

УТВЕРЖДЕНО

приказом Генерального директора

ООО «ППФ Страхование жизни»

от «30» мая 2016 г. № 49

**ОБЩИЕ ПРАВИЛА
ДОБРОВОЛЬНОГО СТРАХОВАНИЯ ЖИЗНИ**

1. ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ. ОПРЕДЕЛЕНИЯ
2. СУБЪЕКТЫ СТРАХОВАНИЯ
3. ОБЪЕКТЫ СТРАХОВАНИЯ
4. СТРАХОВЫЕ РИСКИ. СТРАХОВЫЕ СЛУЧАИ. ПРОГРАММЫ СТРАХОВАНИЯ
5. СТРАХОВАЯ СУММА. СТРАХОВАЯ ПРЕМИЯ (СТРАХОВЫЕ ВЗНОСЫ)
6. ПОРЯДОК ЗАКЛЮЧЕНИЯ, ИСПОЛНЕНИЯ И ПРЕКРАЩЕНИЯ ДОГОВОРА СТРАХОВАНИЯ
7. ПРАВА И ОБЯЗАННОСТИ СТОРОН ДОГОВОРА СТРАХОВАНИЯ
8. ПОРЯДОК РАСЧЕТА РАЗМЕРА И ОСУЩЕСТВЛЕНИЯ СТРАХОВОЙ ВЫПЛАТЫ
9. ПОРЯДОК УЧАСТИЯ В ИНВЕСТИЦИОННОМ ДОХОДЕ СТРАХОВЩИКА
10. ПОРЯДОК РЕШЕНИЯ СПОРОВ

1. ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ. ОПРЕДЕЛЕНИЯ

1.1. Настоящие Общие Правила добровольного страхования жизни (далее именуемые «Правила») разработаны в соответствии с законодательными и иными нормативными правовыми актами Российской Федерации. Правила являются неотъемлемой частью договора страхования жизни, заключаемого Страховщиком со Страхователем (далее именуемого «договор страхования» или «договор»).

1.2. По договору страхования жизни Страховщик обязуется за обусловленную договором плату, уплачиваемую Страхователем, выплатить обусловленную договором страховую сумму или ее часть в случае дожития Застрахованного до определенного договором страхования срока, причинения вреда его жизни или здоровью, наступлении иных событий в жизни Застрахованного, а также его смерти.

1.3. Предусмотренные договором страхования выплаты Страховщик производит в пользу Страхователя, Застрахованного, Выгодоприобретателя независимо от всех видов пособий, пенсий и выплат, получаемых по государственному социальному страхованию и социальному обеспечению, трудовых и иных соглашений, договорам страхования, заключенным с другими страховщиками, и сумм, причитающихся им в порядке возмещения вреда по действующему законодательству.

1.4. Далее в Правилах (включая Дополнительные условия к Правилам), а также в заключаемых в соответствии с Правилами договорах страхования используются следующие термины:

1.4.1. **Страховщик** - *Общество с ограниченной ответственностью «ППФ Страхование жизни»* - юридическое лицо, созданное в соответствии с законодательством Российской Федерации и осуществляющее страховую деятельность в соответствии с выданной федеральным органом исполнительной власти по надзору за страховой деятельностью лицензией.

1.4.2. **Страхователь** - дееспособное физическое лицо или юридическое лицо любых организационно-правовых форм, предусмотренных гражданским законодательством Российской Федерации, заключившие договор страхования со Страховщиком на основании Правил.

Страхователи - физические лица вправе заключать договоры о страховании как своих имущественных интересов, связанных с жизнью и здоровьем, так и о страховании имущественных интересов третьих лиц (Застрахованных).

Если Страхователь - физическое лицо заключил договор о страховании своих имущественных интересов, то он одновременно является Застрахованным.

Страхователи - юридические лица заключают со Страховщиком договоры о страховании третьих лиц (Застрахованных).

1.4.3. **Застрахованное лицо (Застрахованный)** – физическое лицо, в отношении которого Страхователь и Страховщик заключили договор страхования на случай дожития

им до определенного срока, причинения вреда его жизни или здоровью, наступления иных событий в его жизни, а также его смерти.

1.4.4. **Выгодоприобретатель** — лицо, которому принадлежит право на получение страховой выплаты. Выгодоприобретателем является Застрахованный, если иное не предусмотрено договором страхования.

1.4.5. **Страховая сумма** — денежная сумма, которая определена договором страхования при его заключении и, исходя из которой, устанавливаются размер страховой премии (страховых взносов) и размер страховой выплаты при наступлении страхового случая.

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

1.4.7. **Страховая премия** — плата за страхование, которую Страхователь обязан уплатить Страховщику в порядке и сроки, установленные договором страхования.

1.4.8. **Страховой взнос** — периодические платежи страховой премии, если страховая премия уплачивается в рассрочку.

1.4.9. **Страховой риск** — предполагаемое событие, обладающее признаками вероятности и случайности, на случай наступления которого осуществляется страхование.

1.4.10. **Страховой случай** — совершившееся событие, предусмотренное договором страхования, с наступлением которого возникает обязанность Страховщика произвести страховую выплату.

1.4.11. **Страховая выплата** — денежная сумма, установленная договором страхования, выплачиваемая Страховщиком Страхователю, Застрахованному лицу, Выгодоприобретателю при наступлении страхового случая в порядке, определенном договором страхования.

1.4.12. **Срок страхования** - период времени, при наступлении страховых случаев, в течение которого у Страховщика возникает обязанность по осуществлению страховых выплат в соответствии с Правилами и договором страхования.

1.4.13. **Территория страхования** - определенная территория, при наступлении страхового случая в пределах которой у Страховщика возникает обязанность произвести страховую выплату.

1.4.14. **Выкупная сумма** - сумма в пределах сформированного в установленном порядке страхового резерва на день прекращения договора страхования, которая выплачивается Страхователю при досрочном расторжении договора страхования, предусматривающего дожитие Застрахованного до указанного в договоре срока.

1.4.15. **Оплаченный договор** – договор страхования, по которому:

Страхователем полностью исполнены обязанности по уплате страховых взносов, либо Страхователь освобожден Страховщиком от обязанности уплаты дальнейших страховых взносов.

1.4.16. **Болезнь (заболевание)** - нарушение состояния здоровья Застрахованного, не вызванное несчастным случаем, диагноз которого поставлен в течение срока страхования на основании известных медицинской науке объективных симптомов, а также лабораторными и инструментальными исследованиями.

Если в ответственность по договору страхования включена болезнь и/или её последствия, то для признания болезни Застрахованного и/или её последствий страховым случаем, болезнь должна впервые развиться и впервые быть диагностирована у Застрахованного в течение срока страхования в отношении него, за исключением тех болезней, о наличии которых Страховщик был письменно уведомлен Страхователем до даты заключения договора страхования (или дополнительного соглашения), включающего соответствующий риск, если иное прямо не предусмотрено в договоре страхования.

1.4.17. **Смерть** – прекращение физиологических функций организма, поддерживающих его жизнедеятельность.

1.4.18. **Рабочий день** – рабочими днями считаются все дни, кроме суббот, воскресений и праздничных дней установленных Правительством РФ (с учетом переносов).

1.4.19. **Предстраховое медицинское обследование** - мероприятия, направленные на оценку состояния здоровья Застрахованного для определения степени страхового риска перед заключением договора страхования, проводимые в медицинских учреждениях, имеющих соответствующую лицензию на осуществление медицинской деятельности. например, врачебный осмотр, лабораторные и инструментальные методы исследований. Конкретный перечень мероприятий определяется Страховщиком. В случае заключения договора страхования предстраховое медицинское обследование проводится за счет Страховщика.

1.4.20. **Медицинское обследование** - организованные за счет Страховщика мероприятия, направленные на установление причин и обстоятельств заявленного события, проводимые с целью подтверждения того, является ли такое событие страховым случаем, например, врачебный осмотр, лабораторные и инструментальные методы исследований. Медицинское обследование проводится в медицинских учреждениях, определенных Страховщиком и имеющих соответствующую лицензию на осуществление медицинской деятельности. Конкретный перечень мероприятий определяется Страховщиком и проводится за счет Страховщика.

1.4.21. **Медицинская экспертиза** – получение Страховщиком за свой счет консультации или независимого заключения специалиста и/или медицинского учреждения по результатам анализа и исследования медицинских документов и информации, предоставленных Застрахованным, а также результатов медицинского обследования Застрахованного. Медицинская экспертиза проводится для установления причин и обстоятельств заявленного события с целью подтверждения того, является ли такое событие страховым случаем.

1.4.22. **Гарантированная доходность** – предполагаемая доходность от размещения средств страховых резервов в течение срока страхования, участвующая в определении страхового тарифа и размера выкупных сумм при заключении договора страхования.

1.4.23. **Фактическая доходность** – доходность, определяемая по результатам инвестиционной деятельности Страховщика, по факту размещения средств страховых резервов за отчетный период (календарный год).

1.4.24. **Дополнительный инвестиционный доход** - часть дохода Страховщика от инвестирования средств страховых резервов за отчетный период, полученная за счёт превышения фактической доходности над гарантированной, если иное определение не предусмотрено договором страхования. Дополнительный инвестиционный доход может быть распределен среди договоров, условиями которых предусмотрено распределение дополнительного инвестиционного дохода.

1.4.25. **Годовщина договора страхования** – число и месяц даты начала действия договора страхования, за исключением случаев, когда дата начала действия договора страхования приходится на 29 февраля. В этом случае в невисокосные годы годовщиной действия договора страхования считается 28 февраля, а в високосные – 29 февраля.

1.4.26. **Страховой год** – серия периодов, входящих в срок страхования, каждый из которых начинается в Годовщину договора страхования и заканчивается в день, предшествующий следующей Годовщине договора страхования, либо в последний день Срока страхования.

2. СУБЪЕКТЫ СТРАХОВАНИЯ

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

3. ОБЪЕКТЫ СТРАХОВАНИЯ

3.1. Объектом страхования являются не противоречащие законодательству Российской Федерации имущественные интересы, связанные с дожитием Застрахованного до определенного срока, причинением вреда жизни, здоровью Застрахованного, наступлением иных событий в жизни Застрахованного, а также его смертью.

4. СТРАХОВЫЕ РИСКИ. СТРАХОВЫЕ СЛУЧАИ. ПРОГРАММЫ СТРАХОВАНИЯ

4.1. Следующие события в жизни Застрахованного являются страховыми рисками и могут быть признаны Страховщиком страховыми случаями:

4.1.1. дожитие Застрахованного до конца срока страхования (далее страховой риск/случай «**дожитие Застрахованного**»);

4.1.2. смерть Застрахованного в течение срока страхования по любой причине, за исключением случаев, предусмотренных в п. 4.4. Правил, (далее страховой риск/случай «**смерть Застрахованного**»).

4.2. Договор страхования может быть заключен с ответственностью по одному или всем рискам, перечисленным в п. 4.1 Правил. В зависимости от набора рисков договор страхования может быть заключен по одной или нескольким следующим программам страхования:

4.2.1. **Программа 1. Смешанное страхование жизни.** Страховые риски - дожитие Застрахованного (п. 4.1.1); смерть Застрахованного (п. 4.1.2). При наступлении страхового случая страховая выплата производится одновременно в размере 100% страховой суммы.

4.2.2. **Программа 2. Страхование на срок.** Страховой риск - смерть Застрахованного (п. 4.1.2). При наступлении страхового случая страховая выплата производится одновременно в размере 100% страховой суммы.

4.2.3. **Программа 3. Страхование на дожитие.** Страховой риск - дожитие Застрахованного (п. 4.1.1). При наступлении страхового случая страховая выплата производится одновременно в размере 100% страховой суммы.

4.2.4. **Программа 4. Пожизненное страхование.** Страховые риски - дожитие Застрахованного (п. 4.1.1) до возраста 100 (ста) лет; смерть Застрахованного (п. 4.1.2). При наступлении страхового случая страховая выплата производится одновременно в размере 100% страховой суммы.

4.2.5. **Программа 5. Страхование к сроку.** Страховые риски - дожитие Застрахованного (п. 4.1.1); смерть Застрахованного (п. 4.1.2). При наступлении страхового случая страховая выплата производится одновременно в размере 100% страховой суммы в конце срока страхования.

4.2.6. **Программа 6. Страхование семейного дохода.** Страховой риск - смерть Застрахованного (п. 4.1.2). При наступлении страхового случая страховая выплата производится периодически в порядке, определенном договором страхования. Годовая сумма страховых выплат составляет 100% страховой суммы по данной программе страхования.

4.3. В дополнение к вышеуказанным рискам и программам страхования Страхователь вправе выбрать при страховании риски и соответствующие им программы страхования, предусмотренные Дополнительными условиями к Правилам страхования.

4.4. Если иное не предусмотрено договором страхования, не являются страховыми случаями события, предусмотренные в п. 4.1.2. Правил страхования, если они произошли:

4.4.1. в результате совершения Застрахованным лицом в возрасте 14 лет и старше умышленного преступления;

4.4.2. в результате умышленных действий, направленных на наступление страхового случая, Застрахованным в возрасте 14 лет и старше, Страхователем, Выгодоприобретателем или иным лицом, прямо или косвенно заинтересованным в получении страховой выплаты по договору страхования. При этом страховая выплата не

производится тому (тем) Выгодоприобретателю (-лям) или наследникам, чье умышленное действие повлекло смерть Застрахованного;

4.4.3. в результате самоубийства или попытки самоубийства Застрахованного, за исключением случаев, когда Застрахованный был доведен до самоубийства преступными действиями третьих лиц. Страховщик не освобождается от выплаты в случае смерти Застрахованного, если его смерть наступила вследствие самоубийства, и к этому времени договор страхования действовал не менее 2 лет;

4.4.4. в ходе войны, интервенции, военных действий, вооруженных столкновений, иных аналогичных или приравняемых к ним событий (независимо от того, была ли объявлена война), гражданской войны, мятежа, путча, иных гражданских волнений, предполагающих перерастание в гражданское, либо военное восстание, бунта, вооруженного или иного незаконного захвата власти;

4.4.5. в результате алкогольного отравления, отравления спиртами, спиртосодержащими, щелочными, кислотными, токсическими веществами, а также в случае отравления в результате потребления Застрахованным наркотических, лекарственных и/или психотропных веществ без предписания врача, за исключением случаев непреднамеренного потребления этих веществ;

4.4.6. вследствие действий Застрахованного, совершенных в состоянии алкогольного, токсического или наркотического опьянения или под воздействием сильнодействующих и/или психотропных веществ, принятых без предписания врача;

4.4.7. в результате воздействия ядерного взрыва, радиации, радиоактивного заражения или в результате использования ядерной энергии;

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

4.4.9. вследствие ВИЧ-инфекции или СПИДа, а также заболеваний, связанных со СПИДом;

4.4.10. вследствие болезни, развившейся и диагностированной у Застрахованного до начала срока страхования, за исключением случаев, когда Страховщик был уведомлен о болезни Застрахованного до заключения договора страхования или дополнительного соглашения к договору страхования;

4.4.11. при пребывании Застрахованного в местах лишения свободы, а также в местах предварительного заключения.

4.5. События, предусмотренные в п. 4.4 Правил, признаются таковыми на основании решения/приговора суда, вступившего в законную силу, постановления прокуратуры или иных документов, выданных медицинскими, правоохранными и иными компетентными органами **в установленном законодательством РФ порядке.**

4.6. **Территорией страхования** по Правилам является **весь мир**, если иное не предусмотрено договором страхования.

4.7. **Страхование по договору**, заключенному на основании Правил, **действует 24 часа в сутки**, если иное не предусмотрено договором страхования.

4.8. В договоре страхования могут быть предусмотрены иные события, которые не будут являться страховыми случаями.

5. СТРАХОВАЯ СУММА. СТРАХОВАЯ ПРЕМИЯ (СТРАХОВЫЕ ВЗНОСЫ)

5.1. **Страховая сумма** и/или способ ее определения устанавливается Страховщиком по соглашению со Страхователем и указывается в договоре страхования (страховом полисе). Страховая сумма может быть установлена в виде единой суммы по всем или по определённым страховым рискам, предусмотренным договором страхования.

5.2. Если договор страхования заключен по нескольким страховым программам из указанных в п. 4.2 Правил, страховая сумма устанавливается отдельно по каждой программе страхования.

5.3. Страховые суммы устанавливаются в российских рублях. По соглашению сторон в договоре страхования могут быть указаны страховые суммы в иностранной валюте, эквивалентом которых являются соответствующие суммы в рублях (в дальнейшем - страхование в валютном эквиваленте).

5.4. При заключении договора страхования стороны могут согласовать возможность изменения страховых сумм и/или страховых взносов в течение срока действия договора, в зависимости от результатов инвестиционной деятельности Страховщика по размещению средств страховых резервов (или иных активов Страховщика) по договорам страхования в порядке, определенном разделом 9 Правил. Договор страхования может предусматривать один из следующих вариантов изменений:

5.4.1. размер страховой суммы увеличивается, а страховые взносы уплачиваются в неизменном размере (распределение дополнительного инвестиционного дохода);

5.4.2. размер страхового взноса уменьшается, а страховая сумма остается неизменной;

5.4.3. размеры страховой суммы и страхового взноса изменяются одновременно.

При этом изменения, указанные в п.п. 5.4.1 и 5.4.2, возможны только в отношении программ страхования, определенных Правилами.

5.5. Если в результате изменений, указанных в п. 5.4 Правил, страховой тариф:

5.5.1. увеличился, то требуется согласование изменений со Страхователем в письменной форме. Изменения вступают в силу с даты подписания соглашения о внесении изменений в договор страхования обеими сторонами, при условии оплаты увеличенной страховой премии (страхового взноса), если иное не предусмотрено условиями договора страхования;

5.5.2. уменьшился либо остался неизменным, то Страховщик направляет Страхователю уведомление об изменениях. Изменения вступают в силу с даты, указанной в таком уведомлении, если иное не предусмотрено условиями договора страхования.

5.6. **Страховая премия** оплачивается в размере, порядке и сроки, установленные в договоре страхования.

5.7. При определении размера страховой премии, подлежащей уплате по договору страхования, Страховщик применяет рассчитанные им и представленные в орган страхового надзора **страховые тарифы**, рассчитанные с учетом степени страхового риска, пола, возраста Застрахованного, срока страхования, периодичности уплаты страховых взносов, установленной при расчете страхового тарифа, согласно приложениям к Правилам.

5.8. Страховщик в каждом конкретном случае при заключении договора страхования для определения степени страхового риска и учета особенностей страхования конкретного лица вправе применять к базовым тарифным ставкам повышающие и понижающие коэффициенты (именуемые в дальнейшем - поправочные коэффициенты).

Решение о конкретном размере повышающего или понижающего коэффициента принимается Страховщиком после изучения и оценки им информации и документов, представленных и подписанных Страхователем, Застрахованным, результатов предстрахового медицинского обследования (если оно производилось), а также с учетом следующих факторов: состояния здоровья Застрахованного, профессии (рода деятельности) Застрахованного, его занятий помимо трудовой деятельности, условий проживания, территории действия страхования и других обстоятельств, влияющих на степень риска, а также срока страхования, порядка уплаты страховой премии, количества лиц, подлежащих страхованию, порядка расчёта размера страховой выплаты, других обстоятельств, имеющих существенное значение для определения степени страхового риска.

Конкретный размер страхового тарифа определяется договором страхования по соглашению сторон.

5.9. Размер страховой премии за полные года страхования определяется как произведение страховой суммы, страхового тарифа и количества лет страхования.

5.10. Страховая премия уплачивается Страхователем в рублях РФ единовременно разовым платежом за весь срок страхования или в рассрочку путем безналичных расчетов или наличными деньгами, почтовым переводом или иным способом, согласованным в договоре страхования, по реквизитам Страховщика, указанным в договоре страхования.

5.10.1. Единовременная уплата страховой премии возможна по программам страхования, предусмотренным п.п. 4.2.1 - 4.2.4, 4.2.6 Правил страхования.

5.10.2. Уплата страховой премии в рассрочку (ежемесячно, ежеквартально, раз в полгода, ежегодно) возможна по всем программам страхования, предусмотренным п. 4.2 Правил.

5.11. При страховании в валютном эквиваленте страховая премия (взносы) уплачивается в рублях по курсу Центрального банка РФ, установленному для иностранной валюты, в эквиваленте которой заключен договор на дату оплаты страховой премии (страхового взноса), если иное не предусмотрено условиями договора страхования.

5.12. **Датой оплаты** страховой премии (страхового взноса) Страхователем является, если иное не предусмотрено договором страхования:

5.12.1. при наличных расчётах – дата уплаты в полном объеме денежных средств Страховщику. При этом, при оплате наличными через платежных агентов в соответствии с действующим законодательством о деятельности по приему платежей физических лиц, осуществляемой платежными агентами, датой оплаты страховой премии является дата выдачи плательщику кассового чека платежным агентом в соответствии с нормативными требованиями;

5.12.2. при безналичных расчетах - дата зачисления денежных средств на указанный в договоре страхования расчетный счет Страховщика в полном размере, указанном в договоре страхования.

5.13. Если договором страхования предусмотрено внесение страховой премии в рассрочку, то страховые взносы уплачиваются Страхователем в сроки и в размере, указанные в договоре страхования.

5.14. Договором страхования может предусматриваться предоставление Страхователю **льготного периода** для уплаты очередного страхового взноса, который в зависимости от порядка и периодичности уплаты страховых взносов может продолжаться до 90 (девяноста) дней.

5.14.1. Льготный период начинается с даты, установленной в договоре страхования в качестве даты уплаты очередного страхового взноса. Продолжительность льготного периода устанавливается в договоре страхования.

5.14.2. Страхователь должен до истечения льготного периода, без дополнительного на то уведомления со стороны Страховщика, уплатить страховой взнос для сохранения договора страхования в силе.

5.14.3. В течение льготного периода Страховщик несет ответственность по договору страхования в объеме, установленном в договоре страхования, если

5.14.3.1. Страхователь уплатил очередной страховой взнос в полном объеме в течение срока льготного периода;

5.14.3.2. договор страхования преобразован в Оплаченный договор.

5.15. Если Страхователь в силу каких-либо причин не может продолжать уплату взносов в сроки и размере, установленные договором страхования, то по согласованию со Страховщиком условия договора страхования могут быть изменены, в том числе договор может быть преобразован в Оплаченный с соответствующим перерасчетом страховых сумм, размера и количества страховых выплат и иных условий договора.

5.15.1. Договор страхования преобразуется в Оплаченный договор в случае, если размера сформированного Страховщиком страхового резерва по данному договору на дату, предшествующую дате уплаты очередного страхового взноса, уплата которого просрочена, достаточно для сохранения договора в силе без дальнейшей уплаты страховых взносов. Преобразование договора в Оплаченный на основании настоящего пункта возможно только в отношении программ страхования, перечисленных в п. 4.2 Правил. В этом случае Страховщик осуществляет перерасчет размера страховой суммы, размера и количества страховых выплат, срока страхования и направляет Страхователю дополнительное соглашение к договору страхования, подписанное Страховщиком, вступающее в силу с даты уплаты очередного страхового взноса, уплата которого Страхователем просрочена, если иное не предусмотрено условиями договора страхования. После чего страхование будет продолжено без дальнейшей уплаты страховых взносов с соответствующим изменением страховой суммы и/или срока страхования.

5.16. Если договором страхования предусмотрено внесение страховой премии в рассрочку, в случае неуплаты очередного страхового взноса в срок, установленный договором страхования, и отсутствии заявления Страхователя о внесении изменений в договор (в случае невозможности преобразования договора страхования в Оплаченный), обязательства Страховщика, вытекающие из договора страхования, прекращаются в соответствии со ст. 407, п.3 ст. 954 Гражданского Кодекса РФ с даты, следующей за датой оплаты страхового взноса, внесение которого просрочено, если иное не предусмотрено договором страхования. При этом Страховщик направляет Страхователю уведомление о прекращении действия договора страхования и своих обязательств, вытекающих из этого договора.

5.17. Проводимое по согласованию сторон одновременное изменение страховой суммы и страхового взноса (далее по тексту - **Индексация**), проводится в отношении одной или нескольких программ страхования, перечисленных в Условиях договора как программы, для которых может проводиться индексация (далее по тексту – Подлежащие индексации программы). При подписании договора страхования Стороны подтверждают свое согласие на следующий порядок действий и условия проведения Индексации, если иное не оговорено условиями договора страхования:

5.17.1. Страховщик самостоятельно до 01 марта каждого года определяет процент (индекс), в соответствии с которым увеличивается страховой взнос. Данный индекс применяется к страховому взносу по Подлежащим Индексации программам. Индекс применяется для определения нового страхового взноса по договорам страхования, годовщина которых приходится на период с 01 июля года определения индекса по 30 июня следующего за этим года. Расчеты производятся исходя из индекса и размера страховых взносов до даты внесения изменений в договор страхования, связанных с Индексацией, в зависимости от пола, возраста Застрахованного, срока договора страхования, периодичности уплаты взносов. Страховщик вправе не объявлять процент и не производить Индексацию.

5.17.2. Индексация по договору страхования не проводится в следующих случаях:

- если на годовщину договора страхования до его окончания осталось менее 3-х лет - при сроке договора 10 лет и менее; менее 4-лет - при сроке договора 11-15 лет; менее 5 лет – при сроке договора 16 лет и более;
- если по договору страхования не предусмотрена дальнейшая уплата взносов;
- при преобразовании договора страхования в Оплаченный;
- если при заключении договора страхования, а также в течение периода действия договора при изменении условий страхования по результатам оценки риска, связанного со здоровьем, Страховщиком был увеличен страховой тариф по программам Правил, входящим в договор страхования;
- если на момент расчета индексации Страхователь и Страховщик заключили дополнительное соглашение об изменении срока страхования, периодичности уплаты

страховых взносов, страховых сумм или страховых премий по программам, которое вступит в силу с ближайшей годовщины договора;

- если Страхователь два раза подряд отказался от индексации, таким образом, потерял на нее право, и не возобновил его в соответствии с п. 5.17.9 Правил.

5.17.3. Исходя из нового размера страхового взноса, Страховщик пересчитывает размер страховых сумм по программам, определенным как Подлежащие Индексации программы в договоре страхования.

5.17.4. Страховщик направляет Страхователю не позднее, чем за 4 (четыре) месяца до годовщины договора страхования по адресу, указанному в договоре страхования (полисе), дополнительное соглашение об индексации (далее по тексту - соглашение об индексации), содержащее увеличенные размеры страховой суммы и страхового взноса по Подлежащим индексации программам договора.

5.17.5. Согласие Страхователя с условиями, указанными в соглашении об Индексации выражается в принятии дополнительного соглашения, что подтверждается оплатой увеличенного страхового взноса в соответствии с соглашением об Индексации.

5.17.6. Соглашение об индексации вступает в силу с даты годовщины договора страхования (даты вступления в силу соглашения об Индексации, указанной в нем), при условии уплаты страхового взноса в сроки и размере, предусмотренном соглашением об Индексации, с учетом условий, указанных в п. 5.17.7 Правил.

5.17.7. Соглашение об Индексации не вступает в силу, если на дату его вступления в силу произошло хотя бы одно из следующих событий:

- если договор страхования по каким-либо причинам прекратил свое действие;
- если договор страхования преобразован в Оплаченный;
- если по договору страхования произведено освобождение от уплаты взносов;
- если в этот же срок должно вступить в силу соглашение об изменении срока страхования, периодичности уплаты страховых взносов, страховых сумм или страховых премий по программам;
- если увеличенный страховой взнос, указанный в соглашении об Индексации, не был полностью уплачен в предусмотренный льготный период.

5.17.8. Страхователь вправе отказаться от Индексации, не заплатив увеличенный страховой взнос. При отказе два раза подряд от Индексации Страхователь теряет на нее право.

5.17.9. Страхователем может быть возобновлено право на Индексацию на основании его заявления, при этом Страховщик имеет право на оценку состояния здоровья Застрахованного.

6. ПОРЯДОК ЗАКЛЮЧЕНИЯ, ИСПОЛНЕНИЯ И ПРЕКРАЩЕНИЯ ДОГОВОРА СТРАХОВАНИЯ

6.1. Основанием для заключения договора страхования является устное или письменное (в соответствии с установленной Страховщиком формой) заявление о страховании от Страхователя.

6.2. При заключении договора Страхователь обязан правдиво и полно сообщить Страховщику все известные Страхователю обстоятельства, имеющие существенное значение для определения вероятности наступления страхового случая и размера возможных убытков (оценки страхового риска), а также другую информацию, требуемую в соответствии с заявлением на страхование и документами, определенными п.6.4.

6.3. Существенными признаются обстоятельства, определенно оговоренные Страховщиком в договоре страхования и/или в заявлении на страхование (при его наличии) или в его письменном запросе, например, возраст Застрахованного лица, его профессия, заболевания, хобби и т.п.

6.4. Страховщик при заключении договора страхования вправе:

6.4.1. дополнительно к сведениям, указанным в заявлении о страховании, запросить следующие сведения и документы в отношении Застрахованного и Страхователя для оценки страхового риска:

- копию паспорта либо иного документа, установленного федеральным законом или признаваемого в соответствии с международным договором Российской Федерацией в качестве документа, удостоверяющего личность иностранного гражданина;
- документы, подтверждающие право пребывания на территории РФ, виза, разрешение на временное проживание на территории РФ, миграционная карта, разрешение на работу, вид на жительство, свидетельство (уведомление) о постановке данного иностранного гражданина на учет в налоговом органе, либо иные предусмотренные федеральным законом или международным договором Российской Федерации документы, подтверждающие право иностранного гражданина на пребывание (проживание) в Российской Федерации;
- копию кредитного договора или решения банка о выдаче кредита;
- заявление-согласие Застрахованного на назначение Выгодоприобретателей по договору страхования;
- сведения о состоянии здоровья Застрахованного (включая результаты последнего врачебного осмотра, выписку по заболеваниям, в т.ч. послеоперационные, результаты анализа мочи, крови, биопсии, теста на ВИЧ, фибросканирования, фибротестирования, колоноскопии кишечника, анализа на HCV-антитела, HCV-РНК, альфафетопротеина, HBsAg, HBV-ДНК, результаты гистологического исследования, ЭКГ в покое и с нагрузкой (тредмилл тест или велоэргометрия), ЭхоКГ+ Допплер-Эхокардиография; результаты УЗИ различных органов. Рентгена. МРТ, ФВД, маммографии молочных желез, компьютерной томографии, коронарной ангиографии, изотопной ветрикулографии, внутривенной пиелографии, электроэнцефалографии (ЭЭГ), эндоскопического исследования, анамнеза состояния здоровья родственников (семейный анамнез), суточного мониторирования ЭКГ, АД (ХОЛТЕР), аудиограммы (слух, дцб); документы по заболеванию, на основании которого присвоена группа инвалидности (направление лечебного учреждения на МСЭК);
- сведения о профессиональной деятельности Застрахованного с описанием должностных обязанностей, характера и обстоятельств трудовой деятельности, в соответствии с утвержденными вопросниками Страховщика; копия трудовой книжки, трудового договора или гражданско-правового договора на выполнение работ (оказание услуг), копии документов, подтверждающие статус военнослужащего или государственного служащего, копия иного документа, подтверждающего трудоустройство Застрахованного;
- сведения о финансовом состоянии Застрахованного, документы подтверждающие величину дохода Застрахованного в соответствии с утвержденными вопросниками Страховщика;
- сведения о характере, регулярности и обстоятельствах свободного времяпрепровождения Застрахованного в соответствии с утвержденными вопросниками Страховщика;

6.4.2. произвести предстраховое медицинское обследование потенциального Застрахованного для оценки фактического состояния его здоровья и/или потребовать от Застрахованного прохождения за счет Страховщика медицинского обследования в медицинском учреждении, указанном Страховщиком. В случае отказа Застрахованного пройти предстраховое медицинское обследование Страховщик вправе отказать в заключении договора страхования.

6.5. В случае если Страхователь в заявлении о страховании (списке Застрахованных) указал неполные или неточные сведения, или требуется прохождение Застрахованным предстрахового медицинского обследования, Страховщик может отложить оформление договора страхования до получения от Страхователя / медицинского учреждения

дополнительной и/или уточненной информации или результатов предстрахового медицинского обследования. Страховщик направляет Страхователю письменное извещение о необходимости предоставления дополнительной и/или уточненной информации или прохождения Застрахованным предстрахового медицинского обследования.

6.6. При заключении договора Страховщик по результатам оценки страхового риска вправе уменьшить страховые суммы, указанные Страхователем в заявлении о страховании, и/или предложить Страхователю иную программу страхования.

6.7. Договор страхования может быть заключен в отношении лиц в возрасте от 0 до 100 лет на дату заключения договора страхования, если иное не определено договором страхования.

6.8. Договор страхования не заключается в отношении следующих лиц, если иное не предусмотрено условиями договора страхования:

6.8.1. инвалидов 1-й и 2-й групп или имеющих категорию «ребенок-инвалид»;

6.8.2. имеющих действующее направление на медико-социальную экспертизу;

6.8.3. имеющих диагностированные психические (нервные) заболевания и/или расстройства;

6.8.4. состоящих на учете в наркологических и/или психоневрологических, и/или противотуберкулезных диспансерах;

6.8.5. нуждающихся в постоянном уходе по состоянию здоровья;

6.8.6. больных СПИДом или инфицированных вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ-инфицированные);

6.8.7. находящихся под следствием или осужденных к лишению свободы.

6.9. В отношении лиц, указанных в п. 6.8 Правил, Страховщик имеет право заключить договор страхования на особых условиях, согласованных со Страхователем.

6.10. Договором страхования могут быть предусмотрены дополнительные ограничения для отдельных категорий физических лиц, связанные с их возрастом, состоянием здоровья, полом, условиями или территориями проживания, профессиональной или иной деятельностью.

6.11. Если после заключения договора страхования будет установлено, что Страхователь сообщил Страховщику заведомо ложные или недостоверные сведения об обстоятельствах, имеющих существенное значение для определения вероятности наступления страхового случая и оценки страхового риска, предоставил фиктивные документы либо скрыл или не предоставил достоверную информацию, Страховщик вправе потребовать признания договора страхования недействительным с применением последствий, предусмотренных п.2 ст.179 Гражданского Кодекса РФ.

6.12. Договор страхования заключается **в письменной форме**. Несоблюдение письменной формы влечет недействительность договора страхования.

6.12.1. Договор страхования может быть заключен путем составления одного документа, либо вручения Страховщиком Страхователю на основании его письменного заявления страхового полиса, подписанного Страховщиком.

В последнем случае согласие Страхователя заключить договор страхования на предложенных Страховщиком условиях подтверждается принятием от Страховщика страхового полиса.

6.12.2. Договор страхования, заключенный со Страхователем - юридическим лицом, может оформляться в виде единого документа для всех Застрахованных с приложением списка Застрахованных. При заключении договора коллективного страхования дополнительно к договору страхования могут оформляться индивидуальные страховые полисы на каждого Застрахованного, указанного в списке Застрахованных, подтверждающие заключение коллективного договора страхования в отношении данного Застрахованного.

6.13. При подписании договоров страхования (полисов) Страховщик вправе использовать факсимильное (с помощью средств механического, электронного или иного копирования) воспроизведение печати Страховщика и подписей лиц, уполномоченных от имени Страховщика подписывать договоры страхования (полисы) и приложения к ним.

6.14. Факсимильное воспроизведение печати Страховщика и подписей уполномоченных лиц Страховщика в договорах страхования (полисах) и приложениях к ним, а также в сопровождающей их документации (письмах, актах, заявлениях и пр.), признается аналогом печати Страховщика и собственноручной подписи уполномоченных лиц Страховщика.

6.15. При заключении договора страхования Страхователь и Страховщик могут договориться об изменении или исключении отдельных положений Правил и о дополнении Правил без расширения объема обязательств Страховщика, предусмотренного данными Правилами страхования.

6.16. В случае **утери договора страхования (полиса)** Страхователем Страховщик на основании заявления Страхователя выдает дубликат документа с соответствующей надписью. После выдачи дубликата утраченный договор (полис) считается недействительным с момента приема заявления от Страхователя, и никакие претензии по нему не принимаются. При повторной утрате договора (полиса) в течение периода действия договора страхования Страховщик взыскивает со Страхователя стоимость оформления договора (полиса). Подлежащая уплате сумма перечисляется Страхователем одновременно с уплатой очередного страхового взноса, если уплата страховой премии по договору осуществляется в рассрочку, или независимо от него, если Страхователь вносил страховую премию одновременно.

6.17. По соглашению Страховщика и Страхователя в договор страхования могут вноситься **изменения и дополнения**, не противоречащие законодательству РФ.

Внесение изменений и дополнений в договор страхования осуществляется в письменной форме в порядке, установленном законодательством РФ, если иное не предусмотрено Правилами, договором страхования.

6.18. По согласованию сторон договор страхования может быть пересмотрен в части изменения страховой суммы, срока страхования (при увеличении страховой суммы и/или срока страхования может потребоваться заполнение медицинской анкеты и проведение дополнительного медицинского обследования), периодичности уплаты взносов и изменения программ страхования договора страхования. При подписании договора страхования Стороны подтверждают свое согласие на следующий порядок действий и условия внесения вышеуказанных изменений в договор страхования, если иное не предусмотрено договором страхования:

6.18.1. в случае пересмотра договора страхования по инициативе Страхователя:

- Страхователь направляет Страховщику заявление на внесение изменений в договор страхования по установленной Страховщиком форме не позднее 30 (тридцати) дней до очередной годовщины договора страхования. Все изменения оформляются путем выпуска Страховщиком соответствующего дополнительного соглашения к договору страхования, подписанного Страховщиком с помощью факсимильного воспроизведения подписи уполномоченного лица и печати Страховщика;
- согласие Страхователя с условиями, указанными в дополнительном соглашении, выражается принятием данного соглашения, что подтверждается оплатой измененного страхового взноса;

- соглашение на внесение изменений вступает в силу с даты, указанной в дополнительном соглашении, но не ранее годовщины договора страхования, следующей за датой получения заявления на внесение изменений Страховщиком.

6.18.2. В случае пересмотра договора страхования по инициативе Страховщика:

- Страховщик направляет дополнительное соглашение Страхователю по адресу, указанному в договоре;
 - согласие Страхователя с условиями, указанными в дополнительном соглашении, подтверждается подписанием данного соглашения в двух экземплярах и направлением второго экземпляра в адрес Страховщика;
- соглашение на внесение изменений вступает в силу с даты, указанной в дополнительном соглашении.

6.18.3. Изменения в договор страхования не вносятся в следующих случаях:

- если договор страхования на момент вступления дополнительного соглашения в силу прекратил свое действие;
- если по договору страхования не предусмотрена дальнейшая уплата взносов.

6.19. **Застрахованный**, названный в договоре, может быть заменен Страхователем другим лицом лишь с согласия самого Застрахованного **и Страховщика** (п. 2 ст. 955 Гражданского Кодекса РФ). При замене Застрахованного Страховщик имеет право потребовать изменения условий договора в соответствии с п. 7.3.9. Оформление замены Застрахованного на другое лицо производится в письменном виде на основании документа, свидетельствующего о согласии Застрахованного, путем внесения необходимых изменений в договор страхования и соответствующие приложения к нему.

6.20. В случае изменения списка Застрахованных (увеличения их количества) при коллективной форме страхования Страхователь предоставляет Страховщику сведения, предусмотренные Правилами, о дополнительно принимаемых на страхование лицах и уплачивает дополнительную страховую премию за период с момента заключения договора страхования в отношении указанных лиц до окончания срока действия договора страхования. При этом все изменения (дополнения) в договоре страхования оформляются путем заключения сторонами дополнительного соглашения, страховая премия за неполный месяц уплачивается как за полный.

6.21. В случае исключения Застрахованного из списка Застрахованных при коллективной форме страхования Страхователю возвращается часть выкупной суммы, рассчитанная для исключаемого Застрахованного индивидуально, если иное не предусмотрено договором страхования.

6.22. Страхователь при заключении договора страхования вправе назначить любое лицо в качестве получателя страховых выплат по договору страхования (**Выгодоприобретателя**).

6.22.1. При этом 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.

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

6.22.3. Если по риску «Смерть Застрахованного» назначено несколько Выгодоприобретателей, и не установлена пропорция получения страховой выплаты между ними, выплата производится в равной пропорции.

6.22.4. В период действия договора страхования Страхователь вправе заменять Выгодоприобретателя по своему усмотрению до наступления страхового случая, письменно уведомив об этом Страховщика.

6.22.5. Замена Выгодоприобретателя допускается лишь с согласия Застрахованного.

6.22.6. Выгодоприобретатель не может быть заменен другим лицом после того, как он выполнил какую-либо из обязанностей по договору страхования или предъявил Страховщику требование о выплате страховой суммы (ст. 956 Гражданского Кодекса РФ).

6.22.7. Страховщик вправе требовать от Выгодоприобретателя выполнения обязанностей по договору страхования, включая обязанности, лежащие на Страхователе, но невыполненные им, при предъявлении Выгодоприобретателем требования о страховой выплате. Риск последствий невыполнения или несвоевременного выполнения обязанностей, которые должны были быть выполнены ранее, несёт Выгодоприобретатель.

6.23. **Срок страхования** Дата начала срока страхования 00:00 календарной даты, следующей за датой оплаты страховой премии (первого страхового взноса), если иной порядок не предусмотрен в договоре страхования.

6.24. **Срок действия договора страхования** устанавливается по соглашению между Страхователем и Страховщиком, указывается в договоре страхования и составляет не менее 1 года.

6.25. Договор страхования вступает в силу с 00 часов дня, следующего за днем оплаты страховой премии (первого страхового взноса) в полном объеме, если иное не предусмотрено договором страхования.

6.26. При не поступлении Страховщику единовременного или первого страхового взноса в установленный договором страхования срок или в случае уплаты первого страхового взноса не в полном размере, договор страхования считается несостоявшимся и выплаты по нему не производятся, если иное не предусмотрено договором страхования. В случае уплаты страхового взноса не в полном размере полученная Страховщиком сумма возвращается Страхователю, при этом Страховщик вправе удержать сумму в размере убытков, понесенных при заключении несостоявшегося договора страхования (расходы на проведение предстрахового медицинского обследования, на комиссию банку по перечислению возвращаемого страхового взноса и т.п.).

6.27. Действие договора страхования прекращается:

6.27.1. по истечении срока действия договора;

6.27.2. при выполнении Страховщиком своих обязательств по договору страхования в полном объеме;

6.27.3. по требованию (инициативе) Страховщика - в случае неуплаты Страхователем очередного взноса страховой премии в установленные договором сроки и отсутствии заявления Страхователя о внесении изменений в договор (если договором страхования не предусмотрено иное). При этом обязательства Страховщика, вытекающие из договора страхования, прекращаются в соответствии со ст. 407, п.3. ст. 954 Гражданского Кодекса РФ с даты, следующей за датой оплаты страхового взноса, внесение которого просрочено, если иное не предусмотрено договором страхования. При этом Страховщик направляет Страхователю письменное уведомление о прекращении действия договора страхования и своих обязательств, вытекающих из этого договора.

6.27.4. по требованию (инициативе) Страховщика – в случае, предусмотренном п. 7.3.9 Правил.

6.27.5. по инициативе Страхователя;

6.27.5.1 Страхователь вправе отказаться от договора страхования в течение 10 (десяти) рабочих дней со дня его заключения независимо от момента уплаты страховой премии путем отправки письменного заявления об отказе от страхования в адрес Страховщика и потребовать возврата уплаченной страховой премии при отсутствии в данном периоде событий, имеющих признаки страхового случая. Договор страхования считается прекратившим свое действие с даты его заключения. Уплаченная страховая премия подлежит возврату Страховщиком в полном объеме в срок, не превышающий 10 рабочих дней со дня получения письменного заявления Страхователя. Возврат премии производится наличными деньгами (почтовым переводом) или в безналичном порядке (в

соответствии с реквизитами, указанными Страхователем в заявлении об отказе от договора) по выбору Страхователя.

6.27.5.2 Страхователь вправе отказаться от договора страхования в любое время после истечения срока, предусмотренного п.6.27.5.1, предупредив Страховщика о намерении досрочного прекращения договора не менее чем за 30 (тридцать) дней до предполагаемой даты прекращения договора страхования, если стороны не согласовали иной срок.

Договор считается прекращенным с 00 часов 00 минут дня, указанного в заявлении, или 30-го дня с даты получения заявления Страховщиком, если дата прекращения договора страхования не указана либо указанная Страхователем дата прекращения договора страхования является более ранней, чем 30 дней с даты получения заявления Страховщиком.

6.27.6. по соглашению сторон:

о намерении досрочно прекратить действие договора страхования с уведомлением друг друга письменно не позднее, чем за 30 (тридцать) дней до даты предполагаемого расторжения;

6.27.7. если возможность наступления страхового случая отпала, и существование страхового риска прекратилось по обстоятельствам иным, чем страховой случай, в том числе по причинам, указанным п. 4.4 Правил;

6.27.8. смерти Страхователя (физического лица), не являющегося Застрахованным, или ликвидации, реорганизации Страхователя (юридического лица) в порядке, установленном действующим законодательством РФ, если Застрахованный или иное лицо не примут на себя обязанности Страхователя по договору страхования, указанные в п. 7.2 Правил, если иное не предусмотрено договором страхования. В этом случае при прекращении договора, условиями которого предусмотрено страхование на случай дожития Застрахованного, Страховщик выплачивает законным наследникам Страхователя - физического лица, ликвидируемому юридическому лицу - Страхователю или правопреемникам Страхователя - юридического лица выкупную сумму, рассчитанную на дату прекращения договора.

6.27.9. смерти Застрахованного по причинам иным, чем указанные в п. 4.4 Правил.

6.27.10. в иных случаях, предусмотренных Правилами, договором страхования и действующим законодательством Российской Федерации.

6.28. При досрочном прекращении действия договора, условиями которого не предусмотрено страхование на случай дожития Застрахованного, **уплаченные взносы возврату не подлежат, за исключением следующих случаев:**

6.28.1. при отказе Страхователя от договора страхования в соответствии с п.6.27.5.1. Правил;

6.28.2. если расторжение договора произошло по требованию Страхователя в связи с нарушением Страховщиком условий договора страхования. В этом случае Страховщик возвращает Страхователю часть уплаченных им страховых взносов пропорционально неистекшему периоду страхования, за который были уплачены взносы;

6.28.3. если прекращение действия договора произошло в соответствии с п. 6.27.7 Правил, возврату подлежит часть последнего уплаченного страхового взноса, пропорциональная неистекшей части периода страхования, за который был внесен этот взнос.

6.29. При досрочном прекращении действия договора, условиями которого предусмотрено страхование на случай дожития Застрахованного, уплаченные страховые взносы возврату не подлежат. Страховщик выплачивает Страхователю, если иное не предусмотрено условиями договора:

6.29.1. выкупную сумму в размере не менее определенного в договоре страхования в зависимости от даты расторжения договора, если договор расторгается по инициативе Страхователя или в соответствии с п. 6.27.7 Правил;

6.29.2. выкупную сумму за вычетом понесенных расходов Страховщика, если досрочное прекращение договора страхования обусловлено требованием Страховщика в связи с нарушением Страхователем (Застрахованным) Правил страхования и условий договора страхования (полиса), включая нарушение Страхователем обязательств по уплате страховой премии (страховых взносов);

6.29.3. выкупную сумму за вычетом понесенных расходов Страховщика в случае прекращения действия договора страхования в соответствии с п. 7.3.9 Правил;

6.29.4. выплата выкупной суммы не производится, если расторжение договора страхования происходит в течение оговоренного в договоре страхования срока, когда выкупная сумма не выплачивается

6.30. Размер выкупной суммы определяется в соответствии со следующими положениями:

6.30.1. минимальные размеры выкупной суммы определяются отдельно на каждый год страхования и указываются в договоре страхования (без учета налогов, применимых в соответствии с действующим законодательством РФ);

6.30.2. размер выкупной суммы рассчитывается исходя из размеров сформированных страховых резервов на дату расторжения и количества полных лет действия договора страхования;

6.30.3. размер выкупной суммы определяется с учетом распределенного дополнительного инвестиционного дохода, а также с учетом суммы задолженности по уплате страховых взносов по договору страхования на дату расторжения;

6.30.4. размер рассчитанной выкупной суммы не может быть ниже минимального гарантированного размера выкупной суммы, указанного в договоре страхования для соответствующего количества полных лет действия договора, при условии отсутствия задолженности по уплате страховых взносов по договору страхования.

6.31. Для получения выплаты в случае досрочного прекращения договора страхования Страхователь предоставляет:

6.31.1. заявление по установленной Страховщиком форме, содержащее реквизиты для перечисления денежных средств;

6.31.2. документ, удостоверяющий личность Страхователя;

6.31.3. документы, подтверждающие невозможность наступления страхового случая и прекращения существования страхового риска, если досрочное расторжение происходит в соответствии с п. 6.27.7 Правил.

6.32. Выплата выкупной суммы или возврат части уплаченной страховой премии (взносов) производится с учетом налогов, применяемых в соответствии с действующим законодательством РФ в валюте Российской Федерации, за исключением случаев, предусмотренных Федеральным Законом «Об организации страхового дела в Российской Федерации» и законодательством Российской Федерации о валютном регулировании и валютном контроле.

При страховании в валютном эквиваленте, выплата производится в рублях по курсу Центрального банка РФ, установленному для данной валюты на дату расторжения договора.

6.33. Все уведомления и извещения в связи с заключением, исполнением и прекращением договорных правоотношений направляются по адресам, указанным сторонами способом, позволяющим подтвердить факт отправки, и/или путем размещения информации в «Личном кабинете» Страхователя на сайте Страховщика в сети Интернет по адресу: my.ppffinsurance.ru или по ссылке <https://my.ppffinsurance.ru/>. Информация в электронной форме, отправленная Страховщику через «Личный кабинет», находящийся в сети Интернет по адресу: my.ppffinsurance.ru или по ссылке <https://my.ppffinsurance.ru/>, и подписанная простой электронной подписью Страхователя (Застрахованного лица, Выгодоприобретателя) - физического лица в соответствии с требованиями Федерального закона от 6 апреля 2011 года N 63-ФЗ "Об электронной подписи", признается электронным

документом, равнозначным документу на бумажном носителе, подписанному собственноручной подписью этого физического лица. В случае изменения адресов и/или реквизитов стороны обязаны заблаговременно известить друг друга об этом. Если какая-либо из сторон не была извещена об изменении адреса и/или реквизитов другой стороны заблаговременно, то все уведомления и извещения, направленные по прежнему адресу, будут считаться полученными с даты их поступления по прежнему адресу.

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

7. ПРАВА И ОБЯЗАННОСТИ СТОРОН ДОГОВОРА СТРАХОВАНИЯ

7.1. Страхователь имеет право:

7.1.1. ознакомиться с Правилами и Дополнительными условиями страхования, а также условиями договора (полиса) и получить на руки Правила, Дополнительные условия и условия договора, в соответствии с которыми заключен договор страхования.

7.1.2. получить разъяснения по заключённому договору страхования;

7.1.3. получить дубликат договора страхования (полиса) в случае его утраты;

7.1.4. назначать и заменять в порядке, установленном законодательством РФ, названного в договоре страхования Выгодоприобретателя другим лицом с согласия Страховщика;

7.1.5. вносить предложения об изменении условий (положений) договора страхования, в том числе касающихся Застрахованных лиц и размеров страховых сумм, установленных им, в порядке, предусмотренным Правилами страхования и законодательством РФ;

7.1.6. отказаться от договора страхования в порядке, предусмотренном пунктами 6.27.5.1, 6.27.5.2. Правил

7.1.7. по согласованию со Страховщиком вносить изменения в условия договора коллективного страхования, касающиеся изменения списка Застрахованных в части включения в договор и исключения из договора отдельных лиц. Включение Застрахованного в договор страхования или замена Застрахованного может производиться не ранее, чем на дату оплаты очередного страхового взноса, следующую за датой информирования Страхователем Страховщика в письменном виде о своем желании внести соответствующее изменение, если иное не предусмотрено договором. В любом случае, вышеуказанные изменения в отношении Застрахованного могут производиться только до наступления предусмотренного договором в части этого Застрахованного страхового случая. Данное изменение оформляется дополнительным соглашением к договору страхования;

7.1.8. проверять соблюдение Страховщиком условий договора страхования;

7.1.9. получать от Страховщика информацию, касающуюся его финансовой устойчивости и не являющуюся коммерческой тайной.

7.2. Страхователь обязан:

7.2.1. уплачивать страховую премию (страховые взносы) в размере и в сроки, определенные договором страхования;

7.2.2. при заключении договора страхования сообщать Страховщику все необходимые данные о лицах, подлежащих страхованию (Застрахованных), включая сведения о характере, условиях и особенностях их трудовой деятельности, о состоянии здоровья, занятиях в свободное от работы время и иную запрашиваемую Страховщиком информацию, необходимую для определения степени и особенностей риска, принимаемого

Страховщиком на страхование, а также представить медицинские документы, если они необходимы Страховщику для оценки страхового риска;

7.2.3. получить согласие Застрахованного на исключение из списка Застрахованного (-ых) или замену Застрахованного (-ых) по договору страхования;

7.2.4. в период действия договора страхования незамедлительно, в течение 10 дней, как стало об этом известно, в письменном виде сообщать Страховщику обо всех значительных изменениях в обстоятельствах, которые были сообщены при заключении договора страхования и повлияли на определение степени страхового риска, если эти изменения могут существенно повлиять на увеличение страхового риска, в том числе о перемене места жительства, места работы, рода деятельности Застрахованных (изменение обстоятельств признается существенным, когда они изменились настолько, что если бы стороны могли это разумно предвидеть, договор вообще не был бы ими заключен или был бы заключен на значительно отличающихся условиях);

7.2.5. в течение 30 дней известить Страховщика любым доступным способом, позволяющим объективно зафиксировать факт обращения, о наступлении события, имеющего признаки страхового случая, указанного в п. 4.1.2 Правил, с последующим предоставлением всей необходимой информации и приложением подтверждающих документов (обязанность Страхователя сообщить о факте наступления определенного события с Застрахованным лицом может быть исполнена Выгодоприобретателем);

7.2.6. исполнять положения Правил, договора страхования и иных документов, закрепляющих договорные правоотношения между Страхователем и Страховщиком, связанные с заключением, исполнением или прекращением этих правоотношений;

7.2.7. возместить Страховщику расходы на предстраховое медицинское обследование в случае отказа от заключения договора страхования на предложенных условиях, если предстраховое медицинское обследование проводилось за счет Страховщика;

7.2.8. пройти по требованию Страховщика повторные лабораторные и инструментальные исследования (включая ультразвуковое, рентгенологическое и иные методы лучевой диагностики), повторные медицинские обследования, определённые Страховщиком, для подтверждения фактов заявленных событий или в связи с наступлением события, имеющего признаки страхового случая;

7.2.9. возратить полученную страховую выплату в течение предусмотренного действующим законодательством РФ срока исковой давности, если обнаружится такое обстоятельство, которое по закону или по Правилам полностью или частично лишает Страхователя, Застрахованного, Выгодоприобретателя права на получение страховой выплаты. Такая же обязанность лежит на Выгодоприобретателе;

7.2.10. сообщать в письменном виде Страховщику:

- об изменении своего почтового адреса, адреса регистрации,
- об изменении паспортных данных (реквизитах) Страхователя и Застрахованного, Выгодоприобретателя,
- об обстоятельствах, влияющих на оценку степени страхового риска: место работы, род занятий, хобби - занятие более 1 раза в год авиацией, погружением в воду (например, плавание с аквалангом и т.п.), парашютным спортом, дельтапланеризмом, автомобильными гонками, горными/водными лыжами, парусным спортом, альпинизмом, спелеологией, боксом, борьбой или боевыми искусствами, верховой ездой или другим видом спорта, в течение 10 дней, начиная со дня, когда ему стало известно о вышеуказанных изменениях.

Указанная в настоящем пункте обязанность распространяется и на Застрахованного.

7.2.11. назвать своего представителя, проживающего в Российской Федерации, если Страхователь (Застрахованный) более трех месяцев находится за пределами Российской Федерации. Представитель должен быть наделен правом принимать сообщения Страховщика;

7.2.12. знакомить Застрахованных с их правами и обязанностями по договору страхования.

7.3. Страховщик имеет право:

7.3.1. перед заключением договора страхования запросить у Страхователя и/или у лица, принимаемого на страхование, сведения, в том числе медицинского характера, и потребовать проведения медицинского обследования принимаемого на страхование лица с целью оценки фактического состояния его здоровья;

7.3.2. проверять достоверность данных и информации, сообщаемой Страхователем или Застрахованными, любыми доступными ему способами, не противоречащими законодательству РФ;

7.3.3. требовать прохождения Застрахованным необходимого предстрахового медицинского обследования в указанном Страховщиком лечебном учреждении в соответствии с объемом, определенным Страховщиком, которое оплачивается Страховщиком, Страхователем или Застрахованным. При этом Страховщик обязан письменно уведомить Страхователя (Застрахованного) об объеме необходимого предстрахового медицинского обследования;

7.3.4. отсрочить принятие решения о приеме на страхование лица, подлежащего страхованию, или изменить программу страхования (перечень страховых рисков) и условия страхования, если по результатам оценки степени страхового риска обнаружится наличие на дату подачи заявления у Застрахованного заболеваний, травмы или иного расстройства здоровья;

7.3.5. применять разработанные им страховые тарифы и поправочные коэффициенты к ним для определения размера страховой премии с учетом проведенного предстрахового медицинского обследования лица, принимаемого на страхование, условий страхования и степени оценки страхового риска;

7.3.6. в случаях, не противоречащих законодательству РФ, оспаривать действительность договора страхования в случае нарушения или ненадлежащего исполнения Страхователем (Застрахованным) положений Правил;

7.3.7. если после заключения договора страхования будет установлено, что Страхователь сообщил Страховщику заведомо ложные или недостоверные сведения об обстоятельствах, имеющих существенное значение для определения вероятности наступления страхового случая и страхового риска, а также предоставил фиктивные документы либо скрыл или не предоставил достоверную информацию, Страховщик вправе потребовать признание договора страхования недействительным с применением последствий, предусмотренных п.2 ст.179 Гражданского Кодекса РФ;

7.3.8. требовать от лица, прошедшего предстраховое медицинское обследование за счет Страховщика и отказавшегося от заключения договора страхования на предложенных Страховщиком условиях, возмещения расходов Страховщика на проведение такого медицинского обследования;

7.3.9. после заключения договора страхования в случае уведомления об обстоятельствах, влекущих увеличение страхового риска, Страховщик вправе потребовать изменения условий договора страхования или уплаты дополнительной страховой премии соразмерно увеличению риска.

В случае, если между Страховщиком и Страхователем не будет достигнуто соглашение о внесении соответствующих изменений в договор страхования или Страхователь выразит отказ от уплаты дополнительной страховой премии, Страховщик вправе потребовать расторжение договора страхования в соответствии с правилами, предусмотренными главой 29 Гражданского Кодекса РФ, если обстоятельства, влекущие повышение степени страхового риска, к моменту расторжения договора страхования не отпали;

7.3.10. оплачивать расходы на прохождение потенциальным Застрахованным предстрахового медицинского обследования за свой счёт в пределах суммы стоимости услуг, соответствующих программе, определённой условиями медицинского андеррайтинга Страховщика, при условии, что прохождение предстрахового медицинского обследования за свой счёт было согласовано Страховщиком;

7.3.11. для принятия решения о страховой выплате направлять при необходимости запросы в компетентные органы об обстоятельствах наступления страхового случая, а также требовать от Застрахованного (Выгодоприобретателя) предоставления дополнительных сведений и документов, подтверждающих факт наступления и причину страхового случая, а также организовывать проведение независимых экспертиз, в т.ч. медицинских экспертиз;

7.3.12. приостановить срок принятия решения о страховой выплате в случае возбуждения уголовного дела в связи с обстоятельствами, относящимися к событию, обладающему признаками страхового случая, до момента принятия соответствующего решения компетентными органами;

7.3.13. приостановить срок принятия решения о страховой выплате до получения полной информации о страховом случае и подтверждающих документов о нем;

7.3.14. приостановить принятие решения о страховой выплате до получения результатов медицинского обследования и /или медицинской экспертизы Застрахованного;

7.3.15. приостановить принятие решения о страховой выплате до получения документов на выплату, оформленных в полном соответствии с требованиями п.8.13. Правил;

7.3.16. отказать в страховой выплате, если Страхователь (Выгодоприобретатель) имел возможность уведомить в порядке, установленном Правилами и действующим законодательством РФ, но не уведомил Страховщика в установленный договором срок о наступлении страхового случая,

7.3.17. проверять выполнение Страхователем требований договора страхования и положений Правил;

7.3.18. отказать в страховой выплате в случаях, предусмотренных Правилами, Дополнительными условиями, договором страхования, действующим законодательством РФ;

7.3.19. осуществлять иные действия в порядке исполнения положений Правил и договора страхования.

7.4. Страховщик обязан:

7.4.1. По требованиям Страхователей, Застрахованных, Выгодоприобретателей, а также лиц, имеющих намерение заключить договор страхования, разъяснять положения, содержащиеся в Правилах и договорах страхования;

7.4.2. обеспечить конфиденциальность и безопасность персональных данных о Страхователе, Застрахованных, Выгодоприобретателях, полученных в связи с заключением и исполнением договора страхования;

7.4.3. своевременно в соответствии с положениями раздела 5 Правил направлять Страхователю уведомление об изменении размеров страховых сумм, страховых взносов и/или сроков страхования с указанием даты внесения изменений;

7.4.4. при наступлении с Застрахованным события, имеющего признаки страхового случая, после получения всех необходимых документов принять решение о страховой выплате или об отказе в страховой выплате и произвести страховую выплату при признании заявленного события страховым случаем в сроки, предусмотренные в п.8.18 Правил страхования, если иные сроки не предусмотрены в договоре страхования;

7.4.5. письменно уведомить лицо, обратившееся за страховой выплатой, о приостановлении принятия решения о страховой выплате с указанием срока.

7.5. Застрахованный имеет право:

7.5.1. при наступлении события, имеющего признаки страхового случая, требовать исполнения Страховщиком принятых обязательств по договору страхования, заключенному в его пользу;

7.5.2. в случае смерти Страхователя - физического лица, ликвидации Страхователя - юридического лица в порядке, предусмотренном законодательством РФ, а также по соглашению между Страхователем и Страховщиком принять на себя выполнение обязанностей, предусмотренных в п.7.2 Правил страхования

7.6. Застрахованный обязан:

7.6.1. Сообщать достоверные сведения о себе, Выгодоприобретателе (наследнике).

7.6.2. Выполнять требования договора страхования.

7.6.3. По требованию Страховщика в установленный срок представлять необходимую информацию и документы.

7.6.4. При наступлении события, связанного с причинением вреда здоровью, Застрахованный обязан:

7.6.4.1. Незамедлительно обратиться к врачу и неукоснительно соблюдать рекомендации врача с целью уменьшения последствий причиненного вреда.

7.6.4.2. При появлении возможности сообщить любым доступным способом, позволяющим объективно зафиксировать факт обращения, о случившемся Страховщику или его представителю.

7.6.5. При наступлении события, связанного с причинением вреда здоровью, Застрахованный обязан пройти по направлению и за счет Страховщика медицинское обследование, если такое обследование назначалось Страховщиком.

7.6.6. в случае сомнений в подлинности и/или достоверности, а также достаточности документов, представленных Застрахованным (Выгодоприобретателем) в связи с наступлением события, имеющего признаки страхового случая, или для подтверждения состояния утраты трудоспособности при назначении группы инвалидности, пройти по требованию Страховщика повторные лабораторные и инструментальные исследования (включая ультразвуковые исследования, рентгенологические и иные методы лучевой диагностики), повторные медицинские осмотры, осуществляемые врачами различных специальностей;

7.7. Договором страхования могут быть предусмотрены иные права и обязанности Сторон, не противоречащие законодательству РФ.

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

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

8. ПОРЯДОК РАСЧЕТА РАЗМЕРА И ОСУЩЕСТВЛЕНИЯ СТРАХОВОЙ ВЫПЛАТЫ

8.1. При наступлении с Застрахованным события, имеющего признаки страхового случая, Страхователь, Застрахованный или Выгодоприобретатель должны известить Страховщика в течение **30 суток**, начиная со дня, когда любому из указанных лиц стало известно о наступлении страхового случая, любым доступным способом, позволяющим объективно зафиксировать факт сообщения.

8.2. В случае если ни Страхователь, ни Застрахованный, ни Выгодоприобретатель не известили Страховщика в 30-дневный срок, при отсутствии объективных причин, препятствующих этому, Страховщик вправе отказать в выплате по данному событию в соответствии с п 2 ст. 961 Гражданского Кодекса РФ.

8.3. **Размер страховой выплаты** устанавливается исходя из установленных в договоре страхования страховых сумм, с учетом распределенного дополнительного инвестиционного дохода, если такой распределялся.

8.4. При наступлении с Застрахованным страховых случаев, указанных в п. 4.1 Правил, и в соответствии с Программами, предусмотренными п. 4.2 Правил, включенными в договор страхования, размеры страховых выплат составляют, если иное не оговорено в договоре страхования:

8.4.1. По программам 1-4 (пп. 4.2.1-4.2.4). Страховая выплата производится одновременно в размере 100% страховой суммы;

8.4.2. По программе 5. Страхование к сроку (п. 4.2.5). Страховая выплата производится одновременно в размере 100% страховой суммы в конце срока страхования;

8.4.3. По программе 6. Страхование семейного дохода (п. 4.2.6). Страховая выплата производится периодически в порядке, определенном договором страхования, годовая сумма страховых выплат составляет 100% страховой суммы по программе страхования.

8.5. Страховая выплата может быть произведена:

8.5.1. Застрахованному или его законному представителю;

8.5.2. В случае если Застрахованный дожил до установленного договором срока (согласно п. 4.1.1 Правил) и умер, не успев получить причитающуюся ему сумму страховой выплаты, выплата указанной суммы осуществляется его наследникам в установленном законом порядке единовременным платежом или в рассрочку по согласованию.

8.5.3. В случае смерти Застрахованного соблюдается следующий приоритет по страховой выплате:

а) первая очередь - указанному в договоре страхования Выгодоприобретателю. Если в договоре указано несколько Выгодоприобретателей, но не указаны их доли, выплата осуществляется всем Выгодоприобретателям в равных долях;

б) вторая очередь, если Выгодоприобретатель не был назначен, умер ранее Застрахованного, умер одновременно с Застрахованным – наследникам Застрахованного пропорционально их наследственным долям;

8.5.4. Если Выгодоприобретатель умирает, не получив причитающуюся ему страховую выплату, право на получение страховой выплаты переходит к наследникам умершего Выгодоприобретателя, если иное не предусмотрено договором.

8.6. Лица, виновные в смерти Застрахованного или умышленном причинении телесных повреждений, повлекших смерть Застрахованного, исключаются из списка Выгодоприобретателей.

8.7. При решении суда о признании Застрахованного умершим страховая выплата производится 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 срок страхования. При решении суда о признании Застрахованного безвестно отсутствующим страховая выплата не производится.

8.8. Страховая выплата может быть произведена представителю Застрахованного или Выгодоприобретателя по доверенности, оформленной в установленном законом порядке.

8.9. Если Выгодоприобретателем является несовершеннолетний в возрасте до 18 лет, то причитающаяся страховая выплата переводится на банковский счет Выгодоприобретателя с уведомлением его законных представителей (родителей, усыновителей, опекунов, попечителей), если иное не предусмотрено условиями договора.

8.10. Для получения страховой выплаты Страхователь (Застрахованный, Выгодоприобретатель) должен направить Страховщику письменное заявление по установленной Страховщиком форме и предоставить документы, оговоренные в п. 8.11 Правил.

8.11. Для получения страховой выплаты Страховщику должны быть представлены следующие документы

8.11.1. для случая **дожития Застрахованного** (п. 4.1.1):

- договор страхования (полис);
- заявление по установленной форме;
- нотариально заверенную датой позднее даты окончания срока действия договора страхования копию документа, удостоверяющего личность, или «Свидетельство об удостоверении факта нахождения гражданина в живых», или документ иной формы, установленный Страховщиком для подтверждения нахождения в живых, или лично явиться в офис Страховщика к лицу, уполномоченному Страховщиком подтвердить нахождение гражданина в живых.

8.11.2. для случая **смерти Застрахованного** (п. 4.1.2):

- договор страхования (полис);
- заявление по установленной форме;
- нотариально заверенная копия свидетельства ЗАГСа о смерти Застрахованного ;
- распоряжение Страхователя (Застрахованного) о назначении Выгодоприобретателя страховой выплаты (если оно было составлено отдельно от договора страхования);
- копия документа, удостоверяющего личность Выгодоприобретателя;
- документы, подтверждающие факт наступления страхового случая (медицинское свидетельство о смерти или копия акта судебно-медицинской экспертизы, или протокол вскрытия, посмертный эпикриз);
- свидетельство о праве на наследство, выданное нотариусом (либо его заверенную копию), предоставляется наследником Застрахованного, если Выгодоприобретатель не был указан в договоре страхования, или наследниками Выгодоприобретателя, если Выгодоприобретатель умер, не получив причитающуюся ему выплату (п. 8.5.4 Правил).

Смерть Застрахованного признается страховым случаем, если событие произошло в период срока страхования и подтверждено документами, выданными компетентными органами в установленном законодательством РФ порядке.

8.12. Дополнительно Страховщиком могут быть запрошены следующие документы:

8.12.1. для случая **дожития Застрахованного** (п. 4.1.1):

- документ о подтверждении степени родства Страхователя и Застрахованного, если применимо, в случаях, когда Страхователь и Застрахованный разные лица.

8.12.2. для случая **смерти Застрахованного** (п. 4.1.2):

- акт о несчастном случае на производстве, стихийном бедствии, справка о дорожно-транспортном происшествии);
- выписка из амбулаторной карты лечебно-профилактического учреждения, где наблюдался Застрахованный, с указанием даты прикрепления к данному лечебному учреждению и диагнозами и датами обращений в лечебно-профилактическое учреждение;
- постановление о возбуждении/отказе в возбуждении уголовного дела.

8.13. Все документы, предоставляемые Страховщику для получения страховой выплаты, должны быть составлены на русском языке или иметь нотариально заверенный перевод на русский язык. 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 приостановить срок принятия решения о страховой выплате до предоставления документов надлежащего качества. Медицинские документы (справки, выписки, заключения) оформляются в соответствии с Порядком выдачи медицинскими организациями справок и медицинских заключений утвержденного Приказом Минздравсоцразвития, с проставлением штампа медицинской организации или на бланке медицинской организации (при наличии), подписываются врачом (фельдшером, акушеркой), заверяются личной печатью врача и печатью медицинской организации, в

оттиске которой должно быть идентифицировано полное наименование медицинской организации, соответствующее наименованию, указанному в уставе медицинской организации. Копии медицинских документов должны быть заверены нотариально или медицинским учреждением, выдавших их.

8.14. Если страховая выплата производится периодически и длится более одного года, то перед осуществлением первой выплаты в каждом году (начиная со второго года выплат) необходимо предоставить Страховщику:

8.14.1. копию паспорта Выгодоприобретателя (или заменяющего его документа) заверенную нотариально или «Свидетельство об удостоверении факта нахождения гражданина в живых» или иной документ, установленный Страховщиком для подтверждения нахождения в живых, или лично явиться в офис Страховщика к лицу, уполномоченному Страховщиком подтвердить нахождение гражданина в живых.

8.15. По соглашению сторон в договоре страхования могут оговариваться конкретные документы, которые необходимы для признания события, наступившего с Застрахованным, страховым случаем.

8.16. Страховщик вправе самостоятельно принять решение о достаточности фактически представленных документов для признания наступившего с Застрахованным события страховым случаем и определения размера страховой выплаты.

В случае если представленные документы не дают возможности принять решение о страховой выплате, Страховщик имеет право запросить дополнительные документы, необходимые для принятия окончательного решения, но не более указанных в пп.8.11-8.12 Правил, а также назначить медицинское обследование Застрахованного и проводить экспертизу представленных документов, в т.ч. медицинскую экспертизу, самостоятельно выяснять причины и обстоятельства наступившего с Застрахованным события, имеющего признаки страхового случая.

8.17. Страховщик обязан письменно уведомить лицо, обратившееся за выплатой страхового возмещения, о приостановлении рассмотрения документов с указанием срока.

8.18. В течение 14 (четырнадцати) рабочих дней с даты получения всех необходимых документов, указанных в пп. 8.11-8.12 Правил, а также результатов медицинского обследования и/или медицинской экспертизы в соответствии с п.8.15 если такие назначались Страховщиком, Страховщик:

8.18.1. в случае признания произошедшего события страховым случаем осуществляет страховую выплату;

8.18.2. принимает решение об отказе в страховой выплате, о чем письменно сообщает Страхователю.

8.19. Страховая выплата производится перечислением на банковский счет Страхователя (Застрахованного)/ Выгодоприобретателя или иным способом согласно действующему законодательству РФ. Обязательства страховщика считаются исполненными в день списания денежных средств с расчетного счета Страховщика.

8.20. Страховая выплата по договорам страхования производится в валюте Российской Федерации, за исключением случаев, предусмотренных Федеральным Законом «Об организации страхового дела в Российской Федерации» и законодательством Российской Федерации о валютном регулировании и валютном контроле.

При страховании в валютном эквиваленте страховая выплата производится в рублях по курсу Центрального банка РФ, установленному для данной валюты на дату страховой выплаты.

8.20. При осуществлении страховой выплаты Страховщик удерживает все налоги в соответствии с действующим законодательством РФ.

9. ПОРЯДОК УЧАСТИЯ В ИНВЕСТИЦИОННОМ ДОХОДЕ СТРАХОВЩИКА

9.1. Если иное не предусмотрено договором страхования, Страховщик, в соответствии с п.5.4 Правил, по итогам календарного года может объявить о распределении дополнительного инвестиционного дохода по договорам страхования.

9.2. Если иное не предусмотрено договором страхования, объявление о дополнительном инвестиционном доходе может осуществляться Страховщиком путем публикации информации о размере фактической доходности и/или дополнительного инвестиционного дохода в средствах массовой информации, и/или путем индивидуальной рассылки писем, уведомлений Страхователям по действующим и участвующим в распределении дополнительного инвестиционного дохода договорам страхования.

9.3. Размещение информации о размере фактической доходности и/или дополнительного инвестиционного дохода в «Личном кабинете» Страхователя на официальном сайте Страховщика в сети Интернет по адресу: www.ppfinsurance.ru или по ссылке <https://my.ppfinsurance.ru/> является индивидуальным уведомлением Страхователя.

9.4. В случае, если по итогам календарного года по всем или по части договоров страхования Страховщик не объявлял о распределении дополнительного инвестиционного дохода, уведомление Страхователя о распределении дополнительного инвестиционного дохода может не производиться.

9.5. Если иное не предусмотрено договором страхования, при расчете дополнительного инвестиционного дохода учитываются:

9.5.1. размер страхового резерва по договору страхования;

9.5.2. размер дополнительного инвестиционного дохода, распределенного Страховщиком за предыдущие периоды;

9.5.3. размер гарантированной инвестиционной доходности, учтенной при расчете страховых и выкупных сумм по договору страхования.

9.6. При расчете дополнительного инвестиционного дохода Страховщик может учитывать наличие задолженности и переплаты Страхователя по оплате страховых взносов, а также размер задолженности и длительность просрочки уплаты страховых взносов.

9.7. Сумма дополнительного инвестиционного дохода выплачивается при наступлении страховых случаев, указанных в п.4.1, в составе страховой выплаты. При расторжении договора страхования сумма распределенного дополнительного инвестиционного дохода выплачивается в составе выкупной суммы. При этом, если размер минимальной выкупной суммы на дату расторжения договора равен нулю, то распределенный на договор страхования дополнительный инвестиционный доход не увеличивает размер суммы, подлежащей выплате.

10. ПОРЯДОК РЕШЕНИЯ СПОРОВ

10.1. Если иное не предусмотрено договором страхования, все споры по договору страхования при недостижении взаимного согласия сторон по их урегулированию путем переговоров разрешаются в судебном порядке:

10.1.1. для юридических лиц - в Арбитражном суде г. Москвы;

10.1.2. для физических лиц - в соответствии с действующим законодательством РФ.

10.2. При решении спорных вопросов положения договора страхования имеют преимущественную силу по отношению к Правилам и любым иным дополнительным условиям страхования.

10.3. Право на предъявление требования к Страховщику о страховой выплате, а также на предъявление любых других требований, вытекающих из договора страхования, прекращается с истечением установленного законодательством срока исковой давности.

УТВЕРЖДЕНО

**приказом Генерального директора
ООО «ППФ Страхование жизни»
от «30» мая 2016 г. № 49**

**Дополнительные условия по страхованию на случай смерти
(возврат взносов в случае смерти)
к ОБЩИМ ПРАВИЛАМ
ДОБРОВОЛЬНОГО СТРАХОВАНИЯ ЖИЗНИ**

1. ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ
2. СТРАХОВЫЕ РИСКИ. СТРАХОВЫЕ СЛУЧАИ.
3. СТРАХОВАЯ СУММА. СТРАХОВАЯ ПРЕМИЯ (СТРАХОВЫЕ ВЗНОСЫ)
4. СРОК СТРАХОВАНИЯ ПО ПРОГРАММЕ, ВКЛЮЧЕНИЕ ПРОГРАММЫ В ДОГОВОР СТРАХОВАНИЯ И ЕЕ ИСКЛЮЧЕНИЕ
5. ПОРЯДОК РАСЧЕТА РАЗМЕРА И ОСУЩЕСТВЛЕНИЯ СТРАХОВОЙ ВЫПЛАТЫ ПО ПРОГРАММЕ

1. ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ

Настоящие Дополнительные условия являются дополнением к Общим правилам добровольного страхования жизни, утвержденным 30 мая 2016 года (Правилам), и не могут применяться самостоятельно.

Настоящими Дополнительными условиями оговариваются только положения, дополняющие или изменяющие положения, описанные в Правилах. Положения Правил применяются к страхованию на основе настоящих Дополнительных условий, если в Дополнительных условиях или договоре страхования (полисе) не предусмотрено иное.

При расхождении положений Правил и настоящих Дополнительных условий в отношении программ страхования, описанных настоящими Дополнительными условиями, применяются положения Дополнительных условий.

2. СТРАХОВЫЕ РИСКИ. СТРАХОВЫЕ СЛУЧАИ. ПРОГРАММЫ СТРАХОВАНИЯ

В соответствии с настоящими Дополнительными условиями следующее событие в жизни Застрахованного является страховым риском и может быть признано страховым случаем: смерть Застрахованного в течение срока страхования по любой причине, за исключением случаев, предусмотренных в п. 4.4 Правил, (далее страховой риск/случай «смерть Застрахованного»).

Страховой риск по данным Дополнительным условиям может быть включен в условия договора страхования и составит Программу по страхованию на случай смерти (возврат взносов в случае смерти) – далее **Программа Возврата взносов в случае смерти**. При наступлении страхового случая предоставляется единовременная страховая выплата в размере суммы уплаченных по договору страхования взносов.

3. СТРАХОВАЯ СУММА. СТРАХОВАЯ ПРЕМИЯ (СТРАХОВЫЕ ВЗНОСЫ)

По Программе Возврата взносов в случае смерти размер страховой суммы определяется исходя из размера суммы страховых взносов по всем программам страхования, включенным в договор страхования.

Страховой тариф и размер страховой премии по Программе Возврата взносов в случае смерти определяется в зависимости от пола и возраста Застрахованного, состояния его здоровья, порядка и срока уплаты страховой премии (взносов), размера суммарной страховой премии по прочим программам, включенным в договор страхования, срока действия договора.

Срок и порядок уплаты страховой премии (взносов) по Программе Возврата взносов в случае смерти соответствуют сроку и порядку уплаты по программе(-ам) Правил, предусмотренной договором страхования.

4. СРОК СТРАХОВАНИЯ ПО ПРОГРАММЕ, ВКЛЮЧЕНИЕ ПРОГРАММЫ В ДОГОВОР СТРАХОВАНИЯ И ЕЕ ИСКЛЮЧЕНИЕ

Если иное не предусмотрено договором, срок страхования по Программе Возврата взносов в случае смерти совпадает со сроком страхования по программе Правил, предусмотренной договором страхования.

Страхование в соответствии с настоящими дополнительными условиями может быть оговорено как в договоре страхования при его заключении, так и путем заключения дополнительного соглашения к договору страхования на условиях настоящей Программы Возврат взносов в случае смерти в соответствии с общим порядком заключения договора, описанным в Правилах.

Если Программа Возврата взносов в случае смерти будет включена в договор после вступления договора в силу, ее действие начинается с 00 часов даты начала срока страхования по данной программе, указанного в соответствующем дополнительном соглашении, но не ранее дня, следующего за днем уплаты страховой премии (первого страхового взноса) по данной программе в полном объеме.

Страхование по Программе Возврата взносов в случае смерти прекращается в случаях:
истечения срока страхования по Программе;
по инициативе Страхователя;

О намерении досрочного прекращения программы страхования Страхователь обязан уведомить Страховщика не менее чем за тридцать дней до предполагаемой даты прекращения страхования по Программе, если при заключении договора стороны не предусмотрели иной срок.

Страхование по программе считается прекращенным с 00 часов 00 минут дня, указанного в заявлении, или 30 дней с даты получения заявления Страховщиком, если дата прекращения не указана, либо указанная Страхователем дата является более ранней, чем 30 дней с даты получения заявления Страховщиком.

при прекращении действия договора страхования по основаниям, предусмотренным Правилами;

при преобразовании договора в Оплаченный договор в порядке, предусмотренном п. 5.15.1 Правил,

в иных случаях, предусмотренных договором страхования.

В случае прекращения страхования по Программе Возврат взносов в случае смерти уплата взносов по Программе прекращается. Часть последнего уплаченного по Программе страхового взноса, пропорциональная неистекшей части периода страхования, за который внесен этот взнос, за вычетом расходов Страховщика подлежит возврату Страхователю.

5. ПОРЯДОК РАСЧЕТА РАЗМЕРА И ОСУЩЕСТВЛЕНИЯ СТРАХОВОЙ ВЫПЛАТЫ ПО ПРОГРАММЕ

При наступлении с Застрахованным страхового случая, предусмотренного Программой Возврата взносов в случае смерти, страховая выплата производится одновременно и составляет 100% от суммы уплаченных Страхователем по договору страхования взносов.

Для получения страховой выплаты по Программе Возврат взносов в случае смерти Страховщику должны быть представлены документы, перечисленные в п. 8.11.2 Правил.

Страховая выплата либо уведомление об отказе в выплате производятся в течение 14 (четырнадцати) рабочих дней в соответствии с п. 8.18 Правил.

УТВЕРЖДЕНО

**приказом Генерального директора
ООО «ППФ Страхование жизни»
от «30» мая 2016 г. № 49**

**Дополнительные условия страхования на случай смертельно
опасных заболеваний
к ОБЩИМ ПРАВИЛАМ
ДОБРОВОЛЬНОГО СТРАХОВАНИЯ ЖИЗНИ**

1. ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ. ОПРЕДЕЛЕНИЯ
2. СУБЪЕКТЫ СТРАХОВАНИЯ
3. СТРАХОВЫЕ РИСКИ. СТРАХОВЫЕ СЛУЧАИ
4. СТРАХОВАЯ СУММА. СТРАХОВАЯ ПРЕМИЯ (СТРАХОВЫЕ ВЗНОСЫ)
5. СРОК СТРАХОВАНИЯ ПО ПРОГРАММЕ, ВКЛЮЧЕНИЕ ПРОГРАММЫ В ДОГОВОР СТРАХОВАНИЯ И ЕЕ ИСКЛЮЧЕНИЕ
6. ДОПОЛНИТЕЛЬНЫЕ ПРАВА И ОБЯЗАННОСТИ СТОРОН ДОГОВОРА СТРАХОВАНИЯ
7. ПОРЯДОК РАСЧЕТА РАЗМЕРА И ОСУЩЕСТВЛЕНИЯ СТРАХОВОЙ ВЫПЛАТЫ ПО ПРОГРАММЕ

1. ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ. ОПРЕДЕЛЕНИЯ

1.1. Настоящие Дополнительные условия являются дополнением к Общим правилам добровольного страхования жизни, утвержденным 30 мая 2016 года (Правилам), и не могут применяться самостоятельно.

1.2. Настоящими условиями оговариваются только положения, дополняющие или изменяющие положения, описанные в Правилах. Положения Правил применяются к страхованию на основе настоящих Дополнительных условий, если в Дополнительных условиях или договоре страхования (полисе) не предусмотрено иное.

1.3. При расхождении положений Правил и настоящих Дополнительных условий в отношении программ страхования, описанных настоящими Дополнительными условиями, применяются положения Дополнительных условий.

1.4. Дополнительно к определениям, приведенным в Правилах, далее в настоящих Дополнительных условиях используются следующие термины:

1.4.1. **Врач** - специалист с законченным и должным образом зарегистрированным высшим медицинским образованием, не связанный родственными отношениями с Застрахованным лицом, имеющий право на оформление медицинских документов, которые являются одним из оснований для решения вопроса о страховой выплате.

1.4.2. **Смертельно опасное заболевание (СОЗ)** - события, значительно нарушающие жизненный уклад и ухудшающие качество жизни Застрахованного, которые могут привести к инвалидности и характеризуются чрезвычайно высоким уровнем смертности (смертельно опасные заболевания). Если иное не предусмотрено договором страхования, к смертельно опасным заболеваниям относятся следующие заболевания и соответствующие им определения:

1.4.2.1. **Рак** - наличие одной или более злокачественных опухолей, включая:

- лейкемию (кроме хронической лимфоцитарной лейкемии),
- лимфомы,
- болезнь Ходжкина,

характеризующихся обязательным наличием всех трех признаков:

- неконтролируемым ростом;
- способностью к метастазированию;
- внедрением в здоровые ткани.

Диагноз должен быть подтвержден опытным врачом-онкологом на основании гистологического исследования.

Исключения:

- опухоли со злокачественными изменениями карцином in situ (включая дисплазию шейки матки 1, 2, 3 стадий) или гистологически описанные как предраки;
- меланома, максимальная толщина которой в соответствии с гистологическим заключением меньше 1,5 мм или которая не превышает уровня развития T3N(0) M(0) по классификации TNM; любая другая опухоль, не проникающая в сосочковоретикулярный слой;
- все гиперкератозы или базально-клеточные 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.

1.4.2.2. **Инфаркт миокарда** - остро возникший некроз части сердечной мышцы вследствие абсолютной или относительной недостаточности коронарного кровотока.

Диагноз должен быть обоснован наличием всех 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.

Диагноз и данные обследования должны подтверждаться врачом-кардиологом.

1.4.2.3. **Инсульт** - острое нарушение мозгового кровообращения, характеризующееся стойкими неврологическими нарушениями, возникшими в результате инфаркта мозга или эмболии экстракраниальных сосудов, сохраняющимися более 24 часов.

Наличие постоянных неврологических нарушений должно быть подтверждено врачом-неврологом по истечении минимум 6 недель после возникновения инсульта.

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 вертебробазилярной ишемии.

1.4.2.4. **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 или трансплантации донорской почки.

Диагноз должен быть подтвержден врачом-нефрологом.

1.4.2.5. **Аортокоронарное шунтирование** – это прямое оперативное вмешательство на сердце, рекомендованное кардиохирургом для устранения стеноза или окклюзии коронарных артерий.

Исключения:

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

Диагноз должен быть подтвержден кардиохирургом.

1.4.2.6. **Трансплантация жизненно важных органов** и (или) тканей человека - перенесение в качестве реципиента трансплантации:

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

Исключения:

- донорство органов.

1.4.2.7. **Паралич** - полный и постоянный паралич, проявляющийся:

- параплегией;
- гемиплегией;
- тетраплегией.

Паралич не является страховым случаем, если он развился вследствие:

- болезни, которая была впервые диагностирована у Застрахованного до даты заключения договора страхования, за исключением тех болезней, о наличии которых Страховщик был уведомлен Страхователем до заключения договора страхования;
- несчастного случая, произошедшего с Застрахованным до даты заключения договора страхования в случаях, если Застрахованный до заключения договора страхования не информировал Страховщика о таком несчастном случае.

Договором страхования могут быть предусмотрены иные определения смертельно опасных заболеваний.

1.4.3. **Дополнительная выплата по событию СОЗ** - величина страховой выплаты по событию «смерть Застрахованного» не зависит от выплаты по событию СОЗ.

1.4.4. **Ускоренная выплата по событию СОЗ** - величина страховой выплаты по событию «смерть Застрахованного» уменьшается на величину ранее произведенной выплаты по событию СОЗ.

1.4.5. **Период ожидания** – предусмотренный договором страхования (дополнительным соглашением) срок с начала срока страхования по программе, предусмотренной договором или дополнительным соглашением на основе настоящих Дополнительных условий, наступление в течение этого периода событий, предусмотренных п. 3.1 настоящих Дополнительных условий, не является страховым случаем.

1.4.6. **Период выживания** - устанавливаемый договором страхования с дополнительной выплатой по событию СОЗ срок с даты наступления событий, предусмотренных настоящими Дополнительными условиями. Если Застрахованный умирает в течение этого периода, то выплата по событию СОЗ Страховщиком не производится.

2. СУБЪЕКТЫ СТРАХОВАНИЯ

2.1. Застрахованным по данным Дополнительным условиям может являться дееспособное физическое лицо в возрасте от 16 до 65 лет на момент заключения договора страхования или дополнительного соглашения к договору страхования.

3. СТРАХОВЫЕ РИСКИ. СТРАХОВЫЕ СЛУЧАИ

3.1. В соответствии с настоящими Дополнительными условиями следующие события в жизни Застрахованного являются страховыми рисками и могут быть признаны страховыми случаями:

3.1.1. **первичное диагностирование** следующих заболеваний:

3.1.1.1. **Рак** (определение приведено в п. 1.4.2.1 настоящих дополнительных условий);

3.1.1.2. **Инфаркт миокарда** (определение приведено в п. 1.4.2.2 настоящих дополнительных условий);

3.1.1.3. **Инсульт** (определение приведено в п. 1.4.2.3 настоящих дополнительных условий);

3.1.1.4. **Терминальная почечная недостаточность** (определение приведено в п. 1.4.2.4 настоящих дополнительных условий).

3.1.2. **Проведение аортокоронарного шунтирования** (определение аортокоронарного шунтирования приведено в п. 1.4.2.5 настоящих дополнительных

условий) при условии, что стеноз или окклюзия коронарных артерий, которые послужили его причиной, возникли после вступления договора страхования в силу; а в случае, если договором страхования предусмотрен период ожидания, по истечении периода ожидания;

3.1.3. **Трансплантация жизненно важных органов и (или) тканей** (определение приведено в п. 1.4.2.6 настоящих дополнительных условий) человека при условии, что медицинское заключение о необходимости трансплантации органов и (или) тканей человека дано после вступления договора страхования в силу; а в случае, если договором страхования предусмотрен период ожидания, по истечении периода ожидания;

3.1.4. **Подтверждение паралича** (определение паралича приведено в п. 1.4.2.7 настоящих дополнительных условий) врачом-неврологом по результатам трехмесячного наблюдения Застрахованного с момента постановки первоначального диагноза (фиксирования) паралича, при этом первичное диагностирование паралича произошло в период страхования по Программе СОЗ.

3.2. Страховые риски по данным дополнительным условиям могут быть включены в условия договора страхования и составят Программу по страхованию на случай смертельно-опасных заболеваний – далее **Программу СОЗ**.

3.3. Событие СОЗ признается страховым случаем, только если оно произошло в течение срока страхования по Программе СОЗ.

3.4. Не является страховым случаем диагностирование СОЗ, произошедших по условиям, перечисленным в п. 4.4 Правил, а также:

3.4.1. в результате занятия Застрахованным любым видом спорта на профессиональном уровне, включая соревнования и тренировки, а также занятия следующими видами спорта на любительской основе: автоспорт, мотоспорт, любые виды конного спорта, воздушные виды спорта, альпинизм, контактные единоборства, стрельба;

3.4.2. в результате беременности, родов и/или их осложнений.

3.5. Для признания СОЗ страховым случаем оно должно быть подтверждено документами, выданными соответствующими медицинскими учреждениями, и врачом соответствующей специализации и квалификации.

4. СТРАХОВАЯ СУММА. СТРАХОВАЯ ПРЕМИЯ (СТРАХОВЫЕ ВЗНОСЫ)

4.1. По соглашению сторон при включении в договор страхования Программы СОЗ ее можно включить на условиях:

4.1.1. с дополнительной выплатой в случае СОЗ, при этом величина страховой выплаты по страховому случаю «смерть Застрахованного» не зависит от суммы выплаты по страховому случаю СОЗ, но устанавливается период выживания.

4.1.2. с ускоренной выплатой в случае СОЗ, при этом величина страховой выплаты по страховому случаю «смерть Застрахованного» уменьшается на величину ранее произведенной выплаты по страховому случаю СОЗ.

4.2. Страхование на случай СОЗ с ускоренной выплатой может осуществляться только при условии действия программы Правил на случай «смерть Застрахованного».

4.3. Страховая сумма по Программе СОЗ устанавливается отдельно от прочих программ страхования в договоре.

4.4. Страховая сумма по Программе СОЗ с ускоренной выплатой в случае СОЗ устанавливается в размере, не превышающем страховую сумму по событию «смерть Застрахованного».

4.5. Сумма страховой премии определяется в зависимости от условий договора страхования, размера страховых сумм, срока страхования по программе СОЗ и договору страхования в целом, порядка и срока уплаты премии (взносов), возраста и пола Застрахованного, состояния его здоровья.

4.6. Срок и порядок оплаты взносов по Программе СОЗ соответствуют сроку и порядку уплаты по программе Правил, предусмотренной договором страхования.

4.7. Страховщик оставляет за собой право по результатам анализа статистической информации о СОЗ изменять в течение срока страхования страховой тариф, величину страховой премии и страховых взносов, подлежащих уплате в дальнейшем, но не чаще, чем один раз в год. В случае изменения тарифа, страховой премии и/или страховых взносов Страховщик направляет Страхователю дополнительное соглашение к договору страхования в порядке, предусмотренном п.5.10.1. Правил, при отказе Страхователя от уплаты увеличенных взносов действие программы СОЗ прекращается.

5. СРОК СТРАХОВАНИЯ ПО ПРОГРАММЕ, ВКЛЮЧЕНИЕ ПРОГРАММЫ В ДОГОВОР СТРАХОВАНИЯ И ЕЕ ИСКЛЮЧЕНИЕ

5.1. Окончание срока страхования по Программе СОЗ не может превышать достижение Застрахованным 70-летнего возраста.

5.2. Если Программа СОЗ включается в договор при его заключении, срок страхования по Программе СОЗ соответствует сроку страхования по программе Правил, предусмотренной договором страхования, если договором страхования не предусмотрено иное.

5.3. Если Программа СОЗ будет включена в договор после вступления договора в силу, срок страхования по Программе СОЗ начинается с 00 часов даты начала срока ее действия, указанного в соответствующем дополнительном соглашении, но не ранее дня, следующего за днем уплаты страховой премии (первого страхового взноса) по данной программе в полном объеме. Кроме случаев, предусмотренных п. 5.7 настоящих Дополнительных условий, действие Программы СОЗ может быть прекращено по соглашению сторон путем подписания дополнительного соглашения к договору.

5.4. При включении в договор страхования Программы СОЗ:

5.4.1. Страховщик имеет право назначить Застрахованному предстраховое медицинское обследование в объеме, необходимом для определения степени риска;

5.4.2. Страхователь обязан предоставить по требованию Страховщика любую информацию, требуемую в соответствии с заявлением на страхование и документами, определенными п.6.4 Правил, необходимую для оценки степени риска принятия на страхование.

5.5. При осуществлении выплаты по Программе СОЗ ответственность Страховщика в отношении рисков по Программе СОЗ прекращается с момента выплаты, и дальнейшее продление или возобновление Программы СОЗ невозможно.

5.6. Если в результате изменений, указанных в п. 4.7 настоящих Дополнительных условий, страховой тариф:

5.6.1. уменьшился, то Страховщик направляет Страхователю уведомление об изменениях за 30 дней до даты их внесения. Изменения вступают в силу с даты, указанной в уведомлении;

5.6.2. увеличился, то требуется согласование изменений со Страхователем в письменной форме в соответствии с п. 6.17 Правил. Изменения вступают в силу с даты, указанной в соглашении о внесении изменений, но не ранее подписания соглашения обеими сторонами.

5.7. Страхование по Программе СОЗ прекращается в случаях:

5.7.1. истечения срока страхования по Программе;

5.7.2. выплаты по страховому событию СОЗ;

5.7.3. по инициативе Страхователя.

О намерении досрочного прекращения программы страхования Страхователь обязан уведомить Страховщика не менее чем за тридцать дней до предполагаемой даты прекращения страхования по Программе, если при заключении договора стороны не предусмотрели иной срок.

Страхование по программе считается прекращенным с 00 часов 00 минут дня, указанного в заявлении, или 30 дней с даты получения заявления Страховщиком, если дата прекращения

не указана либо указанная Страхователем дата является более ранней, чем 30 дней с даты получения заявления Страховщиком.

5.7.4. при прекращении действия договора страхования по основаниям, предусмотренным Правилами;

5.7.5. если в течение 30 дней с момента передачи подписанного Страховщиком дополнительного соглашения о внесении изменений (увеличения страхового тарифа в соответствии с пунктом 5.6) Страхователю последний не подписал соглашение, договор страхования прекращается в части действия Программы СОЗ. Договор прекращается с даты, следующей за датой истечения 30-дневного срока с момента передачи Страхователю подписанного Страховщиком дополнительного соглашения о внесении изменений, но не позже даты, следующей за датой окончания периода страхования, за который внесен последний уплаченный Страхователем взнос по Программе СОЗ;

5.7.6. при достижении Застрахованным 70-летнего возраста – со следующей за днем рождения годовщины договор, даже если продолжает действовать программа по Правилам, предусмотренная договором страхования;

5.7.7. при преобразовании договора в Оплаченный договор в порядке, предусмотренном п. 5.15.1 Правил,

5.7.8. в иных случаях, предусмотренных договором страхования.

5.8. Если Страхователем были оплачены какие-либо страховые взносы по Программе СОЗ, относящиеся к периоду после наступления страхового случая СОЗ, то такие взносы возвращаются Страхователю.

5.9. В случае прекращения страхования по Программе СОЗ уплата взносов по ней прекращается. Часть последнего уплаченного страхового взноса, пропорциональная неистекшей части периода страхования, за который внесен этот взнос (за вычетом расходов Страховщика), подлежит возврату Страхователю.

6. ДОПОЛНИТЕЛЬНЫЕ ПРАВА И ОБЯЗАННОСТИ СТОРОН ДОГОВОРА СТРАХОВАНИЯ

6.1. Страхователь (Застрахованный) обязан известить Страховщика любым доступным способом, позволяющим объективно зафиксировать факт обращения, о наступлении страхового случая не позднее, чем через 30 дней после наступления события СОЗ.

7. ПОРЯДОК РАСЧЕТА РАЗМЕРА И ОСУЩЕСТВЛЕНИЯ СТРАХОВОЙ ВЫПЛАТЫ ПО ПРОГРАММЕ

7.1. Страховая выплата по Программе СОЗ осуществляется одновременно в размере страховой суммы, установленной по данной программе.

7.2. Страховая выплата по Программе СОЗ осуществляется по первому случаю СОЗ, наступившему в течение срока страхования. Выплата производится только по страховому случаю, наступившему по истечении обусловленного договором периода ожидания.

7.3. Для получения страховой выплаты по Программе СОЗ при наступлении страхового случая Страховщику должны быть представлены следующие документы:

7.3.1. копия договора страхования (полис);

7.3.2. заявление по установленной форме;

7.3.3. документ, подтверждающий личность Застрахованного;

7.3.4. документы лечебно-профилактического, клинического или иного лечебного учреждения, содержащие квалифицированное заключение специалиста в области медицины, соответствующей диагнозу СОЗ (кардиолога, невролога, нефролога, онколога, кардиохирурга и др.)

7.3.5. по страховому случаю, предусмотренному п. 3.1.2 настоящих дополнительных условий, дополнительно должны быть предоставлены:

• выписной эпикриз из медицинского учреждения, проводившего аортокоронарное шунтирование;

- результаты коронарной ангиографии;

7.3.6. по страховому случаю, предусмотренному п. 3.1.3 настоящих дополнительных условий, дополнительно должны быть предоставлены:

- медицинское заключение о необходимости проведения операции по трансплантации органов,

- документально подтвержденное описание хода операции.

7.3.7. документы, запрошенные Страховщиком в соответствии с п. 7.4 настоящих Дополнительных условий.

7.4. Страховщик вправе самостоятельно принять решение о достаточности фактически представленных документов для признания наступившего СОЗ с Застрахованным страховым случаем и определения размера страховой выплаты, а также запросить дополнительные документы, необходимые для принятия решения о страховой выплате, но не более документов, указанных в п. 7.3.

7.5. В случае если представленные документы не дают возможности принять решение о страховой выплате, Страховщик имеет право назначать проведение дополнительного медицинского обследования Застрахованного в указанном Страховщиком медицинском учреждении и/или медицинской экспертизы.

7.6. При наступлении страхового случая СОЗ по договору с дополнительной выплатой страховая выплата по Программе СОЗ производится Страховщиком по истечении установленного договором периода выживания, начинающегося с даты наступления страхового случая СОЗ. Страховая выплата по Программе СОЗ выплачивается в течение 14 (четырнадцати) рабочих дней с момента получения Страховщиком документов, указанных в п. 7.3 настоящих Дополнительных условий, а также результатов медицинского обследования и/или медицинской экспертизы в соответствии с п.8.15 Правил, если такие назначались Страховщиком. При этом:

7.6.1. если Застрахованный умирает в течение периода выживания, то страховая выплата по Программе СОЗ не производится;

7.6.2. если договор, включающий Программу СОЗ с дополнительной выплатой, предусматривает выплату по страховому риску “смерть Застрахованного”, то такая выплата осуществляется в размере страховой суммы по данному риску вне зависимости от выплаты по Программе СОЗ.

7.7. При наступлении СОЗ, признанного страховым случаем, по Программе СОЗ с ускоренной выплатой страховая выплата по событию СОЗ производится в течение 14 (четырнадцати) рабочих дней с момента получения Страховщиком всех документов, указанных в п. 7.3 настоящих Дополнительных условий, а также результатов медицинского обследования и/или медицинской экспертизы, в соответствии с п.8.15 Правил, если такие назначались Страховщиком.

УТВЕРЖДЕНО

приказом Генерального директора

ООО «ППФ Страхование жизни»

от «30» мая 2016 г. № 49

**Дополнительные условия страхования на случай смертельно
опасных заболеваний (расширенные)
к ОБЩИМ ПРАВИЛАМ
ДОБРОВОЛЬНОГО СТРАХОВАНИЯ ЖИЗНИ**

1. ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ. ОПРЕДЕЛЕНИЯ
2. СУБЪЕКТЫ СТРАХОВАНИЯ
3. СТРАХОВЫЕ РИСКИ. СТРАХОВЫЕ СЛУЧАИ
4. СТРАХОВАЯ СУММА. СТРАХОВАЯ ПРЕМИЯ (СТРАХОВЫЕ ВЗНОСЫ)
5. СРОК СТРАХОВАНИЯ ПО ПРОГРАММЕ, ВКЛЮЧЕНИЕ ПРОГРАММЫ В ДОГОВОР СТРАХОВАНИЯ И ЕЕ ИСКЛЮЧЕНИЕ
6. ДОПОЛНИТЕЛЬНЫЕ ПРАВА И ОБЯЗАННОСТИ СТОРОН ДОГОВОРА СТРАХОВАНИЯ
7. ПОРЯДОК РАСЧЕТА РАЗМЕРА И ОСУЩЕСТВЛЕНИЯ СТРАХОВОЙ ВЫПЛАТЫ ПО ПРОГРАММЕ

1. ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ. ОПРЕДЕЛЕНИЯ

1.1. Настоящие Дополнительные условия являются дополнением к Общим правилам добровольного страхования жизни, утвержденным 30 мая 2016 года (Правилам), и не могут применяться самостоятельно.

1.2. Настоящими условиями оговариваются только положения, дополняющие или изменяющие положения, описанные в Правилах. Положения Правил применяются к страхованию на основе настоящих Дополнительных условий, если в Дополнительных условиях или договоре страхования (полисе) не предусмотрено иное.

1.3. При расхождении положений Правил и настоящих Дополнительных условий в отношении программ страхования, описанных настоящими Дополнительными условиями, применяются положения Дополнительных условий.

1.4. Дополнительно к определениям, приведенным в Правилах, далее в настоящих Дополнительных условиях используются следующие термины:

1.4.1. **Врач** - специалист с законченным и должным образом зарегистрированным высшим медицинским образованием, не связанный родственными отношениями с Застрахованным лицом, имеющий право на оформление медицинских документов, которые являются одним из оснований для решения вопроса о страховой выплате.

1.4.2. **Смертельно опасное заболевание (СОЗ)** - события, значительно нарушающие жизненный уклад и ухудшающие качество жизни Застрахованного, которые могут привести к инвалидности и характеризуются чрезвычайно высоким уровнем смертности (смертельно опасные заболевания). Если иное не предусмотрено договором страхования, к смертельно опасным заболеваниям относятся следующие заболевания и соответствующие им определения:

1.4.2.1. **Рак** - наличие одной или более злокачественных опухолей, включая:

- лейкемию (кроме хронической лимфоцитарной лейкемии),
- лимфомы,
- болезнь Ходжкина,

характеризующихся обязательным наличием всех трех признаков:

- неконтролируемым ростом;
- способностью к метастазированию;
- внедрением в здоровые ткани.

Диагноз должен быть подтвержден опытным врачом-онкологом на основании гистологического исследования.

Исключения:

- опухоли со злокачественными изменениями карцином in situ (включая дисплазию шейки матки 1, 2, 3 стадий) или гистологически описанные как предраки;
- меланома, максимальная толщина которой в соответствии с гистологическим заключением меньше 1,5 мм или которая не превышает уровня развития T3N(0) M(0) по классификации TNM; любая другая опухоль, не проникшая в сосочковоретикулярный слой;
- все гиперкератозы или базально-клеточные 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, T1б) по классификации TNM.

1.4.2.2. **Инфаркт миокарда** - остро возникший некроз части сердечной мышцы вследствие абсолютной или относительной недостаточности коронарного кровотока.

Диагноз должен быть обоснован наличием всех 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.

Диагноз и данные обследования должны подтверждаться врачом-кардиологом.

1.4.2.3. **Инсульт** - острое нарушение мозгового кровообращения, характеризующееся стойкими неврологическими нарушениями, возникшими в результате инфаркта мозга или эмболии экстракраниальных сосудов, сохраняющимися более 24 часов.

Наличие постоянных неврологических нарушений должно быть подтверждено врачом-неврологом по истечении минимум 6 недель после возникновения инсульта.

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 вертебробазилярной ишемии.

1.4.2.4. **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 или трансплантации донорской почки.

Диагноз должен быть подтвержден врачом-нефрологом.

1.4.2.5. **Аортокоронарное шунтирование** – это прямое оперативное вмешательство на сердце, рекомендованное кардиохирургом для устранения стеноза или окклюзии коронарных артерий.

Исключения:

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

Диагноз должен быть подтвержден кардиохирургом.

1.4.2.6. **Трансплантация жизненно важных органов** и (или) тканей человека - перенесение в качестве реципиента трансплантации:

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

Исключения:

- донорство органов.

1.4.2.7. Паралич - полный и постоянный паралич, проявляющийся:

- параплегией;
- гемиплегией;
- тетраплегией.

Паралич не является страховым случаем, если он развился вследствие:

- болезни, которая была впервые диагностирована у Застрахованного до даты заключения договора страхования, за исключением тех болезней, о наличии которых Страховщик был уведомлен Страхователем до заключения договора страхования;
- несчастного случая, произошедшего с Застрахованным до даты заключения договора страхования в случаях, если Застрахованный до заключения договора страхования не информировал Страховщика о таком несчастном случае.

1.4.2.8. Глухота.

Постоянная необратимая потеря слуха на оба уха, при этом порог слышимости должен составлять не менее 90Дб в течение 30 дней и более со дня постановки диагноза. Окончательный диагноз постоянной потери слуха должен быть поставлен врачом-специалистом не ранее, чем через шесть месяцев после возникновения конкретного заболевания или несчастного случая при обязательном наличии результатов аудиометрии.

1.4.2.9. Потеря речи.

Полная и необратимая потеря способности говорить в связи с физическим повреждением или хроническим заболеванием голосовых связок/гортани. Диагноз должен быть подтвержден врачом-отоларингологом по истечении минимального и непрерывного периода заболевания в 180 дней. Исключение: Потеря речи психогенного характера.

1.4.2.10. Апластическая анемия.

Хроническая недостаточность костного мозга, выражающаяся анемией, нейтропенией и тромбоцитопенией, подтвержденная результатами биопсии и лечаемая одним из следующих способов:

- использование препаратов, стимулирующих костный мозг;
- использование иммуносупрессивных препаратов;
- пересадка костного мозга.

Окончательный диагноз должен быть подтвержден врачом-специалистом.

1.4.2.11. Апатический синдром.

Полное омертвление коры головного мозга с сохранным стволом мозга. Данное расстройство характеризуется отсутствием основных когнитивных функций, отсутствием реакции на любой раздражитель и отсутствием взаимодействия с другими людьми. Диагноз должен быть установлен неврологом, а также результатами специальных исследований (компьютерная, магнитно-резонансная или позитронная эмиссионная томография головного мозга) и документально подтвержден, по крайней мере, в течение 30 дней.

1.4.2.12. Бактериальный менингит.

Должен быть подтвержден ростом уровня патогенных микроорганизмов в спинномозговой жидкости, являющегося причиной постоянной неврологической недостаточности в течение не менее 60 дней со дня постановки диагноза, что должно быть подтверждено соответствующими медицинскими документами.

Исключения: Инфекционный менингит при наличии ВИЧ-инфекции, а также вирусный менингит.

1.4.2.13. Болезнь Альцгеймера или другая органическая деменция (в возрасте до 60 лет).

Нарушение или утрата интеллектуальных способностей и/или аномальное поведение, диагностированное и подтвержденное неврологом. Диагноз болезни Альцгеймера или другой органической деменции должен быть подтвержден клиническим состоянием, общепринятыми вопросниками или тестами, относящимися к болезни Альцгеймера или

необратимым органическим дегенеративным расстройствам. Болезнь должна проявляться в значительном снижении как умственной, так и социальной активности, что требует постоянного надзора и помощи Застрахованному. Диагноз должен быть поставлен до 60 лет.

Исключения: невротические или психические расстройства.

1.4.2.14. **Болезнь Паркинсона** (в возрасте до 60 лет).

Однозначный диагноз болезни Паркинсона в возрасте до 60 лет должен быть поставлен врачом-неврологом. Заболевание, характеризующееся постоянным ухудшением моторных функций организма, тремором, мышечной ригидностью и постуральной неустойчивостью, которое приводит к невозможности выполнения без постоянной посторонней помощи трех или более видов ежедневной жизнедеятельности (бытовые действия):

- Мытье: способность мыться в ванной или в душе (в т.ч. перемещение в ванну или душ) или мыться с помощью других средств.
- Одевание: способность надевать на себя, снимать с себя, застегивать или расстегивать все предметы одежды, а также, при необходимости, фиксирующие устройства, искусственные конечности или иные хирургические приспособления.
- Прием пищи: способность самостоятельно принимать пищу, приготовленную и доступную для употребления.
- Пользование туалетом: способность пользоваться уборной или управлять функциями опорожнения кишечника и мочевого пузыря с использованием специального нижнего белья или хирургических устройств, при необходимости.
- Передвижение: способность двигаться внутри помещения из комнаты в комнату на одном уровне.
- Перемещение: способность перемещаться с кровати на стул или инвалидное кресло и обратно.

Исключения: болезнь Паркинсона, возникающая в результате употребления алкоголя или лекарственных средств, другие синдромы Паркинсонизма.

1.4.2.15. **Доброкачественная опухоль головного мозга.**

Постоянное неврологическое расстройство, развившееся вследствие удаления доброкачественной опухоли мозга под общей анестезией, или при неоперабельной опухоли., подтвержденная медицинским заключением врача-специалиста, а также результатами специальных исследований (например, магнитно-резонансной томографии (МРТ), компьютерной томографии (КТ) или других достоверных методов исследования).

Исключения: опухоли в гипофизе, кисты, гранулемы и опухоли черепно-мозговых нервов (например, акустическая невринома), пороки развития в веществе или вещества головного мозга, мозговых артерий или вен и/или спинного мозга.

1.4.2.16. **Кома.**

Бессознательное состояние, характеризующееся полным отсутствием реакций на внешние раздражители или внутренние потребности, продолжающееся в течение, по меньшей мере, 96 часов и проявляющееся стойким неврологическим дефицитом. В течение периода отсутствия сознания должно требоваться применение систем поддержания жизни.

Исключения: (1) Кома в результате злоупотребления алкоголем и/или наркотическими препаратами не покрывается определением. (2) Кома, вызываемая/поддерживаемая в целях проведения лечения не относится к данному определению.

1.4.2.17. **Печеночная недостаточность (терминальная стадия).**

Конечная стадия печеночной недостаточности вследствие цирроза печени. Цирроз быть подтвержден гастроэнтерологом в соответствии со всеми следующими критериями:

1. постоянная желтуха
2. асцит
3. печеночная энцефалопатия

4. биопсия печени или, если биопсия недоступна, неинвазивный тест на фиброз или визуальные методы исследования, согласующиеся с диагнозом.

Исключения: заболевания, явившиеся следствием злоупотребления алкогольных и/или лекарственных препаратов, а также употребления наркотических препаратов.

1.4.2.18. Слепота.

Постоянная необратимая потеря зрения обоих глаз в результате болезни или несчастного случая. Окончательный диагноз постоянной потери зрения должен быть установлен специалистом-офтальмологом не менее чем через 180 дней после начала конкретной болезни или несчастного случая, вызвавшего данное заболевание, а также подтвержден результатами проведенных исследований.

1.4.2.19. Полиомиелит.

Заболевание, вызванное заражением вирусом полиомиелита, диагностированное врачом-неврологом. Выраженное в необратимом параличе, подтверждаемом нарушением моторной функции или слабостью дыхательной функции. Ожидаемый постоянный характер и необратимость паралича должны быть подтверждены врачом-неврологом не менее чем через 6 месяцев с возникновения заболевания.

Исключения: (1) Случаи, не вызывающие необратимого паралича, не относятся к данному определению. (2) Другие причины паралича, такие как синдром Гийена-Барре, исключаются.

1.4.2.20. Рассеянный склероз.

Диагноз должен быть определен врачом-неврологом с подтверждением:

- устойчивых неврологических отклонений средней степени и связанных с ними нарушений, которые имели место в течение непрерывного периода времени сроком не менее шести месяцев и показателями по шкале EDSS >5 (Expanded Disability Status Scale);
- наличия типичных симптомов демиелинизации и ухудшения моторной и сенсорной функций;
- современными диагностическими методиками, такие как сканирование.

1.4.2.21. Дыхательная недостаточность (терминальная стадия).

Терминальная стадия эмфиземы или другого хронического заболевания легких, в результате которого наблюдается нижеследующее:

- необходимость регулярного кислородного лечения заболевания на постоянной основе;
- постоянное нарушение дыхательной функции легких, подтвержденное следующими результатами спирометрии: жизненная емкость легких (ЖЕЛ) и объем форсированного выдоха за 1 секунду (ОФВ1) составляют менее 50% от должного;
- одышка в покое;
- снижение парциального давления до 55 мм рт. ст. по результатам анализа газов артериальной крови.

1.4.2.22. Повреждение головы в результате травмы.

Травма головы, полученная в результате несчастного случая и приведшая к постоянной неврологической недостаточности не ранее, чем через 6 недель после получения травмы. Окончательный диагноз должен быть подтвержден врачом-специалистом, а также результатами МРТ или КТ головного мозга.

Исключения: (1) Повреждения головного мозга, вызванные любыми другими причинами. (2) Повреждения спинного мозга.

1.4.2.23. Операция на аорте.

Операция, выполненная с целью коррекции аневризмы, сужения, обструкции или расслоения аорты на ее грудном или брюшном отделах. Ветви аорты исключены из страхового покрытия по данному пункту.

Исключения: любые другие хирургические процедуры, в том числе малоинвазивные или внутриартериальные методики.

1.4.2.24. **Операция на клапанах сердца.**

Операция, выполненная на открытом сердце для замены или коррекции аномалий сердечных клапанов. Данная процедура должна быть рекомендована к проведению врачом-кардиологом, а диагноз аномалии клапанов сердца должен быть подтвержден результатами катетеризации сердца или эхокардиографии.

Оперирование сердечных клапанов в связи с врожденными нарушениями не относится к данному определению. Исключения: вальвулотомия, вальвулопластика и другие виды лечения, проводимые без пересадки (замены) клапанов.

1.4.2.25. **Энцефалит.**

Тяжелое воспаление головного мозга (его полушарий, ствола или мозжечка), вызванное вирусной инфекцией и приведшее к постоянной неврологической недостаточности, которая длится не менее 90 дней со дня подтверждения окончательного диагноза специалистом-неврологом.

Исключение: энцефалит при наличии ВИЧ-инфекции.

1.4.2.26. **Мотонейронная болезнь** (в возрасте до 60 лет).

Прогрессирующее, неизлечимое дегенеративное заболевание центральной нервной системы, возникшее в возрасте до 60 лет, характеризующееся поражением верхних и нижних двигательных нейронов. Необходимо подтверждение постоянного клинического нарушения моторной функции Застрахованного. Диагноз должен быть поставлен врачом-неврологом на основании проведенных обследований.

1.4.2.27. **Ангиопластика** (коронарная: атерэктомия, баллонная ангиопластика, введение стентов).

Проведение хирургического вмешательства в целях устранения закупорки или сужения двух или более коронарных артерий при наличии подтвержденных симптомов стенокардии, сужения просвета двух или более коронарных артерий на 70% и более. Указанные в данном пункте коронарные сосуды включают: левый основной ствол, левую переднюю нисходящую, огибающую и правую коронарные артерии.

Договором страхования могут быть предусмотрены иные определения смертельно опасных заболеваний.

1.4.3. **Дополнительная выплата по событию СОЗ** - величина страховой выплаты по событию «смерть Застрахованного» не зависит от выплаты по событию СОЗ.

1.4.4. **Ускоренная выплата по событию СОЗ** - величина страховой выплаты по событию «смерть Застрахованного» уменьшается на величину ранее произведенной выплаты по событию СОЗ.

1.4.5. **Период ожидания** – предусмотренный договором страхования (дополнительным соглашением) срок с начала срока страхования по программе, предусмотренной договором или дополнительным соглашением на основе настоящих Дополнительных условий, наступление в течение этого периода событий, предусмотренных п. 3.1 настоящих Дополнительных условий, не является страховым случаем.

1.4.6. **Период выживания** - устанавливаемый договором страхования с дополнительной выплатой по событию СОЗ срок с даты наступления событий, предусмотренных настоящими Дополнительными условиями. Если Застрахованный умирает в течение этого периода, то выплата по событию СОЗ Страховщиком не производится.

2. **СУБЪЕКТЫ СТРАХОВАНИЯ**

2.1. Застрахованным по настоящим Дополнительным условиям может являться дееспособное физическое лицо в возрасте от 16 до 65 лет на момент заключения договора страхования или дополнительного соглашения к договору страхования.

3. СТРАХОВЫЕ РИСКИ. СТРАХОВЫЕ СЛУЧАИ

3.1. В соответствии с настоящими Дополнительными условиями следующие события в жизни Застрахованного являются страховыми рисками и могут быть признаны страховыми случаями:

3.1.1. **первичное диагностирование** следующих заболеваний:

3.1.1.1. **Рак** (определение приведено в п.1.4.2.1 настоящих Дополнительных условий);

3.1.1.2. **Инфаркт миокарда** (определение приведено в п.1.4.2.2 настоящих Дополнительных условий);

3.1.1.3. **Инсульт** (определение приведено в п.1.4.2.3 настоящих Дополнительных условий);

3.1.1.4. **Терминальная почечная недостаточность** (определение приведено в п.1.4.2.4 настоящих Дополнительных условий);

3.1.1.5. **Глухота** (определение приведено в п.1.4.2.8 настоящих Дополнительных условий);

3.1.1.6. **Потеря речи** (определение приведено в п.1.4.2.9 настоящих дополнительных условий);

3.1.1.7. **Апластическая анемия** (определение приведено в п.1.4.2.10 настоящих Дополнительных условий);

3.1.1.8. **Апаллический синдром** (определение приведено в п.1.4.2.11 настоящих Дополнительных условий);

3.1.1.9. **Бактериальный менингит** (определение приведено в п.1.4.2.12 настоящих Дополнительных условий);

3.1.1.10. **Болезнь Альцгеймера или другая органическая деменция** (в возрасте до 60 лет) (определение приведено в п.1.4.2.13 настоящих Дополнительных условий);

3.1.1.11. **Болезнь Паркинсона** (в возрасте до 60 лет) (определение приведено в п.1.4.2.14 настоящих Дополнительных условий);

3.1.1.12. **Доброкачественная опухоль головного мозга** (определение приведено в п.1.4.2.15 настоящих Дополнительных условий);

3.1.1.13. **Кома** (определение приведено в п.1.4.2.16 настоящих Дополнительных условий);

3.1.1.14. **Печеночная недостаточность** (терминальная стадия) (определение приведено в п.1.4.2.17 настоящих Дополнительных условий);

3.1.1.15. **Слепота** (определение приведено в п.1.4.2.18 настоящих Дополнительных условий);

3.1.1.16. **Полиомиелит** (определение приведено в п.1.4.2.19 настоящих Дополнительных условий);

3.1.1.17. **Рассеянный склероз** (определение приведено в п.1.4.2.20 настоящих Дополнительных условий);

3.1.1.18. **Дыхательная недостаточность** (терминальная стадия) (определение приведено в п.1.4.2.21 настоящих Дополнительных условий);

3.1.1.19. **Повреждение головы в результате травмы** (определение приведено в п.1.4.2.22 настоящих Дополнительных условий);

3.1.1.20. **Операция на аорте** (определение приведено в п.1.4.2.23 настоящих Дополнительных условий);

3.1.1.21. **Операция на клапанах сердца** (определение приведено в п.1.4.2.24 настоящих Дополнительных условий);

3.1.1.22. **Энцефалит** (определение приведено в п.1.4.2.25 настоящих Дополнительных условий);

3.1.1.23. **Мотонейронная болезнь** (в возрасте до 60 лет) (определение приведено в п.1.4.2.26 настоящих Дополнительных условий);

3.1.2. **Проведение аортокоронарного шунтирования** (определение приведено в п. 1.4.2.5 настоящих Дополнительных условий) при условии, что стеноз или окклюзия коронарных артерий, которые послужили его причиной, возникли после вступления договора страхования в силу; а в случае, если договором страхования предусмотрен период ожидания, по истечении периода ожидания;

3.1.3. **Трансплантация жизненно важных органов и (или) тканей** (определение приведено в п. 1.4.2.6 настоящих дополнительных условий) человека при условии, что медицинское заключение о необходимости трансплантации органов и (или) тканей человека дано после вступления договора страхования в силу; а в случае, если договором страхования предусмотрен период ожидания, по истечении периода ожидания;

3.1.4. **Подтверждение паралича** (определение паралича приведено в п. 1.4.2.7 настоящих дополнительных условий) врачом-неврологом по результатам трехмесячного наблюдения Застрахованного с момента постановки первоначального диагноза (фиксирования) паралича, при этом первичное диагностирование паралича произошло в период страхования по Программе СОЗ.

3.1.5. **Проведение ангиопластики Застрахованному** (определение приведено в п. 1.4.2.27 настоящих дополнительных условий).

3.2. Страховые риски по данным дополнительным условиям могут быть включены в условия договора страхования и составят Программу по страхованию на случай смертельно опасных заболеваний, далее - **Программу СОЗ**.

3.3. Событие СОЗ признается страховым случаем, только если оно произошло в течение срока страхования по Программе СОЗ.

3.4. Не является страховым случаем диагностирование СОЗ, произошедших по условиям, перечисленным в п. 4.4. Правил, а также:

3.4.1. в результате занятия Застрахованным любым видом спорта на профессиональном уровне, включая соревнования и тренировки, а также занятия следующими видами спорта на любительской основе: автоспорт, мотоспорт, любые виды конного спорта, воздушные виды спорта, альпинизм, контактные единоборства, стрельба;

3.4.2. в результате беременности, родов и/или их осложнений.

3.5. Для признания СОЗ страховым случаем оно должно быть подтверждено документами, выданными соответствующими медицинскими учреждениями, и врачом соответствующей специализации и квалификации.

4. СТРАХОВАЯ СУММА. СТРАХОВАЯ ПРЕМИЯ (СТРАХОВЫЕ ВЗНОСЫ)

4.1. По соглашению сторон при включении в договор страхования Программы СОЗ ее можно включить на условиях:

4.1.1. с дополнительной выплатой в случае СОЗ, при этом величина страховой выплаты по страховому случаю «смерть Застрахованного» не зависит от суммы выплаты по страховому случаю СОЗ, но устанавливается период выживания.

4.1.2. с ускоренной выплатой в случае СОЗ, при этом величина страховой выплаты по страховому случаю «смерть Застрахованного» уменьшается на величину ранее произведенной выплаты по страховому случаю СОЗ.

4.2. Страхование на случай СОЗ с ускоренной выплатой может осуществляться только при условии действия программы Правил на случай «смерть Застрахованного».

4.3. Страховая сумма по Программе СОЗ устанавливается отдельно от прочих программ страхования в договоре.

4.4. Страховая сумма Программе СОЗ с ускоренной выплатой в случае СОЗ устанавливается в размере, не превышающем страховую сумму по событию «смерть Застрахованного».

4.5. Сумма страховой премии определяется в зависимости от условий договора страхования, размера страховых сумм, срока страхования по программе СОЗ и договору

страхования в целом, порядка и срока уплаты премии (взносов), возраста и пола Застрахованного, состояния его здоровья.

4.6. Срок и порядок оплаты взносов по Программе СОЗ соответствуют сроку и порядку оплаты по программе Правил, предусмотренной договором страхования.

4.7. Страховщик оставляет за собой право по результатам анализа статистической информации о СОЗ изменять в течение срока страхования страховой тариф, величину страховой премии и страховых взносов, подлежащих уплате в дальнейшем, но не чаще, чем один раз в год. В случае изменения тарифа, страховой премии и/или страховых взносов Страховщик направляет Страхователю дополнительное соглашение к договору страхования в порядке, предусмотренном п. 6.18. Правил. При отказе Страхователя от уплаты увеличенных взносов действие программы СОЗ прекращается.

5. СРОК СТРАХОВАНИЯ ПО ПРОГРАММЕ, ВКЛЮЧЕНИЕ ПРОГРАММЫ В ДОГОВОР СТРАХОВАНИЯ И ЕЕ ИСКЛЮЧЕНИЕ

5.1. Окончание срока страхования по Программе СОЗ не может превышать достижение Застрахованным 70-летнего возраста.

5.2. Если Программа СОЗ включается в договор при его заключении, срок страхования по Программе СОЗ соответствует сроку страхования по программе Правил, предусмотренной договором страхования, если договором страхования не предусмотрено иное.

5.3. Если Программа СОЗ будет включена в договор после вступления договора в силу, срок страхования по Программе СОЗ начинается с 00 часов даты начала срока ее действия, указанного в соответствующем дополнительном соглашении, но не ранее дня, следующего за днем уплаты страховой премии (первого страхового взноса) по данной программе в полном объеме. Кроме случаев, предусмотренных п. 5.7 настоящих Дополнительных условий, действие Программы СОЗ может быть прекращено по соглашению сторон путем подписания дополнительного соглашения к договору.

5.4. При включении в договор страхования рисков по Программе СОЗ:

5.4.1. Страховщик имеет право назначить Застрахованному предстраховое медицинское обследование в объеме, необходимом для определения степени риска;

5.4.2. Страхователь обязан предоставить по требованию Страховщика любую информацию, требуемую в соответствии с заявлением на страхование и документами, определенными п.6.4 Правил, необходимую для оценки степени риска принятия на страхование.

5.5. При осуществлении выплаты по Программе СОЗ ответственность Страховщика в отношении рисков по Программе СОЗ прекращается с момента выплаты, и дальнейшее продление или возобновление Программы СОЗ невозможно.

5.6. Если в результате изменений, указанных в п. 4.7 настоящих Дополнительных условий, страховой тариф:

5.6.1. уменьшился, то Страховщик направляет Страхователю уведомление об изменениях за 30 дней до даты их внесения. Изменения вступают в силу с даты, указанной в уведомлении;

5.6.2. увеличился, то требуется согласование изменений со Страхователем в письменной форме в соответствии с п. 6.17. Правил. Изменения вступают в силу с даты, указанной в соглашении о внесении изменений, но не ранее подписания соглашения обеими сторонами.

5.7. Страхование по Программе СОЗ прекращается в случаях:

5.7.1. истечения срока страхования по Программе;

5.7.2. выплаты страховой суммы по Программе СОЗ;

5.7.3. по инициативе Страхователя;

5.7.4. О намерении досрочного прекращения программы страхования Страхователь обязан уведомить Страховщика не менее чем за тридцать дней до предполагаемой даты

прекращения страхования по Программе, если при заключении договора стороны не предусмотрели иной срок.

5.7.5. Страхование по программе считается прекращенным с 00 часов 00 минут дня, указанного в заявлении, или 30 дней с даты получения заявления Страховщиком, если дата прекращения не указана либо указанная Страхователем дата является более ранней, чем 30 дней с даты получения заявления Страховщиком.

5.7.6. при прекращении действия договора страхования по основаниям, предусмотренным Правилами;

5.7.7. если в течение 30 дней с момента передачи подписанного Страховщиком дополнительного соглашения о внесении изменений (увеличения страхового тарифа в соответствии с пунктом 5.6) Страхователю последний не подписал соглашение, договор страхования прекращается в части действия Программы СОЗ. Договор прекращается с даты, следующей за датой истечения 30-дневного срока с момента передачи Страхователю подписанного Страховщиком дополнительного соглашения о внесении изменений, но не позже даты, следующей за датой окончания периода страхования, за который внесен последний уплаченный Страхователем взнос по Программе СОЗ;

5.7.8. при достижении Застрахованным 70-летнего возраста – со следующей за днем рождения годовщины договора, даже если продолжает действовать программа по Правилам, предусмотренная договором страхования;

5.7.9. при преобразовании договора в Оплаченный договор в порядке, предусмотренном п. 5.16.1. Правил,

5.7.10. в иных случаях, предусмотренных договором страхования.

5.8. Если Страхователем были оплачены какие-либо страховые взносы по Программе СОЗ, относящиеся к периоду после наступления страхового случая СОЗ, то такие взносы возвращаются Страхователю.

5.9. В случае прекращения страхования по Программе СОЗ уплата взносов по ней прекращается. Часть последнего уплаченного страхового взноса, пропорциональная неистекшей части периода страхования, за который внесен этот взнос (за вычетом расходов Страховщика), подлежит возврату Страхователю.

6. ДОПОЛНИТЕЛЬНЫЕ ПРАВА И ОБЯЗАННОСТИ СТОРОН ДОГОВОРА СТРАХОВАНИЯ

6.1. Страхователь (Застрахованный) обязан известить Страховщика любым доступным способом, позволяющим объективно зафиксировать факт обращения, о наступлении страхового случая не позднее, чем через 30 дней после наступления события СОЗ.

7. ПОРЯДОК РАСЧЕТА РАЗМЕРА И ОСУЩЕСТВЛЕНИЯ СТРАХОВОЙ ВЫПЛАТЫ ПО ПРОГРАММЕ

7.1. Страховая выплата по Программе СОЗ осуществляется единовременно в размере страховой суммы, установленной по данной программе, если иное не предусмотрено условиями договора страхования.

7.2. Страховая выплата по Программе СОЗ осуществляется по первому случаю СОЗ, наступившему в течение срока страхования. Выплата производится только по страховому случаю, наступившему по истечении обусловленного договором периода ожидания.

7.3. Для получения страховой выплаты по Программе СОЗ при наступлении страхового случая Страховщику должны быть представлены следующие документы:

7.3.1. копия договора страхования (полис);

7.3.2. заявление по установленной форме;

7.3.3. документ, подтверждающий личность Застрахованного;

7.3.4. документы лечебно-профилактического, клинического или иного лечебного учреждения, содержащие квалифицированное заключение специалиста в области

медицины, соответствующей диагнозу СОЗ (кардиолога, невролога, нефролога, онколога, кардиохирурга и др.);

7.3.5. по страховому случаю, предусмотренному п. 3.1.2 настоящих дополнительных условий, дополнительно должны быть предоставлены:

- выписной эпикриз из медицинского учреждения, проводившего аортокоронарное шунтирование;
- результаты коронарной ангиографии;

7.3.6. по страховому случаю, предусмотренному п. 3.1.3 настоящих дополнительных условий, дополнительно должны быть предоставлены:

- медицинское заключение о необходимости проведения операции по трансплантации органов,
- документально подтвержденное описание хода операции.

7.3.7. По страховому случаю, предусмотренному п.3.1.5 настоящих дополнительных условий, дополнительно должны быть предоставлены:

- медицинское подтверждение получения предварительного лечения от врача;
- медицинские показания к проведению ангиопластики (значительные изменения на ЭКГ, результатах стресс-теста, результаты коронарной ангиографии).

7.3.8. Документы, запрошенные Страховщиков в соответствии с п. 7.4 настоящих дополнительных условий.

7.4. Страховщик вправе самостоятельно принять решение о достаточности фактически представленных документов для признания наступившего СОЗ с Застрахованным страховым случаем и определения размера страховой выплаты, а также запросить дополнительные документы, необходимые для принятия решения о страховой выплате, но не более указанных в п. 7.3.

7.5. В случае, если представленные документы не дают возможности принять решение о страховой выплате, Страховщик имеет право назначать проведение дополнительного медицинского обследования Застрахованного в указанном Страховщиком медицинском учреждении и/или медицинской экспертизы.

7.6. При наступлении страхового случая СОЗ по договору с дополнительной выплатой страховая выплата по Программе СОЗ производится Страховщиком по истечении установленного договором периода выживания, начинающегося с даты наступления страхового случая СОЗ. Страховая выплата по Программе СОЗ выплачивается в течение 14 (четырнадцати) рабочих дней с момента получения Страховщиком документов, указанных в п. 7.3 настоящих дополнительных условий, а также результатов медицинского обследования и/или медицинской экспертизы, в соответствии с п.8.15 Правил, если такие назначались Страховщиком. При этом:

7.6.1. если Застрахованный умирает в течение периода выживания, то страховая выплата по Программе СОЗ не производится;

7.6.2. если договор, включающий Программу СОЗ с дополнительной выплатой, предусматривает выплату по страховому риску “смерть Застрахованного”, то такая выплата осуществляется в размере страховой суммы по данному риску вне зависимости от выплаты по Программе СОЗ.

7.7. При наступлении СОЗ, признанного страховым случаем, по Программе СОЗ с ускоренной выплатой страховая выплата по событию СОЗ производится в течение 14 (четырнадцати) рабочих дней с момента получения Страховщиком всех документов, указанных в п. 7.3 настоящих дополнительных условий, а также результатов медицинского обследования и/или медицинской экспертизы, в соответствии с п.8.15 Правил, если такие назначались Страховщиком.

УТВЕРЖДЕНО

**приказом Генерального директора
ООО «ПФФ Страхование жизни»
от «30» мая 2016 г. № 49**

**Дополнительные условия страхования
на случай женских онкологических заболеваний
к ОБЩИМ ПРАВИЛАМ
ДОБРОВОЛЬНОГО СТРАХОВАНИЯ ЖИЗНИ**

- . ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ. ОПРЕДЕЛЕНИЯ
2. СУБЪЕКТЫ СТРАХОВАНИЯ
3. СТРАХОВЫЕ РИСКИ. СТРАХОВЫЕ СЛУЧАИ
4. СТРАХОВАЯ СУММА. СТРАХОВАЯ ПРЕМИЯ (СТРАХОВЫЕ ВЗНОСЫ)
5. СРОК СТРАХОВАНИЯ ПО ПРОГРАММЕ, ВКЛЮЧЕНИЕ ПРОГРАММЫ В ДОГОВОР СТРАХОВАНИЯ И ЕЕ ИСКЛЮЧЕНИЕ
6. ДОПОЛНИТЕЛЬНЫЕ ПРАВА И ОБЯЗАННОСТИ СТОРОН ДОГОВОРА СТРАХОВАНИЯ
7. ПОРЯДОК РАСЧЕТА РАЗМЕРА И ОСУЩЕСТВЛЕНИЯ СТРАХОВОЙ ВЫПЛАТЫ ПО ПРОГРАММЕ

1. ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ. ОПРЕДЕЛЕНИЯ

1.1. Настоящие Дополнительные условия являются дополнением к Общим правилам добровольного страхования жизни, утвержденным 30 мая 2016 года (Правилам), и не могут применяться самостоятельно.

1.2. Настоящими условиями оговариваются только положения, дополняющие или изменяющие положения, описанные в Правилах. Положения Правил применяются к страхованию на основе настоящих Дополнительных условий, если в Дополнительных условиях или договоре страхования (полисе) не предусмотрено иное.

1.3. При расхождении положений Правил и настоящих Дополнительных условий в отношении программ страхования, описанных настоящими Дополнительными условиями, применяются положения Дополнительных условий.

1.4. Дополнительно к определениям, приведенным в Правилах, далее в настоящих Дополнительных условиях используются следующие термины:

1.4.1. **Врач** - специалист с законченным и должным образом зарегистрированным высшим медицинским образованием, не связанный родственными отношениями с Застрахованным лицом, имеющий право на оформление медицинских документов, которые являются одним из оснований для решения вопроса о страховой выплате.

1.4.2. **Женское онкологическое заболевание (ЖОЗ)** – угрожающее жизни онкологическое заболевание (рак), характеризующееся неконтролируемым ростом, пролиферацией в организме, инвазией и деструкцией смежных тканей и/или отдельными метастазами.

Диагноз должен быть подтвержден врачом онкологом на основании гистологического заключения.

В рамках данного определения включаются новообразования следующей локализации:

- Молочная железа (одна или обе);
- Яичник (один или оба);
- Матка;
- Маточные трубы (одна или обе);
- Шейка матки;
- Влагалище или вульва.

Исключения (если иное не предусмотрено договором страхования):

- Доброкачественные или предраковые новообразования;
- Преинвазивные новообразования и новообразования на месте (in situ);
- Цервикальная дисплазия CIN I-III,
- Все опухоли в присутствии ВИЧ-инфекции или СПИДа.
- Злокачественные новообразования без метастазов.

1.4.3. **Мастэктомия** – хирургическая операция по удалению (полному или частичному) молочной железы в случае обнаружения рака молочной железы (в соответствии с определением в п.1.4.2).

1.4.4. **Дополнительная выплата по страховому случаю ЖОЗ** - величина страховой выплаты по страховому случаю «**смерть Застрахованного**» не зависит от выплаты по страховому случаю ЖОЗ.

1.4.5. **Ускоренная выплата по страховому случаю ЖОЗ** - величина страховой выплаты по страховому случаю «**смерть Застрахованного**» уменьшается на величину ранее произведенной выплаты по страховому случаю ЖОЗ.

1.4.6. **Период ожидания** – предусмотренный договором страхования (дополнительным соглашением) срок с начала срока страхования по программе, предусмотренной договором или дополнительным соглашением на основе настоящих **Дополнительных условий**, наступление в течение этого периода событий, предусмотренный п. 3.1 настоящих **Дополнительных условий**, не является страховым случаем.

1.5. **Период выживания** - устанавливаемый договором страхования с дополнительной выплатой по страховому случаю и/или Программе страхования на случай женских онкологических заболеваний на срок с даты наступления событий, предусмотренных настоящими **Дополнительными условиями**. Если Застрахованный умирает в течение этого периода, то выплата по событию и/или **Программе ЖОЗ** Страховщиком не производится.

1.6. **Провайдер медицинских услуг** – медицинская организация, с которой у Страховщика заключен договор на предоставление Застрахованному медицинских услуг в соответствии с договором страхования по факту диагностирования заболеваний, определенных в п.1.4.2 настоящих **Дополнительных условиях**.

2. СУБЪЕКТЫ СТРАХОВАНИЯ

2.1. Застрахованным по данным **Дополнительным условиям** может являться дееспособное физическое лицо женского пола в возрасте от 16 до 65 лет на момент заключения договора страхования или дополнительного соглашения к договору страхования о страховании по рискам ЖОЗ.

3. СТРАХОВЫЕ РИСКИ. СТРАХОВЫЕ СЛУЧАИ

3.1. В соответствии с настоящими **Дополнительными условиями** следующие события в жизни Застрахованного являются страховыми рисками и могут быть признаны страховыми случаями:

3.1.1. **первичное диагностирование** женского онкологического заболевания (определение приведено в п. 1.4.2.1 настоящих **Дополнительных условий**);

3.1.2. **мастэктомия** (определение приведено в п. 1.4.2.1 настоящих **Дополнительных условий**).

3.1.3. **подтверждение диагноза** онкологического заболевания – подтверждение факта диагностирования у Застрахованного женского онкологического заболевания в соответствии с определениями п.1.4.2 настоящих **Дополнительных условий** путем обращения за медицинской консультацией к Провайдеру медицинских услуг. При этом подтверждением диагноза онкологического заболевания признается:

3.1.3.1 первичное заключение - предоставление Провайдером медицинских услуг письменного заключения относительно диагноза и/или методов лечения по заболеванию на основании медицинской документации, предоставленной Застрахованным по ЖОЗ;

3.1.3.2 одно **повторное предоставление** Провайдером медицинских услуг письменного заключения относительно диагноза и/или методов лечения в течение 30 дней после предоставления первичного заключения в случае, если данные о состоянии здоровья Застрахованного на дату первичного заключения по тому же диагнозу изменились, либо если необходимо уточнение результатов первичного заключения.

3.2. Страховые риски по данным Дополнительным условиям могут быть включены в условия договора страхования и составят Программу страхования на случай женских онкологических заболеваний (далее - **Программу ЖОЗ**).

3.3. Событие по **Программе ЖОЗ** признается страховым случаем, только если оно произошло в течение срока страхования по **Программе ЖОЗ**.

3.4. Не является страховым случаем диагностирование ЖОЗ, произошедших по условиям, перечисленным в п. 4.4 Правил, а также:

3.4.1. в результате занятия Застрахованным любым видом спорта на профессиональном уровне, включая соревнования и тренировки, а также занятия следующими видами спорта на любительской основе: автоспорт, мотоспорт, любые виды конного спорта, воздушные виды спорта, альпинизм, контактные единоборства, стрельба;

3.4.2. в результате беременности, родов и/или их осложнений.

4. СТРАХОВАЯ СУММА. СТРАХОВАЯ ПРЕМИЯ (СТРАХОВЫЕ ВЗНОСЫ)

4.1. По соглашению сторон при включении в договор страхования **Программы ЖОЗ** ее можно включить на условиях:

4.1.1. с дополнительной выплатой в случае ЖОЗ, при этом величина страховой выплаты по страховому случаю **«смерть Застрахованного»** не зависит от суммы выплаты по страховому случаю ЖОЗ, но устанавливается период выживания.

4.1.2. с ускоренной выплатой в случае ЖОЗ, при этом величина страховой выплаты по страховому случаю **«смерть Застрахованного»** уменьшается на величину ранее произведенной выплаты по страховому случаю ЖОЗ.

4.2. Страхование на случай ЖОЗ с ускоренной выплатой может осуществляться только при условии действия программы Правил на случай **«смерть Застрахованного»**.

4.3. Страховая сумма по **Программе ЖОЗ** и/или по рискам **Программы ЖОЗ** устанавливается отдельно от прочих программ страхования в договоре (полисе).

4.4. Страховая сумма по **Программе ЖОЗ** с ускоренной выплатой в случае ЖОЗ устанавливается в размере, не превышающем страховую сумму по событию **«смерть Застрахованного»**.

4.5. Размер страховой премии определяется в зависимости от условий договора страхования, размера страховых сумм, срока страхования по **программе ЖОЗ** и договору страхования в целом, порядка и срока уплаты страховой премии (страховых взносов), возраста Застрахованного, состояния его здоровья.

4.6. Срок и порядок оплаты взносов по **Программе ЖОЗ** соответствуют сроку и порядку оплаты по программе Правил, предусмотренной договором страхования.

4.7. Страховщик оставляет за собой право по результатам анализа статистической информации о ЖОЗ изменять в течение срока страхования страховой тариф, величину страховой премии и страховых взносов, подлежащих уплате в дальнейшем, но не чаще, чем один раз в год. В случае изменения тарифа, страховой премии и/или страховых взносов Страховщик направляет дополнительное соглашение, при отказе Страхователя от уплаты увеличенных взносов действие **Программы ЖОЗ** прекращается.

4.8. Если Провайдером медицинских услуг, определенным Страховщиком по риску **«подтверждение диагноза онкологического заболевания»** является организация - юридическое лицо, созданное в соответствии с законодательством иностранного государства и находящееся за пределами Российской Федерации, Страховщик оставляет за собой право на случай роста курса иностранной валюты страны регистрации Провайдера медицинских услуг, установленного Центральным Банком РФ, по отношению к курсу валюты, установленному на дату начала срока страхования более, чем на 50% (пятьдесят процентов), увеличить страховой тариф, величину страховой премии и страховых взносов, подлежащих уплате в дальнейшем, а также размер страховой суммы по **Программе ЖОЗ**, но не чаще, чем один раз в течение года. Внесение соответствующих изменений в договор страхования осуществляется в порядке, определенном п.5.10.2. Правил. В случае неоплаты

Страхователем страховых взносов (страховой премии) в увеличенном размере в сроки, установленные в дополнительном соглашении к договору страхования, дополнительное соглашение не вступает в силу, страхование и ответственность Страховщика по риску “подтверждение диагноза онкологического заболевания” **Программы ЖОЗ** прекращаются с даты, следующей за датой окончания последнего оплаченного периода.

5. СРОК СТРАХОВАНИЯ ПО ПРОГРАММЕ, ВКЛЮЧЕНИЕ ПРОГРАММЫ В ДОГОВОР СТРАХОВАНИЯ И ЕЕ ИСКЛЮЧЕНИЕ

5.1. Окончание срока страхования по **Программе ЖОЗ** не может превышать достижение Застрахованным 70-летнего возраста.

5.2. Если **Программа ЖОЗ** включается в договор при его заключении, срок страхования по **Программе ЖОЗ** соответствует сроку страхования по программе Правил, предусмотренной договором страхования, если договором страхования не предусмотрено иное.

5.3. Если **Программа ЖОЗ** будет включена в договор после вступления договора в силу, срок страхования по **Программе ЖОЗ** начинается с 00 часов даты начала срока ее действия, указанного в соответствующем дополнительном соглашении, но не ранее дня, следующего за днем уплаты страховой премии (первого страхового взноса) по данной программе в полном объеме. Кроме случаев, предусмотренных п. 5.7 настоящих **Дополнительных условий**, действие **Программы ЖОЗ** может быть прекращено по соглашению сторон путем подписания дополнительного соглашения к договору.

5.4. При включении в договор страхования рисков по **Программе ЖОЗ**:

5.4.1. Страховщик имеет право назначить Застрахованному предстраховое медицинское обследование в объеме, необходимом для определения степени риска;

5.4.2. Страхователь обязан предоставить по требованию Страховщика любую информацию, требуемую в соответствии с заявлением на страхование и документами, определенными п.6.4 Правил, необходимую для оценки степени риска, принимаемого на страхование.

5.5. При осуществлении выплат по рискам **Программы ЖОЗ** в размере 100% страховой суммы по рискам ответственность Страховщика в отношении рисков по **Программе ЖОЗ** прекращается с момента последней выплаты, и дальнейшее продление или возобновление **Программы ЖОЗ** невозможно.

5.6. Если в результате изменений, указанных в п. 4.7 настоящих **Дополнительных условий**, страховой тариф:

5.6.1. уменьшился, то Страховщик направляет Страхователю уведомление об изменениях за 30 дней до даты их внесения. Изменения вступают в силу с даты, указанной в уведомлении;

5.6.2. увеличился, то требуется согласование изменений со Страхователем в письменной форме в соответствии с п. 6.17 Правил. Изменения вступают в силу с даты, указанной в соглашении о внесении изменений, но не ранее подписания соглашения обеими сторонами.

5.7. Страхование по **Программе ЖОЗ** прекращается в случаях:

5.7.1. истечения срока страхования по **Программе ЖОЗ**;

5.7.2. выплаты по всем страховым рискам **Программы ЖОЗ** в полном объеме;

5.7.3. по инициативе Страхователя.

О намерении досрочного прекращения программы страхования Страхователь обязан уведомить Страховщика не менее чем за тридцать дней до предполагаемой даты прекращения страхования по Программе, если при заключении договора стороны не предусмотрели иной срок.

Страхование по программе считается прекращенным с 00 часов 00 минут дня, указанного в заявлении, или 30 дней с даты получения заявления Страховщиком, если дата прекращения

не указана либо указанная Страхователем дата является более ранней, чем 30 дней с даты получения заявления Страховщиком.

5.7.4. при прекращении действия договора страхования по основаниям, предусмотренным Правилами;

5.7.5. если в течение 30 дней с момента передачи подписанного Страховщиком дополнительного соглашения о внесении изменений (увеличения страхового тарифа в соответствии с пунктом 5.6) Страхователю последний не подписал соглашение, страхование по **Программе ЖОЗ** прекращается с даты, следующей за датой истечения 30-дневного срока с момента передачи Страхователю подписанного Страховщиком дополнительного соглашения о внесении изменений, но не позже даты, следующей за датой окончания периода страхования, за который внесен последний уплаченный Страхователем взнос по **Программе ЖОЗ**;

5.7.6. при достижении Застрахованным 70-летнего возраста – со следующей за днем рождения годовщины договора, даже если продолжает действовать программа по Правилам, предусмотренная договором страхования;

5.7.7. при преобразовании договора в Оплаченный договор в порядке, предусмотренном п. 5.15.1 Правил,

5.7.8. в иных случаях, предусмотренных договором страхования.

5.8. Если Страхователем были оплачены какие-либо страховые взносы по **Программе ЖОЗ**, относящиеся к периоду после наступления страхового случая ЖОЗ, то такие взносы возвращаются Страхователю.

5.9. В случае прекращения страхования по **Программе ЖОЗ** уплата взносов по ней прекращается. Часть последнего уплаченного страхового взноса, пропорциональная неистекшей части периода страхования, за который внесен этот взнос (за вычетом расходов Страховщика), подлежит возврату Страхователю.

6. ДОПОЛНИТЕЛЬНЫЕ ПРАВА И ОБЯЗАННОСТИ СТОРОН ДОГОВОРА СТРАХОВАНИЯ

6.1. Страхователь (Застрахованный) обязан известить Страховщика любым доступным способом, позволяющим объективно зафиксировать факт обращения, о наступлении страхового случая не позднее, чем через 30 дней после наступления события ЖОЗ.

6.2. В случае если представленные документы не дают возможности принять решение о страховой выплате, Страховщик имеет право назначать проведение медицинского обследования Застрахованного в указанном Страховщиком медицинском учреждении и/или медицинской экспертизы, а Застрахованный обязан пройти медицинское обследование и/или медицинскую экспертизу.

7. ПОРЯДОК РАСЧЕТА РАЗМЕРА И ОСУЩЕСТВЛЕНИЯ СТРАХОВОЙ ВЫПЛАТЫ ПО ПРОГРАММЕ

7.1. Страховая выплата по риску п. 3.1.1 настоящих Дополнительных условий осуществляется по первому случаю ЖОЗ, наступившему в течение срока страхования, одновременно в размере 100% страховой суммы, установленной по данному риску.

7.2. Страховая выплата по риску п. 3.1.2 настоящих Дополнительных условий осуществляется одновременно в размере 100% страховой суммы, установленной по данному риску.

7.3. Страховая выплата по риску п.3.1.3 настоящих Дополнительных условий осуществляется одновременно в размере 100% страховой суммы, установленной по данному риску. В счет страховой выплаты по риску п.3.1.3 настоящих Дополнительных условий Страховщик вправе организовать оказание медицинских услуг Застрахованному и оплатить медицинские услуги, оказанные Застрахованному.

7.4. Для получения страховой выплаты по **Программе ЖОЗ** при наступлении страхового случая Страховщику должны быть представлены следующие документы:

- 7.4.1. копия договора страхования (полис);
- 7.4.2. заявление по установленной форме;
- 7.4.3. документ, подтверждающий личность Застрахованного;
- 7.4.4. документы лечебно-профилактического, клинического или иного лечебного учреждения, содержащие квалифицированное заключение специалиста в области онкологии;

7.4.5. результаты/заключения лабораторных и инструментальных методов исследований.

7.4.6. В случае организации Страховщиком оказания медицинских услуг Застрахованному (п.7.3 настоящих Дополнительных условий) оплата таких медицинских услуг производится Страховщиком напрямую Провайдеру медицинских услуг в соответствии с условиями заключенного между ними договора на предоставление таких услуг.

7.5. Страховщик вправе самостоятельно принять решение о достаточности фактически представленных документов для признания страховым случаем наступившего с Застрахованным ЖОЗ и определения размера страховой выплаты, а также запросить дополнительные документы, необходимые для принятия решения о страховой выплате, но не более документов, указанных в п. 7.4.

7.6. При наступлении страхового случая по риску **Программы ЖОЗ** по договору с дополнительной выплатой страховая выплата по **Программе ЖОЗ** производится Страховщиком по истечении установленного договором периода выживания, начинающегося с даты наступления страхового случая ЖОЗ. Страховая выплата по **Программе ЖОЗ** выплачивается в течение 14 (четырнадцати) рабочих дней с момента получения Страховщиком документов, указанных в п.7.4 настоящих Дополнительных условий, а также результатов медицинского обследования и/или медицинской экспертизы, в соответствии с п.8.15 Правил, если такие назначались Страховщиком. При этом:

7.6.1. если Застрахованный умирает в течение периода выживания, то страховая выплата по **Программе ЖОЗ** не производится;

7.6.2. если договор, включающий **Программу ЖОЗ** с дополнительной выплатой, предусматривает выплату по страховому риску “**смерть Застрахованного**”, то такая выплата осуществляется в размере страховой суммы по данному риску вне зависимости от выплаты по **Программе ЖОЗ**.

7.7. При наступлении ЖОЗ, признанного страховым случаем, по **Программе ЖОЗ** с ускоренной выплатой страховая выплата по страховому случаю ЖОЗ производится в течение 14 (четырнадцати) рабочих дней с момента получения Страховщиком всех документов, указанных в п. 7.3 настоящих Дополнительных условий, а также результатов медицинского обследования и/или медицинской экспертизы, в соответствии с п.8.15 Правил, если такие назначались Страховщиком.

УТВЕРЖДЕНО

**приказом Генерального директора
ООО «ПФФ Страхование жизни»
от «30» мая 2016 г. № 49**

**Дополнительные условия по страхованию
от несчастных случаев
к ОБЩИМ ПРАВИЛАМ
ДОБРОВОЛЬНОГО СТРАХОВАНИЯ ЖИЗНИ**

1. ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ. ОПРЕДЕЛЕНИЯ
2. СУБЪЕКТЫ СТРАХОВАНИЯ
3. СТРАХОВЫЕ РИСКИ. СТРАХОВЫЕ СЛУЧАИ. ПРОГРАММЫ СТРАХОВАНИЯ
4. СТРАХОВАЯ СУММА. СТРАХОВАЯ ПРЕМИЯ (СТРАХОВЫЕ ВЗНОСЫ)
5. СРОК СТРАХОВАНИЯ ПО ПРОГРАММАМ, ВКЛЮЧЕНИЕ ПРОГРАММ В ДОГОВОР СТРАХОВАНИЯ И ИХ ИСКЛЮЧЕНИЕ
6. ПОРЯДОК РАСЧЕТА РАЗМЕРА И ОСУЩЕСТВЛЕНИЯ СТРАХОВОЙ ВЫПЛАТЫ ПО ПРОГРАММАМ

1. ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ. ОПРЕДЕЛЕНИЯ

- 1.1. Настоящие Дополнительные условия по страхованию от несчастных случаев являются дополнением к Общим правилам добровольного страхования жизни, утвержденным 30 мая 2016 года (Правилам), и не могут применяться самостоятельно.
- 1.2. Настоящими условиями оговариваются только положения, дополняющие или изменяющие положения, описанные в Правилах. Положения Правил применяются к страхованию на основе настоящих Дополнительных условий, если в Дополнительных условиях или договоре страхования (полисе) не предусмотрено иное.
- 1.3. При расхождении положений Правил и настоящих Дополнительных условий в отношении программ страхования, описанных настоящими Дополнительными условиями, применяются положения Дополнительных условий.
- 1.4. Дополнительно к определениям, приведенным в Правилах, далее в настоящих Дополнительных условиях используются следующие термины:

1.4.1. **Несчастный случай** - внезапное, кратковременное, непредвиденное, непреднамеренное внешнее событие, характер, время и место которого могут быть однозначно определены и которое повлекло за собой телесное повреждение или иное нарушение функций организма или смерть Застрахованного лица, не являющееся следствием заболевания или врачебных манипуляций, произошедшее в период страхования независимо от воли Застрахованного и/или Страхователя, и/или Выгодоприобретателя.

Не являются несчастным случаем остро возникшие или хронические заболевания и их осложнения (как ранее диагностированные, так и впервые выявленные), спровоцированные воздействием внешних факторов, в частности инфаркт миокарда, инсульт, аневризмы, опухоли, функциональная недостаточность органов, врождённые аномалии органов.

1.4.2. **Телесное повреждение** - нарушение физической целостности организма или заболевание Застрахованного, предусмотренное Таблицами размеров страховых выплат, приведенными в договоре страхования, произошедшее в течение срока страхования вследствие несчастного случая.

1.4.3. **Временная утрата трудоспособности** (временная нетрудоспособность) - это полная утрата способности Застрахованного лица к труду на определенный ограниченный период времени, которая не позволяет ему заниматься какой-либо трудовой деятельностью.

1.4.4. **Инвалидность** - установленное органом МСЭ стойкое нарушение функций органов и систем организма Застрахованного, обусловленное травмой, острым отравлением, полученными в течение срока страхования и/или болезнью, развившейся и диагностированной в тот же период, сопровождающееся ограничением жизнедеятельности и социальной недостаточностью, и ограничением способности к труду.

1.4.5. **Группа Инвалидности** - инвалидность определенной группы (I, II или III) или категория «ребёнок-инвалид» устанавливается органом МСЭ в зависимости от выраженности нарушения функций органов и систем организма Застрахованного лица, а также степени ограничения жизнедеятельности.

1.4.6. **Госпитализация** - нахождение Застрахованного лица на круглосуточном стационарном лечении (за исключением дневного стационара) в медицинском учреждении в результате несчастного случая, наступившего с Застрахованным лицом в течение срока страхования или заболевания, развившегося и диагностированного у него в течение срока страхования по данному несчастному случаю.

При этом госпитализацией не признается: помещение Застрахованного лица в стационар только для проведения медицинского обследования; нахождение Застрахованного лица в клинике или санатории для прохождения им восстановительного, санаторно-курортного курса лечения; задержание Застрахованного лица в связи с карантином или иными превентивными мерами официальных властей, а также помещение Застрахованного лица в дневной стационар амбулаторно-поликлинического или стационарного медицинского учреждения.

1.4.7. **Хирургическая операция** - медицинская процедура, включающая комплекс воздействий на ткани или органы человека, проводимая квалифицированным хирургом с целью лечения или коррекции функций организма, выполняемая путем различных способов разъединения, перемещения и соединения тканей человека.

1.4.8. **Врач** - специалист с законченным и должным образом зарегистрированным высшим медицинским образованием, не связанный родственными отношениями с Застрахованным лицом или Выгодоприобретателем, имеющий право на оформление медицинских документов в соответствии с его медицинской специализацией, которые являются одним из оснований для решения вопроса о страховой выплате.

2. СУБЪЕКТЫ СТРАХОВАНИЯ

2.1. Застрахованным по данным Дополнительным условиям может являться дееспособное физическое лицо в возрасте от 0 до 70 лет.

3. СТРАХОВЫЕ РИСКИ. СТРАХОВЫЕ СЛУЧАИ. ПРОГРАММЫ СТРАХОВАНИЯ

3.1. В соответствии с настоящими Дополнительными условиями следующие события в жизни Застрахованного являются страховыми рисками и могут быть признаны страховыми случаями:

3.1.1. смерть Застрахованного в результате несчастного случая (далее страховой риск/случай «**смерть Застрахованного в результате НС**»);

3.1.2. постоянная утрата трудоспособности Застрахованным в результате несчастного случая (далее – «**инвалидность Застрахованного в результате НС**»).

3.1.3. телесные повреждения Застрахованного в результате несчастного случая, предусмотренные Таблицей размеров страховых выплат, указанной в договоре страхования (далее – «**телесные повреждения Застрахованного**»);

3.1.4. временная утрата трудоспособности Застрахованным в результате несчастного случая (далее – «**временная нетрудоспособность Застрахованного**»);

3.1.5. временная утрата трудоспособности Застрахованным в результате несчастного случая с расширенной выплатой (далее – «**временная нетрудоспособность Застрахованного с расширенной выплатой**»);

3.1.6. временная утрата трудоспособности в связи с госпитализацией Застрахованного в результате несчастного случая (далее – «**госпитализация Застрахованного**»);

3.1.7. проведение Застрахованному хирургической операции в результате несчастного случая из числа операций, указанных в Таблице размеров страховых

выплат, которая является Приложением к договору страхования (далее – «хирургические операции **Застрахованного**»).

3.2. Страховые риски, перечисленные в п. 3.1 настоящих **Дополнительных условий**, могут быть включены в договор в полном или выборочном составе в рамках **Программы страхования от несчастных случаев** (далее - **Программы НС**).

3.3. События, предусмотренные п. 3.1 настоящих **Дополнительных условий**, признаются страховыми случаями,

3.3.1. если они произошли в течение срока страхования по **Программе НС** или

3.3.2. если они явились следствием несчастного случая, произошедшего в течение срока страхования по **Программе НС**, и произошли в течение 1 (одного) года с даты наступления несчастного случая по рискам, предусмотренным п.п. 3.1.1-3.1.3 и 3.1.7, а по рискам, предусмотренным п. 3.1.4 («**временная нетрудоспособность Застрахованного**»), п.3.1.5 («**временная нетрудоспособность Застрахованного с расширенной выплатой**») и п.3.1.6 («**госпитализация Застрахованного**»), – в результате несчастного случая, произошедшего в период страхования по **Программе НС**, признаются страховыми случаями в течение 4 месяцев со дня наступления несчастного случая.

3.4 Если иное не предусмотрено договором страхования, событие, предусмотренное п. 3.1 настоящих **Дополнительных условий** не признается страховым случаем, если оно произошло в результате причин, указанных в п. 4.4 **Правил** или если оно произошло в результате:

3.4.1. занятия **Застрахованным** любым видом спорта на профессиональном уровне, включая соревнования и тренировки, а также занятия следующими видами спорта на любительской основе: автоспорт, мотоспорт, любые виды конного спорта, альпинизм, контактные единоборства, стрельба;

3.4.2. участия в любых авиационных перелетах, за исключением полетов в качестве пассажира авиарейса, лицензированного для перевозки пассажиров и управляемого пилотом, имеющим соответствующий сертификат;

3.4.3. прохождения **Застрахованным** военной службы по призыву либо военных сборов в период нахождения в запасе;

3.4.4. участия **Застрахованного** в качестве военнослужащего или гражданского служащего в боевых действиях, либо в военных маневрах, либо испытаниях военной техники или иных подобных операциях, либо в миротворческих операциях, либо в любых видах учений или походов кораблей, либо в предотвращении и ликвидации последствий стихийных бедствий, аварий и катастроф, либо в спасательных операциях;

3.4.5. выполнения **Застрахованным** в качестве военнослужащего или гражданского служащего задач в условиях чрезвычайного, военного положения и при вооруженных конфликтах;

3.4.6. причин, прямо или косвенно вызванных психическим заболеванием **Застрахованного**, параличей, эпилептических припадков, если они не явились следствием несчастного случая;

3.4.7. беременности, родов и/или их осложнений.

4. СТРАХОВАЯ СУММА. СТРАХОВАЯ ПРЕМИЯ (СТРАХОВЫЕ ВЗНОСЫ)

4.1. По каждому риску **Программы НС**, указанному в п. 3.1 настоящих **Дополнительных условий**, страховая сумма устанавливается отдельно.

4.2. Страховой тариф и сумма страховой премии соответственно по каждому риску **Программы НС**, указанному в п. 3.1 настоящих **Дополнительных условий**, определяется в зависимости от условий договора страхования, размера страховых сумм, срока действия договора, порядка и срока уплаты страховых взносов.

- 4.3. Срок и порядок оплаты страховой премии (страховых взносов) по **Программе НС** соответствуют сроку и порядку оплаты взносов по программе, предусмотренной договором и действующей в соответствии с Правилами.
- 4.4. Страховщик оставляет за собой право по результатам анализа статистической информации изменять в течение срока страхования страховой тариф по рискам **«временная нетрудоспособность Застрахованного»** и **«временная нетрудоспособность Застрахованного с расширенной выплатой»**, величину страховой премии (страховых взносов) по данным страховым рискам, подлежащей уплате в дальнейшем, но не чаще, чем один раз в год. В случае изменения страхового тарифа и/ или страховой премии (страховых взносов) Страховщик направляет Страхователю дополнительное соглашение к договору страхования в порядке, предусмотренном п.6.18 Правил. При отказе Страхователя от изменения страхового тарифа и/ или страховой премии (страховых взносов) страхование по соответствующим страховым рискам прекращается в дату окончания последнего оплаченного периода страхования по данным рискам.

5. СРОК СТРАХОВАНИЯ ПО ПРОГРАММАМ, ВКЛЮЧЕНИЕ ПРОГРАММ В ДОГОВОР СТРАХОВАНИЯ И ИХ ИСКЛЮЧЕНИЕ

- 5.1. Если иное не предусмотрено договором, **Программа НС** действует в течение срока страхования, предусмотренного договором по программе, действующей в соответствии с Правилами.
- 5.2. Если один или несколько рисков **Программы НС**, указанных в п. 3.1 настоящих **Дополнительных условий**, будут включены в договор после вступления договора в силу, срок страхования по **Программе НС** начинается с 00 часов даты начала срока ее действия, указанного в соответствующем дополнительном соглашении, но не ранее дня, следующего за днем уплаты страховой премии (первого страхового взноса) по данной программе в полном объеме.
- 5.3. Действие **Программы НС** прекращается в случаях:
- 5.3.1. истечения срока действия программы;
 - 5.3.2. по инициативе Страхователя.
- О намерении досрочного прекращения программы страхования Страхователь обязан уведомить Страховщика не менее чем за тридцать дней до предполагаемой даты прекращения страхования по Программе, если при заключении договора стороны не предусмотрели иной срок.
- Страхование по программе считается прекращенным с 00 часов 00 минут дня, указанного в заявлении, или 30 дней с даты получения заявления Страховщиком, если дата прекращения не указана либо указанная Страхователем дата является более ранней, чем 30 дней с даты получения заявления Страховщиком.
- 5.3.3. при прекращении действия договора страхования по основаниям, предусмотренным Правилами;
 - 5.3.4. при преобразовании договора в Оплаченный договор в порядке, предусмотренном п. 5.15.1 Правил;
 - 5.3.5. при достижении Застрахованным 70-летнего возраста – со следующей за днем рождения годовщины договора, даже если продолжится страхование по иным программам страхования в договоре;
 - 5.3.6. при осуществлении страховой выплаты в связи с событием **«инвалидность Застрахованного в результате НС»** – в отношении возможности наступления данного события в дальнейшем;
 - 5.3.7. в иных случаях, предусмотренных договором страхования.
- 5.4. В случае прекращения действия **Программы НС** уплата взносов по данной программе прекращается. Часть последнего уплаченного страхового взноса,

пропорциональная неистекшей части периода страхования, за который внесен этот взнос (за вычетом расходов Страховщика), подлежит возврату Страхователю.

6. ПОРЯДОК РАСЧЕТА РАЗМЕРА И ОСУЩЕСТВЛЕНИЯ СТРАХОВОЙ ВЫПЛАТЫ ПО ПРОГРАММАМ

6.1. Сумма страховой выплаты по **Программе НС** определяется в зависимости от страхового случая, если иное не предусмотрено договором страхования:

6.1.1. по случаю **«смерть Застрахованного в результате НС»** (п. 3.1.1) страховая выплата производится одновременно в размере 100% страховой суммы;

6.1.2. по случаю **«инвалидность Застрахованного в результате НС»** (п. 3.1.2) страховая выплата производится одновременно при определении I, II или III группы инвалидности в определенном договором размере, соответствующем группе инвалидности, первоначально установленной в результате несчастного случая;

6.1.3. по случаю **«телесные повреждения Застрахованного»** (п. 3.1.3) страховая выплата производится одновременно, размер выплаты определяется согласно Таблице размеров страховых выплат, указанной в договоре;

6.1.4. по случаю **«временная нетрудоспособность Застрахованного»** (п. 3.1.4) страховая выплата осуществляется в установленном в договоре размере (от 0,1 % до 1% от страховой суммы) за каждый день нетрудоспособности, начиная с 1-го или другого указанного в договоре дня нетрудоспособности, но не более чем за 30 дней по одному страховому случаю. Подтверждением временной нетрудоспособности является только листок нетрудоспособности с указанием количества дней нетрудоспособности, выданный и полностью оформленный в соответствии с законодательством РФ медицинской организацией и работодателем. Копия листка нетрудоспособности заверяется работодателем. Договором страхования устанавливается максимальное количество дней оплаты по временной нетрудоспособности в связи с одним страховым случаем, а также количество возможных страховых выплат в течение одного страхового года;

6.1.5. по случаю **«временная нетрудоспособность Застрахованного с расширенной выплатой»** (п. 3.1.5) страховая выплата осуществляется в установленном в договоре размере (от 0,1 % до 1% от страховой суммы) за каждый день нетрудоспособности, начиная с 1-го или другого указанного в договоре дня нетрудоспособности, но не более чем за 60 дней по одному страховому случаю. Подтверждением временной нетрудоспособности является только листок нетрудоспособности с указанием количества дней нетрудоспособности, выданный и полностью оформленный в соответствии с законодательством РФ медицинской организацией и работодателем. Копия листка нетрудоспособности заверяется работодателем. Кроме этого, договором страхования определяется перечень дополнительных условий, необходимых для осуществления страховой выплаты по случаю **«временная нетрудоспособность Застрахованного с расширенной выплатой»**, а также максимальное количество дней оплаты по временной нетрудоспособности в связи с одним страховым случаем и количество возможных страховых выплат в течение одного страхового года;

6.1.6. по случаю **«госпитализация Застрахованного»** (п.3.1.6) страховая выплата осуществляется в установленном в договоре размере за каждый день нахождения на стационарном лечении, начиная с 1-го или другого указанного в договоре дня. Договором страхования может быть установлено максимальное количество дней нахождения на стационарном лечении, за которое производится страховая выплата в связи с одним страховым случаем;

6.1.7. по случаю **«хирургические операции Застрахованного»** (п.3.1.7) страховая выплата производится одновременно, размер выплаты определяется

согласно указанной в договоре Таблице размеров страховых выплат в соответствии со страховыми случаями по данному риску.

6.1.7.1 если в результате одного несчастного случая требуется проведение нескольких операций, размер выплачиваемой суммы будет равен сумме, соответствующей операции с самым высоким процентом выплаты;

6.1.7.2 если во время операции сделано более одной хирургической процедуры, размер страховой выплаты будет равен сумме, соответствующей операции с самым высоким процентом выплаты;

6.1.7.3 проведение хирургической операции должно быть назначено по медицинским показаниям врачом соответствующей квалификации в целях устранения угрозы жизни и здоровью Застрахованного, вызванной последствиями несчастного случая.

6.2. Если в результате одного и того же несчастного случая договор страхования предусматривает выплату по двум или большему количеству событий, указанных в п. 3.1 настоящих Дополнительных условий, то выплате подлежит наибольшая из страховых выплат за вычетом сумм, выплаченных ранее в связи с данным несчастным случаем, если иное не предусмотрено договором страхования.

6.3. Для получения страховой выплаты Страховщику должны быть представлены следующие документы, если иное не предусмотрено условиями договора:

6.3.1. по случаю смерти Застрахованного (п. 3.1.1):

- договор страхования (полис);
- заявление по установленной форме;
- свидетельство ЗАГСа о смерти Застрахованного или его нотариально заверенная копия;
- распоряжение Страхователя (Застрахованного) о назначении Выгодоприобретателя страховой выплаты (если оно было составлено отдельно от договора страхования);
- документ, удостоверяющий личность Выгодоприобретателя;
- свидетельство о праве на наследство, выданное нотариусом (либо его заверенную копию), предоставляется наследником Застрахованного, если Выгодоприобретатель не был указан в договоре страхования;

6.3.2. по случаям, предусмотренным пп.3.1.2-3.1.7 настоящих Дополнительных условий

- копия договора страхования (полиса);
- заявление по установленной форме;
- документ, подтверждающий личность заявителя;
- документы лечебно-профилактического, клинического или иного лечебного учреждения, врача, медико-социальной экспертизы (МСЭ), а также копия направления лечебного учреждения на МСЭ (при установлении инвалидности); при необходимости – акт о несчастном случае, составленный на предприятии.

6.3.3. Дополнительно Страховщиком могут быть запрошены следующие документы:

- полис обязательного медицинского страхования (ОМС) Застрахованного;
- справка лечебно-профилактического учреждения о прикреплении Застрахованного с указанием даты его прикрепления;
- договор добровольного страхования индивидуального предпринимателя, если Застрахованный является индивидуальным предпринимателем, в Фонде Социального страхования (ФСС), с копией платежного поручения об уплате взносов в ФСС;
- результаты инструментальных обследований (снимок, электронный носитель и др.) с описанием, выполненным профильным специалистом;

- копия трудовой книжки Застрахованного.
- 6.4. Страховщик вправе самостоятельно принять решение о достаточности фактически представленных документов для признания события, наступившего с Застрахованным, страховым случаем и определения размера страховой выплаты, а также запросить дополнительные документы, необходимые для принятия решения о страховой выплате, но не более документов, указанных в пп.8.11-8.12. Правил.
- 6.5. Страховая выплата либо уведомление об отказе в выплате, производятся в течение 14 (четырнадцати) рабочих дней с момента получения всех необходимых документов, указанных в п. 6.3 настоящих Дополнительных условий, а также результатов медицинского обследования и/или медицинской экспертизы, в соответствии с п.8.16 Правил, если такие назначались Страховщиком.

УТВЕРЖДЕНО

приказом Генерального директора

ООО «ППФ Страхование жизни»

от «30» мая 2016 г. № 49

**Дополнительные условия по страхованию
от несчастных случаев (расширенные)
к ОБЩИМ ПРАВИЛАМ
ДОБРОВОЛЬНОГО СТРАХОВАНИЯ ЖИЗНИ**

1. ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ. ОПРЕДЕЛЕНИЯ
2. СУБЪЕКТЫ СТРАХОВАНИЯ
3. СТРАХОВЫЕ РИСКИ. СТРАХОВЫЕ СЛУЧАИ. ПРОГРАММЫ СТРАХОВАНИЯ
4. СТРАХОВАЯ СУММА. СТРАХОВАЯ ПРЕМИЯ (СТРАХОВЫЕ ВЗНОСЫ)
5. СРОК СТРАХОВАНИЯ ПО ПРОГРАММАМ, ВКЛЮЧЕНИЕ ПРОГРАММ В ДОГОВОР СТРАХОВАНИЯ И ИХ ИСКЛЮЧЕНИЕ
6. ПОРЯДОК РАСЧЕТА РАЗМЕРА И ОСУЩЕСТВЛЕНИЯ СТРАХОВОЙ ВЫПЛАТЫ ПО ПРОГРАММАМ

1. ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ. ОПРЕДЕЛЕНИЯ

- 1.1 Настоящие Дополнительные расширенные условия по страхованию от несчастных случаев (далее – Дополнительные условия) являются дополнением к Общим правилам добровольного страхования жизни, утвержденным 30 мая 2016 года (Правилам), и не могут применяться самостоятельно.
- 1.2 Настоящими условиями оговариваются только положения, дополняющие или изменяющие положения, описанные в Правилах. Положения Правил применяются к страхованию на основе настоящих Дополнительных условий, если в Дополнительных условиях или договоре страхования (полисе) не предусмотрено иное.
- 1.3 При расхождении положений Правил и настоящих Дополнительных условий в отношении программ страхования, описанных настоящими Дополнительными условиями, применяются положения Дополнительных условий.
- 1.4 Дополнительно к определениям, приведенным в Правилах, далее в настоящих Дополнительных условиях используются следующие термины:
 - 1.4.1 Несчастный случай - внезапное, кратковременное, непредвиденное, непреднамеренное внешнее событие, характер, время и место которого могут быть однозначно определены, и которое повлекло за собой телесное повреждение или иное нарушение функций организма или смерть Застрахованного лица, не являющееся следствием заболевания или врачебных манипуляций, произошедшее в период страхования независимо от воли Застрахованного и/или Страхователя, и/или Выгодоприобретателя.
Не являются несчастным случаем остро возникшие или хронические заболевания и их осложнения (как ранее диагностированные, так и впервые выявленные), спровоцированные воздействием внешних факторов, в частности инфаркт миокарда, инсульт, аневризмы, опухоли, функциональная недостаточность органов, врожденные аномалии органов. Телесное повреждение - нарушение физической целостности организма или заболевание Застрахованного, предусмотренное Таблицами размеров страховых выплат, приведенными в договоре страхования, произошедшее в течение срока страхования вследствие несчастного случая.
 - 1.4.2 Временная утрата трудоспособности (временная нетрудоспособность) - это полная утрата способности Застрахованного лица к труду на определенный ограниченный период времени.
 - 1.4.3 Инвалидность - установленное органом МСЭ стойкое нарушение функций органов и систем организма Застрахованного, обусловленное травмой, острым отравлением, полученными в течение срока страхования и/ или болезнью, развившейся и диагностированной в тот же период, сопровождающееся ограничением жизнедеятельности и социальной недостаточностью и ограничением способности к труду.

- 1.4.4 Группа инвалидности - инвалидность определенной группы (I, II или III) или категория «ребёнок-инвалид», устанавливаемая органом МСЭ в зависимости от выраженности нарушения функций органов и систем организма Застрахованного лица, а также степени ограничения жизнедеятельности.
- 1.4.5 Госпитализация - нахождение Застрахованного лица на круглосуточном стационарном лечении (за исключением дневного стационара) в медицинском учреждении в результате несчастного случая, наступившего с Застрахованным лицом в течение срока страхования, и/или заболевания, развившегося и диагностированного у него в течение срока страхования по рискам.
При этом госпитализацией не признается: помещение Застрахованного лица в стационар только для проведения медицинского обследования; нахождение Застрахованного лица в клинике или санатории для прохождения им восстановительного, санаторно-курортного курса лечения; задержание Застрахованного лица в связи с карантином или иными превентивными мерами официальных властей, а также помещение Застрахованного лица в дневной стационар амбулаторно-поликлинического или стационарного медицинского учреждения.
- 1.4.6 Врач - специалист с законченным, и должным образом зарегистрированным, высшим медицинским образованием, не связанный родственными отношениями с Застрахованным лицом или Выгодоприобретателем, имеющий право на оформление медицинских документов, которые являются одним из оснований для решения вопроса о страховой выплате.
- 1.4.7 Стихийное бедствие – природное явление катастрофического характера, не поддающееся влиянию человека, носящее чрезвычайный характер, приводящее к внезапным разрушениям и нарушению нормальной деятельности людей, гибели людей, разрушению и уничтожению материальных ценностей (землетрясение, извержение вулкана, сель, оползень, обвал, лавина, наводнение, цунами, смерч, лимнологическая катастрофа), произошедшее независимо от воли Застрахованного и/или Страхователя, и/или Выгодоприобретателя, дата возникновения (начала) которого зарегистрирована органом государственной власти по чрезвычайным ситуациям в течение срока страхования, впоследствии зафиксированное в форме введения чрезвычайного положения в зоне бедствия, а также упомянутое в средствах массовой информации.
- 1.4.8 Общественный транспорт – пассажирский транспорт, осуществляющий регулярные перевозки пассажиров, курсирующий по утвержденному и согласованному с органами местного самоуправления маршруту в соответствии с опубликованным расписанием движения. Перевозчик, осуществляющий перевозку на общественном транспорте, должен иметь соответствующую лицензию для оказания услуг по перевозке (включая наличие кодекса или устава, правил перевозки и т.д.). В понятие общественного транспорта не входят: школьный транспорт, транспорт, используемый в служебных целях, внутренний транспорт предприятий и организаций, воинские эшелоны, лифты и эскалаторы в зданиях и домах, транспорт, направленный на предоставление туристических и экскурсионных услуг, легковое такси.
- 1.4.9 Перевозка – услуга, признаваемая перевозкой пассажира транспортными уставами или кодексами, начинающаяся с момента входа Застрахованного в общественный

транспорт (вагон, автобус, трамвай, самолет и т.д.) и оканчивающаяся моментом выхода из него, за исключением перевозок метрополитеном. При пользовании метрополитеном под перевозкой понимается период от момента прохода через турникет на станцию до момента выхода через турникет.

- 1.4.10 Перевозчик – юридическое лицо или индивидуальный предприниматель, которые зарегистрированы в стране по месту нахождения и осуществляют пассажирские перевозки в соответствии с законодательством этой страны.

2 СУБЪЕКТЫ СТРАХОВАНИЯ

- 2.1 Застрахованным по данным Дополнительным условиям может являться дееспособное физическое лицо в возрасте от 0 до 70 лет.

3 СТРАХОВЫЕ РИСКИ. СТРАХОВЫЕ СЛУЧАИ. ПРОГРАММЫ СТРАХОВАНИЯ

- 3.1 В соответствии с настоящими Дополнительными условиями следующие события в жизни Застрахованного являются страховыми рисками и могут быть признаны страховыми случаями:

- 3.1.1 смерть Застрахованного в результате несчастного случая (далее - страховой риск/случай «смерть Застрахованного в результате НС»);
- 3.1.2 смерть Застрахованного в результате несчастного случая при перевозке на общественном транспорте (далее – «смерть Застрахованного на общественном транспорте»);
- 3.1.3 смерть Застрахованного в результате несчастного случая во время стихийного бедствия (далее – «смерть Застрахованного во время стихийного бедствия»);
- 3.1.4 постоянная утрата трудоспособности Застрахованным в результате несчастного случая (далее – «инвалидность Застрахованного в результате НС»);
- 3.1.5 постоянная утрата трудоспособности Застрахованным в результате несчастного случая при перевозке на общественном транспорте (далее – «инвалидность Застрахованного на общественном транспорте»);
- 3.1.6 постоянная утрата трудоспособности Застрахованным в результате несчастного случая во время стихийного бедствия (далее – «инвалидность Застрахованного во время стихийного бедствия»);
- 3.1.7 телесные повреждения Застрахованного в результате несчастного случая, предусмотренные Таблицей размеров страховых выплат, указанной в договоре страхования (далее – «телесные повреждения Застрахованного»);
- 3.1.8 временная утрата трудоспособности Застрахованным в результате несчастного случая (далее – «временная нетрудоспособность Застрахованного»);
- 3.1.9 временная утрата трудоспособности Застрахованным в результате несчастного случая с расширенной выплатой (далее – «**временная нетрудоспособность Застрахованного с расширенной выплатой**»);
- 3.1.10 временная утрата трудоспособности в связи с госпитализацией Застрахованного в результате несчастного случая (далее – «госпитализация Застрахованного»).

- 3.2 Страховые риски, перечисленные в п. 3.1 настоящих Дополнительных условий, могут быть включены в договор в полном или выборочном составе в рамках Программы страхования от несчастных случаев (Программы НС).

- 3.3 События, предусмотренные п. 3.1 настоящих Дополнительных условий, признаются страховыми случаями,

- 3.3.1 если они произошли в течение срока страхования по Программе НС или
- 3.3.2 если они явились следствием несчастного случая, произошедшего в течение срока страхования по Программе НС, и произошли в течение 1 (одного) года с даты наступления несчастного случая по рискам, предусмотренным пп.3.1.1-3.1.6, а по рискам, предусмотренным п. 3.1.8 - временная нетрудоспособность Застрахованного, п. 3.1.9- временная нетрудоспособность Застрахованного с расширенной выплатой и п. 3.1.10 госпитализация Застрахованного в результате несчастного случая, произошедшего в период страхования по соответствующей Программе НС, признаются страховыми случаями в течение 4 месяцев с даты наступления несчастного случая, и по рискам, предусмотренным пп.3.1.2, 3.1.5, если они явились следствием несчастного случая, произошедшего при перевозке на общественном транспорте, а для рисков, предусмотренных пп. 3.1.3, 3.1.6, если они явились следствием несчастного случая, произошедшего во время стихийного бедствия.
- 3.4 Если иное не предусмотрено договором страхования, событие, предусмотренное п. 3.1 настоящих Дополнительных условий не признается страховым случаем, если оно произошло в результате причин, указанных в п. 4.4 Правил или если оно произошло в результате:
- 3.4.1 занятия Застрахованным любым видом спорта на профессиональном уровне, включая соревнования и тренировки, а также занятия следующими видами спорта на любительской основе: авто-, мотоспорт, любые виды конного спорта, воздушные виды спорта, альпинизм, контактные единоборства, стрельба;
- 3.4.2 участия в любых авиационных перелетах, за исключением полетов в качестве пассажира авиарейса, лицензированного для перевозки пассажиров и управляемого пилотом, имеющим соответствующий сертификат;
- 3.4.3 прохождения Застрахованным военной службы по призыву либо военных сборов в период нахождения в запасе;
- 3.4.4 участия Застрахованного в качестве военнослужащего или гражданского служащего в боевых действиях либо в военных маневрах, либо испытаниях военной техники или иных подобных операциях, либо в миротворческих операциях, либо в любых видах учений или походов кораблей, либо в предотвращении и ликвидации последствий стихийных бедствий, аварий и катастроф, либо в спасательных операциях;
- 3.4.5 выполнения Застрахованным в качестве военнослужащего или гражданского служащего задач в условиях чрезвычайного, военного положения и при вооруженных конфликтах;
- 3.4.6 причин, прямо или косвенно вызванных психическим заболеванием Застрахованного, параличей, эпилептических припадков, если они не явились следствием несчастного случая;
- 3.4.7 беременности, родов и/или их осложнений;
- 3.4.8 нарушения правил проезда на общественном транспорте, установленных перевозчиком (в отношении рисков, указанных в п. 3.1.2, п. 3.1.5).

4 СТРАХОВАЯ СУММА. СТРАХОВАЯ ПРЕМИЯ (СТРАХОВЫЕ ВЗНОСЫ)

- 4.1 По каждому риску Программы НС, указанному в п. 3.1 Дополнительных условий,

страховая сумма устанавливается отдельно.

- 4.2 Страховой тариф и сумма страховой премии соответственно по каждому риску Программы НС, указанных в п. 3.1 Дополнительных условий, определяется в зависимости от условий договора страхования, размера страховых сумм, срока действия договора, порядка и срока уплаты взносов.
- 4.3 Срок и порядок оплаты страховой премии (страховых взносов) по Программе НС соответствуют сроку и порядку оплаты взносов по программе, предусмотренной договором и действующей в соответствии с Правилами.
- 4.4 Страховщик оставляет за собой право по результатам анализа статистической информации изменять в течение срока страхования страховой тариф по рискам **«временная нетрудоспособность Застрахованного»** и **«временная нетрудоспособность Застрахованного с расширенной выплатой»**, величину страховой премии (страховых взносов) по данным страховым рискам, подлежащей уплате в дальнейшем, но не чаще, чем один раз в год. В случае изменения страхового тарифа и/ или страховой премии (страховых взносов) Страховщик направляет Страхователю дополнительное соглашение к договору страхования в порядке, предусмотренном п.6.18 Правил. При отказе Страхователя от изменения страхового тарифа и/ или страховой премии (страховых взносов) страхование по соответствующим страховым рискам прекращается в дату окончания последнего оплаченного периода страхования по данным рискам.

5 СРОК СТРАХОВАНИЯ ПО ПРОГРАММАМ, ВКЛЮЧЕНИЕ ПРОГРАММ В ДОГОВОР СТРАХОВАНИЯ И ИХ ИСКЛЮЧЕНИЕ

- 5.1 Если иное не предусмотрено договором, Программа НС действует в течение срока страхования, предусмотренного договором по программе, действующей в соответствии с Правилами.
- 5.2 Если один или несколько рисков Программы НС, указанных в п. 3.1 настоящих Дополнительных условий, будут включены в договор после вступления договора в силу, срок страхования по Программе НС начинается с 00 часов даты начала срока ее действия, указанного в соответствующем дополнительном соглашении, но не ранее дня, следующего за днем уплаты страховой премии (первого страхового взноса) по данной программе в полном объеме.
- 5.3 Действие Программы НС прекращается в случаях:
- 5.3.1 истечения срока действия программы;
- 5.3.2 по инициативе Страхователя;
О намерении досрочного прекращения программы страхования Страхователь обязан уведомить Страховщика не менее чем за тридцать дней до предполагаемой даты прекращения страхования по Программе, если при заключении договора стороны не предусмотрели иной срок.
Страхование по программе считается прекращенным с 00 часов 00 минут дня, указанного в заявлении, или 30 дней с даты получения заявления Страховщиком, если дата прекращения не указана либо указанная Страхователем дата является более ранней, чем 30 дней с даты получения заявления Страховщиком.
- 5.3.3 при прекращении действия договора страхования по основаниям, предусмотренным Правилами;
- 5.3.4 при преобразовании договора в Оплаченный договор в порядке, предусмотренном

- п. 5.15.1. Правил;
- 5.3.5 при достижении Застрахованным 70-летнего возраста – со следующей за днем рождения годовщины договора, даже если продолжится страхование по иным программам страхования в договоре;
- 5.3.6 при осуществлении страховой выплаты в связи с событиями «инвалидность Застрахованного в результате НС», «инвалидность Застрахованного на общественном транспорте», «инвалидность Застрахованного во время стихийного бедствия» – в отношении возможности наступления данных событий в дальнейшем;
- 5.3.7 в иных случаях, предусмотренных договором страхования.
- 5.4 В случае прекращения действия Программы НС уплата взносов по данной программе прекращается. Часть последнего уплаченного страхового взноса, пропорциональная неистекшей части периода страхования, за который внесен этот взнос (за вычетом расходов Страховщика), подлежит возврату Страхователю.

6 ПОРЯДОК РАСЧЕТА РАЗМЕРА И ОСУЩЕСТВЛЕНИЯ СТРАХОВОЙ ВЫПЛАТЫ ПО ПРОГРАММАМ

- 6.1 Сумма страховой выплаты по Программе НС определяется в зависимости от страхового случая, если иное не предусмотрено договором страхования:
- 6.1.1 по случаю «смерть Застрахованного в результате НС» (п. 3.1.1) страховая выплата производится одновременно в размере 100% страховой суммы;
- 6.1.2 по случаю «смерть Застрахованного на общественном транспорте» (п. 3.1.2) страховая выплата производится одновременно в установленном договором размере;
- 6.1.3 по случаю «смерть Застрахованного во время стихийного бедствия» (п. 3.1.3) страховая выплата производится одновременно в установленном договором размере;
- 6.1.4 по случаю «инвалидность Застрахованного в результате НС» (п. 3.1.4) страховая выплата производится одновременно при определении I, II или III группы инвалидности в установленном договором размере, соответствующем группе инвалидности, первоначально установленной в результате несчастного случая;
- 6.1.5 по случаю «инвалидность Застрахованного на общественном транспорте» (п. 3.1.5) страховая выплата производится одновременно при определении I, II или III группы инвалидности в установленном договором размере, соответствующем группе инвалидности, первоначально установленной в результате несчастного случая;
- 6.1.6 по случаю «инвалидность Застрахованного во время стихийного бедствия» (п. 3.1.6) страховая выплата производится одновременно при определении I, II или III группы инвалидности в установленном договором размере, соответствующем группе инвалидности, первоначально установленной в результате несчастного случая;
- 6.1.7 по случаю «телесные повреждения Застрахованного» (п. 3.1.7) страховая выплата производится одновременно, размер выплаты определяется согласно Таблице размеров страховых выплат, указанной в договоре;
- 6.1.8 по случаю «временная нетрудоспособность Застрахованного» (п. 3.1.8) страховая выплата осуществляется в установленном в договоре размере (от 0,1 % до 1% от

страховой суммы) за каждый день нетрудоспособности, начиная с 1-го или другого указанного в договоре дня нетрудоспособности, но не более чем за 30 дней по одному страховому случаю. Подтверждением временной нетрудоспособности является только листок нетрудоспособности с указанием количества дней нетрудоспособности, выданный и полностью оформленный в соответствии с законодательством РФ медицинской организацией и работодателем. Копия листка нетрудоспособности заверяется работодателем. Договором страхования устанавливается максимальное количество дней оплаты по временной нетрудоспособности в связи с одним страховым случаем, а также количество возможных страховых выплат в течение одного страхового года;

- 6.1.9 по случаю «временная нетрудоспособность Застрахованного с расширенной выплатой» (п. 3.1.9) страховая выплата осуществляется в установленном в договоре размере (от 0,1 % до 1% от страховой суммы) за каждый день нетрудоспособности, начиная с 1-го или другого указанного в договоре дня нетрудоспособности, но не более чем за 60 дней по одному страховому случаю. Подтверждением временной нетрудоспособности является только листок нетрудоспособности с указанием количества дней нетрудоспособности, выданный и полностью оформленный в соответствии с законодательством РФ медицинской организацией и работодателем. Копия листка нетрудоспособности заверяется работодателем. Кроме этого, договором страхования определяется перечень дополнительных условий, необходимых для осуществления страховой выплаты по случаю «временная нетрудоспособность Застрахованного с расширенной выплатой», а также максимальное количество дней оплаты по временной нетрудоспособности в связи с одним страховым случаем и количество возможных страховых выплат в течение одного страхового года;
- 6.1.10 по случаю «госпитализация Застрахованного» (п. 3.1.10) страховая выплата осуществляется в установленном в договоре размере за каждый день нахождения на стационарном лечении, начиная с 1-го или другого указанного в договоре дня. Договором страхования может быть установлено максимальное количество дней нахождения на стационарном лечении, за которое производится страховая выплата в связи с одним страховым случаем.
- 6.2 Если в результате одного и того же несчастного случая договор страхования предусматривает выплату по двум или большему количеству событий, указанных в п. 3.1.1.1. Дополнительные условия, то выплате подлежит большая из страховых выплат за вычетом сумм, выплаченных ранее в связи с данным несчастным случаем, если иное не предусмотрено договором страхования.
- 6.3 Для получения страховой выплаты Страховщику должны быть представлены следующие документы, если иное не предусмотрено условиями договора:
- 6.3.1 для случая «смерть Застрахованного в результате НС», предусмотренного п. 3.1.1.1. Дополнительные условия:
- договор страхования (полис);
 - заявление по установленной форме;
 - свидетельство ЗАГСа о смерти Застрахованного или его нотариально заверенная копия;
 - распоряжение Страхователя (Застрахованного) о назначении Выгодоприобретателя страховой выплаты (если оно было составлено отдельно от договора страхования);
 - документ, удостоверяющий личность Выгодоприобретателя;
 - свидетельство о праве на наследство, выданное нотариусом (либо его заверенную

копию), предоставляется наследником Застрахованного, если Выгодоприобретатель не был указан в договоре страхования;

- иные запрошенные Страховщиком документы, подтверждающие факт и обстоятельства наступления страхового события.

6.3.2 для случая «смерть Застрахованного на общественном транспорте», предусмотренного п. 3.1.2 Дополнительных условий:

- договор страхования (полис);
- заявление по установленной форме;
- свидетельство ЗАГСа о смерти Застрахованного или его нотариально заверенная копия;
- список погибших потерпевших, предоставленный перевозчиком;
- медицинское свидетельство о смерти Застрахованного, выданное и оформленное в соответствии с установленным законодательством Российской Федерации медицинской организацией, в которую был доставлен Застрахованный, с указанием причины смерти, а также обстоятельств, при которых она произошла;
- распоряжение Страхователя (Застрахованного) о назначении Выгодоприобретателя страховой выплаты (если оно было составлено отдельно от договора страхования);
- документ, удостоверяющий личность Выгодоприобретателя;
- свидетельство о праве на наследство, выданное нотариусом (либо его заверенную копию), предоставляется наследником Застрахованного, если Выгодоприобретатель не был указан в договоре страхования;
- документ о произошедшем событии на транспорте и его обстоятельствах, оформленный в порядке, определенном правилами перевозки пассажиров соответствующим видом транспорта, подтверждающий причинение вреда Застрахованному, который составляется перевозчиком или лицом, уполномоченным перевозчиком, и содержит следующую информацию:
 - дата, время, место составления;
 - вид транспорта, номер маршрута (рейса) и иные признаки, идентифицирующие транспортное средство (государственный регистрационный номер, заводской номер и т.д.);
 - полное наименование перевозчика в соответствии со свидетельством о государственной регистрации юридического лица или индивидуального предпринимателя;
 - фамилия, имя, отчество потерпевшего (при возможности установления);
 - место произошедшего события;
 - описание произошедшего события и его обстоятельств;
 - характер вреда, причиненного Застрахованному (пассажиру): вред жизни, вред здоровью, с описанием видимых повреждений при возможности установить повреждения визуально;
 - информация о свидетелях (в случае их наличия) с указанием их контактной информации;
 - подпись, фамилия, инициалы должностного лица перевозчика, заверенные печатью перевозчика или лица, уполномоченного перевозчиком;
- иные запрошенные Страховщиком документы, подтверждающие факт и

обстоятельства наступления страхового события.

6.3.3 для случая «смерть Застрахованного во время стихийного бедствия» предусмотренного п. 3.1.3 настоящих Дополнительных условий:

- копия договора страхования (полиса);
- заявление по установленной форме;
- документ, удостоверяющий личность Выгодоприобретателя;
- справка станции экстренной медицинской помощи об оказанной медицинской помощи, о проведенных обследованиях, диагнозе, месте и времени обращения за медицинской помощью, составленная с учетом информации, отраженной в карте вызова скорой медицинской помощи;
- документ государственной организации по чрезвычайным ситуациям и ликвидации последствий стихийных бедствий, действующей на территории стихийного бедствия (например, МЧС России, FEMA и пр.), подтверждающий статус погибшего в чрезвычайной ситуации во время стихийного бедствия;
- медицинское свидетельство о смерти Застрахованного, с указанием причины смерти, а также обстоятельств, при которых она произошла;
- распоряжение Страхователя (Застрахованного) о назначении Выгодоприобретателя страховой выплаты (если оно было составлено отдельно от договора страхования);
- документ, удостоверяющий личность Выгодоприобретателя;
- свидетельство о праве на наследство, выданное нотариусом (либо его заверенную копию), предоставляется наследником Застрахованного, если Выгодоприобретатель не был указан в договоре страхования;
- иные запрошенные Страховщиком документы, подтверждающие факт и обстоятельства наступления страхового события.

6.3.4 для случаев «инвалидность Застрахованного в результате НС», «телесные повреждения Застрахованного», «временная нетрудоспособность Застрахованного», «временная нетрудоспособность Застрахованного с расширенной выплатой», «госпитализация Застрахованного», предусмотренных пп.3.1.4, 3.1.7 - 3.1.10 Дополнительных условий:

- копия договора страхования (полиса);
- заявление по установленной форме;
- документ, подтверждающий личность заявителя;
- документы лечебно-профилактического, клинического или иного лечебного учреждения, врача, МСЭ (при установлении инвалидности или присвоении категории «ребенок-инвалид»); при необходимости – акт о несчастном случае, составленный на предприятии;
- иные запрошенные Страховщиком документы, подтверждающие факт наступления страхового события и степень тяжести вреда здоровью Застрахованного;

6.3.5 для случая «инвалидность Застрахованного на общественном транспорте», предусмотренного п. 3.1.5 Дополнительных условий:

- копия договора страхования (полиса);
- заявление по установленной форме;
- документ, подтверждающий личность заявителя;
- документы лечебно-профилактического, клинического или иного лечебного учреждения, врача, МСЭ (при установлении инвалидности или категории «ребенок-

инвалид»);

- документ о произошедшем событии на транспорте и его обстоятельствах, оформленный в порядке, определенном правилами перевозки пассажиров соответствующим видом транспорта, подтверждающий причинение вреда Застрахованному, который составляется перевозчиком или лицом, уполномоченным перевозчиком, и содержит следующую информацию:
 - дата, время, место составления;
 - вид транспорта, номер маршрута (рейса) и иные признаки, идентифицирующие транспортное средство (государственный регистрационный номер, заводской номер и т.д.);
 - полное наименование перевозчика в соответствии со свидетельством о государственной регистрации юридического лица или индивидуального предпринимателя;
 - фамилия, имя, отчество потерпевшего (при возможности установления);
 - место произошедшего события;
 - описание произошедшего события и его обстоятельств;
 - характер вреда, причиненного Застрахованному (пассажиру): вред жизни, вред здоровью, с описанием видимых повреждений при возможности установить повреждения визуально;
 - информация о свидетелях (в случае их наличия) с указанием их контактной информации;
 - подпись, фамилия, инициалы должностного лица перевозчика, заверенные печатью перевозчика или лица, уполномоченного перевозчиком;
- документы, выданные и оформленные в соответствии с порядком, установленным медицинской организацией, в которую был доставлен или обратился самостоятельно Застрахованный (потерпевший), с указанием характера полученных Застрахованным травм и увечий, диагноза и периода нетрудоспособности;
- иные запрошенные Страховщиком документы, подтверждающие факт наступления страхового события и степень тяжести вреда здоровью Застрахованного.

6.3.6 для случая «инвалидность Застрахованного во время стихийного бедствия», предусмотренного п. 3.1.6 Дополнительных условий:

- копия договора страхования (полиса);
- заявление по установленной форме;
- документ, подтверждающий личность заявителя;
- документы лечебно-профилактического, клинического или иного лечебного учреждения, врача, МСЭ (при установлении инвалидности или присвоении категории «ребенок-инвалид»);
- справка станции экстренной медицинской помощи об оказанной медицинской помощи, о проведенных обследованиях, диагнозе, месте и времени обращения за медицинской помощью, составленная с учетом информации, отраженной в карте вызова скорой медицинской помощи;
- документ государственной организации по чрезвычайным ситуациям и ликвидации последствий стихийных бедствий, действующей на территории стихийного бедствия (например, МЧС России, FEMA и пр.), подтверждающий статус пострадавшего в чрезвычайной ситуации в результате несчастного случая во время стихийного

бедствия;

- документы, выданные медицинской организацией, в которую был доставлен или обратился самостоятельно Застрахованный (потерпевший), с указанием характера полученных Застрахованным травм и увечий;
- иные запрошенные Страховщиком документы, подтверждающие факт наступления страхового события и степень тяжести вреда здоровью Застрахованного.

6.4 Страховщик вправе самостоятельно принять решение о достаточности фактически представленных документов для признания события, наступившего с Застрахованным, страховым случаем и определения размера страховой выплаты, а также запросить дополнительные документы необходимые для принятия решения о страховой выплате.

6.5 Страховая выплата либо уведомление об отказе в выплате производятся в течение 14 (четырнадцати) рабочих дней с момента получения всех необходимых документов, указанных в п. 6.3 Дополнительных условий, а также иных документов, устанавливающих факт наступления и причину страхового случая, которые были запрошены Страховщиком дополнительно.

УТВЕРЖДЕНО

приказом Генерального директора

ООО «ППФ Страхование жизни»

от «30» мая 2016 г. № 49

**Дополнительные условия по страхованию
пожизненной ренты (аннуитеты)
к ОБЩИМ ПРАВИЛАМ
ДОБРОВОЛЬНОГО СТРАХОВАНИЯ ЖИЗНИ**

1. ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ. ОПРЕДЕЛЕНИЯ
2. СУБЪЕКТЫ СТРАХОВАНИЯ
3. СТРАХОВЫЕ РИСКИ. СТРАХОВЫЕ СЛУЧАИ. ПРОГРАММЫ СТРАХОВАНИЯ
4. СТРАХОВАЯ СУММА. СТРАХОВАЯ ПРЕМИЯ (СТРАХОВЫЕ ВЗНОСЫ)
5. СРОК СТРАХОВАНИЯ И ПРОГРАММАМ, ВКЛЮЧЕНИЕ ПРОГРАММ В ДОГОВОР СТРАХОВАНИЯ И ИХ ИСКЛЮЧЕНИЕ
6. ПОРЯДОК РАСЧЕТА РАЗМЕРА И ОСУЩЕСТВЛЕНИЯ СТРАХОВОЙ ВЫПЛАТЫ ПО ПРОГРАММАМ

1. ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ. ОПРЕДЕЛЕНИЯ

1.1. Настоящие Дополнительные условия по страхованию пожизненной ренты (аннуитеты) являются дополнением к Общим правилам добровольного страхования жизни, утвержденным 30 мая 2016 года (Правилам), и не могут применяться самостоятельно.

1.2. Настоящими условиями оговариваются только положения, дополняющие или изменяющие положения, описанные в Правилах. Положения Правил применяются к страхованию на основе настоящих Дополнительных условий, если в Дополнительных условиях или договоре страхования (полисе) не предусмотрено иное.

1.3. При расхождении положений Правил и настоящих Дополнительных условий в отношении программ страхования, описанных настоящими Дополнительными условиями, применяются положения Дополнительных условий.

1.4. Дополнительно к определениям, приведенным в Правилах, далее в настоящих Дополнительных условиях используются следующие термины:

1.4.1. **Рента (аннуитет)** - периодические страховые выплаты Застрахованному, производимые Страховщиком в течение периода времени, указанного в договоре страхования. Рента может устанавливаться как в связи с дожитием Застрахованного до определенного срока, даты или возраста, так и в связи со случаями утраты трудоспособности.

1.4.2. **Пожизненная Рента** - рента, которая выплачивается Застрахованному на протяжении всей его жизни, начиная с определенного возраста или события, указанного в договоре страхования. В случае смерти Застрахованного выплата ренты прекращается.

1.4.3. **Временная Рента** - рента, которая выплачивается Застрахованному на протяжении определенного периода, начиная с определенного возраста или события, указанного в договоре страхования. В случае смерти Застрахованного в течение этого периода выплата ренты прекращается.

1.4.4. **Период гарантированной выплаты ренты** - указанный в договоре страхования период, в течение которого выплата ренты производится Страховщиком вне зависимости от того, дожил ли Застрахованный до очередного срока выплаты ренты или нет. Выплата ренты в течение этого периода осуществляется Застрахованному в случае его дожития или Выгодоприобретателям в случае смерти Застрахованного.

1.4.5. **Договор дополнительного пенсионного страхования** - если договор страхования предусматривает начало выплаты ренты (аннуитета) не ранее, чем с даты достижения Застрахованным установленного законом пенсионного возраста, то такой договор является договором дополнительного пенсионного обеспечения.

2. СУБЪЕКТЫ СТРАХОВАНИЯ

2.1. Основной Застрахованный – при заключении договора страхования на основании настоящих дополнительных условий Страхователь одновременно является Застрахованным (Основным Застрахованным).

2.2. Дополнительный Застрахованный - дееспособное физическое лицо в возрасте от 0 до 100 лет, в отношении жизни и/или здоровья которого заключен и действует договор страхования.

3. СТРАХОВЫЕ РИСКИ. СТРАХОВЫЕ СЛУЧАИ. ПРОГРАММЫ СТРАХОВАНИЯ

3.1. В соответствии с настоящими Дополнительными условиями следующие события в жизни Застрахованного являются страховыми рисками и могут быть признаны страховыми случаями:

3.1.1. дожитие Застрахованного до установленного договором страхования срока, события или возраста для выплаты страховой ренты (аннуитета). Далее – **«дожитие Застрахованного»**;

3.1.2. смерть Застрахованного в течение периода гарантированной выплаты ренты, предусмотренного договором страхования. Далее – **«смерть Застрахованного»**.

3.2. Событие, предусмотренное п. 3.1.2 настоящих Дополнительных условий, не признается страховым случаем, если оно попадает под действие условий п. 4.4 Правил.

3.3. При включении в договор страхования рисков, указанных в п. 3.1 настоящих Дополнительных условий, они могут составить одну из следующих программ страхования (далее по тексту **Программы страхования аннуитетов (рент)**):

3.3.1. **«Страхование пожизненной ренты»**, по которому предусмотрена страховая выплата при наступлении страхового случая, указанного в п. 3.1.1, далее - Программа Пожизненной ренты;

3.3.2. **«Страхование пожизненной ренты с периодом гарантированной выплаты»** (далее – Программа Пожизненной ренты с периодом гарантированной выплаты), при этом предусмотрен период гарантированной выплаты ренты, когда выплата ренты осуществляется как при наступлении страхового случая, указанного в п. 3.1.1, так и при наступлении страхового случая, указанного в п. 3.1.2 настоящих Дополнительных условий. По истечении периода гарантированной выплаты рента выплачивается только при условии дожития Застрахованного до даты очередной выплаты ренты;

3.3.3. **«Страхование пожизненной ренты с наследованием супругой/супругом»** (далее – Программа Пожизненной ренты с наследованием), по которой предусмотрена страховая выплата при дожитии (п. 3.1.1) Основного или Дополнительного Застрахованного до очередной годовщины выплаты ренты.

4. СТРАХОВАЯ СУММА. СТРАХОВАЯ ПРЕМИЯ (СТРАХОВЫЕ ВЗНОСЫ)

4.1. Страховая сумма по каждой из программ страхования, указанных в п. 3.2 настоящих Дополнительных условий, устанавливается дополнительным соглашением по страхованию аннуитетов (рент) отдельно от прочих программ страхования, включенным в договор страхования.

4.2. Страховой тариф определяется в зависимости от:

- программы страхования,
- размера страховой суммы,
- пола Застрахованного,
- возраста Застрахованного на момент вступления программы страхования в силу,
- возраста Застрахованного на момент начала периода выплаты ренты,
- порядка выплаты ренты,
- продолжительности периода гарантированной выплаты ренты,
- возраста Дополнительного Застрахованного на момент начала периода выплаты ренты Основному Застрахованному.

4.3. Страховая премия по каждой из Программ страхования по настоящим Дополнительным условиям определяется в соответствии с тарифами, действующими на момент вступления дополнительного соглашения по страхованию аннуитетов (рент) в силу.

5. СРОК СТРАХОВАНИЯ ПО ПРОГРАММАМ, ВКЛЮЧЕНИЕ ПРОГРАММ В ДОГОВОР СТРАХОВАНИЯ И ИХ ИСКЛЮЧЕНИЕ

5.1. Срок страхования по Программе страхования аннуитетов (рент) начинается с даты начала ее действия, указанной в дополнительном соглашении по страхованию аннуитетов (рент), но не ранее даты, следующей за датой единовременной страховой выплаты по основной программе страхования.

5.2. В течение срока страхования по Программе страхования аннуитетов (рент) различают:

5.2.1. период накопления, определяемый как промежуток времени между датой единовременной страховой выплаты по основной программе страхования и установленной дополнительным соглашением датой наступления первого страхового случая Дожитие Застрахованного;

5.2.2. период выплаты страховой ренты.

5.3. При наступлении страхового случая по программе страхования, предусматривающей при этом единовременную страховую выплату, к договору страхования жизни может быть оформлено дополнительное соглашение о вступлении в действие и условиях Программы страхования аннуитетов (рент). Дополнительное соглашение составляется в письменной форме в соответствии с требованиями п. 6.17 Правил.

5.4. В соответствии с дополнительным соглашением сумма страховой выплаты по первоначальной программе страхования (полностью или частично) может засчитываться в качестве страховой премии по Программе страхования аннуитетов (рент). Зачисляемая в качестве страховой премии по Программе страхования аннуитетов (рент) доля единовременной страховой выплаты определяется по распоряжению Застрахованного (Выгодоприобретателя).

5.5. В соответствии с дополнительным соглашением Застрахованный (или Выгодоприобретатель) по первоначальной программе является Страхователем и одновременно Застрахованным (Основным Застрахованным) по Программе страхования аннуитетов (рент).

5.6. Действие Программы страхования аннуитетов (рент) прекращается в случае:

5.6.1. истечения срока страхования Программы;

5.6.2. выполнения Страховщиком своих обязательств в полном объеме по Программе;

5.6.3. по инициативе Страхователя, посредством заблаговременного письменного заявления, не менее, чем за 30 (тридцать) дней до предполагаемой даты прекращения, если иной срок согласован сторонами;

5.6.4. по соглашению сторон о намерении досрочно прекратить действие договора страхования с уведомлением друг друга письменно не позднее, чем за 30 (тридцать) дней до даты предполагаемого расторжения;

5.6.5. если возможность наступления страхового случая отпала, и существование страхового риска прекратилось по обстоятельствам иным, чем страховой случай, в т.ч. смерти Застрахованного.

5.7. Для досрочного прекращения договора страхования Страхователь должен предоставить:

- договор страхования (полис);
- заявление по установленной форме;
- документ, удостоверяющий личность;
- документы, подтверждающие невозможность наступления страхового случая и прекращения существования страхового риска, если досрочное прекращение договора происходит в соответствии с п. 5.6.5.

5.8. Размер выкупной суммы устанавливается в дополнительном соглашении в зависимости от даты прекращения действия Программы.

6. ПОРЯДОК РАСЧЕТА РАЗМЕРА И ОСУЩЕСТВЛЕНИЯ СТРАХОВОЙ ВЫПЛАТЫ ПО ПРОГРАММАМ

6.1. При наступлении с Застрахованным страховых случаев, указанных в п. 3.1 настоящих Дополнительных условий и в соответствии с Программами, предусмотренными п. 3.2 настоящих Дополнительных условий, включенными в договор страхования, размеры страховой выплаты определяются в соответствии с условиями дополнительного соглашения по страхованию аннуитетов (рент).

6.2. Страховая выплата по Программам страхования, предусмотренным п. 3.2 настоящих Дополнительных условий, предоставляется в виде ежегодной, полугодовой, ежеквартальной, ежемесячной ренты, выплачиваемой в начале года, полугода, квартала, месяца соответственно, в соответствии с порядком, указанным в договоре страхования или дополнительном соглашении к договору страхования.

6.3. По программам страхования, указанным в п.п. 3.3.1 и 3.3.2 настоящих Дополнительных условий сумма выплат, производимых в течение одного договорного года (годовая рента), равна страховой сумме, установленной дополнительным соглашением по страхованию аннуитетов (рент).

6.4. По программе страхования, указанной в п. 3.3.3 настоящих Дополнительных условий, сумма рентных выплат, производимых в течение одного договорного года (годовая рента):

6.4.1. Основному Застрахованному составляет 100% страховой суммы, установленной дополнительным соглашением по программе страхования аннуитетов (рент);

6.4.2. Дополнительному Застрахованному составляет долю от страховой суммы по программе страхования, определенную дополнительным соглашением по страхованию аннуитетов (рент).

6.5. В случае прекращения страхования по Программе страхования аннуитетов (рент) по причине, указанной в п.п. 5.6.4 и 5.6.5, Страховщик выплачивает Страхователю выкупную сумму (п. 5.8 настоящих Дополнительных условий).

6.6. В случае прекращения страхования по Программе страхования аннуитетов (рент) по причине, указанной в п. 5.6.5, Страховщик возвращает Страхователю сумму уплаченных страховых взносов по данной программе.

6.7. Для получения страховой выплаты Страховщику должны быть представлены следующие документы:

- договор страхования (полис);
- заявление по установленной форме;
- нотариально заверенную датой позднее даты очередной годовщины выплаты ренты копию документа, удостоверяющего личность, или «Свидетельство об удостоверении факта нахождения гражданина в живых», или документ иной формы, установленный Страховщиком для подтверждения нахождения в живых, или лично явиться в офис Страховщика к лицу, уполномоченному Страховщиком подтвердить нахождение гражданина в живых.

6.8. Указанные в п. 6.7 документы должны предоставляться ежегодно перед первой/единственной выплатой в очередном году выплаты ренты.

6.9. Первая либо единственная выплата ренты в каждом году производится в течение 14 (четырнадцати) рабочих дней с момента получения всех необходимых документов, указанных в п. 6.7 настоящих Дополнительных условий.

УТВЕРЖДЕНО

**приказом Генерального директора
ООО «ПФФ Страхование жизни»
от «30» мая 2016 г. № 49**

**Дополнительные условия освобождения от уплаты страховых
взносов (освобождение от уплаты взносов в случае
инвалидности)
к ОБЩИМ ПРАВИЛАМ
ДОБРОВОЛЬНОГО СТРАХОВАНИЯ ЖИЗНИ**

1. ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ. ОПРЕДЕЛЕНИЯ
2. СУБЪЕКТЫ СТРАХОВАНИЯ
3. СТРАХОВЫЕ РИСКИ. СТРАХОВЫЕ СЛУЧАИ. ПРОГРАММЫ СТРАХОВАНИЯ
4. СТРАХОВАЯ СУММА. СТРАХОВАЯ ПРЕМИЯ (СТРАХОВЫЕ ВЗНОСЫ)
5. СРОК СТРАХОВАНИЯ ПРОГРАММЫ, ВКЛЮЧЕНИЕ ПРОГРАММЫ В ДОГОВОР СТРАХОВАНИЯ И ЕЕ ИСКЛЮЧЕНИЕ
6. ПРАВА И ОБЯЗАННОСТИ СТОРОН ДОГОВОРА СТРАХОВАНИЯ
7. ПОРЯДОК РАСЧЕТА РАЗМЕРА И ОСУЩЕСТВЛЕНИЯ СТРАХОВОЙ ВЫПЛАТЫ

1. ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ. ОПРЕДЕЛЕНИЯ

1.1. Настоящие Дополнительные условия являются дополнением к Общим правилам добровольного страхования жизни, утвержденным 30 мая 2016 года (Правилам), и не могут применяться самостоятельно.

1.2. Настоящими условиями оговариваются только положения, дополняющие или изменяющие положения, описанные в Правилах. Положения Правил применяются к страхованию на основе настоящих Дополнительных условий, если в Дополнительных условиях или договоре страхования (полисе) не предусмотрено иное.

1.3. При расхождении положений Правил и настоящих Дополнительных условий в отношении программ страхования, описанных настоящими Дополнительными условиями, применяются положения Дополнительных условий.

1.4. Положения Правил п. 5.10 (в части возможности уплаты Страхователем единовременного взноса) не распространяются на случаи применения настоящих Дополнительных условий.

1.5. Дополнительно к определениям, приведенным в Правилах, далее в настоящих Дополнительных условиях используются следующие термины:

1.5.1. **Полная и постоянная нетрудоспособность** (далее также Инвалидность I группы) - полной и постоянной нетрудоспособностью является полная и абсолютная нетрудоспособность:

- наступившая в результате несчастного случая или болезни, произошедших до годовщины полиса, непосредственно следующей за датой достижения Застрахованным 70-летнего возраста;
- подтвержденная наличием I (первой) группы инвалидности.

1.5.2. **Несчастный случай** - внезапное, кратковременное, непредвиденное, непреднамеренное внешнее событие, характер, время и место которого могут быть однозначно определены, и которое повлекло за собой телесное повреждение, или иное нарушение функций организма, или смерть Застрахованного лица, не являющееся следствием заболевания, произошедшее в течение срока страхования независимо от воли Застрахованного, и/или Страхователя, и/или Выгодоприобретателя.

Не являются несчастным случаем остро возникшие или хронические заболевания и их осложнения (как ранее диагностированные, так и впервые выявленные), спровоцированные воздействием внешних факторов, в частности, инфаркт миокарда, инсульт, аневризмы, опухоли, функциональная недостаточность органов, врождённые аномалии органов.

1.5.3. **Инвалидность** - установленное органом МСЭ стойкое нарушение функций органов и систем организма Застрахованного, обусловленное травмой, острым отравлением, полученными в течение срока страхования и/или болезнью, развившейся и диагностированной в тот же период, сопровождающееся ограничением жизнедеятельности и социальной недостаточностью и ограничением способности к труду.

1.5.4. **Группа Инвалидности** - инвалидность определенной группы (I, II или III) или категория «ребёнок-инвалид» устанавливается органом МСЭ в зависимости от выраженности нарушения функций органов и систем организма Застрахованного лица, а также степени ограничения жизнедеятельности.

1.5.5. **Первичное установление инвалидности** - установление категории или группы инвалидности лицу, не являвшемуся инвалидом.

2. СУБЪЕКТЫ СТРАХОВАНИЯ

2.1. При включении в договор страхования рисков на условиях настоящих **Дополнительных условий**:

2.1.1. Застрахованным по данным **Дополнительным условиям** может быть только Страхователь по договору;

2.1.2. Застрахованный может быть в возрасте от 0 до 70 лет.

3. СТРАХОВЫЕ РИСКИ. СТРАХОВЫЕ СЛУЧАИ. ПРОГРАММЫ СТРАХОВАНИЯ

3.1. В соответствии с настоящими **Дополнительными условиями** следующее событие в жизни Застрахованного является страховым риском и может быть признано страховым случаем: **полная и постоянная утрата трудоспособности** (инвалидность I группы) Застрахованного в результате несчастного случая или болезни.

3.2. Страховой риск по данным **Дополнительным условиям** может быть включен в условия договора страхования и составит **Программу освобождения от уплаты взносов**.

3.3. Договор страхования может предусматривать период с начала срока страхования по Программе освобождения от уплаты взносов (до трех лет), когда Страхователь освобождается от уплаты взносов при наступлении инвалидности Застрахованного, только если она явилась следствием несчастного случая.

3.4. При наступлении полной и постоянной нетрудоспособности (инвалидности I группы) Страхователь освобождается от обязанности уплачивать взносы по договору страхования (полису).

3.5. Освобождение от уплаты взносов действует в отношении всех программ страхования, включенных в договор страхования, если иное не предусмотрено договором страхования, и распространяется на период полной постоянной нетрудоспособности Застрахованного, начиная с даты определения I (первой) группы инвалидности.

3.6. Событие, предусмотренное п. 3.1 настоящих **Дополнительных условий**, не признается страховым случаем, если оно попадает под действие условий п. 4.4 Правил или если оно произошло в результате:

3.6.1. преднамеренного нанесения Застрахованному увечий каким-либо лицом с согласия Застрахованного, вне зависимости от его психического состояния;

3.6.2. занятия Застрахованным любым видом спорта на профессиональном уровне, включая соревнования и тренировки, а также занятия следующими видами спорта на любительской основе: автоспорт, мотоспорт, любые виды конного спорта, воздушные виды спорта, альпинизм, контактные единоборства, стрельба;

3.6.3. участия в любых авиационных перелетах, за исключением полетов в качестве пассажира авиарейса, лицензированного для перевозки пассажиров и управляемого пилотом, имеющим соответствующий сертификат;

3.6.4. причин, прямо или косвенно вызванных психическим заболеванием Застрахованного.

3.7. В течение периода освобождения Страхователя от уплаты взносов по договору страхования все прочие условия договора страхования в отношении других программ страхования действуют в неизменном порядке, за исключением п.п. 5.4, 5.14, 6.18 Правил.

4. СТРАХОВАЯ СУММА. СТРАХОВАЯ ПРЕМИЯ (СТРАХОВЫЕ ВЗНОСЫ)

4.1. Страховой тариф по Программе освобождения от уплаты взносов определяется в зависимости от:

4.1.1. пола, возраста и состояния здоровья Застрахованного;

- 4.1.2. порядка и срока уплаты взносов по программе (программам) Правил, предусмотренной договором страхования;
- 4.1.3. размера суммарной страховой премии по прочим программам, включенным в договор страхования;
- 4.1.4. срока страхования.
- 4.2. Срок и порядок оплаты страховой премии (страховых взносов) по Программе освобождения от уплаты взносов соответствуют сроку и порядку оплаты страховой премии (страховых взносов) по программе (программам) Правил, предусмотренной договором страхования.
- 4.3. Страховая сумма по Программе освобождения от уплаты взносов определяется в размере страхового взноса, подлежащего оплате по договору страхования за год, за исключением взноса по Программе освобождения от уплаты взносов.

5. СРОК СТРАХОВАНИЯ ПО ПРОГРАММЕ, ВКЛЮЧЕНИЕ ПРОГРАММЫ В ДОГОВОР СТРАХОВАНИЯ И ЕЕ ИСКЛЮЧЕНИЕ

- 5.1. Срок страхования по Программе освобождения от уплаты взносов определяется в пределах срока страхования, предусмотренного договором страхования по программе Правил, предусмотренной договором страхования, но не далее годовщины договора, непосредственно следующей за датой достижения Застрахованным 70-летнего возраста, если иное не предусмотрено договором.
- 5.2. Если Программа освобождения от уплаты взносов будет включена в договор после вступления договора в силу, срок страхования по Программе начинается с 00 часов дня, следующего за днем уплаты первого страхового взноса, но не ранее даты начала срока ее действия, указанного в соответствующем дополнительном соглашении, в размере, учитывающем срок страхования по данной Программе.
- 5.3. Страхование по Программе освобождения от уплаты взносов прекращается в случаях:
 - 5.3.1. окончания срока страхования по программе;
 - 5.3.2. при достижении Застрахованным 70-летнего возраста – со следующей за днем рождения годовщины полиса, даже если прочие программы страхования, предусмотренные договором, продолжают действовать;
 - 5.3.3. по инициативе Страхователя посредством заблаговременного, не менее чем за 30 (тридцать) дней до предполагаемой даты прекращения, письменного заявления;
 - 5.3.4. неуплаты или несвоевременной (с учетом льготного периода) уплаты взносов по договору страхования в полном объеме;
 - 5.3.5. при прекращении страхования по программе (программам) Правил, предусмотренной договором страхования;
 - 5.3.6. при преобразовании полиса в Оплаченный полис;
 - 5.3.7. в иных случаях, предусмотренных договором страхования.

6. ПРАВА И ОБЯЗАННОСТИ СТОРОН ДОГОВОРА СТРАХОВАНИЯ

- 6.1. Страхователь обязан в дополнение к обязанностям, перечисленным в п. 7.2 Правил:
 - 6.1.1. периодически в установленные договором сроки предоставлять Страховщику документальные подтверждения непрерывности полной и постоянной нетрудоспособности.
- 6.2. Страховщик имеет право в дополнение к правам, перечисленным в п. 7.3 Правил:
 - 6.2.1. назначить обследование состояния здоровья Застрахованного на предмет определения достоверности его полной и постоянной нетрудоспособности и обоснованности присвоения группы инвалидности в результате несчастного случая или болезни.

7. ПОРЯДОК РАСЧЕТА РАЗМЕРА И ОСУЩЕСТВЛЕНИЯ СТРАХОВОЙ ВЫПЛАТЫ

7.1. Страховая выплата по Программе освобождения от уплаты взносов осуществляется в форме освобождения Страхователя от уплаты взносов по договору страхования с сохранением действия договора страхования в полном объеме.

7.2. Страховой случай (инвалидность I (первой) группы) должен быть подтвержден документами, выданными компетентными органами в установленном законом порядке (МСЭ, судом и другими).

7.3. При наступлении страхового случая (инвалидности I группы) Страхователь обязан в течение обусловленного договором страхования льготного периода (но не позднее, чем в течение 30 дней с даты первого неоплаченного взноса) сообщить Страховщику любым доступным способом, позволяющим объективно зафиксировать факт обращения, о наступлении полной и постоянной нетрудоспособности Застрахованного с последующим предоставлением всей необходимой информации и приложением подтверждающих документов.

7.4. В случае, если Страхователем были оплачены какие-либо страховые взносы, относящиеся к периоду полной и постоянной нетрудоспособности, такие взносы возвращаются Страхователю либо засчитываются в счет будущих взносов по договору страхования, подлежащих уплате по окончании периода освобождения от уплаты взносов.

7.5. Для освобождения от обязанности уплачивать страховые взносы Страховщику должны быть представлены следующие документы:

- копия договора страхования (полиса);
- заявление установленной формы с подробным описанием причины наступления инвалидности;
- документ, удостоверяющий личность заявителя;
- документ, подтверждающий оплату последнего страхового взноса перед датой первичного установления инвалидности I группы;
- нотариально заверенная справка компетентного органа об установлении группы (категории) инвалидности;
- копия направления лечебного учреждения на медико-социальную экспертизу (МСЭ).

7.5.1. Дополнительно Страховщиком могут быть запрошены следующие документы:

- акт о несчастном случае, составленный на предприятии;
- полис обязательного медицинского страхования (ОМС) Застрахованного;
- справка лечебно-профилактического учреждения о прикреплении Застрахованного с указанием даты его прикрепления;
- результаты инструментальных обследований (снимок, электронный носитель, описание).

7.6. Освобождение Страхователя от уплаты взносов прекращается:

7.6.1. по окончании срока действия Программы страхования, описанной в Правилах и включенной в договор страхования, если иное не предусмотрено договором;

7.6.2. по истечении срока действия Программы освобождения от обязанности уплачивать взносы при условии, что продолжится страхование по иным программам страхования в договоре;

7.6.3. с годовщины договора, непосредственно следующей за датой достижения Застрахованным 70-летнего возраста;

7.6.4. при отсутствии в установленный срок документального подтверждения инвалидности I (первой) группы Застрахованного.

7.7. В случае прекращения действия Программы освобождения от уплаты взносов по причинам, указанным в пп. 7.6.2 - 7.6.4 настоящих Дополнительных условий, обязанность Страхователя уплачивать страховые взносы по договору страхования возобновляется в

полном объеме с даты взноса, непосредственно следующей за датой прекращения действия Программы освобождения от уплаты взносов.

7.8. Неисполнение Страхователем требования п. 7.3 настоящих Дополнительных условий дает Страховщику право отказать Страхователю в освобождении от уплаты взносов по договору страхования.

УТВЕРЖДЕНО

**приказом Генерального директора
ООО «ПФФ Страхование жизни»
от «30» мая 2016 г. № 49**

**Дополнительные условия страхования
на случай инвалидности I или II группы по любой причине
к ОБЩИМ ПРАВИЛАМ
ДОБРОВОЛЬНОГО СТРАХОВАНИЯ ЖИЗНИ**

1. ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ. ОПРЕДЕЛЕНИЯ
2. СУБЪЕКТЫ СТРАХОВАНИЯ
3. СТРАХОВЫЕ РИСКИ. СТРАХОВЫЕ СЛУЧАИ. ПРОГРАММЫ СТРАХОВАНИЯ
4. СТРАХОВАЯ СУММА. СТРАХОВАЯ ПРЕМИЯ (СТРАХОВЫЕ ВЗНОСЫ)
5. СРОК СТРАХОВАНИЯ ПРОГРАММЫ, ВКЛЮЧЕНИЕ ПРОГРАММЫ В ДОГОВОР СТРАХОВАНИЯ И ЕЕ ИСКЛЮЧЕНИЕ
6. ПРАВА И ОБЯЗАННОСТИ СТОРОН ДОГОВОРА СТРАХОВАНИЯ
7. ПОРЯДОК РАСЧЕТА РАЗМЕРА И ОСУЩЕСТВЛЕНИЯ СТРАХОВОЙ ВЫПЛАТЫ

1. ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ. ОПРЕДЕЛЕНИЯ

1.1 Настоящие Дополнительные условия являются дополнением к Общим правилам добровольного страхования жизни, утвержденным 30 мая 2016 года (Правилам), и не могут применяться самостоятельно.

1.2 Настоящими условиями оговариваются только положения, дополняющие или изменяющие положения, описанные в Правилах. Положения Правил применяются к страхованию на основе настоящих Дополнительных условий, если в Дополнительных условиях или договоре страхования (полисе) не предусмотрено иное.

1.3 При расхождении положений Правил и настоящих Дополнительных условий в отношении программ страхования, описанных настоящими Дополнительными условиями, применяются положения Дополнительных условий.

1.4 Дополнительно к определениям, приведенным в Правилах, далее в настоящих Дополнительных условиях используются следующие термины:

1.4.1 Несчастный случай - внезапное, кратковременное, непредвиденное, непреднамеренное внешнее событие, характер, время и место которого могут быть однозначно определены, и которое повлекло за собой телесное повреждение, или иное нарушение функций организма, или смерть Застрахованного лица, не являющееся следствием заболевания, произошедшее в течение срока страхования независимо от воли Застрахованного, и/или Страхователя, и/или Выгодоприобретателя.

Не являются несчастным случаем остро возникшие или хронические заболевания и их осложнения (как ранее диагностированные, так и впервые выявленные), спровоцированные воздействием внешних факторов, в частности, инфаркт миокарда, инсульт, аневризмы, опухоли, функциональная недостаточность органов, врождённые аномалии органов.

1.4.2 Инвалидность - установленное органом МСЭ стойкое нарушение функций органов и систем организма Застрахованного, обусловленное травмой, острым отравлением, полученными в течение срока страхования и/или болезнью, развившейся и диагностированной в тот же период, сопровождающееся ограничением жизнедеятельности и социальной недостаточностью, а также ограничением способности к труду.

1.4.3 Группа Инвалидности - инвалидность I или II группы устанавливается органом МСЭ в зависимости от выраженности нарушения функций органов и систем организма Застрахованного лица, а также степени ограничения жизнедеятельности.

1.4.4 Первичное установление инвалидности - установление категории или группы инвалидности лицу, ранее не являвшемуся инвалидом.

1.4.5 Врач - специалист с законченным и зарегистрированным должным образом высшим медицинским образованием, не связанный родственными отношениями с Застрахованным лицом или Выгодоприобретателем, имеющий право на оформление медицинских документов в соответствии с его медицинской специализацией, которые являются одним из оснований для решения вопроса о страховой выплате.

2 СУБЪЕКТЫ СТРАХОВАНИЯ

2.1 Застрахованным по данной Дополнительной программе страхования может являться дееспособное физическое лицо в возрасте от 0 до 70 лет.

2. СТРАХОВЫЕ РИСКИ. СТРАХОВЫЕ СЛУЧАИ. ПРОГРАММЫ СТРАХОВАНИЯ

2.1 В соответствии с настоящими Дополнительными условиями следующее событие в жизни Застрахованного является страховым риском и может быть признано страховым случаем: **первичное установление инвалидности I или II группы Застрахованного по любой причине.**

Согласно настоящим Дополнительным условиям установление инвалидности III группы не является страховым случаем.

2.2 Страховой риск по данным Дополнительным условиям может быть включен в условия договора страхования и составит **Программу страхования на случай инвалидности I или II группы по любой причине (далее – Программа страхования на случай инвалидности ЛП).**

2.3 Договор страхования может предусматривать период с начала срока страхования по Программе страхования на случай инвалидности (до трех лет), когда страховым случаем признается первичное установление инвалидности Застрахованного, только если она явилась следствием несчастного случая.

2.4 При установлении Застрахованному I или II группы инвалидности Страховщик обязуется произвести страховую выплату в соответствии с условиями договора страхования.

2.5 Событие, предусмотренное п.3.1 настоящих Дополнительных условий, не признается страховым случаем, если оно попадает под действие условий п.4.4 Правил или если оно произошло в результате:

2.5.1 преднамеренного нанесения Застрахованному увечий каким-либо лицом с согласия Застрахованного, вне зависимости от его психического состояния;

2.5.2 занятия Застрахованным любым видом спорта на профессиональном уровне, включая соревнования и тренировки, а также занятия следующими видами спорта на любительской основе: автоспорт, мотоспорт, любые виды конного спорта, воздушные виды спорта, альпинизм, контактные единоборства, стрельба;

2.5.3 участия в любых авиационных перелетах, за исключением полетов в качестве пассажира авиарейса, лицензированного для перевозки пассажиров и управляемого пилотом, имеющим соответствующий сертификат;

2.5.4 причин, прямо или косвенно вызванных психическим заболеванием Застрахованного;

2.5.5 беременности, родов и/или их осложнений.

3 СТРАХОВАЯ СУММА. СТРАХОВАЯ ПРЕМИЯ (СТРАХОВЫЕ ВЗНОСЫ)

3.1 Размер страховой суммы по Программе страхования на случай инвалидности устанавливается в договоре страхования.

3.2 Страховой тариф по **Программе страхования на случай инвалидности ЛП** определяется в зависимости от:

3.2.1 пола, возраста и состояния здоровья Застрахованного;

3.2.2 порядка и срока уплаты взносов по программе (программам) Правил, предусмотренной договором страхования;

3.2.3 размера суммарной страховой премии по прочим программам, включенным в договор страхования;

3.2.4 срока страхования.

3.3 Срок и порядок оплаты страховой премии (страховых взносов) по **Программе страхования на случай инвалидности ЛП** соответствуют сроку и порядку оплаты страховой премии (страховых взносов) по программе (программам) Правил, предусмотренной договором страхования.

3.4 Страховая сумма по **Программе страхования на случай инвалидности ЛП** устанавливается отдельно от прочих программ страхования в договоре.

4 СРОК СТРАХОВАНИЯ ПО ПРОГРАММЕ, ВКЛЮЧЕНИЕ ПРОГРАММЫ В ДОГОВОР СТРАХОВАНИЯ И ЕЕ ИСКЛЮЧЕНИЕ

4.1 Срок страхования по **Программе страхования на случай инвалидности ЛП** определяется в пределах срока страхования, предусмотренного договором страхования по программе Правил, предусмотренной договором страхования, но не далее годовщины договора, непосредственно следующей за датой достижения Застрахованным 70-летнего возраста, если иное не предусмотрено договором.

4.2 Если **Программа страхования на случай инвалидности ЛП** будет включена в договор после вступления договора в силу, срок страхования по Программе начинается с 00 часов дня, следующего за днем уплаты первого страхового взноса, но не ранее даты начала срока ее действия, указанного в соответствующем дополнительном соглашении, в размере, учитывающем срок страхования по данной Программе.

4.3 Страхование по **Программе страхования на случай инвалидности ЛП** прекращается в случаях:

4.3.1 окончания срока страхования по программе;

4.3.2 достижения Застрахованным 70-летнего возраста – со следующей за днем рождения годовщины полиса, даже если прочие программы страхования, предусмотренные договором, продолжают действовать;

4.3.3 по инициативе Страхователя посредством заблаговременного, не менее чем за 30 (тридцать) дней до предполагаемой даты прекращения, письменного заявления;

4.3.4 неуплаты или несвоевременной (с учетом льготного периода) уплаты взносов по договору страхования в полном объеме;

4.3.5 прекращения страхования по программе (программам) Правил, предусмотренной договором страхования;

4.3.6 при преобразовании полиса в Оплаченный полис;

4.3.7 при выполнении Страховщиком своих обязательств по **Программе страхования на случай инвалидности ЛП** в полном объеме;

4.3.8 в иных случаях, предусмотренных договором страхования.

5 ПОРЯДОК РАСЧЕТА РАЗМЕРА И ОСУЩЕСТВЛЕНИЯ СТРАХОВОЙ ВЫПЛАТЫ

5.1 Сумма страховой выплаты по **Программе страхования на случай инвалидности ЛП** определяется в размере страховой суммы, установленной по данной программе, если иное не предусмотрено условиями договора.

5.2 Страховая выплата производится одновременно при определении I или II группы инвалидности в определенном договором размере, соответствующем первоначально установленной группе инвалидности.

5.3 Страховой случай (инвалидность I (первой) или II (второй) группы) должен быть подтвержден документами, выданными компетентными органами в установленном законом порядке (МСЭ, судом и другими).

5.4 При наступлении страхового случая Страхователь обязан в течение обусловленного договором страхования льготного периода (но не позднее, чем в течение 30 дней с даты первого неоплаченного взноса) сообщить Страховщику любым доступным способом, позволяющим объективно зафиксировать факт обращения, об установлении инвалидности I или II группы с последующим предоставлением всей необходимой информации и приложением подтверждающих документов.

5.5 Для осуществления страховой выплаты по **Программе страхования на случай инвалидности ЛП** Страховщику должны быть представлены следующие документы:

- копия договора страхования (полиса);
- заявление установленной формы с подробным описанием причины наступления инвалидности;
- документ, удостоверяющий личность заявителя;
- документ, подтверждающий оплату последнего страхового взноса перед датой первичного установления инвалидности I группы;
- нотариально заверенная справка компетентного органа об установлении группы (категории) инвалидности;
- копия направления лечебного учреждения на медико-социальную экспертизу (МСЭ).

6.5.1. Дополнительно Страховщиком могут быть запрошены следующие документы:

- акт о несчастном случае, составленный на предприятии;
- полис обязательного медицинского страхования (ОМС) Застрахованного;
- справка лечебно-профилактического учреждения о прикреплении Застрахованного с указанием даты его прикрепления;
- результаты инструментальных обследований (снимок, электронный носитель, описание).

5.6 Страховщик вправе самостоятельно принять решение о достаточности фактически представленных документов для признания события, наступившего с Застрахованным, страховым случаем и определения размера страховой выплаты, а также запросить дополнительные документы, необходимые для принятия решения о страховой выплате, но не более документов, указанных в п.8.11-8.12 Правил.

5.7 Страховая выплата либо уведомление об отказе в выплате производятся в течение 14 (четырнадцати) рабочих дней с момента получения всех необходимых документов, указанных в п.6.5 настоящих Дополнительных условий, а также результатов медицинского обследования и/или медицинской экспертизы в соответствии с п.8.15 Правил, если такие назначались Страховщиком.

УТВЕРЖДЕНО

**приказом Генерального директора
ООО «ПФ Страхование жизни»
от «30» мая 2016 г. № 49**

**Дополнительные условия страхования на случай смертельно
опасных заболеваний (расширенные, включая страхование
детей) к ОБЩИМ ПРАВИЛАМ ДОБРОВОЛЬНОГО
СТРАХОВАНИЯ ЖИЗНИ**

1. ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ. ОПРЕДЕЛЕНИЯ
2. СУБЪЕКТЫ СТРАХОВАНИЯ
3. СТРАХОВЫЕ РИСКИ. СТРАХОВЫЕ СЛУЧАИ
4. СТРАХОВАЯ СУММА. СТРАХОВАЯ ПРЕМИЯ (СТРАХОВЫЕ ВЗНОСЫ)
5. СРОК СТРАХОВАНИЯ ПО ПРОГРАММЕ, ВКЛЮЧЕНИЕ ПРОГРАММЫ В ДОГОВОР СТРАХОВАНИЯ И ЕЕ ИСКЛЮЧЕНИЕ
6. ДОПОЛНИТЕЛЬНЫЕ ПРАВА И ОБЯЗАННОСТИ СТОРОН ДОГОВОРА СТРАХОВАНИЯ
7. ПОРЯДОК РАСЧЕТА РАЗМЕРА И ОСУЩЕСТВЛЕНИЯ СТРАХОВОЙ ВЫПЛАТЫ ПО ПРОГРАММЕ

1. ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ. ОПРЕДЕЛЕНИЯ

- 1.1 Настоящие Дополнительные условия являются дополнением к Общим правилам добровольного страхования жизни, утвержденным Приказом Генерального директора № 49 от 30.05.2016 года. (Правилам), и не могут применяться самостоятельно.
- 1.2 Настоящими условиями оговариваются только положения, дополняющие или изменяющие положения, описанные в Правилах. Положения Правил применяются к страхованию на основе настоящих Дополнительных условий, если в Дополнительных условиях или договоре страхования (полисе) не предусмотрено иное.
- 1.3 При расхождении положений Правил и настоящих Дополнительных условий в отношении программ страхования, описанных настоящими Дополнительными условиями, применяются положения Дополнительных условий.
- 1.4 Дополнительно к определениям, приведенным в Правилах, далее в настоящих Дополнительных условиях используются следующие термины:
 - 1.4.1 **Врач** - специалист с законченным и должным образом, зарегистрированным высшим медицинским образованием, не связанный родственными отношениями с Застрахованным лицом, имеющий право на оформление медицинских документов, которые являются одним из оснований для решения вопроса о страховой выплате.
 - 1.4.2 **Смертельно опасное заболевание (СОЗ)** - события, значительно нарушающие жизненный уклад и ухудшающие качество жизни Застрахованного, которые могут привести к инвалидности и характеризуются чрезвычайно высоким уровнем смертности (смертельно опасные заболевания).
 - 1.4.3 Если иное не предусмотрено договором страхования, к смертельно опасным заболеваниям в возрасте от 3 до 17 лет (включительно) относятся следующие заболевания и соответствующие им определения:
 - 1.4.3.1 **Рак** означает присутствие новообразования из злокачественных клеток, характеризующегося неконтролируемым ростом и пролиферацией в организме, инвазией и деструкцией смежных тканей и/или отдаленными метастазами. Это определение также включает лейкемию, ракоподобные лимфомы и болезнь Ходжкина. Злокачественные меланомы входят в покрытие, если новообразование больше или равно pT1bN0M0 (вертикальной толщине по Бреслоу > 1 мм или с изъязвлением, или уровнем по Кларку IV/V). Примечание: Дата постановки диагноза – это дата получения точного диагноза по результатам гистопатологического обследования. Если гистопатологическое исследование невозможно по медицинским причинам, диагноз злокачественной опухоли должен быть подтвержден врачом-онкологом. Дополнительно данные медицинские причины должны быть объяснены, и злокачественная опухоль должна быть подтверждена КТ или МРТ исследованием.
Исключения:
 - Доброкачественные или предраковые новообразования;

- Прединвазивные новообразования и новообразования на месте (Tis*);
- Цервикальная дисплазия CIN I-III; · Карцинома мочевого пузыря стадии Ta*;
- Папиллярная или фолликулярная карцинома щитовидной железы, гистологически диагностированная как T1a* (опухоль в наибольшем измерении 1 см или менее) если нет наличия метастазов в лимфатические узлы и/или отдаленных метастазов;
- Рак предстательной железы, гистологически диагностированный как T1N0M0*;
- Хроническая лимфатическая лейкемия (CLL) менее чем стадия 3 по Rai;
- Любые кожные новообразования, не упомянутые в определении;
- Все новообразования при наличии ВИЧ-инфекции или СПИДа.

* В соответствии с Международной классификацией TNM.

1.4.3.2 Хроническая почечная недостаточность - хроническая, необратимая конечная стадия недостаточности обеих почек, требующая либо регулярного гемодиализа, либо перитонеального диализа, либо трансплантации почек. Диагноз должен быть поставлен врачом-нефрологом.

1.4.3.3 Трансплантация жизненно важных органов - фактическая операция по трансплантации жизненно-важного органа (сердца, печени, легкого, почки, тонкого кишечника или поджелудочной железы) или костного мозга у Застрахованного в качестве реципиента. Подтверждение включения Застрахованного в официальный национальный лист ожидания на трансплантацию органов, указанных в настоящем определении, также покрывается.

Исключения: Селективная трансплантация клеток Лангерганса поджелудочной железы не покрывается настоящим определением.

1.4.3.4 Паралич - полная и постоянная потеря способности использования любых двух или более конечностей в силу несчастного случая или болезни. Устойчивость паралича должна быть подтверждена врачом-неврологом через 6 месяцев после наступления.

1.4.3.5 Глухота (Потеря слуха) - полная и необратимая потеря слуха в обоих ушах. Диагноз постоянной потери слуха может быть поставлен не ранее, чем через шесть месяцев после возникновения конкретного заболевания или несчастного случая. Диагноз должен быть подтвержден аудиометрией и определения порога слуха и подтвержден ЛОР-врачом.

1.4.3.6 Инфекционный менингит - воспаление спинномозговых оболочек от инфекционных возбудителей, таких как бактерии или вирусы, приводящее к постоянному и значительному неврологическому дефициту. Диагноз должен быть установлен врачом-неврологом после минимального трехмесячного периода.

Исключение: Инфекционный менингит при наличии ВИЧ-инфекции не покрывается данным определением.

1.4.3.7 Кома - бессознательное состояние, характеризуемое полным отсутствием реакций на внешние раздражители, продолжающееся в течение, по меньшей мере, 96 часов и проявляющееся стойким неврологическим дефицитом. В течении периода отсутствия сознания должно требоваться применение систем поддержания жизни. Данные о постоянном неврологическом повреждении могут быть подтверждены неврологом самое раннее через 3 месяца после события.

Исключения: (1) Кома в результате злоупотребления алкоголем и/или наркотическими препаратами не покрывается определением. (2) Кома, вызываемая/поддерживаемая в целях проведения лечения не относится к данному определению.

1.4.3.8 Слепота (Потеря зрения) - постоянная и необратимая потеря зрения в той степени, при которой даже при использовании вспомогательных оптических средств показатели зрения составляют 3/60 или ниже на лучшем глазе при использовании оптометрической таблицы Снеллена. Диагноз постоянной потери зрения может быть

установлен не менее, чем через шесть месяцев после начала конкретной болезни или несчастного случая. Диагноз должен быть подтвержден офтальмологом.

1.4.3.9 Тяжелая травма головы - травматическое повреждение головного мозга вследствие несчастного случая, ведущее к значительным и постоянным неврологическим дефицитам и функциональному нарушению. Диагноз, включая постоянное функциональное нарушение, должен быть подтвержден неврологом, по меньшей мере, через 4 недели после события.

1.4.3.10 Энцефалит - тяжелое воспаление тканей головного мозга от возбудителей инфекций, таких как вирусы и бактерии, приводящее к значительному и постоянному неврологическому дефициту. Диагноз должен быть поставлен не ранее, чем через три месяца с начала энцефалита врачом-неврологом.

Исключение: Энцефалит при наличии ВИЧ-инфекции исключается из данного определения.

1.4.4 Если иное не предусмотрено договором страхования, к смертельно опасным заболеваниям в возрасте от 18 до 65 лет (включительно) относятся следующие заболевания и соответствующие им определения:

1.4.4.1 Рак - наличие одной или более злокачественных опухолей, включая:

- лейкемию (кроме хронической лимфоцитарной лейкемии),
- лимфомы,
- болезнь Ходжкина,

характеризующихся обязательным наличием всех трех признаков:

- неконтролируемым ростом;
- способностью к метастазированию;
- внедрением в здоровые ткани.

Диагноз должен быть подтвержден опытным врачом-онкологом на основании гистологического исследования.

Исключения:

- опухоли со злокачественными изменениями карцином *in situ* (включая дисплазию шейки матки 1, 2, 3 стадий) или гистологически описанные как предраки;
- меланома, максимальная толщина которой в соответствии с гистологическим заключением меньше 1,5 мм или которая не превышает уровня развития T3N(0) M(0) по классификации TNM; любая другая опухоль, не проникающая в сосочковоретикулярный слой;
- все гиперкератозы или базально-клеточные 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.

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

Диагноз должен быть обоснован наличием всех 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.

Диагноз и данные обследования должны подтверждаться врачом-кардиологом.

1.4.4.3 Инсульт - острое нарушение мозгового кровообращения, характеризующееся стойкими неврологическими нарушениями, возникшими в результате инфаркта мозга или эмболии экстракраниальных сосудов, сохраняющимися более 24 часов.

Наличие постоянных неврологических нарушений должно быть подтверждено врачом-неврологом по истечении минимум 6 недель после возникновения инсульта.

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 вертебробазилярной ишемии.

1.4.4.4 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 или трансплантации донорской почки.

Диагноз должен быть подтвержден врачом-нефрологом.

1.4.4.5 Аортокоронарное шунтирование – это прямое оперативное вмешательство на сердце доступом срединной стернотомии, рекомендованное кардиохирургом для устранения стеноза или окклюзии коронарных артерий.

Исключения:

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

Диагноз должен быть подтвержден кардиохирургом.

1.4.4.6 Трансплантация жизненно важных органов и (или) тканей человека - перенесение в качестве реципиента трансплантации:

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

Исключения:

- донорство органов.

1.4.4.7 Паралич - полный и постоянный паралич, проявляющийся:

- параплегией;
- гемиплегией;
- тетраплегией.

Паралич не является страховым случаем, если он развился вследствие:

- болезни, которая была впервые диагностирована у Застрахованного до даты заключения договора страхования, за исключением тех болезней, о наличии которых Страховщик был уведомлен Страхователем до заключения договора страхования;
- несчастного случая, произошедшего с Застрахованным до даты заключения договора страхования в случаях, если Застрахованный до заключения договора страхования не информировал Страховщика о таком несчастном случае.

1.4.4.8 Глухота - постоянная необратимая потеря слуха на оба уха, при этом порог слышимости должен составлять не менее 90Дб в течение 30 дней и более со дня постановки диагноза. Окончательный диагноз постоянной потери слуха должен быть поставлен врачом-специалистом не ранее, чем через шесть месяцев после

возникновения конкретного заболевания или несчастного случая при обязательном наличии результатов аудиометрии.

1.4.4.9 Потеря речи - полная и необратимая потеря способности говорить в связи с физическим повреждением или хроническим заболеванием голосовых связок/гортани. Диагноз должен быть подтвержден врачом-отоларингологом по истечении минимального и непрерывного периода заболевания в 180 дней. Исключение: Потеря речи психогенного характера.

1.4.4.10 Апластическая анемия - хроническая недостаточность костного мозга, выражающаяся анемией, нейтропенией и тромбоцитопенией, подтвержденная результатами биопсии и лечаемая одним из следующих способов:

- использование препаратов, стимулирующих костный мозг;
- использование иммуносупрессивных препаратов;
- пересадка костного мозга.

Окончательный диагноз должен быть подтвержден врачом-специалистом.

1.4.4.11 Апаллический синдром - полное омертвление коры головного мозга с сохранным стволом мозга. Данное расстройство характеризуется отсутствием основных когнитивных функций, отсутствием реакции на любой раздражитель и отсутствием взаимодействия с другими людьми. Диагноз должен быть установлен неврологом, а также результатами специальных исследований (компьютерная, магнитно-резонансная или позитронная эмиссионная томография головного мозга) и документально подтвержден, по крайней мере, в течение 30 дней.

1.4.4.12 Бактериальный менингит - должен быть подтвержден ростом уровня патогенных микроорганизмов в спинномозговой жидкости, являющегося причиной постоянной неврологической недостаточности в течение не менее 60 дней со дня постановки диагноза, что должно быть подтверждено соответствующими медицинскими документами.

Исключения: Инфекционный менингит при наличии ВИЧ-инфекции, а также вирусный менингит.

1.4.4.13 Болезнь Альцгеймера или другая органическая деменция (в возрасте до 60 лет).

Нарушение или утрата интеллектуальных способностей и/или аномальное поведение, диагностированное и подтвержденное неврологом. Диагноз болезни Альцгеймера или другой органической деменции должен быть подтвержден клиническим состоянием, общепринятыми вопросниками или тестами, относящимися к болезни Альцгеймера или необратимым органическим дегенеративным расстройствам. Болезнь должна проявляться в значительном снижении как умственной, так и социальной активности, что требует постоянного надзора и помощи Застрахованному. Диагноз должен быть поставлен до 60 лет.

Исключения: невротические или психические расстройства.

1.4.4.14 Болезнь Паркинсона (в возрасте до 60 лет).

Однозначный диагноз болезни Паркинсона в возрасте до 60 лет должен быть поставлен врачом-неврологом. Заболевание, характеризующееся постоянным ухудшением моторных функций организма, тремором, мышечной ригидностью и постуральной неустойчивостью, которое приводит к невозможности выполнения без постоянной посторонней помощи трех или более видов ежедневной жизнедеятельности (бытовые действия):

- Мытье: способность мыться в ванной или в душе (в т.ч. перемещение в ванну или душ) или мыться с помощью других средств.
- Одевание: способность надевать на себя, снимать с себя, застегивать или расстегивать все предметы одежды, а также, при необходимости, фиксирующие устройства, искусственные конечности или иные хирургические приспособления.

- Прием пищи: способность самостоятельно принимать пищу, приготовленную и доступную для употребления.
- Пользование туалетом: способность пользоваться уборной или управлять функциями опорожнения кишечника и мочевого пузыря с использованием специального нижнего белья или хирургических устройств, при необходимости.
- Передвижение: способность двигаться внутри помещения из комнаты в комнату на одном уровне.
- Перемещение: способность перемещаться с кровати на стул или инвалидное кресло и обратно.

Исключения: болезнь Паркинсона, возникающая в результате употребления алкоголя или лекарственных средств, другие синдромы Паркинсонизма.

1.4.4.15 **Доброкачественная опухоль головного мозга.**

Постоянное неврологическое расстройство, развившееся вследствие удаления доброкачественной опухоли мозга под общей анестезией, или при неоперабельной опухоли., подтвержденная медицинским заключением врача-специалиста, а также результатами специальных исследований (например, магнитно-резонансной томографии (МРТ), компьютерной томографии (КТ) или других достоверных методов исследования).

Исключения: опухоли в гипофизе, кисты, гранулемы и опухоли черепно-мозговых нервов (например, акустическая невринома), пороки развития в веществе или вещества головного мозга, мозговых артерий или вен и/или спинного мозга.

1.4.4.16 **Кома** - бессознательное состояние, характеризуемое полным отсутствием реакций на внешние раздражители или внутренние потребности, продолжающееся в течение, по меньшей мере, 96 часов и проявляющееся стойким неврологическим дефицитом. В течение периода отсутствия сознания должно требоваться применение систем поддержания жизни.

Исключения:

(1) Кома в результате злоупотребления алкоголем и/или наркотическими препаратами не покрывается определением.

(2) Кома, вызываемая/поддерживаемая в целях проведения лечения не относится к данному определению.

1.4.4.17 **Печеночная недостаточность (терминальная стадия)** - конечная стадия печеночной недостаточности вследствие цирроза печени. Цирроз быть подтвержден гастроэнтерологом в соответствии со всеми следующими критериями:

1. постоянная желтуха;
2. асцит;
3. печеночная энцефалопатия;
4. биопсия печени или, если биопсия недоступна, неинвазивный тест на фиброз или визуальные методы исследования, согласующиеся с диагнозом.

Исключения: заболевания, явившиеся следствием злоупотребления алкогольных и/или лекарственных препаратов, а также употребления наркотических препаратов.

1.4.4.18 **Слепота** - постоянная необратимая потеря зрения обоих глаз в результате болезни или несчастного случая. Окончательный диагноз постоянной потери зрения должен быть установлен специалистом-офтальмологом не менее чем через 180 дней после начала конкретной болезни или несчастного случая, вызвавшего данное заболевание, а также подтвержден результатами проведенных исследований.

1.4.4.19 **Полиомиелит** - заболевание, вызванное заражением вирусом полиомиелита, диагностированное врачом-неврологом. Выраженное в необратимом параличе, подтверждаемом нарушением моторной функции или слабостью дыхательной функции. Ожидаемый постоянный характер и необратимость паралича должны быть подтверждены врачом-неврологом не менее чем через 6 месяцев с возникновения заболевания.

Исключения:

(1) Случаи, не вызывающие необратимого паралича, не относятся к данному определению.

(2) Другие причины паралича, такие как синдром Гийена-Барре, исключаются.

1.4.4.20 Рассеянный склероз - диагноз должен быть определен врачом-неврологом с подтверждением:

- устойчивых неврологических отклонений средней степени и связанных с ними нарушений, которые имели место в течение непрерывного периода времени сроком не менее шести месяцев и показателями по шкале EDSS>5 (Expanded Disability Status Scale);
- наличия типичных симптомов демиелинизации и ухудшения моторной и сенсорной функций;
- современными диагностическими методиками, такие как сканирование.

1.4.4.21 Дыхательная недостаточность (терминальная стадия) - терминальная стадия эмфиземы или другого хронического заболевания легких, в результате которого наблюдается нижеследующее:

- необходимость регулярного кислородного лечения заболевания на постоянной основе;

- постоянное нарушение дыхательной функции легких, подтвержденное следующими результатами спирометрии: жизненная емкость легких (ЖЕЛ) и объем форсированного выдоха за 1 секунду (ОФВ1) составляют менее 50% от должного;

- одышка в покое;

- снижение парциального давления до 55 мм рт. ст. по результатам анализа газов артериальной крови.

1.4.4.22 Повреждение головы в результате травмы - травма головы, полученная в результате несчастного случая и приведшая к постоянной неврологической недостаточности не ранее, чем через 6 недель после получения травмы. Окончательный диагноз должен быть подтвержден врачом-специалистом, а также результатами МРТ или КТ головного мозга.

Исключения: (1) Повреждения головного мозга, вызванные любыми другими причинами. (2) Повреждения спинного мозга.

1.4.4.23 Операция на аорте - операция, выполненная с целью коррекции аневризмы, сужения, обструкции или расслоения аорты на ее грудном или брюшном отделах. Ветви аорты исключены из страхового покрытия по данному пункту.

Исключения: любые другие хирургические процедуры, в том числе малоинвазивные или внутриартериальные методики.

1.4.4.24 Операция на клапанах сердца - операция, выполненная на открытом сердце для замены или коррекции аномалий сердечных клапанов. Данная процедура должна быть рекомендована к проведению врачом-кардиологом, а диагноз аномалии клапанов сердца должен быть подтвержден результатами катетеризации сердца или эхокардиографии.

Оперирование сердечных клапанов в связи с врожденными нарушениями не относится к данному определению. Исключения: вальвулотомия, вальвулопластика и другие виды лечения, проводимые без пересадки (замены) клапанов.

1.4.4.25 Энцефалит - тяжелое воспаление головного мозга (его полушарий, ствола или мозжечка), вызванное вирусной инфекцией и приведшее к постоянной неврологической недостаточности, которая длится не менее 90 дней со дня подтверждения окончательного диагноза специалистом-неврологом.

Исключение: энцефалит при наличии ВИЧ-инфекции.

1.4.4.26 Мотонейронная болезнь (в возрасте до 60 лет) - прогрессирующее, неизлечимое дегенеративное заболевание центральной нервной системы, возникшее в возрасте до 60 лет, характеризующееся поражением верхних и нижних

двигательных нейронов. Необходимо подтверждение постоянного клинического нарушения моторной функции Застрахованного. Диагноз должен быть поставлен врачом-неврологом на основании проведенных обследований.

1.4.4.27 **Ангиопластика** (коронарная: атерэктомия, баллонная ангиопластика, введение стентов).

Проведение хирургического вмешательства в целях устранения закупорки или сужения двух, или более коронарных артерий при наличии подтвержденных симптомов стенокардии, сужения просвета двух или более коронарных артерий на 70% и более. Указанные в данном пункте коронарные сосуды включают: левый основной ствол, левую переднюю нисходящую, огибающую и правую коронарные артерии.

Договором страхования могут быть предусмотрены иные определения смертельно опасных заболеваний.

1.4.5 **Дополнительная выплата по событию СОЗ** - величина страховой выплаты по событию «смерть Застрахованного» не зависит от выплаты по событию СОЗ.

1.4.6 **Ускоренная выплата по событию СОЗ** - величина страховой выплаты по событию «смерть Застрахованного» уменьшается на величину ранее произведенной выплаты по событию СОЗ.

1.4.7 **Период ожидания** – предусмотренный договором страхования (дополнительным соглашением) срок с начала срока страхования по программе, предусмотренной договором или дополнительным соглашением на основе настоящих **Дополнительных условий**, наступление в течение этого периода событий, предусмотренных п. 3.1 и п. 3.2 настоящих **Дополнительных условий**, не является страховым случаем.

1.4.8 **Период выживания** - устанавливаемый договором страхования с дополнительной выплатой по событию СОЗ срок с даты наступления событий, предусмотренных настоящими **Дополнительными условиями**. Если Застрахованный умирает в течение этого периода, то выплата по событию СОЗ Страховщиком не производится.

2. СУБЪЕКТЫ СТРАХОВАНИЯ

2.1. Застрахованным по настоящим **Дополнительным условиям** может являться дееспособное физическое лицо в возрасте от 3 до 65 лет (включительно) на момент заключения договора страхования или дополнительного соглашения к договору страхования.

3. СТРАХОВЫЕ РИСКИ. СТРАХОВЫЕ СЛУЧАИ

3.1. В соответствии с настоящими **Дополнительными условиями** следующие события в жизни Застрахованного в возрасте от 3 до 17 лет (включительно) являются страховыми рисками и могут быть признаны страховыми случаями:

3.1.1. **первичное диагностирование** следующих заболеваний:

3.1.1.1. **Рак** (определение приведено в п. 1.4.3.1 настоящих **Дополнительных условий**);

3.1.1.2. **Хроническая почечная недостаточность** (определение приведено в п. 1.4.3.2 настоящих **Дополнительных условий**);

3.1.1.3. **Глухота (Потеря слуха)** (определение приведено в п. 1.4.3.5 настоящих **Дополнительных условий**);

3.1.1.4. **Инфекционный менингит** (определение приведено в п. 1.4.3.6 настоящих **Дополнительных условий**);

3.1.1.5. **Кома** (определение приведено в п. 1.4.3.7 настоящих **Дополнительных условий**);

3.1.1.6. **Слепота (Потеря зрения)** (определение приведено в п. 1.4.3.8 настоящих **Дополнительных условий**);

3.1.1.7. **Тяжелая травма головы** (определение приведено в п. 1.4.3.9 настоящих Дополнительных условий);

3.1.1.8. **Энцефалит** (определение приведено в п.1.4.3.10 настоящих Дополнительных условий);

3.1.2. **Трансплантация жизненно важных органов** (определение приведено в п. 1.4.3.3 настоящих Дополнительных условий) человека при условии, что медицинское заключение о необходимости трансплантации органов дано после вступления договора страхования в силу; а в случае, если договором страхования предусмотрен период ожидания, по истечении периода ожидания;

3.1.3. **Подтверждение паралича** (определение паралича приведено в п. 1.4.3.4 настоящих Дополнительных условий) врачом-неврологом по результатам трехмесячного наблюдения Застрахованного с момента постановки первоначального диагноза (фиксирования) паралича, при этом первичное диагностирование паралича произошло в период страхования по Программе СОЗ.

3.2. В соответствии с настоящими Дополнительными условиями следующие события в жизни Застрахованного в возрасте от 18 до 65 лет (включительно) являются страховыми рисками и могут быть признаны страховыми случаями:

3.2.1. **первичное диагностирование** следующих заболеваний:

3.2.1.1. **Рак** (определение приведено в п.1.4.4.1 настоящих Дополнительных условий);

3.2.1.2. **Инфаркт миокарда** (определение приведено в п. 1.4.4.2 настоящих Дополнительных условий);

3.2.1.3. **Инсульт** (определение приведено в п. 1.4.4.3 настоящих Дополнительных условий);

3.2.1.4. **Терминальная почечная недостаточность** (определение приведено в п. 1.4.4.4 настоящих Дополнительных условий);

3.2.1.5. **Глухота** (определение приведено в п. 1.4.4.8 настоящих Дополнительных условий);

3.2.1.6. **Потеря речи** (определение приведено в п. 1.4.4.9 настоящих Дополнительных условий);

3.2.1.7. **Апластическая анемия** (определение приведено в п. 1.4.4.10 настоящих Дополнительных условий);

3.2.1.8. **Апаллический синдром** (определение приведено в п. 1.4.4.11 настоящих Дополнительных условий);

3.2.1.9. **Бактериальный менингит** (определение приведено в п. 1.4.4.12 настоящих Дополнительных условий);

3.2.1.10. **Болезнь Альцгеймера или другая органическая деменция** (в возрасте до 60 лет) (определение приведено в п. 1.4.4.13 настоящих Дополнительных условий);

3.2.1.11. **Болезнь Паркинсона** (в возрасте до 60 лет) (определение приведено в п.1.4.4.14 настоящих Дополнительных условий);

3.2.1.12. **Доброкачественная опухоль головного мозга** (определение приведено в п.1.4.4.15 настоящих Дополнительных условий);

3.2.1.13. **Кома** (определение приведено в п. 1.4.4.16 настоящих Дополнительных условий);

3.2.1.14. **Печеночная недостаточность** (терминальная стадия) (определение приведено в п. 1.4.4.17 настоящих Дополнительных условий);

3.2.1.15. **Слепота** (определение приведено в п. 1.4.4.18 настоящих Дополнительных условий);

3.2.1.16. **Полиомиелит** (определение приведено в п. 1.4.4.19 настоящих Дополнительных условий);

3.2.1.17. **Рассеянный склероз** (определение приведено в п. 1.4.4.20 настоящих Дополнительных условий);

3.2.1.18. **Дыхательная недостаточность** (терминальная стадия) (определение приведено в п. 1.4.4.21 настоящих Дополнительных условий);

3.2.1.19. **Повреждение головы в результате травмы** (определение приведено в п.1.4.4.22 настоящих Дополнительных условий);

3.2.1.20. **Операция на аорте** (определение приведено в п. 1.4.4.23 настоящих Дополнительных условий);

3.2.1.21. **Операция на клапанах сердца** (определение приведено в п. 1.4.4.24 настоящих Дополнительных условий);

3.2.1.22. **Энцефалит** (определение приведено в п. 1.4.4.25 настоящих Дополнительных условий);

3.2.1.23. **Мотонейронная болезнь** (в возрасте до 60 лет) (определение приведено в п.1.4.4.26 настоящих Дополнительных условий);

3.2.2. **Проведение аортокоронарного шунтирования** (определение приведено в п. 1.4.4.5 настоящих Дополнительных условий) при условии, что стеноз или окклюзия коронарных артерий, которые послужили его причиной, возникли после вступления договора страхования в силу; а в случае, если договором страхования предусмотрен период ожидания, по истечении периода ожидания;

3.2.3. **Трансплантация жизненно важных органов и (или) тканей** (определение приведено в п. 1.4.4.6 настоящих дополнительных условий) человека при условии, что медицинское заключение о необходимости трансплантации органов и (или) тканей человека дано после вступления договора страхования в силу; а в случае, если договором страхования предусмотрен период ожидания, по истечении периода ожидания;

3.2.4. **Подтверждение паралича** (определение паралича приведено в п. 1.4.4.7 настоящих дополнительных условий) врачом-неврологом по результатам трехмесячного наблюдения Застрахованного с момента постановки первоначального диагноза (фиксирования) паралича, при этом первичное диагностирование паралича произошло в период страхования по Программе СОЗ.

3.2.5. **Проведение ангиопластики Застрахованному** (определение приведено в п. 1.4.4.27 настоящих дополнительных условий).

3.3. Страховые риски по данным Дополнительным условиям могут быть включены в условия договора страхования и составлять Программы по страхованию на случай смертельно опасных заболеваний (**Программы СОЗ**). **Программой СОЗ** могут быть предусмотрены исключения из перечня СОЗ, указанных в п. 3.1. и п. 3.2. настоящих дополнительных условий, а также дополнительные ограничения возраста Застрахованных, в том числе страхование Застрахованных в возрасте от 3 до 65 лет (включительно).

3.4. Событие СОЗ признается страховым случаем, только если оно произошло в течение срока страхования по Программе СОЗ.

3.5. Не является страховым случаем диагностирование СОЗ, произошедших по условиям, перечисленным в п. 4.4. Правил, а также:

3.5.1. в результате занятия Застрахованным любым видом спорта на профессиональном уровне, включая соревнования и тренировки, а также занятия следующими видами спорта на любительской основе: автоспорт, мотоспорт, любые виды конного спорта, воздушные виды спорта, альпинизм, контактные единоборства, стрельба;

3.5.2. в результате беременности, родов и/или их осложнений.

3.6. Для признания СОЗ страховым случаем оно должно быть подтверждено документами, выданными соответствующими медицинскими учреждениями, и врачом соответствующей специализации и квалификации.

4. СТРАХОВАЯ СУММА. СТРАХОВАЯ ПРЕМИЯ (СТРАХОВЫЕ ВЗНОСЫ)

4.1. По соглашению сторон при включении в договор страхования Программы СОЗ ее можно включить на условиях:

4.1.1. с дополнительной выплатой в случае СОЗ, при этом величина страховой выплаты по страховому случаю «смерть Застрахованного» не зависит от суммы выплаты по страховому случаю СОЗ, но устанавливается период выживания.

4.1.2. с ускоренной выплатой в случае СОЗ, при этом величина страховой выплаты по страховому случаю «смерть Застрахованного» уменьшается на величину ранее произведенной выплаты по страховому случаю СОЗ.

4.2. Страхование на случай СОЗ с ускоренной выплатой может осуществляться только при условии действия программы Правил на случай «смерть Застрахованного».

4.3. Страховая сумма по Программе СОЗ устанавливается отдельно от прочих программ страхования в договоре.

4.4. Страховая сумма по Программе СОЗ с ускоренной выплатой в случае СОЗ устанавливается в размере, не превышающем страховую сумму по событию «смерть Застрахованного».

4.5. Сумма страховой премии определяется в зависимости от условий договора страхования, размера страховых сумм, срока страхования по программе СОЗ и договору страхования в целом, порядка и срока уплаты премии (взносов), возраста и пола Застрахованного, состояния его здоровья.

4.6. Срок и порядок оплаты взносов по Программе СОЗ соответствуют сроку и порядку оплаты по программе Правил, предусмотренной договором страхования.

4.7. Страховщик оставляет за собой право по результатам анализа статистической информации о СОЗ изменять в течение срока страхования страховой тариф, величину страховой премии и страховых взносов, подлежащих уплате в дальнейшем, но не чаще, чем один раз в год. В случае изменения тарифа, страховой премии и/или страховых взносов Страховщик направляет Страхователю дополнительное соглашение к договору страхования в порядке, предусмотренном п. 5.10.1. Правил. При отказе Страхователя от уплаты увеличенных взносов действие программы СОЗ прекращается.

5. СРОК СТРАХОВАНИЯ ПО ПРОГРАММЕ, ВКЛЮЧЕНИЕ ПРОГРАММЫ В ДОГОВОР СТРАХОВАНИЯ И ЕЕ ИСКЛЮЧЕНИЕ

5.1. Окончание срока страхования по Программе СОЗ не может превышать достижение Застрахованным 70-летнего возраста.

5.2. Если Программа СОЗ включается в договор при его заключении, срок страхования по Программе СОЗ соответствует сроку страхования по программе Правил, предусмотренной договором страхования, если договором страхования не предусмотрено иное.

5.3. Если Программа СОЗ будет включена в договор после вступления договора в силу, срок страхования по Программе СОЗ начинается с 00 часов даты начала срока ее действия, указанного в соответствующем дополнительном соглашении, но не ранее дня, следующего за днем уплаты страховой премии (первого страхового взноса) по данной программе в полном объеме. Кроме случаев, предусмотренных п. 5.7 настоящих Дополнительных условий, действие Программы СОЗ может быть прекращено по соглашению сторон путем подписания дополнительного соглашения к договору.

5.4. При включении в договор страхования рисков по Программе СОЗ:

5.4.1. Страховщик имеет право назначить Застрахованному предстраховое медицинское обследование в объеме, необходимом для определения степени риска;

5.4.2. Страхователь обязан предоставить по требованию Страховщика любую информацию, требуемую в соответствии с заявлением о страховании и документами, определенными п. 6.4 Правил, необходимую для оценки степени риска принятия на страхование.

5.5. При осуществлении выплаты по Программе СОЗ ответственность Страховщика в отношении рисков по Программе СОЗ прекращается с момента выплаты, и дальнейшее продление или возобновление Программы СОЗ невозможно.

5.6. Если в результате изменений, указанных в п. 4.7 настоящих Дополнительных условий, страховой тариф:

5.6.1. уменьшился, то Страховщик направляет Страхователю уведомление об изменениях за 30 дней до даты их внесения. Изменения вступают в силу с даты, указанной в уведомлении;

5.6.2. увеличился, то требуется согласование изменений со Страхователем в письменной форме в соответствии с п. 6.17 Правил. Изменения вступают в силу с даты, указанной в соглашении о внесении изменений, но не ранее подписания соглашения обеими сторонами.

5.7. Страхование по Программе СОЗ прекращается в случаях:

5.7.1. истечения срока страхования по Программе СОЗ;

5.7.2. выплаты страховой суммы по Программе СОЗ;

5.7.3. по инициативе Страхователя;

5.7.4. О намерении досрочного прекращения программы страхования Страхователь обязан уведомить Страховщика не менее чем за тридцать дней до предполагаемой даты прекращения страхования по Программе, если при заключении договора стороны не предусмотрели иной срок.

5.7.5. Страхование по программе считается прекращенным с 00 часов 00 минут дня, указанного в заявлении, или 30 дней с даты получения заявления Страховщиком, если дата прекращения не указана либо указанная Страхователем дата является более ранней, чем 30 дней с даты получения заявления Страховщиком.

5.7.6. при прекращении действия договора страхования по основаниям, предусмотренным Правилами;

5.7.7. если в течение 30 дней с момента передачи подписанного Страховщиком дополнительного соглашения о внесении изменений (увеличения страхового тарифа в соответствии с п. 5.6) Страхователю последний не подписал соглашение, договор страхования прекращается в части действия Программы СОЗ. Договор прекращается с даты, следующей за датой истечения 30-дневного срока с момента передачи Страхователю подписанного Страховщиком дополнительного соглашения о внесении изменений, но не позже даты, следующей за датой окончания периода страхования, за который внесен последний уплаченный Страхователем взнос по Программе СОЗ;

5.7.8. при достижении Застрахованным максимального возраста, предусмотренного Программой СОЗ – со следующей за днем рождения годовщины договора, даже если продолжают действовать иные программы, предусмотренные договором страхования;

5.7.9. при преобразовании договора в Оплаченный договор в порядке, предусмотренном п. 5.16.1 Правил,

5.7.10. в иных случаях, предусмотренных договором страхования.

5.8. Если Страхователем были оплачены какие-либо страховые взносы по Программе СОЗ, относящиеся к периоду после наступления страхового случая СОЗ, то такие взносы возвращаются Страхователю.

5.9. В случае прекращения страхования по Программе СОЗ уплата взносов по ней прекращается. Часть последнего уплаченного страхового взноса, пропорциональная не истекшей части периода страхования, за который внесен этот взнос (за вычетом расходов Страховщика), подлежит возврату Страхователю.

6. ДОПОЛНИТЕЛЬНЫЕ ПРАВА И ОБЯЗАННОСТИ СТОРОН ДОГОВОРА СТРАХОВАНИЯ

6.1. Страхователь (Застрахованный) обязан известить Страховщика любым доступным способом, позволяющим объективно зафиксировать факт обращения, о наступлении страхового случая не позднее, чем через 30 дней после наступления события СОЗ.

7. ПОРЯДОК РАСЧЕТА РАЗМЕРА И ОСУЩЕСТВЛЕНИЯ СТРАХОВОЙ ВЫПЛАТЫ ПО ПРОГРАММЕ

7.1. Страховая выплата по Программе СОЗ осуществляется одновременно в размере страховой суммы, установленной по данной программе, если иное не предусмотрено условиями договора страхования.

7.1.1. Страховая выплата по Программе СОЗ (кроме выплаты по событию «проведение ангиопластики Застрахованному») составляет 100% страховой суммы по Программе СОЗ, при этом Программа СОЗ действует до даты наступления страхового случая. После осуществления страховой выплаты по Программе СОЗ страховая премия по Договору уменьшается на величину страховой премии по Программе СОЗ.

7.1.2. Страховая выплата по Программе СОЗ при урегулировании страхового случая по событию «проведение ангиопластики Застрахованному» составляет 10% страховой суммы по Программе СОЗ, при этом Программа СОЗ продолжает действовать в полном объеме, перерасчета страховых сумм и страховых премий не происходит. При урегулировании последующего страхового случая по Программе СОЗ (за исключением повторного «проведения ангиопластики Застрахованному») выплата подлежит страховая сумма за вычетом сумм, выплаченных ранее в связи с событием «проведение ангиопластики Застрахованному». Выплата производится только по страховому случаю, наступившему по истечении обусловленного договором периода ожидания.

7.2. Для получения страховой выплаты по Программе СОЗ при наступлении страхового случая Страховщику должны быть представлены следующие документы:

7.2.1. копия договора страхования (полис);

7.2.2. заявление по установленной форме;

7.2.3. документ, подтверждающий личность Застрахованного;

7.2.4. документы лечебно-профилактического, клинического или иного лечебного учреждения, содержащие квалифицированное заключение специалиста в области медицины, соответствующей диагнозу СОЗ (кардиолога, невролога, нефролога, онколога, кардиохирурга и др.);

7.2.5. по страховому случаю, предусмотренному п. 3.2.2 настоящих дополнительных условий, дополнительно должны быть предоставлены:

- выписной эпикриз из медицинского учреждения, проводившего аортокоронарное шунтирование;

- результаты коронарной ангиографии;

7.2.6. по страховому случаю, предусмотренному п. 3.1.2 и п. 3.2.3 настоящих дополнительных условий, дополнительно должны быть предоставлены:

- медицинское заключение о необходимости проведения операции по трансплантации органов,

- документально подтвержденное описание хода операции.

7.2.7. По страховому случаю, предусмотренному п. 3.2.4 настоящих дополнительных условий, дополнительно должны быть предоставлены:

- медицинское подтверждение получения предварительного лечения от врача;

- медицинские показания к проведению ангиопластики (значительные изменения на ЭКГ, результатах стресс-теста, результаты коронарной ангиографии).

7.2.8. Документы, запрошенные Страховщиком в соответствии с п. 7.4 настоящих дополнительных условий.

7.3. Страховщик вправе самостоятельно принять решение о достаточности фактически представленных документов для признания, наступившего СОЗ с Застрахованным страховым случаем и определения размера страховой выплаты, а также запросить дополнительные документы, необходимые для принятия решения о страховой выплате, но не более указанных в п. 7.2.

7.4. В случае, если представленные документы не дают возможности принять решение о страховой выплате, Страховщик имеет право назначать проведение дополнительного

медицинского обследования Застрахованного в указанном Страховщиком медицинском учреждении/или медицинской экспертизы.

7.5. При наступлении страхового случая СОЗ по договору с дополнительной выплатой страховая выплата по Программе СОЗ производится Страховщиком по истечении установленного договором периода выживания, начинающегося с даты наступления страхового случая СОЗ. Страховая выплата по Программе СОЗ выплачивается в течение 14 (четырнадцати) рабочих дней с момента получения Страховщиком документов, указанных в п. 7.2 настоящих Дополнительных условий, а также результатов медицинского обследования и/или медицинской экспертизы, в соответствии с п. 8.16 Правил, если такие назначались Страховщиком. При этом:

7.5.1. если Застрахованный умирает в течение периода выживания, то страховая выплата по Программе СОЗ не производится;

7.5.2. если договор, включающий Программу СОЗ с дополнительной выплатой, предусматривает выплату по страховому риску «смерть Застрахованного», то такая выплата осуществляется в размере страховой суммы по данному риску вне зависимости от выплаты по Программе СОЗ.

7.6. При наступлении СОЗ, признанного страховым случаем, по Программе СОЗ с ускоренной выплатой страховая выплата по событию СОЗ производится в течение 14 (четырнадцати) рабочих дней с момента получения Страховщиком всех документов, указанных в п. 7.2 настоящих Дополнительных условий, а также результатов медицинского обследования и/или медицинской экспертизы, в соответствии с п. 8.16 Правил, если такие назначались Страховщиком.