>Перелом кости (костей) стопы:</u>	
	а) перелом одной-двух костей (кроме пяточной кости)	5
	б) перелом трех и более костей, пяточной кости	10
82.	Переломы фаланг стопы	2
83.	<u>Травматическая ампутация или повреждение, повлекшее за собой ампутацию:</u>	
	а) большого пальца ноги	5
	б) другого пальца ноги	3
	в) стопы	30

Примечание:

Ушибы, разрывы и иные повреждения мягких тканей, не предусмотренные другими пунктами настоящей Таблицы выплат – 0,05% от страховой суммы.

Приложение № 10 к Правилам добровольного страхования от несчастных случаев и болезней № 1.1

**Таблица выплат
по риску «Телесные повреждения в результате несчастного случая», 36 пунктов**

№	Характер повреждения	Размер выплаты в % от страховой суммы
1.	Перелом костей черепа	15
2.	Ушиб головного мозга	10
3.	Проникающее ранение глаза, не повлекшее за собой снижения остроты зрения	5
4.	Потеря зрения на один глаз	35
5.	Потеря зрения на оба глаза	100
6.	Перелом орбиты глаза	10
7.	Потеря слуха на одно ухо	15
8.	Потеря слуха на оба уха	60
9.	Проникающее ранение грудной клетки	10
10.	Перелом грудины	5
11.	Перелом двух и более ребер	5
12.	Перелом верхней челюсти, скуловой кости или нижней челюсти	10
13.	Перелом двух и более позвонков, кроме крестца и копчика	15
14.	Перелом крестца	5
15.	Повреждение копчика	5
16.	Перелом лопатки, ключицы	5
17.	Перелом двух и более костей, составляющих плечевой сустав	10
18.	Перелом плечевой кости	5
19.	Потеря руки выше локтевого сустава	65
20.	Потеря руки ниже локтевого сустава	60
21.	Перелом костей локтевого сустава	10
22.	Перелом обеих костей предплечья на любом уровне	5
23.	Перелом двух и более костей запястья, двух и более пястных костей одной кисти	5
24.	Потеря большого пальца руки	10
25.	Потеря указательного пальца руки	5
26.	Потеря другого пальца руки	3
27.	Перелом костей таза	15
28.	Перелом бедра	10
29.	Потеря ноги до середины голени или одной ступни	50
30.	Потеря ноги до середины бедра	60
31.	Потеря ноги выше середины бедра	70
32.	Повреждение коленного сустава, повлекшее за собой перелом костей, его составляющих	10
33.	Перелом костей голени (за исключением области суставов)	5
34.	Перелом фаланг пальцев ноги	2
35.	Потеря большого пальца ноги	5
36.	Потеря другого пальца ноги	3

Примечание: Ушибы, разрывы и иные повреждения мягких тканей, не предусмотренные другими пунктами настоящей Таблицы выплат – 0,05% от страховой суммы.

Приложение № 11 к Правилам добровольного страхования от несчастных случаев и болезней № 1.1

**Таблица выплат
по риску «Телесные повреждения в результате несчастного случая», 72 пункта**

Характер повреждения	Размер выплаты. До % от страховой суммы
I. Кости черепа. Нервная система	
1. Перелом костей черепа:	
а) перелом наружной пластинки свода, костей лицевого черепа, травматическое расхождение шва	5
б) перелом свода	15
в) перелом основания	20
г) перелом свода и основания	25
2. Открытый перелом костей черепа и (или) оперативные вмешательства на головном мозге и его оболочках в связи с черепно-мозговой травмой - однократно (независимо от количества оперативных вмешательств)	7
2.1. Проникающие ранения черепа без повреждения головного мозга, за исключением переломов костей черепа, учтенных при применении пунктов 1 и 2 настоящей Таблицы	7
3. Повреждение головного мозга:	
а) сотрясение головного мозга при непрерывном лечении:	
общей продолжительностью менее 10 дней амбулаторного или стационарного лечения	1
общей продолжительностью 10 и более дней амбулаторного или стационарного лечения	3
общей продолжительностью не менее 28 дней амбулаторного лечения в сочетании со стационарным лечением, длительность которого составила не менее 7 дней	5
б) ушиб головного мозга (в том числе с субарахноидальным кровоизлиянием) при непрерывном лечении:	
общей продолжительностью не менее 14 дней амбулаторного лечения в сочетании или без сочетания со стационарным лечением	7
общей продолжительностью не менее 28 дней амбулаторного лечения в сочетании со стационарным лечением, длительность которого составила не менее 14 дней	10
общей продолжительностью не менее 28 дней амбулаторного лечения в сочетании со стационарным лечением, длительность которого составила не менее 14 дней, при условии, что субарахноидальное кровоизлияние было подтверждено результатами анализа ликвора	15
в) сдавление эпидуральной гематомой (гематомами)	20
г) сдавление субдуральной, внутримозговой гематомой (гематомами)	25
4. Повреждение спинного мозга на любом уровне, а также повреждение конского хвоста:	
а) сотрясение спинного мозга при непрерывном стационарном лечении общей продолжительностью не менее 7 дней и амбулаторном лечении общей продолжительностью не менее 28 дней	5
б) ушиб спинного мозга, в том числе с субарахноидальным кровоизлиянием, при	10

непрерывном лечении общей продолжительностью не менее 28 дней амбулаторного лечения в сочетании со стационарным лечением, длительность которого составила не менее 14 дней	
в) сдавление спинного мозга, гематомиелия и (или) частичный разрыв	25
г) полный перерыв спинного мозга	75
5. Повреждение позвоночника, повлекшее за собой оперативное вмешательство на позвоночнике (независимо от количества оперативных вмешательств)	10
5.1. Проникающее ранение позвоночника, за исключением повреждений позвоночника, учтенных при применении пункта 5 настоящей Таблицы	7
6. Повреждение, разрыв нервов, нервных сплетений:	
а) травматический неврит, частичный разрыв нервов, перерыв 2 и более пальцевых нервов, полный разрыв нервных стволов не предусмотренной здесь и далее локализации	5
б) травматический плексит, полный перерыв основных нервных стволов*(1) на уровне лучезапястного, голеностопного суставов	10
в) полный перерыв основных нервных стволов на уровне предплечья, голени	20
г) частичный разрыв сплетения, полный перерыв основных нервных стволов нижней конечности выше уровня голени, верхней конечности выше уровня предплечья	40
д) полный разрыв сплетения	70
е) сотрясение, ушиб, сдавление спинномозговых нервов	3
II. Органы зрения	
7. Повреждение 1 глаза:	
а) непроникающее ранение, травматическая эрозия роговицы, ожоги II степени, гемофтальм, сквозное ранение века, разрыв или отрыв века, в том числе если указанные повреждения сопровождались конъюнктивитом, кератитом	5
б) проникающее ранение, контузия глазного яблока, сопровождавшаяся разрывом оболочек, ожог III (II - III) степени, ожог глазного яблока	10
в) разрыв или отрыв глазодвигательного нерва	10
8. Последствия травмы 1 глаза, подтвержденные окулистом (офтальмологом) по истечении 3 месяцев после травмы*(2):	
а) дефект радужной оболочки и (или) изменение формы зрачка, смещение, вывих хрусталика (за исключением протезированного), трихиаз (неправильный рост ресниц), неудаленные инородные тела, внедрившиеся в глазное яблоко и ткани глазницы, атрофия (субатрофия) поврежденного глазного яблока, отслоение сетчатки	10
б) снижение остроты зрения, в том числе в результате разрыва или отрыва зрительного нерва, без учета коррекции (в том числе искусственным хрусталиком) не менее чем в 2 раза	определяется согласно примечанию к настоящей Таблице
9. Паралич аккомодации, гемианопсия 1 глаза	15
10. Сужение поля зрения 1 глаза:	
а) неконцентрическое	10
б) концентрическое	15
11. Пульсирующий экзофтальм 1 глаза	10
12. Перелом орбиты 1 глаза	10
13. Повреждение мышц глазного яблока 1 глаза, вызвавшее травматическое косоглазие, птоз, диплопию	10
14. Последствия повреждения слезопроводящих путей 1 глаза, потребовавшие оперативного лечения	5
III. Органы слуха	
15. Повреждение ушной раковины, повлекшее за собой:	
а) отсутствие до одной третьей части ушной раковины	3
б) отсутствие одной третьей - одной второй части ушной раковины	5

в) отсутствие более чем одной второй части ушной раковины	10
16. Посттравматическое снижение слуха 1 уха, установленное аудиометрически по истечении 3 месяцев после травмы, не менее чем на 50 дБ на частотах 500 - 4000 Гц	5
17. Разрыв 1 барабанной перепонки, наступивший в результате прямой травмы, независимо от ее вида	5
IV. Дыхательная система	
18. Перелом костей носа, передней стенки лобной, гайморовой пазух, решетчатой кости:	
а) если не проводилось лечение с применением специальных методов (фиксация, операция)	5
б) при лечении с применением специальных методов (фиксация, операция)	10
19. Повреждение легкого, проникающее ранение грудной клетки, повлекшее за собой гемоторакс, пневмоторакс, подкожную эмфизему, удаление легкого:	
а) гемоторакс, пневмоторакс, подкожная эмфизема с одной стороны	7
б) удаление части легкого	40
в) полное удаление легкого	60
20. Ранение грудной клетки, проникающее в плевральную полость, полость перикарда или клетчатку средостения, в том числе без повреждения внутренних органов	
20.1. Травматическая асфиксия	7
21. Перелом:	
а) грудины	7
б) хрящевой части ребер	2
в) 1 - 2 ребер костного отдела (в том числе в сочетании с хрящом)	4
г) 3-го и каждого последующего ребра костного отдела (в том числе в сочетании с хрящом)	2
22. Торакотомия по поводу одной травмы (независимо от их количества):	
а) в случае отсутствия повреждения внутренних органов	5
б) при повреждении внутренних органов	10
23. Повреждение дыхательных путей, переломы хрящей, ранение гортани, ранение трахеи, перелом подъязычной кости, ожог верхних дыхательных путей, а также повреждения щитовидной и вилочковой желез:	
а) не потребовавшие оперативного лечения	4
б) потребовавшие трахеостомии после травмы и до истечения 3 месяцев после нее	7
в) потребовавшие оперативного лечения и (или) наличия трахеостомы в течение 3 месяцев и более	10
V. Сердечно-сосудистая система	
24. 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*(3):	
а) не повлекшее за собой впоследствии сосудистой недостаточности:	
на уровне предплечья, голени	5
выше уровня предплечья и голени	10
б) повлекшее за собой по истечении 3 месяцев сосудистую недостаточность	25
25. Повреждение сердца, его оболочек, аорты, легочной, безымянной, сонных артерий, внутренней яремной, верхней и нижней полых, воротной вен, их ветвей первого порядка, не указанных в пункте 24 настоящей Таблицы:	
а) не повлекшее за собой впоследствии сердечно-сосудистой, сосудистой недостаточности	15
б) повлекшее за собой по истечении 3 месяцев сердечно-сосудистую, сосудистую недостаточность	30
VI. Органы пищеварения	
26. Перелом верхней челюсти, скуловой кости или нижней челюсти, вывих нижней челюсти, потеря челюсти:	

а) изолированный перелом альвеолярного отростка челюсти (без потери зубов), отрыв костного фрагмента челюсти, травматический (от внешнего воздействия) вывих челюсти	3
б) полный перелом 1 челюсти	5
в) двойной перелом 1 челюсти, переломы 2 челюстей, переломы в сочетании с вывихом нижней челюсти	10
г) потеря части челюсти, за исключением альвеолярного отростка	30
д) потеря челюсти	50
27. Потеря зубов в результате травмы, в том числе полный вывих постоянных, не пораженных заболеваниями (пародонтозом, периодонтитом, кариесом и др.) зубов (не менее 2), включая сопутствующий перелом альвеолярного отростка*(4):	
а) 2 - 3 зубов	5
б) 4 - 6 зубов	10
в) 7 - 9 зубов	15
г) 10 и более зубов	20
28. Потеря языка:	
а) более 1 см, менее одной третьей	5
б) одной третьей и более	20
29. Травматическое повреждение пищевода, желудка, кишечника, поджелудочной железы, печени, желчного пузыря, селезенки*(5):	
а) повреждение 1 или 2 органов, потребовавшее стационарного и амбулаторного непрерывного лечения в течение не менее 14 дней	5
б) повреждение 3 и более органов	10
в) повреждение, вызвавшее по истечении 3 месяцев рубцовое сужение (стриктуру), деформацию желудка, кишечника, заднепроходного отверстия, печеночную недостаточность	20
г) повреждение, вызвавшее по истечении 3 месяцев спаечную болезнь, в том числе оперированную	25
д) повреждение, вызвавшее по истечении 3 месяцев кишечный свищ, кишно-влагалищный свищ, свищ поджелудочной железы	40
е) повреждение, повлекшее за собой потерю желчного пузыря, части печени, до двух третьих желудка, до двух третьих кишечника	20
ж) повреждение, повлекшее за собой потерю селезенки, части поджелудочной железы	30
з) повреждение, повлекшее за собой потерю двух третьих и более желудка, двух третьих и более кишечника	40
и) повреждение, повлекшее за собой полную потерю желудка, кишечника	50
30. Повреждения туловища, органов брюшной полости и забрюшинного пространства, органов живота, повлекшие за собой следующие оперативные вмешательства:	
а) удаление инородных тел, за исключением поверхностно расположенных и подкожных, разрезы кожи, подкожной клетчатки при лечении травм, взятие кожных трансплантатов - однократно (независимо от количества оперативных вмешательств)	1
б) оперативное вмешательство на мышцах, сухожилиях, лапароскопия (независимо от количества оперативных вмешательств)	3
в) лапаротомия, люмботомия в связи с 1 страховым случаем (независимо от количества оперативных вмешательств)	7
31. Повреждения (ранение, разрыв, ожог) глотки, пищевода, желудка, кишечника, а также эзофагогастроскопия, произведенная в связи с этими повреждениями или в целях удаления инородных тел из пищевода, желудка, не повлекшие за собой функциональных нарушений	
VII. Мочевыделительная и половая системы	
32. Повреждение органов мочевыделительной системы, повлекшее за собой:	
а) подкапсульный разрыв почки, разрыв мочеточников, мочевыделительного канала, мочевого пузыря, мочеиспускательного канала	5
б) удаление части мочевого пузыря (уменьшение объема), мочеточника,	20

мочеиспускательного канала, острую почечную недостаточность	
в) удаление части почки, развитие хронической почечной недостаточности по истечении 3 месяцев	30
г) образование мочеполовых свищей	40
д) удаление почки	45
33. Повреждение органов половой системы, повлекшее за собой:	
а) удаление маточной трубы и (или) 1 яичника, удаление 1 яичка	10
б) удаление обеих маточных труб, единственной маточной трубы и (или) обоих яичников, единственного яичника, удаление обоих яичек	30
в) удаление матки, в том числе с придатками, удаление полового члена или его части (в том числе с яичками)	40
34. Повреждение органов мочевыделительной и половой системы, повлекшее за собой оперативные вмешательства (если в связи с тем же случаем не может быть применен пункт 29 настоящей Таблицы):	
а) лапароскопия (независимо от количества оперативных вмешательств)	3
б) операция на наружных половых органах, за исключением первичной хирургической обработки повреждений	5
в) лапаротомия, люмботомия (независимо от количества оперативных вмешательств)	7
35. Прерывание беременности:	
а) при сроке беременности до 12 недель	30
б) при сроке беременности свыше 12 недель	50
VIII. Мягкие ткани	
36. Ожоги I - II степени, обморожение I - II степени мягких тканей волосистой части головы, туловища, конечностей общей площадью*(6):	
а) от 3 до 5 процентов поверхности тела включительно	5
б) свыше 5 до 10 процентов поверхности тела включительно	10
в) свыше 10 процентов поверхности тела и более	15
37. Ожоги III - IV степени, обморожение III - IV степени мягких тканей волосистой части головы, туловища, конечностей общей площадью*(6):	
а) от 1 до 2 процентов поверхности тела включительно (для ожогов IV степени - от 0,25 до 1 процента)	10
б) свыше 2 до 4 процентов поверхности тела	15
в) свыше 4 до 6 процентов поверхности тела	20
г) свыше 6 до 10 процентов поверхности тела	30
д) свыше 10 процентов поверхности тела	40
38. Ожоги I - II степени, обморожение I - II степени мягких тканей лица, переднебоковой поверхности шеи, подчелюстной области площадью, составляющей 1 процент поверхности тела и более*(6)	
	3
39. Ожоги III - IV степени, обморожение III - IV степени мягких тканей лица, переднебоковой поверхности шеи, подчелюстной области площадью*(6):	
а) от 1 до 2 процентов поверхности тела включительно (для ожогов IV степени - от 0,25 до 1 процента)	10
б) свыше 2 до 4 процентов поверхности тела	15
в) свыше 4 до 6 процентов поверхности тела	20
г) свыше 6 до 10 процентов поверхности тела	30
д) свыше 10 процентов поверхности тела	40
40. Повреждения, представляющие собой ранения, разрыв мягких тканей волосистой части головы, туловища, конечностей, повлекшие образование вследствие таких повреждений рубцов общей площадью*(6):	
а) от 3 кв. см до 10 кв. см включительно	5
б) свыше 10 кв. см до 20 кв. см включительно	10
в) свыше 20 кв. см до 50 кв. см включительно	25
г) свыше 50 кв. см	50
41. Повреждения, представляющие собой ранения, разрыв мягких тканей лица, переднебоковой	

поверхности шеи, подчелюстной области, повлекшие образование вследствие таких повреждений рубцов общей площадью*(6):	
а) от 3 кв. см до 10 кв. см включительно	5
б) свыше 10 кв. см до 20 кв. см включительно	10
в) свыше 20 кв. см до 50 кв. см включительно	25
г) свыше 50 кв. см	50
42. Неизгладимое обезображивание лица, подтвержденное результатами судебно-медицинской экспертизы	40
42.1. Обезображивание лица, выразившееся в деформациях хрящей, костей, мягких тканей лица, требующих оперативного вмешательства, вследствие его повреждения	10
43. Ушибы, разрывы и иные повреждения мягких тканей, не предусмотренные пунктами 36 - 41 настоящей Таблицы	0,25
43.1. Ушиб 1 внутреннего органа (печени, почки, селезенки, легкого, сердца и др.)	5
IX. Опорно-двигательный аппарат	
44. Полный разрыв (полное повреждение) мышц и сухожилий, если показано оперативное лечение*(7):	
а) 1 - 2 сухожилий на уровне стопы	5
б) 1 - 2 сухожилий или мышц на уровне кисти и предплечья	7
в) 1 - 2 сухожилий или мышц в иных областях	10
г) 3 и более сухожилий на уровне стопы	10
д) 3 и более сухожилий или мышц на уровне кисти и предплечья	12
е) 3 и более сухожилий или мышц в иных областях	15
45. Перелом, переломовывих и (или) вывих тел позвонков (за исключением копчика), дужек, суставных отростков*(8):	
а) отрывы костных фрагментов позвонков	4
б) 1 позвонка	10
в) 2 - 3 позвонков	20
г) 4 и более позвонков	30
46. Разрыв межпозвонковых связок, подвывих позвонков, потребовавшие непрерывного адекватного такой острой травме консервативного лечения продолжительностью не менее 3 недель, сопровождавшиеся временной нетрудоспособностью работающего лица, либо потребовавшие оперативного лечения*(8)	7
47. Изолированный перелом отростка позвонка, за исключением суставного (отрывы фрагментов - подпункт "а" пункта 45 настоящей Таблицы)*(8):	
а) 1 позвонка	4
б) каждого последующего (дополнительного) позвонка	1
48. Переломы крестца*(8)	10
49. Повреждения копчика*(8):	
а) подвывих, вывих копчика (позвонков) без отрыва фрагментов (при сочетании с отрывом - подпункт "а" пункта 45 настоящей Таблицы)	3
б) перелом копчиковых позвонков	7
50. Перелом ключицы, лопатки (кроме суставного отростка в составе плечевого сустава), вывих (подвывих) ключицы:	
а) отрывы костных фрагментов, не сочетающиеся с иными повреждениями	4
б) эпифизеолиты	5
в) перелом, разрыв 1 сочленения с вывихом (подвывихом) ключицы	7
г) перелом 2 костей, двойной перелом 1 кости, перелом и вывих (подвывих) 1 кости, разрыв 2 сочленений	12
51. Повреждения плечевого сустава (от уровня суставного отростка лопатки до анатомической шейки плеча):	
а) субхондральные переломы (независимо от их количества и локализации), не сочетающиеся в 1 суставе с другими видами повреждений (при сочетании учитывается только размер страховой выплаты в связи с другими видами повреждений)	3

б) разрывы капсулы, связок сустава, потребовавшие непрерывного лечения продолжительностью не менее 3 недель либо оперативного лечения, отрывы костных фрагментов, не сочетающиеся с иными переломами	4
в) изолированный перелом большого бугорка, перелом суставного отростка (впадины) лопатки, эпифизеолизы, травматический*(9) вывих плеча	5
г) перелом лопатки и травматический вывих плеча, перелом плеча	10
д) перелом и вывих плеча, переломы лопатки и плеча	15
52. Перелом плечевой кости в верхней, средней, нижней трети, за исключением переломов, учтенных при применении пунктов 51 и 53 настоящей Таблицы:	
а) отрывы костных фрагментов, не сочетающиеся с иными повреждениями	4
б) перелом	10
в) двойной, тройной и другие переломы*(10)	15
53. Повреждение локтевого сустава (от надмыщелковой области плеча до уровня шейки лучевой кости):	
а) субхондральные переломы (независимо от их количества и локализации), не сочетающиеся в 1 суставе с другими видами повреждений (при сочетании учитывается только размер страховой выплаты в связи с другими видами повреждений)	3
б) разрывы капсулы, связок сустава, потребовавшие непрерывного лечения продолжительностью не менее 3 недель либо оперативного лечения, отрывы костных фрагментов надмыщелков плеча, не сочетающиеся с иными переломами, пронационный подвывих предплечья	4
в) вывих 1 кости предплечья, эпифизеолизы	5
г) вывих обеих костей предплечья, перелом 1 мыщелка плеча, перелом одной кости предплечья	7
д) перелом обоих мыщелков плеча, перелом и вывих 1 кости предплечья, переломы обеих костей предплечья	10
е) перелом и вывих обеих костей предплечья	12
54. Переломы костей предплечья в верхней, средней, нижней трети, за исключением учтенных при применении пунктов 53 и 55 настоящей Таблицы:	
а) отрывы костных фрагментов, не сочетающиеся с иными повреждениями	4
б) перелом 1 кости	7
в) двойной, тройной и другие переломы 1 кости	8
г) переломы обеих костей	10
д) переломы обеих костей, один из которых или оба являются двойными, тройными и так далее	12
55. Повреждение лучезапястного сустава, области запястья (от дистальных метафизов лучевой и локтевой костей до пястно-запястных суставов):	
а) разрывы капсулы, связок (без вывихов), потребовавшие непрерывного лечения продолжительностью не менее 3 недель либо оперативного лечения, отрывы костных фрагментов, не сочетающиеся с иными костными повреждениями, перелом (отрыв) шиловидного отростка локтевой кости	4
б) вывих головки локтевой кости, эпифизеолиз 1 кости предплечья, перелом 1 кости запястья, за исключением ладьевидной	5
в) перелом 1 кости предплечья, ладьевидной, эпифизеолиз обеих костей предплечья	7
г) переломы обеих костей предплечья, 2 костей запястья, 1 кости предплечья и 1 кости запястья	10
д) переломовывих кисти с переломом 1 - 2 костей, составляющих лучезапястный сустав, и (или) костей запястья	15
е) переломовывих кисти с переломом 3 и более костей, составляющих лучезапястный сустав, и (или) костей запястья	20
56. Повреждения кисти на уровне пястных костей и пальцев:	
а) разрыв капсулы, связок пястно-фалангового или межфалангового сустава, потребовавший непрерывного лечения продолжительностью не менее 3 недель либо	3

оперативного лечения, отрывы костных фрагментов пястных костей, фаланг пальцев, вывих 1 кости	
б) разрывы капсулы, связок 2 и более пястно-фаланговых и (или) межфаланговых суставов, потребовавшие непрерывного лечения продолжительностью не менее 3 недель, сопровождавшиеся временной нетрудоспособностью работающего лица, либо потребовавшие оперативного лечения, вывихи костей, перелом 1 кости, эпифизеолизы	4
в) переломы 2 - 3 костей	8
г) переломы 4 и более костей	12
57. Повреждение верхней конечности, повлекшее за собой оперативное вмешательство (независимо от количества оперативных вмешательств):	
а) удаление инородных тел, за исключением поверхностно расположенных и подкожных, костных фрагментов, разрезы кожи, подкожной клетчатки при лечении травм	1
б) на нервах, мышцах, сухожилиях, капсулах, связках, костях кисти и пальцев, ключицы, отростках костей	5
в) на костях предплечья, плеча, лопатки	7
г) эндопротезирование сустава	15
58. Травматическая ампутация (физическая потеря), функциональная потеря верхней конечности, явившаяся следствием травмы*(11):	
а) потеря части ногтевой фаланги 1 пальца с дефектом кости	3
б) потеря фаланги 1 пальца, кроме 1-го	5
в) потеря каждой фаланги 1-го пальца	6
г) потеря одного пальца, 2 - 3 фаланг 1 пальца, кроме 1-го	7
д) потеря 2 пальцев, 2 - 3 фаланг 2 пальцев, кроме 1-го	15
е) потеря 3 - 4 пальцев, 2 - 3 фаланг 3 - 4 пальцев, кроме 1-го	20
ж) потеря всех пальцев, 2 - 3 фаланг всех пальцев	26
з) потеря кисти до уровня запястья, лучезапястного сустава	35
и) потеря верхней конечности до уровня предплечья, локтевого сустава, плеча	50
к) потеря верхней конечности до уровня лопатки, ключицы	60
59. Повреждение таза, тазобедренного сустава:	
а) субхондральные переломы (независимо от их количества и локализации), не сочетающиеся в 1 суставе с другими видами повреждений (при сочетании учитывается только размер страховой выплаты в связи с другими видами повреждений)	3
б) разрывы капсулы, связок сустава, потребовавшие непрерывного лечения продолжительностью не менее 3 недель либо оперативного лечения, отрывы костных фрагментов костей таза, проксимального метафиза бедра, включая вертелы, - не сочетающиеся с повреждениями, предусмотренными подпунктами "г", "е", "ж" и "з" настоящего пункта, а также подпунктом "г" пункта 65 и подпунктом "к" пункта 66 настоящей Таблицы	4
в) эпифизеолиз каждой кости	5
г) разрыв 1 сочленения таза, периферический вывих бедра, перелом 1 кости таза	7
д) перелом проксимального конца бедра (головки, шейки, межвертельный, чрезвертельный, подвертельный)	10
е) разрыв 2 сочленений, перелом 2 костей таза, разрыв 1 сочленения и перелом 1 кости таза	12
ж) разрыв 3 и более сочленений и (или) перелом 3 и более костей таза, центральный вывих бедра	15
з) разрыв 3 и более сочленений и (или) перелом 3 и более костей таза, центральный вывих бедра с переломом проксимального конца бедра	25
60. Перелом бедра в верхней, средней, нижней трети, за исключением перелома учтенного при применении пунктов 59 и 61 настоящей Таблицы:	
а) отрывы костных фрагментов, не сочетающиеся с иными повреждениями	4
б) перелом	10
в) двойной, тройной и другие переломы	15

61. Повреждения коленного сустава (от надмыщелковой области бедра до уровня шейки малоберцовой кости):	
а) субхондральные переломы (независимо от их количества и локализации), не сочетающиеся в 1 суставе с другими видами повреждений (при сочетании учитывается только размер страховой выплаты в связи с другими видами повреждений)	3
б) разрывы капсулы, 1 связки сустава, потребовавшие непрерывного лечения продолжительностью не менее 3 недель либо оперативного лечения, отрывы костных фрагментов, надмыщелков, бугристости большеберцовой кости*(12), эпифизеолиз малоберцовой кости, не сочетающиеся с иными переломами, разрыв 1 мениска, повреждение жировой подушки	4
в) сочетание повреждений, предусмотренных подпунктом "а" настоящего пункта, разрыв 2 связок при условиях, указанных в этом подпункте для 1 связки, перелом головки малоберцовой кости, надмыщелка бедра, проксимальный эпифизеолиз большеберцовой кости, эпифизеолиз бедра	5
г) переломы надмыщелков, перелом 1 мыщелка бедра, 1 мыщелка большеберцовой кости, надколенника, эпифизеолизы костей голени и бедра, разрыв 3 и более связок, потребовавший оперативного лечения	7
д) переломы 2 и более мыщелков бедра, большеберцовой кости	10
е) надмыщелковый перелом бедра, подмыщелковый перелом большеберцовой кости	12
ж) подмыщелковый перелом большеберцовой кости с переломом шейки (головки) малоберцовой кости, вывих костей голени	15
з) сочетание повреждений, предусмотренных подпунктами "д" и "е" настоящего пункта	25
62. Переломы костей голени в верхней, средней, нижней трети, за исключением переломов, учтенных при применении пунктов 61 и 63 настоящей Таблицы:	
а) отрывы костных фрагментов, перелом малоберцовой кости, не сочетающиеся с иными повреждениями	4
б) перелом большеберцовой кости	12
в) переломы обеих костей	15
г) двойной, тройной и другие переломы большеберцовой или обеих костей	18
63. Повреждения голеностопного сустава, предплюсны и пяточной области (от уровня дистальных метафизов большеберцовой и малоберцовой костей до мест прикрепления связок и капсулы сустава на костях стопы):	
а) разрывы капсулы, связок (без подвывихов и вывихов), потребовавшие непрерывного лечения продолжительностью не менее 3 недель либо оперативного лечения, отрывы костных фрагментов, не сочетающиеся с иными костными повреждениями, перелом (отрыв) вертушки наружной лодыжки, эпифизеолиз наружной лодыжки	4
б) разрыв дистального межберцового синдесмоза с подвывихом или вывихом стопы, перелом края (краев) большеберцовой кости, перелом внутренней лодыжки, перелом наружной лодыжки, дистальный эпифизеолиз большеберцовой кости	5
в) сочетание 2 повреждений, указанных в подпункте "б" настоящего пункта	7
г) сочетание 3 повреждений, указанных в подпункте "б" настоящего пункта	10
д) перелом кости предплюсны, за исключением таранной кости	6
е) перелом таранной кости	8
ж) перелом пяточной кости	10
з) перелом большеберцовой кости в надлодыжечной области, перелом 2 костей предплюсны, 1 кости предплюсны и пяточной кости, разрыв связок стопы с вывихом в суставе Шопара	12
и) перелом большеберцовой кости в надлодыжечной области с переломом наружной лодыжки и (или) 1 - 2 костей предплюсны, пяточной кости	15
к) переломы 4 и более костей в сочетании или без сочетания с вывихами	25
63.1. Растяжение, надрыв или иные повреждения связок, за исключением повреждений, учтенных при применении пунктов 51, 55, 56, 59, 61 и 63 настоящей Таблицы	0,5

64. Повреждение стопы на уровне плюсневых костей, пальцев:	
а) отрывы костных фрагментов плюсневых костей, фаланг пальцев, не сочетающиеся с повреждениями, предусмотренными пунктами 44 и 63 настоящей Таблицы, вывих 1 кости, эпифизолизы	4
б) вывихи 1 - 2 костей, перелом 1 кости*(13)	5
в) переломы 2 - 3 костей	7
г) вывихи в суставе Лисфранка, переломы 4 и более костей	10
65. Повреждение нижней конечности, повлекшее за собой оперативное вмешательство (независимо от количества оперативных вмешательств) (за исключением первичной хирургической обработки при открытых повреждениях):	
а) удаление с помощью разрезов инородных тел, за исключением поверхностно расположенных и подкожных, костных фрагментов	1
б) кожная пластика на туловище и конечностях	2
в) реконструктивные операции на нервах, мышцах, сухожилиях, капсулах, связках, костях стопы и пальцев, кожная пластика на лице, переднебоковой поверхности шеи	5
г) реконструктивные операции на костях голени, бедра, таза	7
д) эндопротезирование сустава	15
66. Травматическая ампутация (физическая потеря), функциональная потеря нижней конечности, явившаяся следствием травмы*(14):	
а) потеря части ногтевой фаланги 1 пальца с дефектом кости	2
б) потеря фаланги 1 пальца, кроме 1-го	4
в) потеря каждой фаланги 1-го пальца	5
г) потеря 1 пальца, 2 - 3 фаланг 1 пальца, кроме 1-го	6
д) потеря 2 пальцев, 2 - 3 фаланг 2 пальцев, кроме 1-го	12
е) потеря 3 - 4 пальцев, 2 - 3 фаланг 3 - 4 пальцев, кроме 1-го	15
ж) потеря всех пальцев, 2 - 3 фаланг всех пальцев	22
з) потеря стопы до уровня предплюсны, голеностопного сустава, нижней трети голени	30
и) потеря нижней конечности до уровня средней, верхней трети голени, коленного сустава, нижней трети бедра	45
к) потеря нижней конечности до уровня средней, верхней трети бедра, тазобедренного сустава, а также нижней конечности с частью таза	50
66.1. Синдром длительного сдавления*(15):	
а) крайне тяжелая форма (сдавление двух конечностей 6 часов и более)	30
б) тяжелая форма (сдавление всей конечности 7 - 8 часов)	25
в) форма средней степени тяжести (сдавление всей конечности до 6 часов)	15
г) легкая форма (сдавление сегмента конечности до 4 часов)	7
X. Осложнения	
67. Шок травматический, и (или) геморрагический, и (или) ожоговый, и (или) гиповолемический, и (или) кардиогенный	10
68. Сосудистые осложнения травмы, полученной в период действия договора страхования:	
а) острый посттравматический тромбоз глубоких сосудов в области (на уровне) травмы, диагностированной в период действия договора страхования медицинским работником	10
б) острый посттравматический тромбоз глубоких сосудов, сопровождающийся тромбоэмболией легочной артерии	20
69. Гнойные осложнения травмы, полученной в период действия договора страхования, по истечении не менее 3 месяцев, гематогенный остеомиелит:	
а) гнойные свищи в пределах мягких тканей	5
б) посттравматический остеомиелит и (или) гематогенный остеомиелит	10
69.1. Инфекция в результате травмы (столбняк, сепсис), гнойная инфекция (стафилококк, стрептококк, пневмококк) и другие инфекции	7
XI. Отравления	

70. Случайные острые отравления ядами различного происхождения при следующих сроках непрерывного лечения:	
а) от 7 до 14 дней включительно (в случае амбулаторного лечения)	2
б) свыше 14 дней (в случае амбулаторного лечения), от 7 до 14 дней включительно (в случае стационарного и амбулаторного лечения)	5
в) от 15 до 30 дней включительно (в случае стационарного и амбулаторного лечения)	10
г) 31 день и более (в случае стационарного и амбулаторного лечения)	15
XII. Кровотечения. Потеря крови	
71. Внутреннее кровотечение с учетом объема кровопотери:	
а) 750 - 1000 мл или 15 - 20 процентов объема циркулирующей крови	7
б) свыше 1001 мл или 21 процента объема циркулирующей крови	10
72. Наружное кровотечение с учетом объема кровопотери:	
а) 750 - 1000 мл или 15 - 20 процентов объема циркулирующей крови	5
б) свыше 1001 мл или 21 процента объема циркулирующей крови	7

* (1) К основным нервным стволам здесь и далее относятся лучевой, локтевой, срединный, подкрыльцовый, большеберцовый, малоберцовый, бедренный, седалищный нервы и их ветви 1-го порядка.

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

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

В случае если Застрахованному в связи со снижением остроты зрения до травмы или после нее был имплантирован искусственный хрусталик или предписано применение корригирующей линзы (линз), сумма страхового возмещения определяется исходя из остроты зрения до имплантации или без учета коррекции.

Пункт 8 настоящей Таблицы не применяется при снижении остроты зрения в результате смещения (подвывиха) искусственного (протезированного) хрусталика.

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.

* (3) При повреждениях, сопровождавшихся торакотомией (торакотомиями), применяется пункт 22 настоящей Таблицы.

* (4) В связи с имплантацией, а также с последующим удалением имплантированных зубов страховые выплаты не предусмотрены.

* (5) При определении размера страховой выплаты в связи с потерей органов потеря каждого из них учитывается отдельно.

Размер страховой выплаты в связи с повреждением органа не может превышать размер страховой выплаты, предусмотренной на случай его потери.

* (6) Если в медицинских документах площадь ожога I - II степени указана в виде общего для областей, указанных в пунктах 36 и 38 настоящей Таблицы, значения и составляет 3 процента поверхности тела и более, то применяется пункт 36 настоящей Таблицы.

Если в медицинских документах площадь ожога II - III степени указана в виде общего для областей, указанных в пунктах 36 - 39 настоящей Таблицы, значения, то при повреждении мягких тканей волосистой части головы, туловища, конечностей применяется пункт 36 настоящей Таблицы, при повреждении мягких тканей лица, переднебоковой поверхности шеи, подчелюстной области - пункт 38 настоящей Таблицы.

При этом 1 процент поверхности тела условно равен площади ладонной поверхности кисти и пальцев исследуемого лица (произведению длины, измеренной от лучезапястного сустава до верхушки ногтевой фаланги 3-го пальца, и ширины, измеренной на уровне головок 2 - 4-й костей без 1-го пальца) либо 150 кв. сантиметрам.

При определении площади рубцов, образовавшихся в результате травмы, в нее включаются рубцы, образовавшиеся на месте взятия кожных трансплантатов.

*(7) Применяется в случае неполного разрыва мышц и сухожилий, если разрыв подтвержден и сухожилие (мышца) восстановлено при оперативном вмешательстве, однако размер страховой выплаты, предусмотренный настоящей Таблицей, уменьшается в 2 раза.

*(8) При оперативном лечении дополнительно применяется пункт 5 настоящей Таблицы.

*(9) Привычный вывих плеча относится к заболеваниям и страховым случаем не является.

*(10) К двойным, тройным и так далее переломам здесь и далее относятся переломы в области диафизов костей, характеризующиеся двумя, тремя и более непересекающимися поперечными либо косыми линиями полных (от одного кортикального слоя до другого) переломов.

*(11) При потере каждого пальца с пястной костью или ее частью размер страховой выплаты увеличивается на 1 процент.

*(12) Болезнь Осгуд-Шлаттера не относится к переломам бугристости большеберцовой кости.

*(13) "Маршевые переломы" (переломы Дойчлендера) к травматическим повреждениям не относятся.

*(14) При потере каждого пальца с плюсневой костью или ее частью размер страховой выплаты увеличивается на 1 процент.

*(15) Пункт 66.1 настоящей Таблицы не применяется, если длительное сдавление конечности привело к ампутации конечности, предусмотренной пунктами 58 и 66 настоящей Таблицы.

Примечание. Размер страховых выплат при снижении остроты зрения до травмы и по истечении 3 месяцев после травмы по заключению врача-специалиста (без учета коррекции) определяется согласно следующим нормативам:

Острота зрения до травмы (без учета коррекции)	Острота зрения по истечении 3 месяцев после травмы по заключению врача-специалиста (без учета коррекции) (процентов)						
	0	ниже 0,1	0,1	0,2	0,3	0,4	0,5
1	50	45	40	35	30	25	20
0,9	45	40	35	30	25	20	
0,8	41	35	30	25	20	15	
0,7	38	30	25	20	15		
0,6	35	27	20	15	10		
0,5	32	24	15	10			
0,4	29	20	10	7			
0,3	25	15	7				
0,2	23	12	5				
0,1	15						

Приложение № 12 к Правилам добровольного страхования от несчастных случаев и болезней № 1.1

**Таблица выплат
по риску «Телесные повреждения в результате несчастного случая» для частей тела**

№	Характер повреждения	Размер выплаты в % от страховой суммы
А. ГОЛОВА (ЧЕРЕП)		
1.	<u>Перелом костей черепа (при открытых переломах и за трепанацию черепа выплачивается дополнительно 5%):</u>	
	а) перелом наружной пластинки костей свода	5
	б) свода (в том числе с эпи- и субдуральной гематомой)	15
	в) основания	20
	г) свода и основания	25
Б. ГОЛОВА (ГЛАЗА)		
1.	Повреждение глаза, повлекшее за собой полную потерю зрения единственного глаза или обоих глаз, обладавшего любым зрением	100
2.	Потеря зрения:	
	а) на один глаз	30
	б) на оба глаза	100
3.	Удаление в результате травмы глазного яблока (как обладавшего до травмы зрением глаза, так и незрячего)	10
4.	Перелом орбиты	10
5.	Ожоги II–III степени, непроникающие ранения глазного яблока, гемофтальм, смещение хрусталика, немагнитные инородные тела глазного яблока и глазницы, рубцы оболочек глазного яблока, не вызвавшие снижения зрения, эрозия роговицы	20
	<i>Ожоги глаза без указания степени, а также ожоги глаза I степени, не повлекшие за собой патологических изменений, не дают оснований для выплаты страховой суммы.</i>	
6.	Рваная рана глаза без выпадения или потери внутриглазной ткани	10
7.	Рваная рана глаза с выпадением или потерей внутриглазной ткани	10
8.	Проникающая рана глазницы с наличием инородного тела или без него	10
9.	Раны глаза и глазницы, повлекшие за собой: посттравматический иридоциклит, хориоретинит, заворот века, дефект, радужной оболочки, изменение формы зрачка	10
В. ГОЛОВА (УШИ)		
1.	<u>Повреждение ушной раковины, повлекшее за собой:</u>	
	а) перелом хряща	3
	б) отсутствие до 1/3 части ушной раковины	5
	в) отсутствие от 1/3 до 1/2 части ушной раковины	10
	г) отсутствие более 1/2 части ушной раковины	30
	<i>Решение о выплате страховой суммы разделе В по статье 1 (б, в, г) принимается на основании данных освидетельствования, проведенного после заживления раны.</i>	
2.	<u>Повреждение уха, повлекшее за собой снижение слуха:</u>	

	а) шепотная речь от 1 до 3 метров	5
	б) шепотная речь до 1 метра, потеря слуха на одно ухо	15
	в) полная глухота (разговорная речь 0)	25
	г) полная невосстановимая потеря слуха на оба уха (абсолютная глухота)	70
<i>Решение о выплате страховой суммы в связи со снижением в результате травмы слуха принимается после окончания лечения, но не ранее 3 (трех) месяцев со дня травмы. По истечении этого срока Застрахованный направляется к лор-специалисту для определения последствий перенесенного повреждения. В таких случаях предварительно может быть выплачена страховая сумма с учетом факта травмы по ст. 3 раздела В.</i>		
3.	Разрыв барабанной перепонки, наступивший в результате травмы, без снижения слуха (разрыв барабанной перепонки при переломах основания черепа не оплачивается)	5
<i>Если в результате травмы произошел разрыв барабанной перепонки и наступило снижение слуха, страховая сумма определяется по ст. 2 раздела В. Статья 3 раздела В при этом не применяется.</i>		
Г. ГОЛОВА (НОС)		
1.	<u>Перелом костей, хряща носа, передней стенки лобной, гайморовой пазухи, решетчатой кости:</u>	
	а) без смещения	5
	б) со смещением	10
2.	Полная потеря обоняния в результате травмы	10
Д. ГОЛОВА (РОТ)		
1.	Повреждение гортани, трахеи, щитовидного хряща, перелом подъязычной кости, трахеотомия, произведенная в связи с травмой, бронхоскопия с целью удаления инородного тела, повреждение щитовидной железы (в том числе и артерий, ее кровоснабжающих), кроме ушибов	
2.	Повреждение гортани, трахеи или кровеносных сосудов в процессе интубации (случайная перфорация органов или кровеносных сосудов)	
3.	Ожог верхних дыхательных путей, не повлекший за собой нарушения функции	
4.	Повреждение гортани, трахеи, подъязычной кости, щитовидного хряща, трахеотомия, произведенная в связи с травмой, повлекшие за собой:	
	а) нарушения дыхания, осиплость или потерю голоса, ношение трахеотомической трубки не менее 3 (трех) месяцев после травмы	
	б) нарушения дыхания, осиплость или потерю голоса, ношение трахеотомической трубки не менее 6 (шести) месяцев после травмы	
Примечание: 1. Если выплата произведена по ст. 4 раздела Д, то ст. 1 не применяется. 2. Страховая сумма по ст. 4 выплачивается дополнительно к страховой сумме, выплаченной в связи с травмой по ст. 3. В том случае, если Страхователь в своем заявлении указал, что травма повлекла за собой нарушение функции гортани или трахеи, необходимо получить заключение специалиста по истечении 3 (трех) месяцев после травмы. Ранее этого срока страховая сумма выплачивается по ст. 3.		
Е. ГОЛОВА (ЧЕЛЮСТЬ)		
1.	<u>Перелом верхней или нижней челюсти:</u>	
	а) односторонний	5
	б) двусторонний	10
	в) перелом скуловой кости	7
2.	<u>Повреждение челюсти, повлекшее за собой:</u>	
	а) потерю части челюсти	40
	б) полную потерю челюсти	60
3.	<u>Повреждение языка, повлекшее за собой:</u>	
	а) образование рубцов (независимо от размера)	5

	б) отсутствие кончика языка	5
	а) отсутствие языка на уровне дистальной трети	15
	б) отсутствие языка на уровне средней трети	30
	в) полное отсутствие языка	50
4.	Потеря зубов (перелом или потеря зуба считается с $\frac{1}{4}$ коронки):	
	а) отлом коронки зуба, перелом зуба (коронки, шейки, корня), вывих зуба	1
	б) потеря 1 зуба	2
	в) 2-3 зубов	3
	г) 4-6 зубов	5
	д) 7-9 зубов	7
	е) 10 зубов и более	8

Примечание: 1. При переломе или потере в результате травмы зубов с несъемными протезами страховая сумма выплачивается с учетом потери только опорных зубов. При повреждении в результате травмы съемных протезов страховая сумма не выплачивается. 2. При потере или переломе молочных зубов у детей до 5 лет страховая сумма выплачивается на общих основаниях. 3. При потере зубов и переломе челюсти размер страховой суммы, подлежащей выплате, определяется по ст. 1 и 4 путем суммирования. 4. Если в связи с травмой зуба было выплачено страховое пособие по ст. 4,1, а в дальнейшем этот зуб был удален, из страховой суммы, подлежащей выплате, вычитается выплаченное ранее страховое пособие. 5. Если удаленный в связи с травмой зуб будет имплантирован, страховая сумма выплачивается на общих основаниях по ст. 4. В случае удаления этого зуба дополнительная выплата не производится.

Ж. ТУЛОВИЩЕ (ГРУДИНА)

1.	Перелом грудины	3
2.	<u>Перелом ребер:</u>	
	а) одного ребра	2
	б) каждого последующего	1
	<i>Примечание: 1. При переломе ребер во время реанимационных мероприятий страховая сумма выплачивается на общих основаниях. 2. Перелом хрящевой части ребра дает основание для выплаты страховой суммы. 3. Если в справках, полученных из разных лечебно-профилактических учреждений, будет указано различное количество поврежденных ребер, страховая сумма выплачивается с учетом большего числа ребер.</i>	
3.	<u>Проникающее ранение грудной клетки, торакоскопия, торакоцентез, торакотомия, произведенные в связи с травмой:</u>	
	а) торакоскопия, торакоцентез, проникающее ранение без повреждений органов грудной полости, не потребовавшее проведения торакотомии	5
	б) торакотомия	
	в) при отсутствии повреждения органов грудной полости	5
	г) при повреждении органов грудной полости	10
	д) повторные торакотомии (независимо от их количества), выплата производится однократно	10
	<i>Примечание: 1. Если в связи с травмой грудной полости проводились торакоскопия, торакоцентез, торакотомия, страховая сумма выплачивается с учетом наиболее сложного вмешательства однократно.</i>	

З. ТУЛОВИЩЕ (ПОЗВОНОЧНИК)

92.	<u>Перелом, переломо-вывих или вывих тел, дужек</u> (кроме 1 и (или) 2 шейных позвонков) и суставных отростков позвонков (за исключением крестца и копчика):	
	а) одного-двух	7
	б) трех-пяти	10

	в) шести и более	13
93.	Перелом или вывих тел, дужек или суставных отростков 1 и (или) 2 шейных позвонков	7
94.	Частичный или полный разрыв межпозвоночных связок (при сроке лечения не менее 10 дней), подвывих позвонков (за исключением копчика) без операции	2
95.	Частичный или полный разрыв межпозвоночных связок, подвывих позвонков с операцией	7
96.	<u>Перелом поперечных или остистых отростков</u> (если одновременно имеется травма, предусмотренная ст. 92, то статья не применяется):	
	а) одного-двух	2
	б) трех и более	3
97.	Перелом крестца	3
98.	<u>Повреждение копчика</u> :	
	а) подвывих копчиковых позвонков	1
	б) вывих копчиковых позвонков	2
	в) перелом копчиковых позвонков	3
99.	Удаление копчика в связи с травмой	7
	<i>*** В данном разделе выплата за нестабильность позвоночника не предусмотрена.</i>	
И. ВЕРХНЯЯ КОНЕЧНОСТЬ (РУКА)		
1.	Перелом:	
	а) лопатки, ключицы	5
	б) двух и более костей, составляющих плечевой сустав, костей локтевого сустава	10
	в) плечевой кости, костей предплечья на любом уровне	5
2.	Потеря (ампутация) руки:	
	а) выше локтевого сустава	50
	б) ниже локтевого сустава	40
3.	Потеря или полное отсутствие функционирования:	
	а) одного предплечья, одной кисти	50
	б) обоих предплечий, обеих кистей	100
4.	Перелом костей запястья, пястных костей одной кисти	5
5.	Анкилоз (отсутствие движений в суставе)	
	а) плечевого сустава	30
	б) локтевого сустава	20
6.	«Болтающийся» сустав в результате резекции или несросшегося перелома суставных поверхностей составляющих его костей:	
	а) плечевой, локтевой	30
	б) лучезапястный	10
7.	Потеря (ампутация) пальца руки:	
	а) большого пальца, вне зависимости от фаланги пальца	15
	б) указательного пальца руки, вне зависимости от фаланги пальца	15
	в) любого другого пальца руки, вне зависимости от фаланги пальца	10
8.	Потеря трех и более пальцев на одной руке	30
9.	Потеря или полное отсутствие функционирования единственной верхней конечности	100
К. ВЕРХНЯЯ КОНЕЧНОСТЬ (КИСТЬ, ПАЛЬЦЫ)		
1.	Перелом костей запястья, пястных костей одной кисти	5
2.	Травматическая ампутация или тяжелое повреждение кисти, приведшее к ее ампутации	25

	на уровне пястных костей или запястья	
3.	<u>Повреждение пальца, повлекшее за собой:</u>	
	а) травматическое удаление ногтевой пластинки или хирургическое удаление ее вследствие травмы	10
	б) повреждение сухожилий (сухожилия) пальца	10
	в) перелом, вывих, ранение с дефектом мягких тканей фаланги (фаланг), панариций (кроме паронихии), разрыв капсулы суставов	15
4.	<u>Повреждение пальца, повлекшее за собой:</u>	
	а) отсутствие движения в одном суставе или двух суставах	15
	б) отсутствие движения в трех суставах и более	25
5.	Потеря (ампутация) пальца руки:	
	а) большого пальца, вне зависимости от фаланги пальца	15
	б) указательного пальца руки, вне зависимости от фаланги пальца	15
	в) любого другого пальца руки, вне зависимости от фаланги пальца	10
Л. ТАЗ (МОЧЕПОЛОВАЯ СИСТЕМА – ЖЕНЩИНА)		
1.	<u>Повреждение органов мочеполовой системы, в том числе и при медицинских манипуляциях, диагностическое выскабливание полости матки, гистероскопия, диагностическая вакуум-аспирация из полости матки, повлекшие за собой (за исключением беременных женщин):</u>	
	<u>Травму яичника, маточной [фаллопиевой] трубы, повлекшую:</u>	
	а) удаление (потерю) одного яичника, трубы и яичника	15
	б) удаление (потерю двух яичников или двух труб)	30
2.	Травму матки, повлекшую за собой:	
	а) потерю матки у женщин в возрасте до 40 лет	50
	б) потерю матки у женщин в возрасте с 40 до 50 лет	30
	в) потерю матки у женщин в возрасте с 50 лет и старше	15
3.	Сквозное повреждение органов половой и мочевыделительной системы, связанное с применением механических контрацептивов	10
4.	<u>Повреждение органов половой или мочевыделительной системы:</u>	
	а) ранение, разрыв, ожог, отморожение	10
	б) изнасилование лица в возрасте до 15 лет	50
	в) изнасилование лица в возрасте с 15 до 18 лет	30
	г) изнасилование лица в возрасте 18 лет и старше	15
М. ТАЗ (МОЧЕПОЛОВАЯ СИСТЕМА – МУЖЧИНА)		
1.	<u>Травматическая ампутация наружных половых органов:</u>	
	а) ампутация части полового члена	30
	б) ампутация одного яичка	15
	в) ампутация всего полового члена	50
	г) ампутация обоих яичек	50
Н. КОСТИ ТАЗА		
1.	<u>Перелом костей таза:</u>	
	а) перелом крыла подвздошной кости	30
	б) перелом лонной, седалищной кости, тела подвздошной кости, вертлужной впадины	30
	в) перелом двух костей, двойной перелом одной кости	30
	г) перелом трех и более костей	50

2.	<u>Разрыв лонного, крестцово-подвздошного сочленения:</u>	
	а) одного сочленения	15
	б) двух сочленений	30
	в) трех сочленений	50
3.	<u>Повреждение таза, повлекшее за собой отсутствие движений в тазобедренных суставах:</u>	
	а) в одном суставе	15
	б) в двух суставах	30
О. НИЖНЯЯ КОНЕЧНОСТЬ (НОГА)		
1.	Перелом:	
	а) костей таза	15
	б) бедра	10
	в) костей голени (за исключением области суставов)	5
2.	Повреждение коленного сустава, повлекшее за собой перелом костей, его составляющих	
3.	Потеря (ампутация) ступни	
4.	Потеря (ампутация) ноги:	
	а) до середины голени	40
	б) до середины бедра	60
	в) выше середины бедра	70
5.	Анкилоз (отсутствие движений в суставе)	
	а) тазобедренного сустава	30
	в) коленного сустава	15
6.	«Болтающийся» сустав в результате резекции или несросшегося перелома суставных поверхностей составляющих его костей:	
	а) тазобедренный	50
	б) коленный	40
	в) голеностопный	30
7.	Потеря (ампутация) пальца ноги:	
	а) большого пальца	15
	б) любого другого пальца	10
8.	Потеря (ампутация) или полное отсутствие функционирования единственной нижней конечности	
П. НИЖНЯЯ КОНЕЧНОСТЬ (СТОПА, ПАЛЬЦЫ СТОПЫ)		
1.	<u>Повреждение стопы (за операцию, за исключением ПХО, доплачивается 5%):</u>	
	а) перелом, вывих одной-двух костей (кроме пяточной и таранной кости)	5
	б) перелом, вывих двух костей, перелом таранной кости	10
	в) перелом, вывих трех или более костей, перелом пяточной кости, подтаранный вывих стопы, вывих в поперечном суставе стопы (Шопара) или предплюсне-плюсневом суставе (Лисфранка)	15
2.	<u>Повреждение стопы, повлекшее за собой:</u>	
	а) несросшийся перелом (ложный сустав) одной-двух костей (за исключением пяточной или таранной костей)	5
	б) несросшийся перелом (ложный сустав) трех и более костей, а также пяточной или таранной кости	15
	б) артродез подтаранного сустава, поперечного сустава предплюсны (Шопара) или предплюсне-плюсневого (Лисфранка)	20

3.	<u>Травматическая ампутация или тяжелое повреждение стопы, повлекшее за собой ее ампутацию на уровне:</u>	
	а) плюснефаланговых суставов (отсутствие всех пальцев стопы)	30
	б) плюсневых костей	35
	в) предплюсны	40
4.	<u>Переломы, вывихи фаланг, повреждение сухожилий пальца (пальцев) одной стопы:</u>	
	а) перелом или вывих одной фаланги, повреждение сухожилий одного пальца, травматическое или хирургическое удаление ногтевой пластинки вследствие травмы одного или двух пальцев	5
	б) перелом или вывих двух-трех фаланг, повреждение сухожилий двух-трех пальцев, травматическое или хирургическое удаление ногтевой пластинки вследствие травмы двух-трех пальцев	10
	в) перелом или вывих четырех и более фаланг, повреждение четырех и более сухожилий, травматическое или хирургическое удаление ногтевых пластинок четырех-пяти пальцев	20
5.	<u>Травматическая ампутация или повреждение, повлекшее за собой ампутацию пальцев:</u>	
	а) первого пальца на уровне ногтевой фаланги (потеря ногтевой фаланги)	10
	б) первого пальца на уровне основной фаланги (потеря пальца)	30
	в) кроме первого, одного-двух пальцев на уровне ногтевых или средних фаланг	20
	г) кроме первого, одного-двух пальцев на уровне основных фаланг (потеря пальцев)	30
	д) кроме первого, трех-четырех пальцев на уровне ногтевых или средних фаланг	
е) кроме первого, трех-четырех пальцев на уровне основных фаланг или плюсне-ногтевых суставов (потеря пальцев)	30	

ТАБЛИЦА РАЗМЕРОВ СТРАХОВОЙ ВЫПЛАТЫ ПРИ СНИЖЕНИИ ЗРЕНИЯ ВСЛЕДСТВИЕ ТРАВМЫ, %		
Острота зрения		Размер страховой выплаты в % от страховой суммы
До травмы	После травмы	
1,0	0,6–0,9	2
	0,4–0,5	3
	0,3	5
	0,2	7
	0,1	17
	0,0	33
0,9	0,6–0,8	2
	0,4–0,5	3
	0,3	5
	0,2	7
	0,1	17
	0,0	33
0,8	0,6–0,7	5
	0,4–0,5	9
	0,3	15
	0,2	20
	0,1	50
	0,0	99
0,7	0,5–0,6	2
	0,3–0,4	3
	0,2	7
	0,1	17
	0,0	33
0,6	0,5–0,6	2
	0,3–0,4	3
	0,2	7
	0,1	17
	0,0	33
0,5	0,3–0,4	2
	0,2	3
	0,1	7
	0,0	17
0,4	0,2–0,3	2
	0,1	3
	0,0	17
0,3	0,2	2
	0,1	3
	0,0	17
0,2	0,1	2

	0,0	7
0,1	0,0	7

ТАБЛИЦА РАЗМЕРОВ СТРАХОВЫХ ВЫПЛАТ, ПРИМЕНЯЕМАЯ ПРИ ОЖОГАХ, %			
Площадь ожога (в % от поверхности тела)	Степень ожога		
	II	III	IV
	Размер выплаты (в % от страховой суммы)		
1–2	1	1	1
3–5	1	1	2
6–9	2	3	3
10–20	5	6	7
21–30	8	9	10
31–40	17	18	20
41–60	23	27	27
61–90	27	33	33
более 90	33	33	33
Таблица страховых выплат, применяемая при ожогах лица и (или) шеи			
1–2	1	1	2
3–4	2	2	3
5–6	3	4	5
7–8	4	5	7
9–10	5	10	13

МЯГКИЕ ТКАНИ		
1	Повреждение мягких тканей лица, переднебоковой поверхности век, подчелюстной области, ушных раковин, повлекшее за собой:	
	а) образование рубцов площадью от 0,5 до 1,0 кв. см	1
	б) образование рубцов площадью 1,0 кв. см и более или длиной 5 см и более	2
	в) умеренное нарушение косметики	2
	г) значительное нарушение косметики	5
	д) резкое нарушение косметики	13
е) обезображивание (обезображивание – это резкое изменение естественного вида лица человека в результате механического, химического, термического и других внешних воздействий)	23	
2	Открытые раны головы, туловища, конечностей, в том числе укушенные, требующие наложения швов	
	а) при сроках лечения от 7 до 14 дней	1
	б) при сроках лечения от 15 до 21 дня	1
	в) при сроках лечения от 21 дня	2
	Поверхностная травма (ушиб с развитием кровоподтека, гематомы) при сроках лечения более 21 дня	1
3	Повреждение мягких тканей волосистой части головы, туловища, конечностей, повлекшее за собой образование рубцов, а также тканевых поверхностей после ожогов III–IV степени и ранений площадью, указанной ниже (при открытых переломах костей и операциях выплата за рубцы не	

	производится):	
	а) от 2,0 кв. см до 5,0 кв. см или длиной 5 см и более	1
	б) от 5,0 кв. см до 0,5% поверхности тела (далее п. т.)	2
	в) от 0,5 до 2,0% п. т.	3
	г) от 2,0 до 4,0% п. т.	5
	д) от 4,0 до 6,0% п. т.	7
	е) от 6,0 до 8,0% п. т.	8
	ж) от 8,0 до 10% п. т.	10
	з) от 10 до 15% п. т.	12
	и) 15% и более	13
4	Повреждение мягких тканей туловища, конечностей, повлекшее за собой образование пигментных пятен, а также ожоги II степени площадью:	
	а) от 1 до 2% п. т.	1
	б) от 2 до 10% п. т.	2
	в) от 10 до 15% п. т.	3
	г) 15% и более	5
	Ожоговая болезнь, ожоговый шок	3
5	Повреждение мягких тканей:	
	а) неудаление инородного тела	1
	б) мышечная грыжа, посттравматический периостит, перихондрит, нерассосавшаяся гематома площадью не менее 2 кв. см, разрыв мышцы	1
	в) полный и частичный разрыв связок и сухожилий, взятие мышечного или фасциального трансплантата для проведения пластической операции в связи с травмой, а также нагноившаяся гематома* (обязательно зафиксированная в течение 24 часов после травмы врачом-травматологом) в случае ее оперативного лечения	2
	* При выплате по п. 5.в за нагноившуюся гематому в истории болезни должно быть отражено время получения травмы, показания для оперативного лечения и характер эвакуанта (в обязательном порядке должны быть указаны старые сгустки крови).	

Примечание:

Ушибы, разрывы и иные повреждения мягких тканей, не предусмотренные другими пунктами настоящей Таблицы выплат – 0,05% от страховой суммы.

Приложение № 13 к Правилам добровольного страхования от несчастных случаев и болезней № 1.1

Таблица выплат по риску «Телесные повреждения в результате несчастного случая» для беременных

№	Характер повреждения	Размер выплаты в % страховой суммы
1.	Повреждение репродуктивных органов при медицинских манипуляциях, таких как производство искусственного аборта на сроке до 22 недель по медицинским и социальным показаниям, диагностическое выскабливание полости матки, в частности замершая (неразвивающаяся беременность), диагностическая вакуум – аспирация из полости матки, повлекшее за собой:	
	а) перфорацию матки	20
	б) перфорацию матки, повлекшую травму органов брюшной полости	35
2.	Диагностирование замершей (неразвивающейся) беременности:	
	а) на сроке от 5 до 8 недель	15
	б) на сроке от 9 до 15 недель	30
	в) на сроке от 15 недель и выше	40
3.	Внематочная беременность, патологические роды, повлекшие за собой:	
	а) удаление единственной маточной трубы, единственного яичника	15
	б) удаление обеих труб, обоих яичников	30
	в) потерю матки (в том числе с придатками) в возрасте до 40 лет	50
	г) потерю матки (в том числе с придатками) в возрасте от 40 до 50 лет	30
	д) потерю матки (в том числе с придатками) в возрасте от 50 лет и старше	15
Примечание: 1. В случаях, когда во время операции по поводу внематочной беременности одновременно с трубой, в которой развивается беременность, удаляется (перевязывается) и вторая маточная труба в связи с ее заболеванием или с целью стерилизации, страховая выплата производится по ст. 2а.		
4.	Самопроизвольное прерывание беременности при:	
	а) сроке от 5 недель до 14 недель беременности	15
	б) сроке от 15 недель до 27 недель беременности	30
5.	Прерывание беременности по медицинским и (или) генетическим показаниям (искусственные роды), преждевременные роды мертвым плодом (ами), в том числе многоплодной беременности:	
	а) в сроках беременности 13–22 недели	20
	б) в сроках беременности 23–28 недель	40
6.	Преждевременные роды в сроке беременности 29–37 недель мертвым плодом (ами), в том числе при многоплодной беременности	50
7.	Роды мертвым плодом в сроке беременности от 38 недель	60
8.	Преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты	
	а) на сроке беременности от 12 до 27 недель	20
	б) на сроке беременности от 28 до 34 недель	30
	в) на сроке беременности от 35 до 38 недель	40
9.	Эмболия околоплодными водами	30
10.	Острая хирургическая патология, повлекшая оперативное хирургическое лечение во время беременности	30
11.	Кровотечение, потребовавшее гемотрансфузию	20
12.	Осложнения от анестезии во время кесарева сечения	20

Приложение № 14 к Правилам добровольного страхования от несчастных случаев и болезней № 1.1

**Таблица выплат
по риску «Тяжкие телесные повреждения в результате несчастного случая», 11 пунктов**

№	Телесное повреждение	Выплата в % от страховой суммы
1.	Потеря зрения на оба глаза	100%
2.	Потеря зрения на один глаз	35%
3.	Потеря ноги выше середины бедра	70%
4.	Потеря ноги до середины бедра	60%
5.	Потеря ноги до середины голени или одной ступни	50%
6.	Потеря руки выше локтевого сустава	65%
7.	Потеря руки ниже локтевого сустава	60%
8.	Потеря слуха на оба уха	60%
9.	Потеря слуха на одно ухо	15%
10.	Параплегия	80%
11.	Тетраплегия	100%

Приложение № 15 к Правилам добровольного страхования от несчастных случаев и болезней № 1.1

**Таблица выплат
по риску «Тяжкие телесные повреждения в результате несчастного случая», 21 пункт**

№	Телесное повреждение	Выплата в % от страховой суммы
1.	Потеря зрения на оба глаза	100
2.	Потеря зрения на один глаз	100
3.	Потеря ноги выше середины бедра	100
4.	Потеря ноги до середины бедра	100
5.	Потеря ноги до середины голени или одной ступни	70
6.	Потеря руки выше локтевого сустава	100
7.	Потеря руки ниже локтевого сустава	100
8.	Потеря слуха на оба уха	100
9.	Потеря слуха на одно ухо	30
10.	Параплегия	80
11.	Тетраплегия	100
12.	Потеря всех пальцев руки	80
13.	Потеря четырех пальцев руки	70
14.	Потеря большого пальца руки	50
15.	Потеря указательного пальца руки	20
16.	Потеря среднего пальца руки	12
17.	Потеря безымянного пальца руки	10
18.	Потеря мизинца руки	8
19.	Потеря всех пальцев ноги	30
20.	Потеря большого пальца ноги	10
21.	Потеря остальных пальцев ноги, за каждый потерянный палец	2

Приложение № 16 к Правилам добровольного страхования от несчастных случаев и болезней № 1.1

**Таблица выплат
по риску «Диагностирование опасного инфекционного заболевания»**

№	Заболевание	Размер выплаты в % страховой суммы
1.	Туберкулез	30
2.	Малярия	30
3.	Трансмиссивные губчатые энцефалопатии	70
4.	Холера	30
5.	Сибирская язва	35
6.	Гепатит А	5
7.	Бешенство	30
8.	Столбняк	25
9.	Бруцеллез	30
10.	Геморрагическая лихорадка с почечным синдромом	15
11.	Трихинеллез	15
12.	Клещевой вирусный энцефалит	10
13.	Иксодовый клещевой боррелиоз	5
14.	Лихорадка западного Нила	10
15.	Крымская геморрагическая лихорадка	10
16.	Туляремия	15
17.	Лептоспироз	15
18.	Лихорадка Денге	10
19.	Полиомиелит	20
20.	Чума	30
21.	Лихорадка Эбола	40
22.	Трипаносомоз	30

Приложение № 17 к Правилам добровольного страхования от несчастных случаев и болезней № 1.1

**Перечень критических заболеваний и предсуществующих состояний (заболеваний)
по риску «Критическое заболевание»**

1. Под критическими понимаются заболевания, перечисленные ниже:

1.1. Рак – наличие одной или более злокачественных опухолей, включая:

- лейкемию (кроме хронической лимфоцитарной лейкемии);
- лимфомы;
- болезнь Ходжкина;
- характеризующихся:
 - неконтролируемым ростом;
 - метастазированием;
 - внедрением в здоровые ткани.

1.1.1. Диагноз должен быть подтвержден опытным онкологом на основании гистологического исследования.

1.1.2. Исключения:

- опухоли со злокачественными изменениями карцином in situ (включая дисплазию шейки матки 1, 2, 3-й стадий) или гистологически описанные как предраки;
- меланома, максимальная толщина которой, в соответствии с гистологическим заключением, меньше 1,5 мм или которая не превышает уровень развития T3N(0)M(0) по классификации TNM, любая другая опухоль, не проникающая в сосочково-ретикулярный слой;
- все гиперкератозы или базальноклеточные карциномы кожи;
- все эпителиально-клеточные раки кожи при отсутствии прорастания в другие органы;
- саркома Капоши и другие опухоли, ассоциированные с ВИЧ-инфекцией или СПИД;
- рак предстательной железы стадии T1 (включая T1a, T1b) по классификации TNM или аналогичные и менее выраженные стадии рака в соответствии с другими классификациями.

1.2. Инфаркт миокарда – остро возникший некроз части сердечной мышцы вследствие абсолютной или относительной недостаточности коронарного кровотока.

1.2.1. Диагноз должен быть обоснован наличием всех 3 (трех) симптомов:

- длительный приступ характерных болей в грудной клетке;
- новые типичные изменения ЭКГ, например изменения сегмента ST или зубца T с характерной динамикой; формирование патологического, стойко сохраняющегося зубца Q; типичное повышение активности кардиоспецифических ферментов крови.

1.2.2. Страховая выплата может быть произведена в случае отсутствия некоторых из вышеперечисленных симптомов по причине успешного проведения лизиса тромба или баллонной ангиопластики на ранних этапах, только при условии, что лечащий врач-кардиолог, безусловно, подтверждает, что подлинный инфаркт миокарда имел место.

Поднятие уровня тропонина само по себе не является достаточным условием для постановки

диагноза «инфаркт миокарда» в целях данного страхования.

1.2.3. Исключением является стабильная и нестабильная стенокардия.

1.3. Инсульт – острое нарушение мозгового кровообращения, характеризующееся стойкими неврологическими нарушениями, возникшими в результате инфаркта мозга, кровоизлияния в мозг или эмболии экстракраниальных сосудов, повлекшее за собой паралич конечностей.

1.3.1. Наличие постоянных неврологических нарушений должно быть подтверждено невропатологом по истечении минимум 3 (трех) месяцев после возникновения инсульта.

1.3.2. Только если неврологическое нарушение, явившееся результатом инсульта, привело к полной потере функций, хотя бы одной конечности выше уровня кисти или ступни, страховая выплата может быть произведена по истечении 6 (шести) недель после возникновения инсульта.

1.3.3. Исключения:

- церебральные расстройства, вызванные мигренью;
- церебральные расстройства вследствие травмы или гипоксии;
- сосудистые заболевания, поражающие глаз или глазной нерв;
- преходящие нарушения мозгового кровообращения, длящиеся менее 24 часов;
- приступы вертебробазиллярной ишемии;
- инсульты, повлекшие за собой единственное неврологическое нарушение – потерю сенсорной чувствительности.

1.4. Терминальная почечная недостаточность – последняя стадия необратимого хронического нарушения функции обеих почек, приводящего к:

- повышению уровня креатинина в крови до 7–10 мг%;
- нарушению выведения продуктов азотистого обмена;
- нарушению водно-солевого, осмотического, кислотно-щелочного равновесия;
- артериальной гипертензии;

что требует:

- постоянного проведения гемодиализа;
- перитонеального диализа;
- трансплантации донорской почки.

1.4.1. Постоянная необходимость в диализе должна быть подтверждена заключением врача-консультанта – нефролога.

1.4.2. Исключением является почечная недостаточность в стадии компенсации.

1.4.3. Страховая выплата может быть произведена только при подтверждении факта проведения процедуры диализа или по завершении пересадки трансплантата.

1.5. Аортокоронарное шунтирование – прямое оперативное вмешательство на сердце, рекомендованное кардиохирургом для устранения стеноза или окклюзии по меньшей мере двух коронарных артерий.

1.5.1. Исключения:

- баллонная ангиопластика (дилатация) коронарных артерий;
- применение лазера;
- другие нехирургические процедуры.

1.5.2. Страховая выплата возможна только после проведения операции при условии предоставления лечебным учреждением выписки из истории болезни застрахованного с отчетом о проведенной операции.

1.6. Трансплантация органов – перенесение в качестве реципиента трансплантации:

- сердца (пересадка полностью всего сердца);
- легкого;
- печени;
- почки;
- поджелудочной железы (исключая трансплантацию только островков Лангерганса);
- костного мозга.

1.6.1. Исключением из страхового покрытия по данному заболеванию является донорство органов.

1.6.2. Страховая выплата возможна только после проведения операции при условии представления лечебным учреждением выписки из истории болезни застрахованного с отчетом о проведенной операции.

1.7. Паралич – паралич означает постоянную и полную потерю функций двух и более конечностей в результате травмы или заболевания спинного мозга. Под конечностью понимают целиком всю руку или всю ногу.

1.8. Слепота – клинически подтвержденное необратимое снижение зрения на оба глаза в результате заболевания или несчастного случая.

1.8.1. Корректируемая острота зрения должна быть меньше 6/60 или 20/200 при использовании, например, тестов по Шнеллену, или меньше 0,1 при использовании таблиц Сивцева – Головина, или должно быть ограничение поля зрения на обоих глазах до 20° и менее.

1.8.2. Страховая выплата не будет производиться, если по заключению офтальмолога какое-либо устройство или имплантат могут привести к частичному или полному восстановлению зрения.

1.9. Хирургическая операция на клапанах сердца – перенесенная хирургическая операция на открытом сердце посредством торакотомии с целью замены или восстановления клапанов сердца по поводу дефектов или аномалий клапанов сердца.

1.10. Рассеянный склероз – окончательный диагноз «рассеянный склероз», установленный специалистом-неврологом в сертифицированном медицинском учреждении.

1.10.1. В качестве подтверждения диагноза предусматривается наличие типичных симптомов демиелинизации и нарушений моторной и сенсорной функций наравне с типичными признаками заболевания при магнитно-резонансной томографии.

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

1.10.2. Событие будет признано страховым только в том случае, если рассеянный склероз вызвал неврологические нарушения, которые привели:

- к стойкой и необратимой неспособности застрахованного пройти 200 метров по ровной поверхности без вспомогательных средств, или
- к стойкой и необратимой неспособности застрахованного самостоятельно принимать приготовленную и поданную ему пищу, или
- к центральной скотоме, которая подтверждена инструментальными методами исследования.

1.11. Тяжелые ожоги – повреждение тканей, вызванное термическими, химическими или электрическими факторами, которые привели к ожогам третьей степени или всей толщины кожи, как минимум 20% площади поверхности тела, по результатам измерения согласно «правилу девяток» или таблицы площади поверхности тела Лунда и Браудера.

1.12. Инфицирование вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ) или 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, либо ответственность лечебного учреждения определена компетентным органом.
- застрахованный не является больным гемофилией.
- диагноз подтвержден врачами специализированного лечебного учреждения.

ВИЧ-инфекция – инфекционная болезнь, развивающаяся в результате многолетнего персистирования в лимфоцитах, макрофагах и клетках нервной ткани вируса иммунодефицита человека (ВИЧ) и характеризующаяся медленно прогрессирующим дефектом иммунной системы, который приводит к гибели больного от вторичных поражений, описанных как синдром приобретенного иммунодефицита (СПИД), или от подострого энцефалита.

1.13. Доброкачественная опухоль головного мозга – постоянное неврологическое расстройство, развившееся вследствие удаления доброкачественной опухоли головного мозга под общей анестезией или при неоперабельной опухоли.

1.13.1. Диагноз должен быть подтвержден врачом-специалистом, а также результатами компьютерной или магнитно-резонансной томографии.

1.13.2. Продолжительность неврологической симптоматики должна наблюдаться не менее 3 (трех) месяцев.

1.13.3. Из определения исключаются все кисты, гранулемы, мальформации в области вен и артерий головного мозга, гематомы и опухоли гипофиза или позвоночника.

2. Дополнительно для договоров коллективного страхования может быть предусмотрено покрытие следующего риска:

2.1. В случаях установления следующих диагнозов и (или) проведения следующих операций:

- интраэпителиальный рак (рак in situ, например, рак шейки матки);
- рак предстательной железы стадии А;
- все злокачественные опухоли кожных покровов, за исключением инвазивной злокачественной меланомы (начиная с третьего уровня по классификации Кларка);
- ангиопластика и (или) другие процедуры внутри артерии;

2.2. Размер выплаты составит 25% индивидуальной страховой суммы по риску «Критические заболевания и операции».

3. Варианты страховых программ:

Программа 1:

Страховое возмещение в размере страховой суммы выплачивается в случае событий, перечисленных пп. 1–7.

Программа 2:

Страховое возмещение в размере страховой суммы выплачивается в случае событий, перечисленных

пп. 1–11.

Программа 3:

Страховое возмещение в размере страховой суммы выплачивается в случае событий, перечисленных пп. 1–13.

4. Варианты страховых выплат:

Вариант 1 (уменьшаемая страховая сумма по риску «Смерть»):

- a. Размер страховой суммы по настоящему варианту страхования не может превышать страховую сумму по риску «Смерть».
- b. В случае выплаты страхового возмещения по настоящему варианту страхования размер страховой суммы по риску «Смерть» уменьшается на величину произведенной выплаты.

Вариант 2 (неуменьшаемая страховая сумма по риску «Смерть»):

- a. Размер страховой суммы по настоящему варианту страхования устанавливается независимо от страховой суммы по риску «Смерть».
- b. В случае выплаты страхового возмещения по настоящему варианту страхования размер страховой суммы по риску «Смерть» не изменяется.
- c. Выплата по данному варианту страхования производится, если Застрахованный жив по истечению 30-дневного периода с момента установления диагноза критического заболевания или проведения операции в соответствии с покрытием пп. 1, 2. В случае смерти до окончания указанного периода выплата по данному дополнительному варианту страхования не производится.

5. Возраст лиц, принимаемых на страхование

Возраст Застрахованного не может быть меньше 18 (восемнадцати) и больше 64 (шестидесяти четырех) лет на дату начала страхования от критических заболеваний, если иное не предусмотрено договором.

6. Перечень предсуществующих состояний (заболеваний), наличие которых у застрахованного до момента заключения договора страхования является основанием для отказа в выплате страхового обеспечения, за исключением случаев, когда Договоры страхования в отношении Застрахованного непрерывно действовали не менее 5 (пяти) лет и страховых выплат по существующему Предсуществующему состоянию (заболеванию) не производилось.

6.1. Рак:

- любые злокачественные или предраковые образования, папиллома мочевого пузыря, полипоз кишечника, болезнь Крона, язвенный колит, гематурия, стул с кровью, кровохарканье, лимфаденопатия, спленомегалия, кахексия.

6.2. Инфаркт миокарда, аортокоронарное шунтирование:

- гипертония, стенокардия, атеросклероз и болезни коронарных сосудов, загрудинные боли при повышенной физической активности, сахарный диабет, аритмия, патологические изменения на ЭКГ, гиперлипидемия, ожирение.

6.3. Инсульт:

- гипертония, болезни клапанов сердца, преходящие нарушения мозгового кровообращения, гемофилия, легочная эмболия, эмболия любых крупных сосудов, сахарный диабет, сосудистые внутричерепные аневризмы, атеросклероз, артериовенозные пороки развития, фибрилляция предсердий.

6.4. Трансплантация жизненно важных органов:

- сердце и сердечно-легочный комплекс: болезни коронарных артерий, сердечная недостаточность, кардиомиопатия, гипертония;
- легкое: легочная недостаточность, муковисцидоз;
- печень: гепатит В или С, терминальная стадия хронического гепатита, первичный билиарный цирроз печени, алкогольное повреждение печени, аутоиммунный гепатит, тромбоз печеночных вен, нарушения обмена веществ, новообразования, холангит;
- поджелудочная железа: сахарный диабет, панкреатит, муковисцидоз;
- почка: хронический гломерулонефрит, врожденная патология, поликистоз почек, нефропатия, вызванная анальгетиками или повышенным внутрилоханочным давлением (рефлюкс), гипертония, сахарный диабет, системная красная волчанка;
- костный мозг: любые злокачественные новообразования, анемии, лейкопении или тромбопении.

6.5. Почечная недостаточность:

- хронический гломерулонефрит, врожденная патология, поликистоз почек, нефропатия, вызванная анальгетиками или повышенным внутрилоханочным давлением (рефлюкс), гипертония, сахарный диабет, системная красная волчанка.

Приложение № 18 к Правилам добровольного страхования от несчастных случаев и болезней № 1.1

ПОЛИС СТРАХОВАНИЯ ОТ НЕСЧАСТНЫХ СЛУЧАЕВ № _____ от «__» _____ 20__ г.

Настоящий Полис удостоверяет факт заключения договора страхования от несчастных случаев на основании Правил добровольного страхования от несчастных случаев и болезней №1.1, утвержденных приказом Генерального директора АО «Группа Ренессанс Страхование» №084 от 19.06.2019 г., далее – «Правила страхования» (Приложение № 2 к настоящему Полису). Подписывая настоящий Полис, Страхователь подтверждает, что получил Правила страхования и Таблицу размеров страховых выплат при телесных повреждениях Застрахованных лиц из ___ пунктов (Приложение № 3 к настоящему Полису, далее также – «Таблица выплат из ___ пунктов»), ознакомлен с ними, понял их условия, с которыми согласен и обязуется выполнять. Дополнительно с Правилами страхования можно ознакомиться на официальном сайте Страховщика. Настоящий Полис составлен в двух экземплярах по одному экземпляру для Страхователя и Страховщика. Объект страхования - имущественные интересы Застрахованного лица, связанные с причинением вреда его здоровью, а также с его смертью в результате несчастного случая или болезни.

1. Страховщик: АО «Группа Ренессанс Страхование», лицензия _____, бессрочно. Адрес: 115114, г. Москва, Дербеневская наб., д. 7, стр. 22, этаж 4, пом XIII. Телефон: 8-800-333-8-800, www.renins.ru, Электронная почта _____

2. Страхователь-физическое лицо, ИП:

ФИО:		Гражданство:		Дата рождения: «__» _____ г.		Место рождения:	
Адрес регистрации (почтовый):							
Адрес места жительства (при отличии):							
Телефон/факс:				e-mail:			
Паспорт		Серия:		Номер:		Кем и когда выдан:	
Код подразделения:		ОГРНИП, место регистрации:		СНИЛС:		ИНН (при наличии):	

2. Страхователь-юридическое лицо:

Наименование:		Адрес регистрации (почтовый):		Телефон:		Факс:	
Банковские реквизиты:		Расчетный счет:		Корр. счет:			
БИК:		ОГРН:		ИНН:			

2.1 Для иностранных граждан или лиц без гражданства, находящихся в РФ:

Данные миграционной карты: номер карты, дата начала срока пребывания и дата окончания срока пребывания в РФ	
Данные документа, подтверждающего право на пребывание (проживание) в РФ (серия, номер, дата начала срока действия, дата окончания срока действия)	

3. Застрахованный (в возрасте от 16 до 70 лет. Указывается, если Застрахованным лицом является иное лицо, нежели Страхователь)

ФИО		ИНН (при наличии)		Дата рождения:		Пол: <input type="checkbox"/> М; <input type="checkbox"/> Ж	
Адрес регистрации (почтовый):		Адрес места жительства:		Телефон:		e-mail:	
Паспорт:		серия		номер		Кем и когда выдан:	
				Код подразделения:			

4. Выгодоприобретатель (на случай смерти) (В остальных случаях Выгодоприобретателем является непосредственно Застрахованный)

ФИО		Доля, % от страховой суммы		Дата рождения		Паспортные данные Застрахованного		Подпись Застрахованного	
ФИО		Доля, % от страховой суммы		Дата рождения		Паспортные данные Застрахованного		Подпись Застрахованного	

5. Страховые риски/страховые случаи (отметьте нужное знаком X), страховая сумма, страховая премия, страховой тариф. Размер страховых выплат**

Смерть в результате несчастного случая		100% от страховой суммы, за вычетом всех произведенных ранее выплат по настоящему Полису.	
<input type="checkbox"/>	Инвалидность в результате несчастного случая	При установлении I группы инвалидности – 100% от страховой суммы; II группы инвалидности – 75% от страховой суммы; III группы инвалидности – 50% от страховой суммы. Из суммы страхового возмещения вычитаются произведенные ранее выплаты по страховым рискам «Телесные повреждения в результате несчастного случая» / «Временная утрата общей трудоспособности в результате несчастного случая», наступившим вследствие этого же несчастного случая	
<input type="checkbox"/>	Телесные повреждения в результате несчастного случая ***	% от страховой суммы в соответствии с Таблицей выплат из ___ пунктов (Приложение № 3 к настоящему Полису)	
<input type="checkbox"/>	Временная утрата общей трудоспособности в результате несчастного случая ***	_____% от страховой суммы, за каждый день нетрудоспособности, начиная с 7 (седьмого) дня нетрудоспособности, но не более чем за 60 (Шестьдесят) календарных дней по одному страховому случаю	
Страховая сумма		цифрами _____ прописью _____ <input type="checkbox"/> Рубли	
Страховая премия		цифрами _____ прописью _____ <input type="checkbox"/> Рубли	
Страховой тариф			

** Перечень страховых рисков, размер страховой суммы, страховой премии и страхового тарифа по настоящему Полису указываются в соответствии с Правилами страхования по соглашению Сторон

Страховое покрытие распространяется на события, произошедшие во время занятий следующими видами спорта (в том числе произошедших во время участия в соревнованиях и подготовку к ним): 1. _____, 2. _____, 3. _____

Я не использую в качестве средства передвижения транспортные средства категорий «А», «М» с объемом двигателя более 49 куб. см., водные механизированные плавательные средства, самоходные машины (снегоходы, болотоходы, квадроциклы и т.п.).

Проставление знака «X» в соответствующих квадратах ячейки таблицы настоящего Полиса является подтверждением, что настоящий Полис заключен также на указанных в данных ячейках условиях страхования. В настоящем Полисе не могут быть отмечены одновременно две валюты страховой суммы, страховой премии.

*** В настоящем Полисе не могут быть отмечены одновременно страховые риски «Телесные повреждения в результате несчастного случая» и «Временная утрата общей трудоспособности в результате несчастного случая». При страховой сумме до 900 000 рублей включительно расчет размера выплат страхового возмещения по страховым рискам «Телесные повреждения в результате несчастного случая», «Временная утрата общей трудоспособности в результате несчастного случая» производится исходя из страховой суммы, указанной в настоящем Полисе. При страховых суммах свыше 900 000 рублей расчет выплат по указанным выше страховым рискам производится исходя из суммы 900 000 рублей. При наступлении страхового риска «Временная нетрудоспособность в результате несчастного случая», выплата производится только на основании листка нетрудоспособности.

Страховая премия оплачивается одновременно в рублях по курсу ЦБ РФ на дату оплаты в срок до «__» _____ 20__ г. Общая сумма выплат по страховым случаям, произошедшим в течение срока страхования, не может превышать размера страховой суммы. Выплата страхового возмещения производится в течение

14 (четырнадцать) банковских дней с момента получения Страховщиком всех необходимых документов, в том числе дополнительно затребованных, наличными денежными средствами или безналичным переводом в рублях по курсу ЦБ РФ на дату выплаты.

6. Срок действия настоящего Полиса, территория страхования

Срок действия настоящего Полиса 1 (один) год с «__»____20__ г. по «__»____20__ г. Страхование, обусловленное настоящим Полисом (срок страхования), распространяется на страховые случаи, происшедшие не ранее, чем по истечении 3 (трех) календарных дней с даты оплаты страховой премии по настоящему Полису. Датой оплаты считается дата поступления страховой премии в кассу или счет Страховщика или его представителя. В случае непоступления страховой премии в размере и сроки, указанные в п.5 настоящего Полиса, Полис считается не вступившим в силу и стороны не несут по нему обязательств. **Территория страхования:** весь мир, за исключением зон военных конфликтов/действий.

7. Особые условия. Подписывая настоящий Полис:

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

При отказе Страхователя от настоящего Полиса после начала срока страхования и в течение 14 календарных дней со дня заключения настоящего Полиса, Страхователь вправе получить часть оплаченной премии пропорционально сроку действия страхования, при условии отсутствия в период страхования событий, имеющих признаки страхового случая. Возврат страховой премии осуществляется в течение 10 рабочих дней со дня получения Страховщиком письменного заявления об отказе от Полиса, при этом Полис прекращает свое действие с даты получения Страховщиком заявления Страхователя об отказе от Полиса.

При отказе Страхователя от настоящего Полиса после начала срока страхования и по истечении 14 календарных дней со дня заключения Полиса, премия возврату не подлежит.

Форма, порядок и срок осуществления страховой выплаты предусмотрены в разделах 10 -11 Правил страхования.

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

Подписывая настоящий Полис:

- я подтверждаю, что не являюсь инвалидом I или II группы, не имею направления на прохождение государственной медико-социальной экспертизы (далее – МСЭ); не прохожу службу в вооруженных силах; не нахожусь в местах лишения свободы; в течение последних 2 (двух) лет я ни разу не находился на больничном листе или на стационарном лечении более 2-х недель подряд; не имею на дату заключения Договора страхования следующих заболеваний и (или) связанных с ним состояний: ВИЧ и СПИД, и болезни, связанные с данными заболеваниями, алкоголизм, наркомания, болезни нервной системы (паралич, эпилепсия, временная потеря сознания, судорожные припадки), не страдает доброкачественной или злокачественной опухолью мозга, болезнями костной ткани (остеопороз, остеомиелит, доброкачественная или злокачественная опухоль костей, в том числе метастазы других опухолей в кости), близорукость более 7 (семи) диоптрий; не состою на учете в наркологическом, психоневрологическом диспансере; я сейчас не беременна (утверждение для женщин). Также я подтверждаю, что моя профессиональная деятельность не связана с работой на высоте свыше 15 м, работой в море, работой под водой, работой в нефтяной или газовой промышленности, работой под землей, например в шахтах, работой со взрывчатыми, опасными химическими веществами или составами, работой в правоохранительных органах, работой в качестве охранника или сотрудника безопасности, другой работой, связанной с повышенным риском и (или) повышенными источниками опасности; не использую транспортные средства категории "А", "М" с рабочим объемом двигателя более 50 куб.см. в качестве средства передвижения.

-выражаю Страховщику согласие на обработку своих персональных данных, содержащихся в настоящем Договоре и в иных документах, передаваемых Страховщику, для исполнения обязательств по данному Договору, а также в целях продвижения товаров, работ, услуг на рынке путем осуществления Страховщиком прямых контактов с помощью средств связи. Обработка персональных данных осуществляется посредством сбора, систематизации, накопления, хранения, уточнения (обновления, изменения), использования, распространения (в том числе передачу), обезличивания, блокирования, уничтожения персональных данных как на бумажных, так и на электронных носителях. Настоящее согласие Страхователя (Застрахованного) действительно в течение срока действия настоящего Полиса и в течение 5 лет после окончания срока действия настоящего Полиса. Настоящее согласие может быть отозвано Страхователем (Застрахованным) посредством направления Страховщику соответствующего письменного заявления, в соответствии с требованиями ФЭ №152 «О персональных данных»;

- я выражаю свое согласие на ознакомление Страховщика с любой медицинской документацией, связанной с состоянием моего здоровья для решения вопросов, связанных с исполнением Договора страхования, иных услуг и защитой моих прав, а также свое согласие на право медицинских учреждений, в которых я получал (получаю) медицинские и иные услуги, передавать Страховщику сведения, составляющие врачебную тайну, включающие в себя: информацию о факте моего обращения за медицинской помощью, состоянии моего здоровья, диагнозе моих заболеваний и иные сведения, полученные при моем обследовании и лечении после наступления заявленного Страховщику несчастного случая;

- я подтверждаю, что Страхователь /Представитель Страхователя/ Выгодоприобретатель не является иностранным публичным должностным лицом, должностным лицом публичных международных организаций или их родственником, а также лицом, замещающим (занимающим) государственную должность в РФ, должность члена Совета директоров ЦБ РФ, должность федеральной государственной службы, назначение на которые и освобождение от которых осуществляются Президентом РФ или Правительством РФ, должность в ЦБ РФ, государственных корпорациях и иных организациях, созданных в РФ на основании федеральных законов, включенных в перечни должностей, определяемые Президентом РФ. В ином случае я обязуюсь предоставить подтверждающие документы. Я подтверждаю, что Страхователь /Представитель Страхователя/ Выгодоприобретатель не имеет регистрации, места жительства (нахождения), счета в банке в государстве (на территории), которое(ая) не выполняет рекомендации ФАТФ. Я обязуюсь при изменении любых сведений, предоставленных при заключении Договора, сообщить Страховщику о таких изменениях в письменной форме в течение 7 рабочих дней при условии, что сведения, представленные при заключении Договора, считаются актуальными до момента получения Страховщиком информации об их изменении;

- я подтверждаю, что поставлен в известность, понимаю и согласен с тем, что если после заключения настоящего Полиса будет установлено, что Страхователь, либо, Застрахованный, ввел Страховщика в заблуждение, либо сообщил при заключении настоящего Полиса заведомо ложные сведения, то Страховщик вправе потребовать признания Договора страхования недействительным в соответствии с законодательством РФ.

- я подтверждаю, что в полном объеме получил информацию, предусмотренную пунктом 2.1.2. Базового стандарта защиты прав и интересов физических и юридических лиц - получателей финансовых услуг, оказываемых членами саморегулируемых организаций, объединяющих страховые организации, утв. Решением КФН ЦБ РФ, Протокол от 09.08.18 № КФНП-24..

- я выражаю согласие осуществлять взаимодействие со Страховщиком путем обращения в офисы Страховщика, посредством почтовой и телефонной связи, а также иными способами в случаях, специально предусмотренных Правилами страхования.

- я выражаю согласие получать сообщения и уведомления от Страховщика, в том числе в электронной форме, по адресам, телефонам, указанным в настоящем Полисе.

Застрахованное лицо	_____	подпись	_____	ФИО	«__»____	_____	дата
---------------------	-------	---------	-------	-----	----------	-------	------

Приложения:	<input type="checkbox"/> Приложение № 1, Заявление на страхование от «__»____20__ г.
	<input checked="" type="checkbox"/> Приложение № 2, Правила добровольного страхования от несчастных случаев и болезней №1.1 от _____.
	<input checked="" type="checkbox"/> Приложение № 3, Таблица размеров страховых выплат при телесных повреждениях из _____ пунктов

Страховщик	_____	_____	_____	№ _____ от _____»____20__ г.	Страхователь	_____	_____
	Подпись (М.П.)	_____	ФИО	Должность		Доверенность	подпись

Приложение № 19 к Правилам добровольного страхования от несчастных случаев и болезней № 1.1

ПОЛИС СТРАХОВАНИЯ ОТ НЕСЧАСТНЫХ СЛУЧАЕВ № _____ от «__» _____ 20__ г.

Настоящий Полис удостоверяет факт заключения договора страхования от несчастных случаев на основании Правил добровольного страхования от несчастных случаев и болезней №1.1, утвержденных приказом Генерального директора АО «Группа Ренессанс Страхование» №084 от 19.06.2019, далее – «Правила страхования» (Приложение № 1 к настоящему Полису). Подписывая настоящий Полис, Страхователь подтверждает, что получил Правила страхования и Таблицу размеров страховых выплат при телесных повреждениях застрахованных лиц из _____ пунктов, далее – «Таблица выплат» (Приложение № 2 к настоящему Полису), ознакомлен с ними, понял их условия, с которыми согласен и обязуется выполнять. Дополнительно с Правилами страхования можно ознакомиться на официальном сайте Страховщика. Объект страхования – имущественные интересы Застрахованного лица, связанные с причинением вреда его здоровью, а также смертью в результате несчастного случая или болезни.

1. Страховщик: АО «Группа Ренессанс Страхование», лицензия _____, бессрочно. Адрес: 115114, г. Москва, Дербеневская наб., д. 7, стр. 22, этаж 4, пом XIII. Телефон: 8-800-333-8-800, www.renins.ru, Электронная почта _____.

2. Страхователь-физическое лицо, ИП:

ФИО:	Гражданство:	Дата рождения: «__» _____ г.	Место рождения:
Адрес регистрации (почтовый):			
Адрес места жительства (при отличии):			
Телефон/факс:		e-mail:	
Паспорт	Серия:	Номер:	Кем и когда выдан:
Код подразделения:	ОГРНИП, место регистрации:		СНИЛС: _____ ИНН (при наличии): _____

2. Страхователь-юридическое лицо:

Наименование:	Адрес регистрации (почтовый):	Телефон:	Факс:
Банковские реквизиты:	Расчетный счет:	Корр. счет:	
БИК:	ОГРН:	ИНН:	

2.1 Для иностранных граждан или лиц без гражданства, находящихся в РФ:

Данные миграционной карты: номер карты, дата начала срока пребывания и дата окончания срока пребывания в РФ
Данные документа, подтверждающего право на пребывание (проживание) в РФ (серия, номер, дата начала срока действия, дата окончания срока действия)

3. Застрахованный (в возрасте от 3 до 15 лет)

ФИО	Гражданство:	Дата рождения: «__» _____ г.	ИНН (при наличии):
Адрес регистрации (почтовый):		Адрес места жительства (при отличии):	
Телефон:		Свидетельство о рождении/ паспорт	
Серия	Номер	Кем и когда выдан	Код подразделения:

4. Страховые риски. Страховые случаи, страховая сумма, страховая премия, страховой тариф. Размер страховых выплат**

Страховые риски	Размер страховых выплат		
Смерть в результате несчастного случая	100% от страховой суммы, за вычетом всех произведенных ранее выплат		
Телесные повреждения в результате несчастного случая	% от страховой суммы в соответствии с Таблицей выплат из _____ пунктов, Приложение № 2 к настоящему Полису		
Инвалидность в результате несчастного случая	При установлении лицу в возрасте до 18 лет категории «ребенок-инвалид» - 100% от страховой суммы. Из суммы страхового возмещения вычитаются произведенные ранее выплаты по страховому риску «Телесные повреждения», наступившему вследствие этого же несчастного случая		
Страховая сумма	цифрами	прописью	<input type="checkbox"/> Рубли
Страховая премия	цифрами	прописью	<input type="checkbox"/> Рубли

** Перечень страховых рисков, размер страховой суммы, страховой премии и страхового тарифа по настоящему Полису указываются в соответствии с Правилами страхования по соглашению Сторон

<input type="checkbox"/>	Страховое покрытие распространяется на события, произошедшие во время занятий следующими видами спорта (в том числе произошедших во время участия в соревнованиях и подготовку к ним): 1. _____, 2. _____, 3. _____		
<input type="checkbox"/>	Дополнительная страховая премия	Цифрами	Прописью
<input type="checkbox"/>	Общая страховая премия по Полису	Цифрами	Прописью

Проставление знака «X» в соответствующих квадратах ячейки таблицы настоящего Полиса является подтверждением, что настоящий Полис заключен также на указанных в данных ячейках условиях страхования.

** Перечень страховых рисков, размер страховой суммы, страховой премии по настоящему Полису указываются в соответствии с _____ по соглашению Сторон.

Страховая премия оплачивается единовременно в срок до «__» _____ 20__ г. Общая сумма выплат по страховым случаям, произошедшим в течение срока страхования, не может превышать размера страховой суммы. Выплата страхового возмещения производится в течение 14 (четырнадцати) банковских дней с момента получения Страховщиком всех необходимых документов наличными денежными средствами или безналичным переводом в рублях по курсу ЦБ РФ на дату выплаты.

5. Срок действия настоящего Полиса, территория страхования

Срок действия настоящего Полиса 1 (один) год с «__» _____ 20__ г. по «__» _____ 20__ г. Страхование, обусловленное настоящим Полисом (срок страхования), распространяется на страховые случаи, происшедшие не ранее, чем по истечении 3 (трех) календарных дней с даты оплаты страховой премии по настоящему Полису. Датой оплаты считается дата поступления страховой премии в кассу или на расчетный счет Страховщика или его представителя. В случае непоступления страховой премии в размере и сроки, указанные в п.4 настоящего Полиса, Полис считается не вступившим в силу и стороны не несут по нему обязательств. Территория страхования: весь мир, за исключением зон военных конфликтов/действий.

6. Особые условия.

Форма, порядок и срок осуществления страховой выплаты предусмотрены в разделах 10-11 Правил страхования. Информация об адресах офисов Страховщика, в которых осуществляется прием документов при наступлении страховых случаев и иных обращений, а также о случаях и порядке приема документов в электронной форме, размещена на официальном сайте Страховщика и может быть получена при обращении по телефонам Страховщика, указанным в настоящем Полисе.

Подписывая настоящий Полис, подтверждаю (заполняется родителем или иным законным представителем Застрахованного):

- Застрахованное лицо не относится к категории «ребенок-инвалид», не имеет направления на прохождение государственной медико-социальной экспертизы; не является беременной (утверждение для девушек); не имеет на дату заключения Договора страхования следующих заболеваний и (или) связанных с ним состояний: нервно-психические заболевания, заболевания нервной системы (слабоумие, эпилепсия, паралич, временная потеря сознания, судорожные припадки, другие тяжелые заболевания нервной системы); онкологические заболевания; заболевания сердечнососудистой системы (инфаркт миокарда, стенокардия, артериальная гипертензия); сахарный диабет; туберкулез; кожно-венерологические заболевания; алкоголизм; наркомания; СПИД, ВИЧ-инфекция, болезни, связанные с данными заболеваниями; не занимается активным отдыхом, массовым и профессиональным спортом, сопряженным с повышенной опасностью для жизни и здоровья или другими увлечениями, связанными с повышенным риском.

- я выражаю Страховщику согласие на обработку персональных данных физических лиц, содержащихся в настоящем Договоре и в иных документах, передаваемых Страховщику, для исполнения обязательств по данному Договору, в том числе в целях продвижения товаров, работ, услуг на рынке путем осуществления Страховщиком прямых контактов с помощью средств связи. Настоящее согласие действует в течение пяти лет с момента окончания срока действия Полиса или до момента отзыва согласия, переданного мной в офис Страховщика в соответствии с требованиями Ф3 №152 «О персональных данных»;

- я выражаю свое согласие на ознакомление Страховщика с любой медицинской документацией, связанной с состоянием моего здоровья для решения вопросов, связанных с исполнением Договора страхования, иных услуг и защитой моих прав, а также свое согласие на право медицинских учреждений, в которых я получал (получаю) медицинские и иные услуги, передавать Страховщику сведения, составляющие врачебную тайну, включающие в себя: информацию о факте моего обращения за медицинской помощью, состоянии моего здоровья, диагнозе моих заболеваний и иные сведения, полученные при моем обследовании и лечении после наступления заявленного Страховщику несчастного случая или болезни;

- я подтверждаю, что Страхователь /Представитель Страхователя/ Выгодоприобретатель не является иностранным публичным должностным лицом, должностным лицом публичных междуна-родных организаций или их родственником, а также лицом, замещающим (занимающим) государственную должность в РФ, должность члена Совета директоров ЦБ РФ, должность федеральной государственной службы, назначение на которые и освобождение от которых осуществляются Президентом РФ или Правительством РФ, должность в ЦБ РФ, государственных корпорациях и иных организациях, созданных в РФ на основании федеральных законов, включенных в перечни должностей, определяемые Президентом РФ. В ином случае я обязуюсь предоставить подтверждающие документы. Я подтверждаю, что Страхователь /Представитель Страхователя/ Выгодоприобретатель не имеет регистрации, места жительства (нахождения), счета в банке в государстве (на территории), которое(ая) не выполняет рекомендации ФАТФ. Я обязуюсь при изменении любых сведений, предоставленных при заключении Договора, сообщить Страховщику о таких изменениях в письменной форме в течение 7 рабочих дней при условии, что сведения, представленные при заключении Договора, считаются актуальными до момента получения Страховщиком информации об их изменении;

- я подтверждаю, что поставлен в известность, понимаю и согласен с тем, что если после заключения настоящего Полиса будет установлено, что Страхователь, либо, Застрахованный, ввел Страховщика в заблуждение, либо сообщил при заключении настоящего Полиса заведомо ложные сведения, то Страховщик вправе потребовать признания Договора страхования недействительным в соответствии с законодательством РФ.

- я подтверждаю, что в полном объеме получил информацию, предусмотренную пунктом 2.1.2. Базового стандарта защиты прав и интересов физических и юридических лиц - получателей финансовых услуг, оказываемых членами саморегулируемых организаций, объединяющих страховые организации, утв. Решением КФН ЦБ РФ, Протокол от 09.08.18 № КФНП-24.

- я выражаю согласие осуществлять взаимодействие со Страховщиком путем обращения в офисы Страховщика, посредством почтовой и телефонной связи, а также иными способами в случаях, специально предусмотренных Правилами страхования.

- я выражаю согласие получать сообщения и уведомления от Страховщика, в том числе в электронной форме, по адресам, телефонам, указанным в настоящем Полисе.

Застрахованное лицо	_____ подпись	_____ ФИО	« ____ » _____ дата
----------------------------	---------------	-----------	---------------------

Приложения	<input checked="" type="checkbox"/> Приложение № 1, Правила добровольного страхования физических лиц от несчастных случаев и болезней №1.1 от _____
	<input checked="" type="checkbox"/> Приложение № 2, Таблица размеров страховых выплат при телесных повреждениях Застрахованных лиц из _____ пунктов

Страховщик	_____	_____	_____	№ _____ от _____	Страхователь	_____	_____
	Подпись (М.П.)	ФИО	Должность	_____» 20__ г.		подпись	ФИО

Приложение № 20 к Правилам добровольного страхования от несчастных случаев и болезней № 1.1

Полис страхования от несчастных случаев № от «___» _____ 20__ г.

г. Москва

Настоящий Полис удостоверяет факт заключения договора страхования от несчастных случаев на основании устного Заявления Страхователя, Правил добровольного страхования от несчастных случаев и болезней №1.1, утвержденных приказом Генерального директора АО «Группа Ренессанс Страхование» №084 от 19.06.2019, далее – «Правила страхования» (Приложение №1 к настоящему Полису). Подписывая настоящий Полис, Страхователь подтверждает, что получил Правила страхования и Таблицу размеров страховых выплат при телесных повреждениях Застрахованных лиц из ___ пунктов, ознакомлен с ними, понял их условия, с которыми согласен и обязуется их выполнять. Дополнительно с Правилами страхования можно ознакомиться на официальном сайте Страховщика.

Объект страхования – имущественные интересы Застрахованного лица, связанные с причинением вреда его здоровью, а также смертью в результате несчастного случая.

1. **Страховщик:** АО «Группа Ренессанс Страхование», лицензия _____, бессрочно. Адрес: 115114, г. Москва, Дербеневская наб., д. 7, стр. 22, этаж 4, пом XIII. Телефон: 8-800-333-8-800, www.renins.ru, Электронная почта _____.

2. **Страхователь-физическое лицо, ИП:**

ФИО:		Гражданство:	Дата рождения: «___» _____ г.	Место рождения:
Адрес регистрации (почтовый):				
Адрес места жительства (при отличии):				
Телефон/факс:			e-mail:	
Паспорт	Серия:	Номер:	Кем и когда выдан:	
Код подразделения:	ОГРНИП, место регистрации:		СНИЛС:	ИНН (при наличии):

2. **Страхователь-юридическое лицо:**

Наименование:	Адрес регистрации (почтовый):	Телефон:	Факс:
Банковские реквизиты:	Расчетный счет:	Корр. счет:	
БИК:	ОГРН:	ИНН:	

2.1 **Для иностранных граждан или лиц без гражданства, находящихся в РФ:**

Данные миграционной карты: номер карты, дата начала срока пребывания и дата окончания срока пребывания в РФ
Данные документа, подтверждающего право на пребывание (проживание) в РФ (серия, номер, дата начала срока действия, дата окончания срока действия)

3. **Застрахованный*** (в возрасте от 3 до 70 лет):

ФИО:		Дата рождения:	Гражданство:	ИНН (при наличии):
Адрес места регистрации:		Адрес фактического места проживания:	Телефон:	e-mail:
Паспорт	Серия:	Номер:	Кем и когда выдан:	Код подразделения:

* Указывается, если Застрахованным лицом является иное лицо, нежели Страхователь.

4. **Выгодоприобретатель (на случай смерти):** Наследники по закону (в соответствии с действующим законодательством, если иное не указано в настоящем Полисе).

ФИО	Доля, % от страховой суммы	Дата рождения	Паспортные данные Выгодоприобретателя (№, серия, код подразделения, кем и когда выдан)	Отношение к Застрахованному	Подпись Застрахованного
-----	----------------------------	---------------	--	-----------------------------	-------------------------

В остальных случаях Выгодоприобретателем является непосредственно Застрахованный.

5. **Страховые риски, страховая сумма, размер страховых выплат, страховая премия, страховой тариф:**

Общая страховая сумма		число цифрами	число прописью	<input type="checkbox"/> Рубли
Перечень страховых рисков		Страховая сумма по риску	Условия выплаты страхового возмещения	
<input type="checkbox"/>	Серь в результате несчастного случая	число цифрами	100% от страховой суммы за вычетом всех произведенных ранее выплат по настоящему Полису	
<input type="checkbox"/>	Инвалидность в результате несчастного случая	число цифрами	При установлении I группы инвалидности – 100% от страховой суммы; II группы инвалидности – 75% от страховой суммы; III группы инвалидности – 50% от страховой суммы. При установлении лицу в возрасте до 18 лет категории «ребенок-инвалид» - 100 % от страховой суммы. Из суммы страхового возмещения вычитаются произведенные ранее выплаты по настоящему Полису, при установлении причинно-следственной связи с ранее произошедшими страховыми случаями.	
<input type="checkbox"/>	Телесные повреждения в результате несчастного случая	число цифрами	% от страховой суммы в соответствии с Таблицей размеров страховых выплат (Приложение № 2 к Полису). Из суммы страхового возмещения вычитаются произведенные ранее выплаты по настоящему Полису, при установлении причинно-следственной связи с ранее произошедшими страховыми случаями.	
Общая страховая премия по Полису		число цифрами	число прописью	<input type="checkbox"/> Рубли

Страховая премия оплачивается одновременно в срок до «___» _____ 20__ г.

Общая сумма выплат по страховым случаям, произошедшим в течение срока действия настоящего Полиса, не может превышать размера страховой суммы. Выплата производится в течение 14 (четырнадцати) банковских дней с момента получения Страховщиком всех необходимых и дополнительно затребованных документов наличными денежными средствами или безналичным переводом в рублях по курсу ЦБ РФ на дату выплаты.

6. **Территория и срок действия Полиса:**

Срок страхования с «___» _____ 20__ г. по «___» _____ 20__ г.

В случае непоступления страховой премии в размере и сроки, указанные в п. 5 настоящего Полиса, Полис считается не вступившим в силу, Стороны не несут по нему обязательств и действие срока страхования не начинается.

Территория страхования: Весь мир, за исключением зон военных конфликтов/действий.

7. **Особые условия:**

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

При отказе Страхователя от Полиса после начала срока страхования, но в течение 14 календарных дней включительно со дня заключения Полиса, Страхователь вправе получить часть оплаченной премии пропорционально сроку действия страхования, при условии отсутствия в период страхования событий, имеющих признаки страхового случая. Возврат страховой премии осуществляется по выбору Страхователя наличными денежными средствами или в безналичном порядке в течение 10 рабочих дней со дня получения Страховщиком письменного заявления об отказе от Полиса, при этом Полис прекращает свое действие с даты получения Страховщиком заявления Страхователя об отказе от Полиса.

При отказе Страхователя от Полиса после начала срока страхования, но по истечении 14 календарных дней со дня заключения Полиса, премия возврату не подлежит.

Форма, порядок и срок осуществления страховой выплаты предусмотрены в разделах 10-11 Правил страхования.

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

8. Прочие положения:

Подписывая настоящий Полис, Страхователь/Застрахованный:

- подтверждают добровольное согласие на заключение договора страхования на условиях, содержащихся в настоящем Полисе, Правилах страхования и Таблица выплат из _____ пунктов, а также подтверждают, что получили Правила и Таблица выплат из _____ пунктов, ознакомлены с ними, поняли их условия, с которыми согласен о обязуются выполнять.

- выражают свое согласие на ознакомление Страховщика с любой медицинской документацией, связанной с состоянием моего здоровья для решения вопросов, связанных с исполнением Договора страхования, иных услуг и защитой моих прав, а также свое согласие на право медицинских учреждений, в которых я получал (получаю) медицинские и иные услуги, передавать Страховщику сведения, составляющие врачебную тайну, включающие в себя: информацию о факте моего обращения за медицинской помощью, состоянии моего здоровья, диагнозе моих заболеваний и иные сведения, полученные при моем обследовании и лечении после наступления заявленного Страховщику несчастного случая или болезни;

- подтверждают, что в полном объеме получил информацию, предусмотренную пунктом 2.1.2. Базового стандарта защиты прав и интересов физических и юридических лиц - получателей финансовых услуг, оказываемых членами саморегулируемых организаций, объединяющих страховые организации, утв. Решением КФН ЦБ РФ, Протокол от 09.08.18 № КФНП-24

- выражают согласие осуществлять взаимодействие со Страховщиком путем обращения в офисы Страховщика, посредством почтовой и телефонной связи, а также иными способами в случаях, специально предусмотренных Правилами страхования.

- выражают согласие получать сообщения и уведомления от Страховщика, в том числе в электронной форме, по адресам, телефонам, указанным в настоящем Полисе.

- подтверждают, что Страхователь /Представитель Страхователя/ Застрахованный/Выгодоприобретатель не является иностранным публичным должностным лицом, должностным лицом публичных международных организаций или их родственником, а также лицом, замещающим (занимающим) государственную должность в РФ, должность члена Совета директоров ЦБ РФ, должность федеральной государственной службы, назначение на которые и освобождение от которых осуществляются Президентом РФ или Правительством РФ, должность в ЦБ РФ, государственных корпорациях и иных организациях, созданных в РФ на основании федеральных законов, включенных в перечни должностей, определяемые Президентом РФ. Я подтверждаю, что Страхователь /Представитель Страхователя/ Выгодоприобретатель не имеет регистрации, места жительства (нахождения), счета в банке в государстве (на территории), которое(ая) не выполняет рекомендации ФАТФ.

- выражает (ют) Страховщику согласие на обработку своих персональных данных, содержащихся в настоящем Полисе и в иных документах, передаваемых Страховщику, для исполнения обязательств по данному Полису, а также в целях продвижения товаров, работ, услуг на рынке путем осуществления Страховщиком прямых контактов с помощью средств связи.

Обработка персональных данных осуществляется посредством сбора, систематизации, накопления, хранения, уточнения (обновления, изменения), использования, распространения (в том числе передачу), обезличивания, блокирования, уничтожения персональных данных как на бумажных, так и на электронных носителях. Настоящее согласие Страхователя (Застрахованного) действительно в течение срока действия настоящего Полиса и в течение 5 лет после окончания срока действия настоящего Полиса. Настоящее согласие может быть отозвано Страхователем (Застрахованным) посредством направления Страховщику соответствующего письменного заявления, в соответствии с требованиями Ф3 №152 «О персональных данных»;

Декларация Застрахованного: Настоящим заявляю, что я не являюсь инвалидом I или II группы, не отношусь к категории «ребенок-инвалид», не имею направления на прохождение государственной медико-социальной экспертизы, не нуждаюсь по медицинским показаниям в посторонней помощи и не представляю социальной опасности, не прохожу службу в вооруженных силах, не нахожусь в местах лишения свободы, не проходил лечения и не страдаю в настоящее время от нервно-психических заболеваний, онкологических заболеваний, болезней сердечно-сосудистой системы (инфаркт миокарда, стенокардия, артериальная гипертензия, аритмия, тромбоэмболия, аневризма сосудов), гемофилии, туберкулеза, алкоголизма, наркомании, близорукости более 7 (семи) диоптрий, сахарного диабета, болезней нервной системы (паралич, эпилепсия, временная потеря сознания, судорожные припадки и т.п.). Подтверждаю, что не состою на учете в наркологическом, психоневрологическом, туберкулезном, кожно-венерологическом диспансере, центрах профилактики борьбы со СПИДом, не признан в судебном порядке недееспособным. Также подтверждаю, что моя профессия не связана с работой в море, на высоте свыше 15 м, работой под водой, работой в нефтяной или газовой промышленности, работой под землей, работой с взрывчатыми, опасными и взрывчатыми веществами или составами, работой в правоохранительных органах, работой в качестве охранника или сотрудника безопасности, другой работой, связанной с повышенным риском и (или) повышенными источниками опасности, я не занимаюсь опасными видами активного отдыха /развлечений, например, авиаспорт, дайвинг, автомобильные гонки, боевые искусства, не использую мотоциклы в качестве средства передвижения.

Застрахованный поставлен в известность, что в случае если после заключения договора страхования будет установлено, что им были сообщены заведомо ложные сведения, Страховщик может потребовать признания договора страхования недействительным.

Приложение №1 Правила добровольного страхования от несчастных случаев и болезней №1.1 от _____

Приложение №2 Таблица размеров страховых выплат, _____

Страховщик				№ _____ от _____» _____ 20__ г.	Страхователь		
	Подпись (М.П.)	ФИО	Должность	Доверенность		подпись	ФИО

Приложение № 21 к Правилам добровольного страхования от несчастных случаев и болезней № 1.1

Полис страхования от несчастных случаев № _____ от _____

Настоящий Полис удостоверяет факт заключения договора страхования от несчастных случаев на основании Правил по добровольному страхованию от несчастных случаев и болезней №1.1, утвержденных Приказом Генерального директора АО «Группа Ренессанс Страхование» №084 от 19.06.2019, далее – «Правила страхования» (Приложение №1 к настоящему Полису). Подписывая настоящий Полис, Страхователь подтверждает, что получил Правила страхования и Таблицу размеров страховых выплат при телесных повреждениях из _____ пунктов: (Приложение №2 к настоящему Полису), ознакомлен с ними, понял их условия, с которыми согласен и обязуется выполнять. Дополнительно с Правилами страхования можно ознакомиться на официальном сайте Страховщика.

1. Страховщик: АО «Группа Ренессанс Страхование», лицензия _____, бессрочно. Адрес: 115114, г. Москва, Дербеневская наб., д. 7, стр. 22, этаж 4, пом XIII. Телефон: 8-800-333-8-800, www.renins.ru, Электронная почта _____.

2. Страхователь-физическое лицо, ИП:

ФИО:		Гражданство:	Дата рождения: « » г.	Место рождения:
Адрес регистрации (почтовый):				
Адрес места жительства (при отличии):				
Телефон/факс:			e-mail:	
Паспорт	Серия:	Номер:	Кем и когда выдан:	
Код подразделения:	ОГРНИП, место регистрации:		СНИЛС:	ИНН (при наличии):

2. Страхователь-юридическое лицо:

Наименование:	Адрес регистрации (почтовый):	Телефон:	Факс:
Банковские реквизиты:	Расчетный счет:	Корр. счет:	
БИК:	ОГРН:	ИНН:	

2.1 Для иностранных граждан или лиц без гражданства, находящихся в РФ:

Данные миграционной карты: номер карты, дата начала срока пребывания и дата окончания срока пребывания в РФ
Данные документа, подтверждающего право на пребывание (проживание) в РФ (серия, номер, дата начала срока действия, дата окончания срока действия)

3. Застрахованный (в возрасте от 3 до 70 лет) указывается, если Застрахованным лицом является иное лицо, нежели Страхователь:

ФИО	Гражданство	Дата рождения:	ИНН (при наличии)	Пол <input type="checkbox"/> М <input type="checkbox"/> Ж
Адрес регистрации (почтовый):		Адрес места жительства (при отличии):	Телефон	e-mail:
Паспорт	серия	номер	кем и когда выдан	Код подразделения

4. Выгодоприобретатель (на случай смерти, в остальных случаях Выгодоприобретателем является непосредственно Застрахованный):

ФИО	Доля, %	Дата рождения	паспортные данные Выгодоприобретателя	подпись застрахованного
-----	---------	---------------	---------------------------------------	-------------------------

5. Страховые риски, страховая сумма, страховая премия. Размер страховых выплат*

<input type="checkbox"/>	Смерть в результате несчастного случая	100% от страховой суммы, за вычетом всех произведенных ранее выплат по настоящему Полису.
<input type="checkbox"/>	Инвалидность в результате несчастного случая	При установлении I группы инвалидности – 100% от страховой суммы; II группы инвалидности – 75% от страховой суммы; III группы инвалидности – 50% от страховой суммы. При установлении лицу в возрасте до 18 лет категории «ребенок-инвалид» - 100% от страховой суммы. Из суммы страхового возмещения вычитаются произведенные ранее выплаты по страховому риску «Телесные повреждения», наступившему вследствие этого же несчастного случая
<input type="checkbox"/>	Телесные повреждения в результате несчастного случая **	% от страховой суммы в соответствии с Таблицей размеров страховых выплат _____ (Приложение №2 к настоящему Полису)
Страховая сумма		рублей 00 копеек
Страховая премия		рублей 00 копеек

* Перечень страховых рисков, размер страховой суммы, страховой премии по настоящему Полису указываются в соответствии с Правилами страхования по приглашению Сторон

<input type="checkbox"/> Страховое покрытие распространяется на события, произошедшие во время занятий следующими видами спорта (в том числе произошедших во время участия в соревнованиях и подготовку к ним):: 1. _____, 2. _____, 3. _____		
Дополнительная страховая премия		рублей 00 копеек
Общая страховая премия		рублей 00 копеек

Проставление знака «X» в соответствующих квадратах ячейки таблицы настоящего Полиса является подтверждением, что настоящий Полис заключен также на указанных в данных ячейках условиях страхования.

Страховая премия оплачивается единовременно в срок до «_» _____ 20__ г.

Общая сумма выплат по страховым случаям, произошедшим в течение срока действия настоящего Полиса, не может превышать размера страховой суммы. Выплата страхового возмещения производится в течение 14 (четырнадцать) банковских дней с момента получения Страховщиком всех необходимых и дополнительно затребованных документов наличными денежными средствами или безналичным переводом в рублях по курсу ЦБ РФ на дату выплаты.

6. Срок действия настоящего Полиса, территория покрытия.

Срок действия настоящего Полиса с 00 часов 00 минут «_» _____ 20__ г. по 23 часов 59 минут «_» _____ 20__ г. Страхование, обусловленное настоящим Полисом (срок страхования), распространяется на страховые случаи, происшедшие не ранее даты и времени оплаты страховой премии по настоящему Полису. Датой оплаты считается дата поступления страховой премии на расчетный счет или кассу Страховщика. В случае непоступления страховой премии в размере и сроки, указанные в п.5 настоящего Полиса, Полис считается не вступившим в силу и стороны не несут по нему обязательств. **Территория страхования:** весь мир, за исключением зон военных конфликтов/действий.

7. Особые условия.

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

При отказе Страхователя от настоящего Полиса после начала срока страхования и в течение 14 календарных дней со дня заключения настоящего Полиса, Страхователь вправе получить часть оплаченной премии пропорционально сроку действия страхования, при условии отсутствия в период страхования событий, имеющих признаки страхового случая. Возврат страховой премии осуществляется по выбору Страхователя наличными денежными средствами или в безналичном порядке в течение 10 рабочих дней со дня получения Страховщиком письменного заявления о прекращении действия Полиса, при этом Полис прекращает свое действие с даты получения Страховщиком заявления Страхователя об отказе от Полиса.

При отказе Страхователя от настоящего Полиса после начала срока страхования и по истечении 14 календарных дней со дня заключения Полиса, премия возврату не подлежит.

Форма, порядок и срок осуществления страховой выплаты предусмотрены в разделах 10-11 Правил страхования.

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

Подписывая настоящий Полис (если Застрахованному менее 18 лет, заполняется его родителем или иным законным представителем):

- я подтверждаю, что не являюсь инвалидом I или II группы, не отношусь к категории «ребенок-инвалид», не имею направления на прохождение государственной медико-социальной экспертизы (далее – МСЭ); не прохожу службу в вооруженных силах; не нахожусь в местах лишения свободы; не имею на дату заключения Договора страхования следующих заболеваний и (или) связанных с ним состояний: нервно-психические заболевания, заболевания нервной системы (слабоумие, эпилепсия, паралич, временная потеря сознания, судорожные припадки, другие тяжелые заболевания нервной системы); онкологические заболевания; туберкулез; кожно-венерологические заболевания; алкоголизм; наркомания; СПИД, ВИЧ-инфекция, болезни, связанные с данными заболеваниями, иными хроническими заболеваниями, требующими постоянных консультаций, лечения, обследований или наблюдения; я сейчас не беременна (утверждение для женщин); моя профессиональная деятельность не связана с работой с механизмами или ручными инструментами, перемещением тяжестей, на высоте свыше 15 м, работой в море, работой под водой, работой в нефтяной или газовой промышленности, работой под землей, например в шахтах, работой со взрывчатыми, опасными химическими и взрывчатыми веществами или составами, работой в правоохранительных органах, работой в качестве охранника или сотрудника безопасности, другой работой, связанной с повышенным риском и (или) повышенными источниками опасности; я не занимаюсь активным отдыхом, массовым и профессиональным спортом, сопряженным с повышенной опасностью для жизни и здоровья или другими увлечениями, связанными с повышенным риском, я не использую мотоциклы в качестве транспортного средства.

- я выражаю Страховщику согласие на обработку персональных данных физических лиц, содержащихся в настоящем Договоре и в иных документах, передаваемых Страховщику, для исполнения обязательств по данному Договору, в том числе в целях продвижения товаров, работ, услуг на рынке путем осуществления Страховщиком прямых контактов с помощью средств связи. Настоящее согласие действует в течение пяти лет с момента окончания срока действия Полиса или до момента отзыва согласия, переданного мной в офис Страховщика в соответствии с требованиями Ф3 №152 «О персональных данных»;

- я выражаю свое согласие на ознакомление Страховщика с любой медицинской документацией, связанной с состоянием моего здоровья для решения вопросов, связанных с исполнением Договора страхования, иных услуг и защитой прав Застрахованного, а также свое согласие на право медицинских учреждений, в которых Застрахованный получал (получает) медицинские и иные услуги, передавать Страховщику сведения, составляющие врачебную тайну, включающие в себя: информацию о факте обращения Застрахованного за медицинской помощью, состоянии его здоровья, диагнозе его заболеваний и иные сведения, полученные при обследовании и лечении Застрахованного лица после наступления заявленного Страховщику несчастного случая или болезни;

- я подтверждаю, что Страхователь /Представитель Страхователя/ Выгодоприобретатель не является иностранным публичным должностным лицом, должностным лицом публичных международных организаций или их родственником, а также лицом, замещающим (занимающим) государственную должность в РФ, должностью члена Совета директоров ЦБ РФ, должностью федеральной государственной службы, назначением на которые и освобождение от которых осуществляются Президентом РФ или Правительством РФ, должностью в ЦБ РФ, государственных корпорациях и иных организациях, созданных в РФ на основании федеральных законов, включенных в перечни должностей, определяемые Президентом РФ. В ином случае я обязуюсь предоставить подтверждающие документы. Я подтверждаю, что Страхователь /Представитель Страхователя/ Выгодоприобретатель не имеет регистрации, места жительства (нахождения), счета в банке в государстве (на территории), которое(ая) не выполняет рекомендации ФАТФ. Я обязуюсь при изменении любых сведений, предоставленных при заключении Договора, сообщить Страховщику о таких изменениях в письменной форме в течение 7 рабочих дней при условии, что сведения, представленные при заключении Договора, считаются актуальными до момента получения Страховщиком информации об их изменении;

- я подтверждаю, что поставлен в известность, понимаю и согласен с тем, что если после заключения настоящего Полиса будет установлено, что Страхователь, либо, Застрахованный, ввел Страховщика в заблуждение, либо сообщил при заключении настоящего Полиса заведомо ложные сведения, то Страховщик вправе потребовать признания Договора страхования недействительным в соответствии с законодательством РФ.

- я в полном объеме получил информацию, предусмотренную пунктом 2.1.2. Базового стандарта защиты прав и интересов физических и юридических лиц - получателей финансовых услуг, оказываемых членами саморегулируемых организаций, объединяющих страховые организации, утв. Решением КФН ЦБ РФ, Протокол от 09.08.18 № КФНП-24.

- я выражаю согласие осуществлять взаимодействие со Страховщиком путем обращения в офисы Страховщика, посредством почтовой и телефонной связи, а также иными способами в случаях, специально предусмотренных Правилами страхования.

- я выражаю согласие получать сообщения и уведомления от Страховщика, в том числе в электронной форме, по адресам, телефонам, указанным в

настоящем Полисе.

Приложения:	Приложение №1, Правила добровольного страхования от несчастных случаев и болезней №1.1 от _____
	Приложение №2 Таблица размеров страховых выплат при телесных повреждениях из _____ пунктов

Страховщик				№ _____ от _____ 20__ г.	Страхователь		
	Подпись (М.П.)	ФИО	Должность	Доверенность		подпись	ФИО

Приложение № 22 к Правилам добровольного страхования от несчастных случаев и болезней № 1.1

ПОЛИС СТРАХОВАНИЯ ОТ НЕСЧАСТНЫХ СЛУЧАЕВ СЛУЧАЕВ № _____ от «__» _____ 20__ г.

Настоящий Полис удостоверяет факт заключения договора страхования от несчастных случаев на основании Правил добровольного страхования от несчастных случаев и болезней №1.1, утвержденных приказом Генерального директора АО «Группа Ренессанс Страхование» №084 от 19.06.2019, далее – «Правила страхования», (Приложение № 1 к настоящему Полису). Подписывая настоящий Полис, Страхователь подтверждает, что получил Правила страхования и Таблицу размеров страховых выплат при телесных повреждениях застрахованных лиц из _____ пунктов (далее также – «Таблица выплат»), ознакомлен с ними, понял их условия, с которыми согласен и обязуется выполнять. Дополнительно с Правилами страхования можно ознакомиться на официальном сайте Страховщика.

Объект страхования - имущественные интересы Застрахованного лица, связанные с причинением вреда его здоровью, а также смертью в результате несчастного случая или болезни.

1. Страховщик: АО «Группа Ренессанс Страхование», лицензия _____, бессрочно. Адрес: 115114, г. Москва, Дербеневская наб., д. 7, стр. 22, этаж 4, пом XIII. Телефон: 8-800-333-8-800, www.renins.ru, Электронная почта _____.

2. Страхователь-физическое лицо, ИП:

ФИО:		Гражданство:		Дата рождения: «__» _____ г.		Место рождения:	
Адрес регистрации (почтовый):							
Адрес места жительства (при отличии):							
Телефон/факс:				e-mail:			
Паспорт	Серия:	Номер:	Кем и когда выдан:				
Код подразделения:		ОГРНИП, место регистрации:		СНИЛС:		ИНН (при наличии):	

2. Страхователь-юридическое лицо:

Наименование:		Адрес регистрации (почтовый):		Телефон:		Факс:	
Банковские реквизиты:		Расчетный счет:		Корр. счет:			
БИК:		ОГРН:		ИНН:			

2.1 Для иностранных граждан или лиц без гражданства, находящихся в РФ:

Данные миграционной карты: номер карты, дата начала срока пребывания и дата окончания срока пребывания в РФ							
Данные документа, подтверждающего право на пребывание (проживание) в РФ (серия, номер, дата начала срока действия, дата окончания срока действия)							

3. Застрахованные (в возрасте от 3 до 70 лет). Контактный телефон: _____

№	ФИО	Дата рождения	Гражданство	паспортные данные, (№, серия, код подразделения, кем и когда выдан)	Адрес регистрации	Адрес проживания	ИНН при наличии
1	ФИО	Дата рождения	Гражданство	паспортные данные, (№, серия, код подразделения, кем и когда выдан)	Адрес регистрации	Адрес проживания	ИНН при наличии
2	ФИО	Дата рождения	Гражданство	паспортные данные, (№, серия, код подразделения, кем и когда выдан)	Адрес регистрации	Адрес проживания	ИНН при наличии
3	ФИО	Дата рождения	Гражданство	паспортные данные, (№, серия, код подразделения, кем и когда выдан)	Адрес регистрации	Адрес проживания	ИНН при наличии
4	ФИО	Дата рождения	Гражданство	паспортные данные, (№, серия, код подразделения, кем и когда выдан)	Адрес регистрации	Адрес проживания	ИНН при наличии
5	ФИО	Дата рождения	Гражданство	паспортные данные, (№, серия, код подразделения, кем и когда выдан)	Адрес регистрации	Адрес проживания	ИНН при наличии
6	ФИО	Дата рождения	Гражданство	паспортные данные, (№, серия, код подразделения, кем и когда выдан)	Адрес регистрации	Адрес проживания	ИНН при наличии

4. Выгодоприобретатель (на случай смерти): Наследники Застрахованного (в соответствии с законодательством РФ). В остальных случаях Выгодоприобретателем является непосредственно Застрахованный.

5. Страховые риски. Страховая сумма, страховая премия, страховой тариф. Размер страховых выплат

Страховые риски	Размер страховых выплат		
Смерть в результате несчастного случая	100% от страховой суммы, за вычетом всех произведенных ранее выплат в отношении данного Застрахованного по настоящему Полису.		
Инвалидность в результате несчастного случая	При установлении I группы инвалидности – 100% от страховой суммы; II группы инвалидности – 75% от страховой суммы; III группы инвалидности – 50% от страховой суммы. При установлении лицу в возрасте до 18 лет категории «ребенок-инвалид» - 100% от страховой суммы. Из суммы страхового возмещения вычитаются произведенные ранее выплаты по страховому риску «Телесные повреждения», наступившему вследствие этого же несчастного случая		
Телесные повреждения в результате несчастного случая*	% от страховой суммы в соответствии с Таблицей размеров страховых выплат (Приложение № 3 к настоящему Полису)		
Страховая сумма (на каждого застрахованного)	цифрами	прописью	Рубли
Общая страховая премия	цифрами	прописью	Рубли
Страховой тариф			

* При страховой сумме до 900 000 рублей включительно расчет размера страховых выплат по страховому риску «Телесные повреждения в результате несчастного случая» производится исходя из страховой суммы, указанной в настоящем Полисе. При страховой сумме свыше 900 000 рублей расчет выплат по указанному выше страховому риску производится исходя из суммы 900 000 рублей.

Страховая премия оплачивается единовременно в срок до «__» _____ 20__ г.

Выплата страхового возмещения производится в течение 14 (четырнадцати) банковских дней с момента получения Страховщиком всех необходимых документов, в том числе дополнительно затребованных, наличными денежными средствами или безналичным переводом.

6. Срок действия настоящего Полиса, территория страхования

Срок действия настоящего Полиса 1 (один) год с «__» _____ 20__ г. по «__» _____ 20__ г. Страхование, обусловленное настоящим Полисом (срок страхования), распространяется на страховые случаи, происшедшие не ранее, чем по истечении 3 (три) календарных дней с даты оплаты страховой премии по настоящему Полису. Датой оплаты считается дата поступления страховой премии на в кассу или на счет Страховщика или его представителя. В случае

непоступления страховой премии в размере и сроки, указанные в п.5 настоящего Полиса, Полис считается не вступившим в силу и стороны не несут по нему обязательств. Территория страхования: весь мир, за исключением зон военных конфликтов/действий.

7. Особые условия.

При отказе Страхователя от настоящего Полиса до начала срока страхования, Страховщик возвращает Страхователю уплаченную страховую премию в полном объеме. При отказе Страхователя от настоящего Полиса после начала срока страхования и в течение 14 календарных дней со дня заключения настоящего Полиса, Страхователь вправе получить часть оплаченной премии пропорционально сроку действия страхования, при условии отсутствия в период страхования событий, имеющих признаки страхового случая. Возврат страховой премии осуществляется по выбору Страхователя наличными денежными средствами или в безналичном порядке в течение 10 рабочих дней со дня получения Страховщиком письменного заявления об отказе от Полиса, при этом Полис прекращает свое действие с даты получения Страховщиком заявления Страхователя об отказе от Полиса.

При отказе Страхователя от настоящего Полиса после начала срока страхования и по истечении 14 календарных дней со дня заключения Полиса, премия возврату не подлежит

Форма, порядок и срок осуществления страховой выплаты предусмотрены в разделах 10 -11 Правил страхования.

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

Подписывая настоящий Полис (если Застрахованному менее 18 лет, заполняется его родителем или иным законным представителем):

- я подтверждаю, что не являюсь инвалидом I или II группы, не отношусь к категории «ребенок-инвалид», не имею направления на прохождение государственной медико-социальной экспертизы (далее – МСЭ); не прохожу службу в вооруженных силах; не нахожусь в местах лишения свободы; не имею на дату заключения Договора страхования следующих заболеваний и (или) связанных с ним состояний: нервно-психические заболевания, заболевания нервной системы (слабоумие, эпилепсия, паралич, временная потеря сознания, судорожные припадки, другие тяжелые заболевания нервной системы); онкологические заболевания; туберкулез; кожно-венерологические заболевания; алкоголизм; наркомания; СПИД, ВИЧ-инфекция, болезни, связанные с данными заболеваниями, иными хроническими заболеваниями, требующими постоянных консультаций, лечения, обследований или наблюдения; я сейчас не беременна (утверждение для женщин); моя профессиональная деятельность не связана с работой с механизмами или ручными инструментами, перемещением тяжестей, на высоте свыше 15 м, работой в море, работой под водой, работой в нефтяной или газовой промышленности, работой под землей, например в шахтах, работой со взрывчатыми, опасными химическими и взрывчатыми веществами или составами, работой в правоохранительных органах, работой в качестве охранника или сотрудника безопасности, другой работой, связанной с повышенным риском и (или) повышенными источниками опасности; я не занимаюсь активным отдыхом, массовым и профессиональным спортом, сопряженным с повышенной опасностью для жизни и здоровья или другими увлечениями, связанными с повышенным риском, я не использую мотоциклы в качестве транспортного средства.

- я выражаю Страховщику согласие на обработку персональных данных физических лиц, содержащихся в настоящем Договоре и в иных документах, передаваемых Страховщику, для исполнения обязательств по данному Договору, в том числе в целях продвижения товаров, работ, услуг на рынке путем осуществления Страховщиком прямых контактов с помощью средств связи. Настоящее согласие действует в течение пяти лет с момента окончания срока действия Полиса или до момента отзыва согласия, переданного мной в офис Страховщика в соответствии с требованиями ФЗ №152 «О персональных данных»;

- я выражаю свое согласие на ознакомление Страховщика с любой медицинской документацией, связанной с состоянием моего здоровья для решения вопросов, связанных с исполнением Договора страхования, иных услуг и защитой прав Застрахованного, а также свое согласие на право медицинских учреждений, в которых Застрахованный получал (получает) медицинские и иные услуги, передавать Страховщику сведения, составляющие врачебную тайну, включающие в себя: информацию о факте обращения Застрахованного за медицинской помощью, состоянии его здоровья, диагнозе его заболеваний и иные сведения, полученные при обследовании и лечении Застрахованного лица после наступления заявленного Страховщику несчастного случая или болезни;

- я подтверждаю, что Страхователь /Представитель Страхователя/ Выгодоприобретатель не является иностранным публичным должностным лицом, должностным лицом публичных международных организаций или их родственником, а также лицом, замещающим (занимающим) государственную должность в РФ, должность члена Совета директоров ЦБ РФ, должность федеральной государственной службы, назначение на которые и освобождение от которых осуществляются Президентом РФ или Правительством РФ, должность в ЦБ РФ, государственных корпорациях и иных организациях, созданных в РФ на основании федеральных законов, включенных в перечни должностей, определяемые Президентом РФ. В ином случае я обязуюсь предоставить подтверждающие документы. Я подтверждаю, что Страхователь /Представитель Страхователя/ Выгодоприобретатель не имеет регистрации, места жительства (нахождения), счета в банке в государстве (на территории), которое(ая) не выполняет рекомендации ФАТФ. Я обязуюсь при изменении любых сведений, предоставленных при заключении Договора, сообщить Страховщику о таких изменениях в письменной форме в течение 7 рабочих дней при условии, что сведения, представленные при заключении Договора, считаются актуальными до момента получения Страховщиком информации об их изменении;

- я подтверждаю, что поставлен в известность, понимаю и согласен с тем, что если после заключения настоящего Полиса будет установлено, что Страхователь, либо, Застрахованный, ввел Страховщика в заблуждение, либо сообщил при заключении настоящего Полиса заведомо ложные сведения, то Страховщик вправе потребовать признания Договора страхования недействительным в соответствии с законодательством РФ.

- я подтверждаю, что в полном объеме получил информацию, предусмотренную пунктом 2.1.2. Базового стандарта защиты прав и интересов физических и юридических лиц - получателей финансовых услуг, оказываемых членами саморегулируемых организаций, объединяющих страховые организации, утв. Решением КФН ЦБ РФ, Протокол от 09.08.18 № КФНП-24.

- я выражаю согласие осуществлять взаимодействие со Страховщиком путем обращения в офисы Страховщика, посредством почтовой и телефонной связи, а также иными способами в случаях, специально предусмотренных Правилами страхования.

- я выражаю согласие получать сообщения и уведомления от Страховщика, в том числе в электронной форме, по адресам, телефонам, указанным в настоящем Полисе.

Застрахованное лицо 1	_____ подпись	_____ ФИО	« _____ » _____ 20__ г.
Застрахованное лицо 2	_____ подпись	_____ ФИО	« _____ » _____ 20__ г.
Застрахованное лицо 3	_____ подпись	_____ ФИО	« _____ » _____ 20__ г.
Застрахованное лицо 4	_____ подпись	_____ ФИО	« _____ » _____ 20__ г.
Застрахованное лицо 5	_____ подпись	_____ ФИО	« _____ » _____ 20__ г.
Застрахованное лицо 6	_____ подпись	_____ ФИО	« _____ » _____ 20__ г.

Приложения:	<input checked="" type="checkbox"/> Приложение № 1, Правила добровольного страхования от несчастных случаев и болезней №1.1 от _____
	<input checked="" type="checkbox"/> Приложение № 2, Таблица размеров страховых выплат при телесных повреждениях из _____ пунктов

Страховщик			№ _____ от _____	Страхователь		
	Подпись (М.П.)	ФИО	Должность		Доверенность	подпись

Приложение № 23 к Правилам добровольного страхования от несчастных случаев и болезней № 1.1

ПОЛИС СТРАХОВАНИЯ ОТ НЕСЧАСТНЫХ СЛУЧАЕВ И БОЛЕЗНЕЙ № _____ / ___ от «___» _____ 20__ г.

Настоящий Полис удостоверяет факт заключения договора страхования от несчастных случаев и болезней на основании Заявления Страхователя б/н от «___» _____ 20__ г. (Приложение №1 к настоящему Полису), Правил добровольного страхования от несчастных случаев и болезней №1.1 (далее – «Правила страхования»), утвержденных приказом Генерального директора АО «Группа Ренессанс Страхование» №084 от 19.06.2019 (Приложение №2 к настоящему Полису). Подписывая настоящий Полис, Страхователь подтверждает, что получил Правила страхования, ознакомлен и согласен с ними и обязуется их выполнять. Дополнительно с Правилами страхования можно ознакомиться на официальном сайте Страховщика.

1. Страховщик: АО «Группа Ренессанс Страхование», лицензия _____, бессрочно. Адрес: 115114, г. Москва, Дербеневская наб., д. 7, стр. 22, этаж 4, пом XIII. Телефон: 8-800-333-8-800, www.renins.ru, Электронная почта _____.

2. Страхователь-физическое лицо, ИП:

ФИО:		Гражданство:	Дата рождения: «___» _____ г.	Место рождения:
Адрес регистрации (почтовый):				
Адрес места жительства (при отличии):				
Телефон/факс:			e-mail:	
Паспорт	Серия:	Номер:	Кем и когда выдан:	
Код подразделения:		ОГРНИП, место регистрации:	СНИЛС:	ИНН (при наличии):

2. Страхователь-юридическое лицо:

Наименование:	Адрес регистрации (почтовый):	Телефон:	Факс:
Банковские реквизиты:	Расчетный счет:	Корр. счет:	
БИК:	ОГРН:	ИНН:	

2.1 Для иностранных граждан или лиц без гражданства, находящихся в РФ:

Данные миграционной карты: номер карты, дата начала срока пребывания и дата окончания срока пребывания в РФ
Данные документа, подтверждающего право на пребывание (проживание) в РФ (серия, номер, дата начала срока действия, дата окончания срока действия)

3. Выгодоприобретатель: _____, обладатель прав требования по кредитному Договору № _____ от «___» _____ 20__ г. (далее «Договор»)

4. Страховые случаи, страховые выплаты, страховой тариф*

Страховые случаи	Страховые выплаты
Смерть в результате несчастного случая или болезни	100% страховой суммы
Инвалидность в результате несчастного случая или болезни (вариант выплаты _____)	100% страховой суммы

5. Страховая сумма*

Страховая сумма по настоящему Полису устанавливается в размере суммы текущей ссудной задолженности (размер основного долга (без учета процентов и пени) Застрахованного, по кредитному Договору, указанному в разделе 3, что на момент заключения настоящего Полиса составляет _____ (_____) рублей ___ коп. Размер страховой суммы изменяется в соответствии с изменением ссудной задолженности.

6. Страховая премия, порядок оплаты*

Страховая премия по настоящему Полису составляет _____ (_____) рубля ___ коп.
Страховая премия уплачивается Страхователем единовременно в рублях по курсу ЦБ РФ на день оплаты в срок до «___» _____ 20__ г.

*Перечень страховых случаев, размер страховой суммы, страховой премии по настоящему Полису указаны в соответствии с Краткими условиями по соглашению Сторон.

7. Срок действия настоящего Полиса, срок страхования, территория страхования.

Срок действия настоящего Полиса с «___» _____ 20__ г. по «___» _____ 20__ г., Страхование, обусловленное настоящим Полисом (срок страхования), распространяется на страховые случаи, произошедшие не ранее, чем через 1 (один) календарный день с даты оплаты страховой премии по настоящему Полису. Датой оплаты считается дата поступления страховой премии на расчетный счет или кассу Страховщика. В случае непоступления страховой премии в размере и сроки, указанные в п. 6 настоящего Полиса, Полис считается не вступившим в силу и стороны не несут по нему обязательств.
Территория страхования: весь мир, за исключением зон военных конфликтов/действий.

8. Порядок осуществления страховых выплат

Размер страховых выплат определяется исходя из страховой суммы, рассчитанной на дату страхового случая.
Общая сумма выплат по страховым случаям, произошедшим в течение срока страхования, не может превышать размера страховой суммы.
Выплата страхового возмещения производится в течение 14 банковских дней с момента получения Страховщиком всех необходимых и дополнительно затребованных документов безналичным переводом.

9. Особые условия

10. Прочие положения

При отказе Страхователя от Полиса до начала срока действия, Страховщик возвращает Страхователю уплаченную страховую премию в полном объеме.
При отказе Страхователя от Полиса после начала срока действия, но в течение 14 календарных дней включительно со дня заключения Полиса, Страхователь вправе получить часть оплаченной премии пропорционально сроку действия страхования, при условии отсутствия в период страхования событий, имеющих признаки страхового случая. Возврат страховой премии осуществляется по выбору Страхователя наличными средствами или в безналичном порядке в течение 10 рабочих дней со дня получения Страховщиком письменного заявления об отказе от Полиса.
При отказе Страхователя от Полиса после начала срока действия, но по истечении 14 календарных дней со дня заключения Полиса, премия возврату не подлежит.
Форма, порядок и срок осуществления страховой выплаты предусмотрены в разделах 10-11 Правил страхования.
Информация об адресах офисов Страховщика, в которых осуществляется прием документов при наступлении страховых случаев и иных обращений, а также о случаях и порядке приема документов в электронной форме, размещена на официальном сайте Страховщика и может быть получена при обращении по телефонам Страховщика, указанным в настоящем Полисе.

Подписывая настоящий Полис, Страхователь в соответствии с ФЗ 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 прямых контактов с помощью средств связи, в том числе в целях обеспечения исполнения настоящего Полиса, а также выражает Страховщику согласие на предоставление Выгодоприобретателю информации по настоящему Полису, об исполнении Страховщиком и/или Страхователем обязательств по настоящему Полису, в том числе информацию об оплате и размере страховой премии, размере страховой суммы, о возникновении и урегулировании претензий, наступлении/вероятности наступления страховых случаев, выплате страхового возмещения и другую имеющую отношение к настоящему Полису информацию.

Обработка персональных данных осуществляется посредством сбора, систематизации, накопления, хранения, уточнения (обновления, изменения), использования, распространения (в том числе передачу), обезличивания, блокирования, уничтожения персональных данных как на бумажных, так и на электронных носителях. Настоящее согласие Страхователя (Застрахованного) действительно в течение срока действия настоящего Полиса и в течение 5 лет после окончания срока действия настоящего Полиса.

Подписывая настоящий Полис, Страхователь подтверждает, что в полном объеме получил информацию, предусмотренную пунктом 2.1.2. Базового стандарта защиты прав и интересов физических и юридических лиц - получателей финансовых услуг, оказываемых членами саморегулируемых организаций, объединяющих страховые организации, утв. Решением КФН ЦБ РФ, Протокол от 09.08.18 № КФНП-24. .

Подписывая настоящий Полис, Страхователь выражает согласие осуществлять взаимодействие со Страховщиком путем обращения в офисы Страховщика, посредством почтовой и телефонной связи, а также иными способами в случаях, специально предусмотренных Правилами страхования.

Подписывая настоящий Полис, Страхователь выражает согласие получать сообщения и уведомления от Страховщика, в том числе в электронной форме, по адресам, телефонам, указанным в настоящем Полисе.

Стороны согласны с использованием подписи и печати Страховщика, выполненных факсимильным способом при оформлении документов, связанных с исполнением сторонами обязательств по настоящему Полису

Действие договора страхования прекращается в случае погашения Застрахованным в полном объеме ссудной задолженности по кредитному договору, указанному в п.3 настоящего Полиса. При этом возврат части премии за неистекший срок страхования не производится.

Декларация Застрахованного: Настоящим заявляю, что я не являюсь инвалидом и не прохожу освидетельствование в настоящее время, не имел, не проходил лечения и не страдаю в настоящее время от онкологических заболеваний, болезней сердечно-сосудистой системы (инфаркт миокарда, стенокардия, артериальная гипертензия), сахарного диабета, болезней нервной системы (паралич, эпилепсия, временная потеря сознания, судорожные припадки и т.п.). Подтверждаю, что не состою на учете в наркологическом, психоневрологическом, туберкулезном, кожно-венерологическом диспансере, центрах профилактики борьбы со СПИДом, не признан в судебном порядке недееспособным. Также подтверждаю, что моя профессия не связана с опасной деятельностью, например, каскадеры, военные, пилоты, профессиональные боксеры, работа со взрывчатыми веществами, и т.п. и я не занимаюсь опасными видами активного отдыха / развлечениями, например, авиаспорт, дайвинг, автомобильные гонки, боевые искусства и т.п.

Приложение № 1 - Заявление Страхователя б/н от «___» _____ 20__ г.,

Приложение №2 - Правила добровольного страхования от несчастных случаев и болезней №1.1, утвержденных приказом Генерального директора АО «Группа Ренессанс Страхование» №084 от 19.06.2019.

Настоящий Полис составлен в двух экземплярах по одному экземпляру для Страхователя и Страховщика.

Страховщик				№ _____ от _____» 20__г.	Страхователь		
	Подпись (М.П.)	ФИО	Должность	Доверенность		подпись	ФИО

Приложение № 24 к Правилам добровольного страхования от несчастных случаев и болезней № 1.1

Программа страхования

Программа страхования регламентирует оказание различных видов медицинской помощи (медицинских и иных услуг) застрахованным лицам (далее – Застрахованные) в течение срока действия Договора страхования (далее – Договор/Договор страхования) в медицинских организациях, предусмотренных Договором страхования.

Программа включает: перечень оплачиваемых видов медицинских и иных услуг, предоставление которых Страховщик организует Застрахованным в медицинских организациях в дистанционном формате (телемедицина); перечень медицинских услуг, не оплачиваемых Страховщиком (исключения из страхового покрытия).

Страховым случаем является обращение Застрахованного лица в течение периода страхования в медицинскую организацию в дистанционном формате (телемедицина) из числа предусмотренных Договором страхования при таком состоянии здоровья, которое требует получения медицинских и (или) иных услуг в соответствии с настоящей Программой страхования, и повлекших возникновение обязательств Страховщика произвести оплату данных медицинских и иных услуг, оказанных Застрахованному.

1. ПОРЯДОК ПОЛУЧЕНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ, ПРЕДУСМОТРЕННОЙ НАСТОЯЩЕЙ ПРОГРАММОЙ СТРАХОВАНИЯ

1.1. Медицинские услуги представляют собой комплекс организационных и технологических мероприятий, обеспечивающих деятельность системы оказания дистанционной консультационно-диагностической медицинской услуги, при которой физическое лицо (пациент) получает дистанционную консультацию специалиста-медика в медицинских организациях, предусмотренных Договором страхования, в режиме реального времени (далее – Услуги). Услуги оказываются с использованием видеосвязи, аудиосвязи, путем обмена сообщениями и файлами.

1.2. Застрахованным предоставляются медицинские консультации по всем вопросам, за исключением вопросов, по которым Врач не может сформировать свое профессиональное мнение ввиду невозможности произвести осмотр и иные исследования и манипуляции в отношении физических лиц дистанционным способом, а также вопросов, для ответа на которые необходимо получение дополнительной информации (результатов осмотров другими специалистами, результатов лабораторного и инструментального обследования).

1.3. Застрахованное лицо до оказания Услуги предоставляет Врачу информацию об установленных ему диагнозах, перенесенных заболеваниях, известных аллергических реакциях, противопоказаниях к проведению вмешательств, приему препаратов, пересылает Врачу копии необходимых документов.

1.4. При оказании Услуг, в том числе при установлении необходимости проведения очных консультаций, диагностических обследований, Врач информирует Застрахованное лицо о специалистах, к которым следует обратиться для постановки и (или) подтверждения и (или) уточнения диагноза, о рекомендуемых методах диагностики, лечения, связанных с ними рисках, их последствиях и ожидаемых результатах и предоставляет иную подобную информацию.

1.5. Застрахованные лицо, прежде чем заказать оказание Услуг, предусмотренных настоящей Программой, должны пройти процесс предварительной регистрации на сайте или в мобильном приложении медицинской организации, указанных в Договоре страхования. При регистрации физическое лицо обязано дать согласие на обработку персональных данных и предоставление медицинской информации Заказчику и Исполнителю, оказывающему Услуги.

1.5.1. Физическое лицо самостоятельно отвечает за соответствие указанным требованиям используемого им оборудования и программного обеспечения.

После регистрации на Сайте физическое лицо переходит в раздел «Личный кабинет». Раздел «Личный кабинет» представляет собой персональный раздел на Сайте, который позволяет направлять запрос на оказание Услуг, связываться с дежурным Врачом, получать устные и письменные консультации.

1.8.13. По итогам консультации Врач пишет медицинское заключение и направляет его физическому лицу через Сервис.

Необходимая медицинская информация – это вся та информация медицинского характера, которая необходима исполнителю медицинских услуг для того, чтобы должным образом оказать предусмотренные настоящей программой Услуги: медицинские заключения об имеющихся заболеваниях, по которым непосредственно и проводятся консультации, результаты дополнительных исследований и обследований, а также все те документы медицинского характера, которые физические лица могут предоставить.

Претензии физического лица относительно сроков оказания Услуг не принимаются, если физическое лицо не направит запрос на оказание Услуг или не будет находиться в системе (онлайн) после направления Запроса.

1.8.14. Предоставление Услуг, для оказания которых необходимо изучение медицинских документов, начинается только после предоставления этих документов физическим лицом.

2. УСЛУГИ, ПРЕДОСТАВЛЯЕМЫЕ ПО НАСТОЯЩЕЙ ПРОГРАММЕ СТРАХОВАНИЯ

2.1. первичные и повторные консультации дежурного Врача-консультанта (терапевта, врача общей практики), выполняемые круглосуточно с понедельника по воскресенье;

2.2. первичные и повторные консультации Врачей-консультантов узких специальностей, участвующих в оказании услуг, выполняемые удаленно через сеть Интернет по предварительной записи. Услуги в форме консультации по записи Врачом-консультантом (специалистом) могут быть оказаны только в заранее указанное при записи время.

3. НЕ ПРИЗНАЮТСЯ СТРАХОВЫМ СЛУЧАЕМ И НЕ ОПЛАЧИВАЮТСЯ СТРАХОВЩИКОМ:

3.1. Услуги, оказанные до начала или после окончания срока страхования.

3.2. Услуги, оплата которых прямо не предусмотрена настоящей Программой, в том числе: вызовы Врача на дом, Услуги, оказываемые в условиях дневного стационара и в стационарных условиях;

3.3. Услуги по инструментальной и лабораторной диагностике;

3.4. Услуги скорой, в том числе скорой специализированной, медицинской помощи,

3.5. Услуги по вызову скорой, в том числе скорой специализированной, медицинской помощи.

4. ИСКЛЮЧЕНИЯ ИЗ СТРАХОВОГО ПОКРЫТИЯ

4.1. Страховым случаем не является обращение Застрахованного в медицинское учреждение по поводу следующих заболеваний/состояний и связанных с ними осложнений, если иное не предусмотрено Договором страхования:

4.1.1. Онкологические заболевания; заболевания крови опухолевой природы; опухоли центральной нервной системы; хронические заболевания крови; сахарный диабет I и II типа (кроме ведения

неосложненного сахарного диабета в амбулаторных условиях); профессиональные заболевания; туберкулез; психические заболевания; органические психические расстройства; расстройства поведения; невротические расстройства; эпилепсия и другие судорожные синдромы.

4.1.2. ВИЧ-инфекции; подтвержденные иммунодефицитные состояния; венерические заболевания; сифилис; особо опасные инфекции (натуральная оспа, чума, сибирская язва, холера, вирусные геморрагические лихорадки и другие инфекции, согласно нормативным документам органов управления здравоохранения) и их осложнения; лечение заболеваний, передающихся преимущественно половым путем; хронические вирусные заболевания; хронический гепатит; цирроз печени; заболевания, сопровождающиеся хронической почечной или печеночной недостаточностью; болезнь Крона; неспецифический язвенный колит; псориаз; глубокие формы микозов.

4.1.3. Дегенеративные и демиелинизирующие болезни нервной системы; церебральный паралич; церебро-васкулярная болезнь (хроническая ишемия головного мозга, дисциркуляторная энцефалопатия); генерализованный (распространенный) атеросклероз, кондуктивная и нейросенсорная потеря слуха; системные заболевания соединительной ткани; все недифференцированные коллагенозы; врожденная и наследственная патология (включая хромосомные нарушения, последствия родовых травм) и аномалии развития; заболевания, являющиеся причиной установления инвалидности I–II группы.

4.1.4. Заболевания органов и тканей, лечение которых требует:

- трансплантации, имплантации, протезирования, в том числе эндопротезирования;
- реконструктивных и пластических операций всех видов, включая устранение последствий травм; герниопластики.

4.1.5. Травмы, состояния и (или) болезни, вызванные всеми видами профессионального спорта; определенными видами спорта и физической активности, классифицируемыми как связанные с риском для жизни или здоровья¹.

4.1.6. Расстройства здоровья, вызванные установленным фактом употребления алкоголя, наркотических или токсических веществ, а также полученные в этих состояниях травмы, ожоги, отморожения, острые отравления, повреждения внутренних органов; умышленное причинение себе телесных повреждений, в том числе с покушением на самоубийство.

4.2. Не признаются страховым случаем и не оплачиваются Страховщиком:

4.2.1. Расходы на лекарственные препараты для медицинского применения (кроме предусмотренных при стационарной помощи), очки, контактные линзы, слуховые аппараты, стенты, имплантаты, другие дополнительные медицинские устройства (кроме указанных в Программе страхования) и приспособления, контрастные вещества и расходные материалы индивидуального назначения, в том числе требующиеся в ходе оперативного вмешательства.

4.2.2. Процедуры и операции, проводимые с эстетической или косметической целью (в том числе

¹ Все виды авиационных перелетов (за исключением перелетов в качестве пассажира регулярными, чартерными рейсами или в качестве пассажира корпоративных рейсов (при условии наличия лицензии у пилота), включающие также воздухоплавание, планеризм, дельтапланеризм, парашютный спорт и парапланеризм; бокс и прочие боевые искусства, как, например, кикбоксинг, рестлинг, кетч; исследование пещер, спелеология; конный спорт, в том числе скачки, родео, конное троеборье, конкур; экстремальные виды спорта, например бэйс-джампинг, банджи-джампинг, сплав на каное или плотах; водные аттракционы; сафари и охотничьи соревнования; мотоспорт; горные виды спорта, такие как альпинизм, одиночное скалолазание, свободное скалолазание, подъем по фасадам зданий, альпинистские экспедиции и соревнования; гонки на скоростных катерах; скутерах; дайвинг; зимние виды спорта, например бобслей, горнолыжный спорт, сноуборд, гонки на снегоходах и другие виды физической активности с повышенным риском травматизма.

- удаление и лечение мозолей, папиллом, бородавок, невусов и кондилом), лечение атером, липом; диагностика и лечение расстройств сна, храпа.
- 4.2.3. Услуги по планированию семьи; ведение беременности и обследования, связанные с беременностью; услуги при патологии беременности на сроке более 8 недель; при патологии беременности, наступившей с использованием вспомогательных репродуктивных технологий на любом сроке; прерывание беременности без наличия медицинских показаний, лечение осложнений после прерывания беременности и родов; родовспоможение; лечение заболеваний, сопутствующих беременности; гормональные и другие исследования с целью подбора методов контрацепции, заместительной гормональной терапии; диагностика и лечение бесплодия, нарушений потенции; подбора методов контрацепции (в том числе введение и удаление ВМС); искусственное оплодотворение, эмболизация маточных артерий.
- 4.2.4. Диспансеризация, профилактические осмотры врачей, любые профилактические мероприятия, в том числе при любых видах дистрофий и дегенераций, динамическое наблюдение хронических заболеваний; консультации и лечение у трихолога, сомнолога, диетолога, фониатра, врача-гомеопата, гнатолога; консультации логопеда, психолога, если иное не предусмотрено Договором страхования.
- 4.2.5. Кардиохирургические и сосудистые операции (за исключением операций по поводу варикозного расширения вен); хирургическое лечение ортопедических заболеваний, нейрохирургические вмешательства (за исключением нейрохирургических операций в экстренных ситуациях, при угрозе жизни), использование метода радиочастотной абляции, электрофизиологические исследования; имплантация и проверка электрокардиостимулятора; ангиография, ПЭТ, денситометрия, радиоизотопные исследования, лабораторная аллергодиагностика (исключая диагностику лекарственной аллергии), ДНК- и РНК-диагностика (кроме диагностики острых инфекционных заболеваний), генетические и цитогенетические исследования, микробиологические исследования при диагностике заболеваний, передающихся половым путем, исследования нарушений метаболизма, определение маркеров резорбции костей, онкомаркеры.
- 4.2.6. В стоматологии: лечение заболеваний тканей пародонта (за исключением купирования острых состояний при заболеваниях тканей пародонта); лечение ортодонтических нарушений; протезирование зубов и подготовку к нему; лечение зубов с разрушением коронковой части более чем на 50%; использование парапульпарных, углеводородных, стекловолоконных и анкерных штифтов, установление вкладок; «сэндвич-методики»; условное лечение зубов (без гарантии); лечение ранее депульпированных зубов; глубокое фторирование зубов; пластические операции; лечебные манипуляции на зубах, покрытых ортопедическими и ортодонтическими конструкциями; косметические стоматологические услуги (включая отбеливание зубов, снятие пигментированного зубного налета – Air-Flow, художественную реставрацию, установку виниров); снятие зубных отложений (кроме случаев, предусмотренных Программой), герметизация фиссур, заболеваний твердых тканей зубов (кроме клиновидного дефекта), ретинированных и дистопированных зубов (кроме случаев, предусмотренных Программой), зубосохраняющие операции, использование аппарата «Вектор».
- 4.2.7. Водолечение и грязелечение, галотерапия, спелеотерапия; биорезонансная терапия, диагностика и лечение по методу Фолля, аутогемотерапия, гирудотерапия, аппаратное лечение простатитов, лечение методом ударно-волновой терапии; нетрадиционные методы лечения; психодиагностика и психотерапия.
- 4.2.8. Инъекционная склеротерапия; контактная и лазерная коррекция зрения, профилактика и лечение косоглазия, астигматизма и близорукости; манипуляции с использованием аппаратно-программных комплексов в офтальмологии, применение хирургического лазера и радиохрургические методы лечения (за исключением случаев, предусмотренных Программой страхования).

- 4.2.9. Экстракорпоральные методы лечения: гемодиализ, плазмоферез, гемосорбция, гемофльтрация, ультрафиолетовое и лазерное облучение крови, озонотерапия, нормо-, гипер- и гипобарическая оксигенация.
- 4.2.10. Организация «стационара на дому», индивидуального поста в стационаре; услуги дневного стационара, стационара «одного дня» – при отсутствии у Застрахованного программы, предусматривающей оказание ему плановой стационарной помощи; медицинские услуги, связанные с подготовкой к плановой госпитализации при отсутствии у Застрахованного программы, предусматривающей оказание ему плановой стационарной помощи.
- 4.2.11. Вакцинация взрослых (кроме вакцинации от гриппа, если это предусмотрено полисом); специфическая иммунотерапия с аллергенами (СИТ); реабилитационное восстановительное лечение.
- 4.2.12. Медицинское освидетельствование с выдачей справок на управление транспортным средством в ГИБДД, на ношение оружия, для выезда за границу, для поступления в высшие учебные заведения и на работу, для посещения бассейна; обследования и оформление санаторно-курортной карты, посыльного листа в МСЭК, заключения по результатам периодических медицинских осмотров.
- 4.2.13. Расходы по организации похорон и погребению.

5. ОБЕСПЕЧЕНИЕ ЛЕКАРСТВЕННЫМИ ПРЕПАРАТАМИ ДЛЯ МЕДИЦИНСКОГО ПРИМЕНЕНИЯ, ОРГАНИЗАЦИЯ ДОСТАВКИ ПРОДУКТОВ ПИТАНИЯ.

5.1. Объем услуг и порядок их предоставления.

- 5.1.1. Если иное не предусмотрено Договором страхования, в соответствии с настоящей Программой Страховщик гарантирует компенсацию понесенных Застрахованным лицом расходов на оплату лекарственных препаратов для медицинского применения², предусмотренных Договором, по назначению лечащего врача медицинской организации, предусмотренной Договором, при организации лечебного процесса Застрахованному в следующих случаях: при остром заболевании (состоянии), обострении хронического заболевания, травме (в том числе ожоге, отморожении), отравлении, беременности и для профилактики заболеваний, а также понесенных расходов на доставку продуктов питания.
- 5.1.2. Страховая сумма, в пределах которой Застрахованный имеет возможность получения компенсации на оплату лекарственных препаратов для медицинского применения и оплату доставки продуктов питания, определяется Договором и Программой, выдаваемой на руки Застрахованному.

6. ИСКЛЮЧЕНИЯ ИЗ СТРАХОВОГО ПОКРЫТИЯ:

- 6.1. Программа не предусматривает возмещения расходов на оплату лекарственных препаратов для медицинского применения и вспомогательных медицинских изделий:
- 6.1.1. выписанных лечащим врачом Застрахованного не на рецептурном бланке установленного образца и (или) оформленные не в первичной медицинской документации медицинской организации, предусмотренной Договором;
- 6.1.2. приобретенных по инициативе Застрахованного и (или) не согласованные со Страховщиком;
- 6.1.3. при отсутствии страхового случая по иной Программе страхования, предусмотренной Договором, в том числе сопутствующих заболеваний и заболеваний, выявленных в процессе оказания медицинской помощи;

² Список групп лекарственных препаратов для медицинского применения и изделий медицинского назначения определяются в соответствии с конкретным вариантом Программы страхования, предусмотренной Договором.

- 6.1.4. которые будут использованы при лечении Застрахованного в медицинской организации в стационарных условиях;
- 6.1.5. при израсходовании страховой суммы;
- 6.1.6. до начала периода страхования либо после его окончания;
- 6.1.7. при выписке рецепта не в период страхования.