

**ПРАВИЛА СТРАХОВАНИЯ ОТ НЕСЧАСТНЫХ СЛУЧАЕВ И БОЛЕЗНЕЙ
от 06.10.2022г.**

ОГЛАВЛЕНИЕ

ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ	2
2. СУБЪЕКТЫ СТРАХОВАНИЯ	2
3. ОБЪЕКТ СТРАХОВАНИЯ	3
4. ОПРЕДЕЛЕНИЯ, СТРАХОВЫЕ СЛУЧАИ, СТРАХОВЫЕ РИСКИ	3
5. ДОГОВОР СТРАХОВАНИЯ, ПОРЯДОК ЗАКЛЮЧЕНИЯ И ИСПОЛНЕНИЯ ДОГОВОРА СТРАХОВАНИЯ	7
6. СТРАХОВАЯ СУММА, СТРАХОВАЯ ПРЕМИЯ. ПОРЯДОК ОПРЕДЕЛЕНИЯ СТРАХОВОЙ СУММЫ, СТРАХОВОГО ТАРИФА, СТРАХОВОЙ ПРЕМИИ.	8
7. ПОРЯДОК ОПРЕДЕЛЕНИЯ РАЗМЕРА СТРАХОВЫХ ВЫПЛАТ	9
8. ПОРЯДОК ОСУЩЕСТВЛЕНИЯ СТРАХОВЫХ ВЫПЛАТ	11
9. ПРЕКРАЩЕНИЕ ДОГОВОРА	17
10. ПРАВА И ОБЯЗАННОСТИ СТОРОН. ОСНОВАНИЯ ОТКАЗА В СТРАХОВОЙ ВЫПЛАТЕ	19
11. ФОРС-МАЖОР	21
12. КОНФИДЕНЦИАЛЬНАЯ ИНФОРМАЦИЯ	21
13. ЗАКЛЮЧИТЕЛЬНЫЕ ПОЛОЖЕНИЯ	22

ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ

1.1. Настоящие Правила страхования от несчастных случаев и болезней (именуемые в дальнейшем – «Правила») разработаны в соответствии с законодательными и иными нормативными правовыми актами РФ. Правила определяют общие условия и порядок осуществления страхования от несчастных случаев и болезней Обществом с ограниченной ответственностью «Страховая компания «Ингосстрах-Жизнь» (именуемым в дальнейшем – «Страховщик»).

В рамках настоящих Правил Страховщик осуществляет добровольное страхование, относящееся согласно принятой в законодательстве классификации к виду страхования от несчастных случаев и болезней.

Страховщик на условиях настоящих Правил и действующего законодательства РФ заключает Договоры с физическими и юридическими лицами (именуемыми в дальнейшем – «Страхователями»). Правила являются неотъемлемой частью Договора страхования от несчастных случаев и болезней (именуемого в дальнейшем – «Договор»).

1.2. Страховщик вправе на основе настоящих Правил формировать условия Договора (Полиса) или выдержки из Правил, ориентированные на конкретного Страхователя или сегмент Страхователей, в той мере, в какой это не противоречит действующему законодательству РФ и настоящим Правилам. Такие условия или выдержки из Правил прилагаются к Договору наряду с Правилами и являются его неотъемлемой частью.

2. СУБЪЕКТЫ СТРАХОВАНИЯ

2.1. Страховщик — Общество с ограниченной ответственностью «Страховая компания «Ингосстрах-Жизнь», страховая организация, созданная в соответствии с законодательством РФ для осуществления деятельности по страхованию и получившая лицензию на осуществление соответствующего вида страховой деятельности в установленном законом порядке.

2.2. Страхователь – дееспособное физическое лицо либо российское или иностранное юридическое лицо любой организационно-правовой формы или индивидуальный предприниматель, заключивший со Страховщиком Договор в соответствии с настоящими Правилами. Страхователь вправе заключать Договор в отношении третьего лица.

2.3. Застрахованный – физическое лицо, в отношении которого Страхователь и Страховщик заключают Договор в соответствии с Правилами (именуемое в дальнейшем – «Застрахованный»).

Фактический возраст Застрахованного на момент заключения Договора составляет от 2 до 75 лет, если иное не предусмотрено Договором.

Договоры, заключенные в отношении единственного Застрахованного или нескольких Застрахованных, находящихся в родственной связи, являются Договорами индивидуального страхования.

Договоры, заключенные в отношении нескольких Застрахованных, при условии, что Застрахованные имеют общего работодателя или объединены другим общим интересом, помимо заинтересованности в заключении Договора, являются Договорами коллективного страхования.

2.4. На основании настоящих Правил не могут быть застрахованы следующие категории лиц:

- лица, которые перенесли либо страдают на момент заключения Договора онкологическими заболеваниями, психическими заболеваниями, тяжелыми расстройствами нервной системы;
- лица, являющиеся в настоящий момент или ранее инвалидами I или II группы, либо имеющие / имевшие статус ребенок-инвалид (инвалид детства) или лица, которые направлены на освидетельствование или проходящие освидетельствование в федеральном государственном учреждении медико-социальной экспертизы на дату начала срока страхования;
- носители ВИЧ или больные СПИДом;
- лица, состоящие на учете в психоневрологическом, противотуберкулезном и/или наркологическом диспансере;
- лица, находящиеся на дату начала срока страхования на стационарном лечении или стационарном обследовании, в связи с заболеваниями и/или состояниями, которые прямо или косвенно связаны с предполагаемыми событиями, на случай наступления которых проводится страхование.

Если будет установлено, что Договор был заключен в отношении таких лиц, а Страхователь и/или Застрахованный не уведомили об этом Страховщика, событие может быть признано нестраховым случаем и/или Договор может быть признан недействительным в соответствии с действующим законодательством РФ, а страховая премия (страховой взнос) по данному Застрахованному будет возвращена Страхователю.

В отдельных случаях, на отдельных условиях и за дополнительную плату лицо, указанное в первом абзаце настоящего пункта, может быть Застрахованным только при условии, что до заключения Договора Страховщик был письменно уведомлен Страхователем о состоянии здоровья лица, заявленного на страхование. Факт заключения договора страхования в отношении такого лица прямо оговаривается по тексту Договора.

2.5. Выгодоприобретатель - лицо, в пользу которого заключен Договор.

Договор считается заключенным в пользу Застрахованного, если в Договоре не названо в качестве Выгодоприобретателя другое лицо. В случае смерти Застрахованного, если в Договоре не предусмотрен иной Выгодоприобретатель, Выгодоприобретателями признаются наследники Застрахованного.

Договор страхования в пользу лица, не являющегося Застрахованным, в том числе в пользу Страхователя, не являющегося Застрахованным, может быть заключен только с письменного согласия Застрахованного.

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

Если получателем страховой выплаты является:

- а) малолетний (до 14 лет), то право на получение страховой выплаты имеют его родитель, усыновитель либо опекун;
- б) несовершеннолетний, не объявленный полностью дееспособным (от 14 до 18 лет), то право на получение страховой выплаты остается за самим получателем;
- в) лицо, признанное недееспособным, то право на получение страховой выплаты переходит его опекуну;

г) лицо, дееспособность которого ограничена, то право на получение страховой выплаты остается за получателем, только с письменного согласия его попечителя.

В случаях, когда получателем страховой выплаты является лицо, указанное в пп. а), в), г) данной статьи, страховая выплата производится указанным законным представителям получателя только на основании подтверждающих соответствующее право документов.

3. ОБЪЕКТ СТРАХОВАНИЯ

3.1. Объектом страхования являются имущественные интересы, связанные с причинением вреда здоровью Застрахованного, а также с его смертью в результате несчастного случая или болезни.

4. ОПРЕДЕЛЕНИЯ, СТРАХОВЫЕ СЛУЧАИ, СТРАХОВЫЕ РИСКИ

4.1. В рамках настоящих Правил используются следующие определения:

4.1.1. **Несчастным случаем** является внешнее, кратковременное (до нескольких часов), фактически произошедшее под воздействием различных внешних факторов (физических, химических, механических) событие, характер, время и место которого могут быть однозначно определены, наступившее в течение срока страхования и возникшее непредвиденно, непреднамеренно, помимо воли Застрахованного, повлекшее за собой причинение вреда жизни и здоровью Застрахованного.

Не являются несчастным случаем, в смысле настоящих Правил, 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.

4.1.2. **Болезнь (заболевание)** — диагностированное квалифицированным врачом на основании объективных симптомов, не вызванное несчастным случаем, нарушение нормальной жизнедеятельности организма, обусловленное функциональными и/или морфологическими изменениями, а также явившееся следствием осложнений, развившихся после врачебных манипуляций с целью лечения такого нарушения и произведенных в течение срока страхования.

4.1.3. **Постоянная полная (или частичная) утрата трудоспособности (инвалидность) Застрахованного** — социальная недостаточность Застрахованного вследствие нарушения здоровья со стойким расстройством функций организма, приводящая к ограничению жизнедеятельности и необходимости социальной защиты. Группы инвалидности соответствуют группам, установленным бюро медико-социальной экспертизы (далее – «бюро МСЭ») для характеристики степени инвалидности и требований ухода, показаний и противопоказаний медицинского характера.

4.1.4. **Временная утрата трудоспособности** — нетрудоспособность, наступившая в течение срока страхования в результате произошедшего в течение срока страхования несчастного случая и/или болезни, сопровождающаяся невозможностью исполнять свои трудовые обязанности на протяжении периода, необходимого для проведения лечения последствий несчастного случая или болезни.

4.1.5. **Травма** — нарушение структуры живых тканей и анатомической целостности органов, явившееся следствием одномоментного или кратковременного механического, термического, физического (за исключением электромагнитного и ионизирующего излучения) или химического внешнего воздействия.

4.1.6. **Хирургическая операция** — оперативное лечение, ставшее необходимым в связи с произошедшим с Застрахованным в течение срока страхования несчастным случаем и/или болезнью. Хирургическая операция подразумевает способ лечения, заключающийся в частичном нарушении целостности тканей тела посредством физического воздействия (с помощью скальпеля, радионожа, лазера или иных специально предназначенных для таких целей медицинских инструментов) с целью устранения заболевания (состояния или патологии) или максимального приближения (возвращения) к норме функции, нарушенной в результате несчастного случая и/или болезни.

Хирургическая операция должна быть проведена квалифицированным хирургом в соответствии общепринятыми медицинскими нормами, в условиях стационара (медицинского учреждения с круглосуточным медицинским наблюдением), имеющего все необходимые разрешения и лицензии.

4.1.7. **Госпитализация** — помещение больного в течение срока страхования для проведения лечения (в связи с несчастным случаем и/или болезнью, произошедшим/диагностированной в течение срока страхования) в круглосуточный стационар медицинского учреждения, имеющего все необходимые разрешения и лицензии, необходимость которого была вызвана произошедшим в период срока страхования несчастным случаем и/или болезнью. При этом госпитализацией не признается: помещение Застрахованного в стационар для проведения медицинского обследования; проживание Застрахованного в клинике или санатории для прохождения им восстановительного (реабилитационного) курса лечения; задержание Застрахованного в связи с карантином или иными превентивными мерами официальных властей.

4.1.8. **Утрата профессиональной трудоспособности** — невозможность занятия своей привычной деятельностью, которой Застрахованный занимался до наступления несчастного случая, произошедшего в течение срока страхования, или болезни, диагностированной в течение срока страхования, а также любой сходной профессиональной деятельностью, которой он может заниматься в силу своего образования, опыта и квалификации.

4.1.9. **Профессиональное заболевание** — заболевание, состояние, патология, возникновение, развитие и течение (включая осложнения) которого связано исключительно с профессиональной деятельностью Застрахованного.

4.1.10. **Зарегистрированный перевозчик** — перевозчик, имеющий лицензию (разрешение) на осуществление пассажирских перевозок.

4.1.11. **Дорожно-транспортное происшествие** — транспортная авария, произошедшая в ходе дорожного движения с участием моторизованного транспортного средства.

4.1.12. **Преступное нападение** — умышленное причинение смерти или вреда здоровью Застрахованного другим лицом в течение срока страхования.

4.1.13. **Предшествующее состояние** — любое нарушение здоровья (расстройство, заболевание), травма, увечье, врожденная или приобретенная патология, хроническое или острое заболевание, психическое или нервное расстройство, которое уже было диагностировано у Застрахованного на дату заключения Договора, либо

проявлявшееся в течение 12 месяцев до заключения Договора, или симптомы которого имелись у Застрахованного на дату заключения Договора. Такие состояния также включают в себя любые осложнения или последствия, связанные с указанными состояниями.

4.1.14. **Боевые действия** – организованное применение сил и средств для выполнения боевых задач частями, соединениями и объединениями родов войск (сил) видов Вооруженных Сил, отдельных родов войск, специальных войск и/или служб.

4.1.15. **Террористический акт** – акт, включающий (но не ограниченный данным списком) применение силы или насилия, либо угрозу применения силы или насилия по отношению к любому физическому лицу или группе (группам) лиц, вне зависимости от того, был ли этот акт совершен отдельным индивидом либо во взаимодействии с какой-либо организацией (организациями) или правительством (правительствами), совершенный ради политических, религиозных, идеологических или этнических целей либо причин, включая намерение оказать влияние на какое-либо правительство (правительства) и/или запугать общественность или какую-либо часть общественности.

4.1.16. **Заражение** – заражение или отравление людей ядерными и/или химическими и/или биологическими субстанциями, которое может привести к заболеванию и/или смерти.

4.1.17. **Угрожающее жизни заболевание** – заболевание, приводящее к расстройству жизненно важных функций организма человека, которое не может быть компенсировано организмом самостоятельно.

4.1.18. **Страховая выплата** – денежная сумма, выплачиваемая Страховщиком Застрахованному или Выгодоприобретателю при наступлении страхового случая.

4.1.19. **Зависимые страховые выплаты** – это определенное условие осуществления страховой выплаты по Договору, а именно, если несчастный случай или болезнь Застрахованного обусловили наступление последовательности событий, предусмотренных Договором и признанных страховыми случаями, то размер страховой выплаты по каждому страховому случаю уменьшается на сумму страховой выплаты, ранее произведенной Страховщиком в связи с данным несчастным случаем или данной болезнью.

4.1.20. **Независимые страховые выплаты** – это определенное условие осуществления страховой выплаты по Договору, а именно, если несчастный случай или болезнь обусловили наступление последовательности событий, предусмотренных Договором и признанных страховыми случаями, то страховая выплата по каждому страховому случаю производится в полном объеме независимо от страховой выплаты, ранее произведенной Страховщиком в связи с данным несчастным случаем или данной болезнью.

4.1.21. **Срок страхования** – период времени, определяемый Договором, на который распространяется страхование, в течение которого может произойти страховой случай, в результате чего у Страховщика возникает обязанность по осуществлению страховой выплаты в соответствии с настоящими Правилами и Договором. Договором могут быть установлены различные сроки страхования по рискам, включенным в Договор.

4.2. **Страховым случаем** является свершившееся событие, предусмотренное Договором, с наступлением которого возникает обязанность Страховщика произвести страховую выплату Застрахованному, Выгодоприобретателю или иным третьим лицам.

Если значение какого-либо наименования или понятия не оговорено Правилами и не может быть определено, исходя из законодательства и нормативных актов, то такое наименование или понятие используется в своем обычном лексическом значении.

4.3. **Страховыми рисками** являются предполагаемые события, на случай наступления которых проводится страхование. В Договор могут быть включены по соглашению сторон следующие риски в любой их комбинации, с учетом ограничений, установленных п. 5.1 - 5.2 Правил:

4.3.1. смерть Застрахованного, наступившая в результате несчастного случая («Смерть в результате несчастного случая»);

4.3.2. смерть Застрахованного, наступившая в результате болезни («Смерть в результате болезни»);

4.3.3. смерть Застрахованного, наступившая в результате несчастного случая или болезни («Смерть в результате несчастного случая или болезни»);

4.3.4. смерть Застрахованного, наступившая в результате дорожно-транспортного происшествия («Смерть ДТП»);

4.3.5. смерть Застрахованного, наступившая в результате преступного нападения;

4.3.6. смерть Застрахованного, наступившая в результате несчастного случая на транспортном средстве зарегистрированного авиаперевозчика (воздушном судне) («Смерть АВИА»);

4.3.7. смерть Застрахованного, наступившая в результате несчастного случая на транспорте средстве зарегистрированного железнодорожного перевозчика («Смерть ЖД»);

4.3.8. постоянная полная (или частичная) утрата трудоспособности (инвалидность) Застрахованного, установленная в результате несчастного случая («Инвалидность в результате несчастного случая»);

4.3.9. постоянная полная (или частичная) утрата трудоспособности (инвалидность) Застрахованного, установленная в результате болезни («Инвалидность в результате болезни»);

4.3.10. постоянная полная (или частичная) утрата трудоспособности (инвалидность) Застрахованного, установленная в результате несчастного случая или болезни («Инвалидность в результате несчастного случая или болезни»);

4.3.11. постоянная полная (или частичная) утрата трудоспособности (инвалидность) Застрахованного, установленная в результате дорожно-транспортного происшествия («Инвалидность ДТП»);

4.3.12. тяжкие телесные повреждения, полученные Застрахованным в течение срока страхования в результате несчастного случая и предусмотренные «Таблицей размеров страховых выплат при тяжких телесных повреждениях в результате несчастного случая» («Тяжкие телесные повреждения»);

4.3.13. утрата профессиональной трудоспособности в результате несчастного случая на производстве, обусловленная несчастным случаем и установленная Застрахованным в течение 1 года со дня данного несчастного случая («Утрата профессиональной трудоспособности в результате несчастного случая на производстве»);

4.3.14. утрата профессиональной трудоспособности в результате профессионального заболевания, обусловленная заболеванием, впервые диагностированным в течение срока страхования, и установленная в течение 1 года со дня данного диагноза («Утрата профессиональной трудоспособности в результате профессионального заболевания»);

- 4.3.15. травма Застрахованного, полученная в течение срока страхования в результате несчастного случая и предусмотренная «Таблицей размеров страховых выплат в связи с несчастным случаем» («Травма»);
 - 4.3.16. временная утрата трудоспособности Застрахованного, наступившая в течение срока страхования в результате несчастного случая («Временная утрата трудоспособности в результате несчастного случая»);
 - 4.3.17. временная утрата трудоспособности Застрахованного, наступившая в течение срока страхования в результате несчастного случая или болезни, впервые диагностированной в течение срока страхования («Временная утрата трудоспособности в результате несчастного случая или болезни»);
 - 4.3.18. госпитализация Застрахованного в течение срока страхования в результате несчастного случая («Госпитализация в результате несчастного случая»);
 - 4.3.19. госпитализация Застрахованного в течение срока страхования в результате несчастного случая или болезни, впервые диагностированной в течение срока страхования («Госпитализация в результате несчастного случая или болезни»);
 - 4.3.20. проведение Застрахованному в течение срока страхования хирургической операции в результате несчастного случая («Хирургическая операция в результате несчастного случая»). Список хирургических операций, на случай проведения которых проводится страхование, приведен в Приложении «Таблица размеров страховых выплат при хирургических операциях в результате несчастного случая»;
 - 4.3.21. проведение Застрахованному в течение срока страхования хирургической операции в результате несчастного случая или болезни, при этом болезнь, потребовавшая хирургического лечения, должна быть впервые диагностирована в течение срока страхования («Хирургическая операция в результате несчастного случая или болезни»). Список хирургических операций, на случай проведения которых проводится страхование, приведен в Приложении «Таблица размеров страховых выплат при хирургических операциях в результате несчастного случая или болезни»;
 - 4.3.22. переломы и ожоги, полученные Застрахованным в течение срока страхования в результате несчастного случая и предусмотренные «Таблицей размеров страховых выплат в связи с переломами и ожогами в результате несчастного случая» («Переломы и ожоги»);
 - 4.3.23. критические заболевания и операции - установление Застрахованному врачом, имеющим необходимую квалификацию, заключительного диагноза впервые диагностированного в течение срока страхования одного из заболеваний или проведение ему одной из хирургических операций, определенных в Договоре («Критическое заболевание»). Перечень болезней, хирургических операций и специальные условия страхования по данному страховому риску приведены в Приложении № 1 к настоящим Правилам.
- 4.4. События, указанные в п. 4.3 Правил, произошедшие в результате несчастного случая, признаются страховыми случаями, если несчастный случай произошел в течение срока страхования.
- Смерть и постоянная утрата трудоспособности, наступившие в результате имевшего место в течение срока страхования несчастного случая, признаются страховыми случаями, если они наступили не позднее, чем в течение одного года со дня несчастного случая.
- Смерть и постоянная утрата трудоспособности, наступившие в результате болезни, признаются страховыми случаями, если они наступили в течение срока страхования.
- Если иное не предусмотрено Договором, смерть и постоянная утрата трудоспособности в результате болезни признаются страховым случаем, если болезнь была впервые диагностирована в течение срока страхования.
- Для Застрахованных, в отношении которых Договор, заключенный со Страховщиком и предусматривающий страховое покрытие по рискам, указанным в пп. 4.3.17, 4.3.19, 4.3.21 Правил, продлился (в том числе посредством заключения нового Договора) в течение одного или более последовательных лет без перерывов, события, указанные в пп. 4.3.17, 4.3.19, 4.3.21 Правил, произошедшие в результате болезни, признаются страховыми, если болезнь впервые диагностирована в одном из сроков страхования.
- 4.5. Для признания событий, указанных в п. 4.3 Правил, страховыми случаями, они должны быть подтверждены документами, выданными компетентными органами.
- 4.6. Если иное не установлено Договором, события, указанные в п. 4.3 Правил, не признаются страховыми случаями, если они наступили:
1. в результате умышленных действий Застрахованного, Страхователя или лица, которое согласно Договору, Правилам или законодательству РФ является Выгодоприобретателем в случае смерти Застрахованного, а также лиц, действующих по их поручению, направленных на наступление страхового случая;
 2. в результате совершения (попытки совершения) Застрахованным (Страхователем) уголовного преступления, находящегося в прямой причинно-следственной связи с событием, обладающим признаками страхового случая;
 3. в результате алкогольного опьянения Застрахованного, наркотического или токсического опьянения (отравления) в результате употребления им наркотических и/или психотропных веществ (а также их прекурсоров и/или аналогов), сильнодействующих, психоактивных веществ, медицинских препаратов без предписания врача (или по предписанию врача, но с нарушением указанной им дозировки), а также в результате заболевания, вызванного употреблением алкоголя, наркотических веществ или лекарств, не назначенных надлежащим образом врачом;
 4. в результате управления Застрахованным транспортным средством без права на управление транспортным средством данной категории или передачи Застрахованным управления транспортным средством лицу, не имевшему права на управление транспортным средством данной категории;
 5. в результате управления Застрахованным транспортным средством в состоянии алкогольного, наркотического или токсического опьянения или под воздействием сильнодействующих и/или психотропных веществ, медицинских препаратов, при применении которых противопоказано управление транспортными средствами, или передачи Застрахованным управления транспортным средством лицу, находившемуся в состоянии алкогольного, наркотического или токсического опьянения или под воздействием сильнодействующих и/или психотропных веществ, медицинских препаратов, при применении которых противопоказано управление транспортными средствами;

6. в результате самоубийства Застрахованного (покушения на самоубийство), если на момент самоубийства (покушения на самоубийство) Договор действовал менее двух лет (или продлялся таким образом, что страхование не действовало непрерывно в течение двух лет), а также при преднамеренном членовредительстве Застрахованного, за исключением случаев, когда Застрахованный был доведен до этого противоправными действиями третьих лиц;
 7. вследствие действия ядерного взрыва, радиации или радиоактивного заражения;
 8. вследствие любого ядерного, химического или биологического заражения в связи с любым террористическим актом;
 9. вследствие боевых и/или военных действий, а также маневров, или иных боевых и/или военных мероприятий, их последствий, гражданских, военных переворотов, народных волнений, а также во время прохождения Застрахованным военной службы, участия в военных сборах и учениях, маневрах, испытаниях военной техники или иных подобных операциях в качестве военнослужащего либо гражданского служащего;
 10. в результате полета Застрахованного на летательном аппарате или управления им, если Застрахованный не является профессиональным пилотом, кроме случаев полета в качестве пассажира на рейсовом самолете или вертолете гражданской авиации, управляемом профессиональным пилотом;
 11. в результате занятий Застрахованным опасными видами спорта (например, контактные единоборства, альпинизм, скалолазание, ледолазание, погружение под воду на глубину более 40 метров, в подводные пещеры, к останкам судов или строений, находящихся на дне (независимо от глубины погружения), прыжки с парашютом, скайсерфинг, бейсджампинг, дельта/парапланеризм, вингсьют, скачки, BMX, маунтин байк, даунхилл, спелеотуризм, аквабайк, вейкбординг, яхтинг в открытом море, паркур, бои без правил, охота на крупную дичь и т.п.); во время участия в соревнованиях, гонках;
 12. в результате профессиональных занятий Застрахованным спортом;
 13. во время участия в мотокроссе, триале; мотогонках, автогонках или иных гонках на скорость; иных соревнованиях, а также во время езды на мотоцикле или ином двухколесном моторизованном транспортном средстве при температуре окружающей среды или дорожного покрытия ниже 0 °С;
 14. в результате болезни Застрахованного, прямо или косвенно связанной с ВИЧ-инфекцией, СПИДом. Случаи заражения застрахованного ВИЧ-инфекцией, вызванные действиями, предусмотренными ст. 122 УК РФ, и подтвержденные вступившим в силу решением суда, признаются страховыми. Действие настоящего пункта не распространяется на диагноз критического заболевания в соответствии с п. 4.12 Дополнительных условий страхования на случай критических заболеваний (Приложение № 1);
 15. во время нахождения Застрахованного в местах лишения свободы, а также в изоляторах временного содержания и других учреждениях, предназначенных для содержания лиц, подозреваемых или обвиняемых в совершении преступления;
 16. в результате предшествующих состояний или их последствий;
 17. в результате прямого или косвенного влияния психического заболевания, если несчастный случай произошел с психически больным Застрахованным, который находился в невменяемом состоянии в момент несчастного случая;
 18. во время эпилептического приступа (или иных судорожных или конвульсивных приступов).
- 4.7. Если иное не установлено Договором, страховыми случаями также не признаются:
- а. смерть или инвалидность Застрахованного, наступившая вследствие сердечно-сосудистого, онкологического или иного угрожающего жизни заболевания, имевшегося у Застрахованного на дату заключения Договора, при условии, что Страховщик не был поставлен об этом в известность при заключении Договора;
 - б. временная утрата трудоспособности, госпитализация или проведение хирургической операции в связи с заболеванием, диагностированным у Застрахованного на дату заключения Договора или симптомы которого имелись у Застрахованного на дату заключения Договора;
 - в. временная утрата трудоспособности в связи с необходимостью ухода за ребенком или членом семьи, временная утрата трудоспособности вследствие беременности или ее прерывания, лечения зубов (за исключением повреждений, полученных в результате несчастного случая), венерических болезней, любых заболеваний нервной системы, психических расстройств вне зависимости от их классификации, пищевой токсикоинфекции (за исключением случаев, повлекших госпитализацию Застрахованного), заболеваний, приобретенных при проведении лечения методами народной (нетрадиционной) медицины;
 - г. хирургические операции, связанные с беременностью и родами, лечением бесплодия, аборт, лечение, имплантация, удаление, восстановление зуба и другие операции на зубе (если только их необходимость не вызвана несчастным случаем, произошедшим в течение срока страхования), оперативное лечение ожогов I и II степени площадью менее 15% общей поверхности тела, вскрытие воспалений кожи, тканей и суставов, удаление шовного материала, пластические и косметические операции (если только их необходимость не вызвана несчастным случаем, произошедшим в течение срока страхования), хирургические операции, прямо или косвенно связанные с заболеванием СПИДом, диагностика методами эндоскопии, лапароскопии и артроскопии, удаление непролиферирующих опухолей *in-situ*, операции, связанные со всеми видами рака кожи за исключением пролиферирующей злокачественной меланомы, операции по смене пола, стерилизация;
 - д. случаи госпитализации, связанные с беременностью и родами, лечением бесплодия, абортами, лечением зубов, с пластическими или косметическими операциями (если только их необходимость не вызвана несчастным случаем, произошедшим в течение срока страхования), с психическими и наркологическими заболеваниями, с заболеваниями, вызванными вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ).

5. ДОГОВОР СТРАХОВАНИЯ, ПОРЯДОК ЗАКЛЮЧЕНИЯ И ИСПОЛНЕНИЯ ДОГОВОРА СТРАХОВАНИЯ

5.1. Страхователь имеет право заключить Договор на случай наступления любого одного или нескольких событий, указанных в п. 4.3 Правил, при этом включение в Договор риска по смерти (пп. 4.3.1, или 4.3.2, или 4.3.3 Правил) является обязательным, если иное не установлено в Договоре.

В случае если Застрахованным является ребенок до 18-ти лет, обязательное включение риска по смерти заменяется на обязательное включение риска по инвалидности (пп. 4.3.8, или 4.3.9, или 4.3.10 Правил), если иное не установлено в Договоре.

5.2. Договор не заключается в отношении лиц, если иное не предусмотрено Договором:

а) возраст которых превышает 64 года – по рискам «Хирургическая операция в результате несчастного случая», «Хирургическая операция в результате несчастного случая или болезни», «Госпитализация в результате несчастного случая» и «Госпитализация в результате несчастного случая или болезни»;

б) неработающих – по риску «Временная утрата трудоспособности в результате несчастного случая» и «Временная утрата трудоспособности в результате несчастного случая или болезни».

5.3. Для заключения Договора Страхователь направляет Страховщику письменное заявление по установленной Страховщиком форме (Приложения № 15-17), а если на страхование заявлена группа лиц, то к заявлению прилагается Список Застрахованных (Приложение № 18), либо иным способом заявляет о своем намерении заключить Договор. В последнем случае, предоставляет Страховщику сведения и документы Страхователя, представителей Страхователя, Застрахованных, Выгодоприобретателей (при наличии), Бенефициарных владельцев (при установлении наличия):

5.3.1. при заключении Договора индивидуального страхования – фамилия, имя, отчество, дата рождения, документы, удостоверяющие личность, документы, подтверждающие право иностранного гражданина или лица без гражданства на пребывание (проживание) в РФ, ИНН и СНИЛС (при наличии); ИНН, ОГРН, сведения о регистрации в качестве индивидуального предпринимателя, иные сведения и(или) документы, получение которых обусловлено требованиями законодательства РФ, в том числе может потребоваться заполнение анкет по форме Страховщика; срок страхования; валюту Договора; перечень страховых рисков; страховые суммы; информацию о состоянии здоровья Застрахованных (рост, вес, имеющиеся в настоящее время и в анамнезе заболевания, перенесенные ранее травмы);

5.3.2. при заключении Договора коллективного страхования – сведения и (или) документы о Страхователе, представителях Страхователя, Застрахованных (по форме Приложения № 18 к Правилам), Выгодоприобретателях (при наличии), Бенефициарных владельцах, в объеме необходимом для заключения Договора страхования и исполнения требований действующего законодательства Российской Федерации, в том числе может потребоваться заполнение анкет/ заявлений по форме Страховщика. Сведения и (или) документы предоставляются путем личного представления либо иным способом, доступным на законных основаниях; должности / профессии заявленных на страхование потенциальных Застрахованных; количество лиц, заявленных на страхование; предполагаемую (желаемую) дату начала Договора; срок страхования; время действия и территория страхового покрытия; валюту Договора; особые условия запроса (например, нестандартный список исключений); перечень страховых рисков; страховые суммы.

Страховщик вправе потребовать от Страхователя (Застрахованного) представить дополнительные документы из перечня в Приложениях № 19 и № 20 и/или заполнить документы и одну или несколько анкет (Приложения № 22 - 78) с целью определения вероятности наступления страхового случая. На основании представленных сведений Страховщик имеет право увеличить размер страховой премии, предложить снизить страховые суммы или предложить покрытие по другим рискам.

5.4. Страховщик вправе требовать медицинского освидетельствования лица, которое предположительно будет Застрахованным. В случае отказа пройти медицинское освидетельствование Страховщик вправе отказать в заключении Договора.

5.5. В случае, если после заключения Договора обнаружится некорректно заполненные в Договоре данные Страхователя/Застрахованного, существенно влияющие на увеличение страхового риска и при недостижении сторонами согласия по устранению допущенной ошибки, в том числе перерасчет страховой премии (страхового взноса), перезаключение Договора на новых условиях/подписание дополнительного соглашения к Договору, Страховщик вправе потребовать признания Договора недействительным в отношении Застрахованного (с момента распространения на него действия Договора) и страховой премии (страховой взнос) по данному Застрахованному будет возвращена Страхователю в полном объеме. Существенными признаются изменения, первичная информированность о которых Страховщика привела бы к тому, что Договор не был бы заключен или был бы заключен на значительно отличающихся условиях.

5.6. Страховщик вправе отказать в заключении Договора или приостановить рассмотрение заявления на страхование в случае, если потенциальный Застрахованный на дату заявления страдает заболеванием, угрожающим его жизни и здоровью (заболевание или состояние, травма или иное расстройство здоровья, способное привести к инвалидности, длительной (более 2-х недель) утрате трудоспособности, госпитализации, необходимости проведения хирургической операции), если иное не предусмотрено Договором. Страховщик также вправе отложить заключение Договора, если лицо, заявленное на страхование, страдает острым заболеванием или временно нетрудоспособно. Страховщик вправе потребовать расторжения Договора в случае, если впоследствии будет установлено, что Застрахованный на дату заключения Договора страдал заболеванием (заболевание или состояние, травма или иное расстройство здоровья, способное привести к инвалидности, длительной (более 2-х недель) утрате трудоспособности, госпитализации, необходимости проведения хирургической операции).

5.7. Выгодоприобретателя по Договору назначает Страхователь с письменного согласия Застрахованного. Если Застрахованный является недееспособным, то назначение Выгодоприобретателя на случай смерти Застрахованного осуществляется Страхователем по согласованию с опекуном Застрахованного.

5.8. В Договоре указываются:

- а) субъекты страхования;
- б) страховые риски;
- в) страховые суммы по каждому риску;

- г) порядок определения размера страховой выплаты;
- д) размер и порядок уплаты страховой премии;
- е) дата начала и срок страхования;
- ж) время действия страхования: круглосуточно, при исполнении Застрахованным служебных обязанностей, при выполнении Застрахованным определенной работы, во время поездки или на иной период времени;
- з) иные условия по усмотрению сторон.

5.9. Территория действия страхования - весь мир, за исключением зон боевых и/или военных действий и конфликтов.

5.10. Договор вступает в силу со дня его заключения, при этом ответственность Страховщика по страховым выплатам начинает действовать с установленной Договором даты начала срока страхования, но не ранее дня поступления страховой премии (первого страхового взноса, если Договором предусмотрена рассрочка уплаты страховой премии) на счет Страховщика или дня уплаты страховой премии (первого страхового взноса) наличными деньгами в кассу Страховщика.

5.11. В случае заключения Договора на основании устного заявления Страхователя Договор (полис) заключается путем составления одного документа, подписываемого Страховщиком и Страхователем, либо путем выдачи Страховщиком Договора (Полиса), подписанного Страховщиком. В последнем случае согласие Страхователя заключить Договор на предложенных Страховщиком условиях подтверждается принятием от Страховщика, подписанного им Договора (Полиса).

5.12. Страховщик оформляет и передает Страхователю полис или Договор (Приложения № 80 - 82), подтверждающий заключение Договора. В случае утери Полиса или Договора Страховщик на основании письменного заявления Страхователя выдает дубликат Полиса или Договора. После передачи дубликата Полиса или Договора Страхователю утерянный экземпляр Договора (Полиса) считается недействительным.

5.13. Вся корреспонденция в связи с Договором направляется по адресам, которые указаны в Договоре, а в связи со страховым случаем – по адресу, указанному в заявлении на страховую выплату. В случае изменения адресов и/или реквизитов сторон, стороны обязуются заблаговременно в письменном виде известить друг друга об этом. Если сторона не была извещена об изменении адреса и/или реквизитов другой стороны заблаговременно, то вся корреспонденция, направленная по прежнему адресу, будет считаться полученной на дату ее поступления по прежнему адресу.

6. СТРАХОВАЯ СУММА, СТРАХОВАЯ ПРЕМИЯ. ПОРЯДОК ОПРЕДЕЛЕНИЯ СТРАХОВОЙ СУММЫ, СТРАХОВОГО ТАРИФА, СТРАХОВОЙ ПРЕМИИ.

6.1. Страховой суммой является денежная сумма, определенная Договором при его заключении, исходя из которой устанавливаются размер страховой премии (страховых взносов) и размер страховой выплаты при наступлении страхового случая.

В пределах страховой суммы Страховщик несет ответственность за выполнение своих обязательств по Договору. Размер страховой суммы устанавливается по соглашению сторон Договора.

В Договоре устанавливаются страховые суммы по каждому риску, именуемые в дальнейшем: «страховая сумма по риску «Смерть»; «страховая сумма по риску «Инвалидность»; «страховая сумма по риску «Тяжкие телесные повреждения»; «страховая сумма по риску «Временная утрата трудоспособности»; «страховая сумма по риску «Травма»; «страховая сумма по риску «Хирургическая операция»; «страховая сумма по риску «Госпитализация»; «страховая сумма по риску «Утрата профессиональной трудоспособности»; «страховая сумма по риску «Переломы и ожоги»; «страховая сумма по риску «Критическое заболевание».

6.2. Страховая сумма устанавливается в российских рублях. По соглашению сторон в Договоре может быть указана страховая сумма в иностранной валюте (далее – страхование с валютным эквивалентом).

6.3. Страховой премией является денежная сумма, уплачиваемая Страхователем Страховщику в качестве платы за страхование. Страховая премия уплачивается Страхователем в валюте РФ, за исключением случаев, предусмотренных валютным законодательством РФ и принятыми в соответствии с ним нормативными правовыми актами органов валютного регулирования. По Договорам с валютным эквивалентом страховая премия уплачивается в российских рублях по курсу ЦБ РФ, установленному для иностранной валюты на дату уплаты (перечисления). Все расчеты с нерезидентами осуществляются в соответствии с действующим валютным законодательством.

Страховая премия устанавливается Страховщиком в соответствии с его страховыми тарифами, действующими на момент заключения Договора, с учетом размера страховой суммы, страхового риска и срока страхования.

6.4. Страховой тариф – ставка страховой премии с единицы страховой суммы с учетом объекта страхования, характера страхового риска и условий заключения Договора.

Страховой тариф рассчитывается как произведение базового страхового тарифа и коэффициентов, зависящих от пола, возраста, профессиональной принадлежности Застрахованного, рода его деятельности, периода действия Договора, увлечений, образа жизни Застрахованного, объема страхового покрытия, результатов медицинского освидетельствования, численности группы.

6.5. Страховая премия по Договору может быть уплачена Страхователем единовременно – разовым платежом за весь срок страхования, или в рассрочку (страховыми взносами), наличными деньгами представителю Страховщика или в кассу Страховщика, или безналичным перечислением на счет Страховщика. Порядок уплаты страховой премии определяется по соглашению сторон Договора.

6.6. В случае уплаты страховой премии в рассрочку Договором может быть предусмотрен льготный период продолжительностью не более 30 (Тридцати) календарных дней, если иное не предусмотрено Договором. Для уплаты ежемесячных страховых взносов устанавливается льготный период 10 (Десять) календарных дней, если иное не предусмотрено Договором. Льготный период начинается с даты уплаты очередного страхового взноса, установленной в Договоре. Если в течение указанного периода времени взнос не был уплачен либо был уплачен не полностью, Договор прекращает свое действие с даты начала льготного периода.

6.7. Страховая премия (первый страховой взнос) должна быть уплачена не позднее, чем в течение 5 (Пяти) календарных дней со дня заключения Договора, если иной срок не установлен в Договоре.

7. ПОРЯДОК ОПРЕДЕЛЕНИЯ РАЗМЕРА СТРАХОВЫХ ВЫПЛАТ

7.1. При наступлении страхового случая, связанного с наступлением события, указанного в пп. 4.3.1 - 4.3.7 Правил, страховая выплата производится в размере 100% страховой суммы по риску «Смерть», установленной для Застрахованного.

7.2. При наступлении страхового случая, связанного с наступлением события, указанного в пп. 4.3.8 - 4.3.11 Правил, страховая выплата рассчитывается по одному из следующих вариантов с учетом указанного ниже в настоящем пункте ограничения, установленного для Застрахованного, являющегося инвалидом III группы на дату заключения Договора:

Вариант А (пп. 4.3.8 - 4.3.11 Правил)

- I группа инвалидности – 100%,
- II группа инвалидности – 75%,
- III группа инвалидности – 50%

страховой суммы по риску «Инвалидность», установленной для Застрахованного;

При установлении застрахованному ребенку до 18-ти лет:

- категории «ребенок-инвалид» до достижения возраста 18 лет - 100%,
- категории «ребенок-инвалид» на срок два года - 75%,
- категории «ребенок-инвалид» на срок один год - 50%

страховой суммы по риску «Инвалидность», установленной для Застрахованного;

Вариант Б (пп. 4.3.8 - 4.3.11 Правил)

- I группа инвалидности – 100%,
- II группа инвалидности – 80%,
- III группа инвалидности – 60%

страховой суммы по риску «Инвалидность», установленной для Застрахованного;

Вариант В (пп. 4.3.8 - 4.3.11 Правил)

- I группа инвалидности – 100%,
- II группа инвалидности – 100%

страховой суммы по риску «Инвалидность», установленной для Застрахованного.

Договором может быть установлен иной размер страховой выплаты по рискам, указанным в пп. 4.3.8 - 4.3.11 Правил.

Вариант, по которому при наступлении страхового случая будет рассчитываться размер страховой выплаты, устанавливается при заключении Договора. Если в Договоре не указан вариант, то установленным считается вариант А.

В случае установления инвалидности I или II группы Застрахованному, являющемуся на момент заключения Договора инвалидом III группы, страховая выплата по рискам, указанным в пп. 4.3.8 - 4.3.11 Правил, составляет:

- I группа инвалидности – 60%,
- II группа инвалидности – 30%,
- III группа инвалидности – 0%

страховой суммы по риску «Инвалидность», установленной для Застрахованного.

7.3. При наступлении страхового случая, связанного с наступлением события, указанного в пп. 4.3.15 - 4.3.17 Правил, страховая выплата рассчитывается по одному из следующих вариантов:

7.3.1. в соответствии с таблицей размеров страховых выплат в связи с несчастным случаем в зависимости от тяжести травмы, исходя из страховой суммы по риску «Травма» или по риску «Временная утрата трудоспособности», установленной для Застрахованного (Приложения № 5-10).

7.3.2. при наступлении страхового случая, связанного с наступлением события, указанного в пп. 4.3.16 и 4.3.17 Правил, размер страховой выплаты составляет 0,2% от страховой суммы по риску «Временная утрата трудоспособности», установленной для Застрахованного, за каждый день временной нетрудоспособности вне зависимости от того, закончился ли период временной нетрудоспособности до или после окончания срока страхования, но не больше, чем за 100 дней по одному страховому случаю, если Договором не предусмотрено иное ограничение количества дней или иной размер выплаты. Период временной нетрудоспособности должен начинаться в период действия Договора. Договором может быть предусмотрена выплата в размере $a \times 0,2\%$ с соответствующим умножением тарифа на коэффициент «а» (коэффициент «а» устанавливается в размере от 0,1 до 15). В зависимости от условий Договора расчет страховой выплаты может производиться:

а) исходя из количества рабочих дней нетрудоспособности, за исключением официально объявленных выходных (суббота, воскресенье) и праздничных дней;

б) исходя из количества календарных дней нетрудоспособности.

Страховщик вправе при заключении Договора установить отложенный период до 30 (Тридцати) первых календарных дней временной нетрудоспособности. Если в Договоре не указан отложенный период, то по умолчанию он составляет 6 (Шесть) календарных дней. Если Договором установлен отложенный период, то дни, приходящиеся на отложенный период, не учитываются при расчете страховой выплаты.

Вариант, по которому при наступлении страхового случая будет рассчитываться размер страховой выплаты, устанавливается при заключении Договора. Если в Договоре не указан вариант, то для риска «Травма» установленным

считается вариант страховой выплаты по Таблице № 4 размеров страховых выплат в связи с несчастным случаем (Приложение № 9), для риска «Временная утрата трудоспособности» установленными считается вариант страховой выплаты, исходя из количества календарных дней (п. 7.3.2.6 Правил).

7.4. При наступлении страхового случая, связанного с наступлением события, указанного в пп. 4.3.20 - 4.3.21 Правил, страховая выплата производится в зависимости от страхового случая:

7.4.1. При наступлении страхового случая, связанного с наступлением события, указанного в пп. 4.3.20 Правил, страховая выплата рассчитывается по одному из следующих вариантов:

Вариант А - по Таблице №1 размеров страховых выплат при хирургических операциях в результате несчастного случая (Приложение № 11), исходя из страховой суммы по риску «Хирургическая операция в результате несчастного случая», установленной для Застрахованного;

Вариант Б - по Таблице №2 размеров страховых выплат при хирургических операциях в результате несчастного случая (Приложение № 12), исходя из страховой суммы по риску «Хирургическая операция в результате несчастного случая», установленной для Застрахованного.

Вариант, по которому при наступлении страхового случая будет рассчитываться размер страховой выплаты, устанавливается при заключении Договора. Если в Договоре не указан вариант, то установленным считается вариант А.

7.4.2. При наступлении страхового случая, связанного с наступлением события, указанного в пп. 4.3.21 Правил, страховая выплата рассчитывается по Таблице размеров страховых выплат при хирургических операциях в результате несчастного случая или болезни (Приложения № 13), исходя из страховой суммы по риску «Хирургическая операция в результате несчастного случая или болезни», установленной для Застрахованного.

7.5. При наступлении страхового случая, связанного с наступлением события, указанного в п. 4.3.18 и п. 4.3.19 Правил, страховая выплата производится на следующих условиях:

7.5.1. Страховая выплата рассчитывается исходя из 0,4% от страховой суммы по риску «Госпитализация», установленной для Застрахованного, за каждый день госпитализации вне зависимости от того, закончился ли период госпитализации до или после окончания срока страхования, но не больше, чем за 45 (Сорок пять) дней по одному страховому случаю, если Договором не предусмотрено иное ограничение количества дней или иной размер выплаты. Договором может быть предусмотрена выплата в размере $a \times 0,4\%$ с соответствующим умножением тарифа на коэффициент «а» (коэффициент «а» устанавливается в размере от 0,1 до 15). Страховщик вправе при заключении Договора установить отложенный период, при этом, соответственно, указанный период госпитализации при расчете страховой выплаты не учитывается. Если в Договоре не указан отложенный период, то по умолчанию он составляет 3 (Три) календарных дня.

7.5.2. Страховая выплата по риску «Госпитализация» осуществляется в соответствии с п. 7.5.1 Правил, при этом день поступления и день выписки в сумме считаются 1 (Одним) днем госпитализации. При наличии в Договоре отложенного периода дни госпитализации, подлежащие учету при расчете страховой выплаты, рассчитываются как разность между общим количеством дней госпитализации с учетом вышеуказанного в настоящем подпункте ограничения и количеством дней, составляющих отложенный период.

7.6. При наступлении страхового случая, связанного с наступлением события, указанного в п. 4.3.13, п. 4.3.14 Правил, страховая выплата производится в проценте от индивидуальной страховой суммы в соответствии с процентом (степенью утраты), на который снизилась профессиональная трудоспособность Застрахованного, если Договором не предусмотрен иной размер страховой выплаты. Степень утраты профессиональной трудоспособности определяется в порядке, установленном действующим законодательством РФ.

7.7. При наступлении страхового случая, связанного с наступлением события, указанного в пп. 4.3.12 Правил, страховая выплата рассчитывается в соответствии с таблицей размеров страховых выплат при тяжких телесных повреждениях в результате несчастного случая в зависимости от тяжести повреждения, исходя из страховой суммы по риску «Тяжкие телесные повреждения в результате несчастного случая», установленной для Застрахованного (Приложения № 2-4)

Вариант, по которому при наступлении страхового случая будет рассчитываться размер страховой выплаты, устанавливается при заключении Договора. Если в Договоре не указан вариант, то установленным считается вариант страховой выплаты по Таблице № 3 размеров страховых выплат при тяжких телесных повреждениях в результате несчастного случая (Приложение № 4).

7.8. При наступлении страхового случая, связанного с наступлением события, указанного в пп. 4.3.22 Правил, страховая выплата рассчитывается по Таблице размеров страховых выплат в связи с переломами и ожогами в результате несчастного случая (Приложение № 14).

7.9. Условия страхования, размер и порядок осуществления страховой выплаты при наступлении страхового случая, связанного с наступлением события, указанного в пп. 4.3.23 Правил, приведены в Дополнительных условиях страхования на случай критических заболеваний (Приложение № 1).

7.10. Стороны вправе определить следующие условия осуществления страховой выплаты:

7.10.1. Риски, указанные в пп. 4.3.1 - 4.3.3, 4.3.8 - 4.3.10, 4.3.12 - 4.3.17, 4.3.22, и страховые выплаты по данным рискам являются зависимыми.

7.10.2. Риски, указанные в пп. 4.3.1 - 4.3.3, 4.3.8 - 4.3.10, 4.3.12 - 4.3.17, 4.3.22, и страховые выплаты по данным рискам являются независимыми.

7.10.3. Если в Договоре не определено как будут производиться страховые выплаты по рискам, указанным в п. 7.10.1 - 7.10.2 Правил, то по умолчанию выплаты считаются зависимыми.

7.10.4. Условия осуществления страховой выплаты по риску «Критическое заболевание» (пп. 4.3.23 Правил) указаны в Дополнительных условиях страхования на случай критических заболеваний (Приложение № 1).

7.11. Риски, указанные в пп. 4.3.4 - 4.3.7, 4.3.11, 4.3.18 - 4.3.21, и страховые выплаты по данным рискам всегда являются независимыми.

7.12. Если дорожно-транспортное происшествие обусловило наступление последовательных событий, указанных в пп. 4.3.4 и 4.3.11 Правил, признанных страховыми случаями, то размер страховой выплаты по каждому страховому случаю

уменьшается на сумму страховой выплаты, ранее произведенной Страховщиком в связи с данным дорожно-транспортным происшествием.

7.13. Общий размер страховой выплаты по одному риску не может превышать размера страховой суммы, установленной Договором для Застрахованного по данному риску.

8. ПОРЯДОК ОСУЩЕСТВЛЕНИЯ СТРАХОВЫХ ВЫПЛАТ

8.1. Страховая выплата производится при наступлении страхового случая лицу, имеющему право на ее получение согласно Договору, независимо от сумм, причитающихся ему по другим договорам страхования, а также по обязательному социальному страхованию, социальному обеспечению и в порядке возмещения вреда.

По рискам, указанным в пп. 4.3.1 - 4.3.7 Правил, страховая выплата производится Выгодоприобретателю по риску смерти на основании письменного заявления Выгодоприобретателя и документов, указанных в пп. 8.2.а Правил, подтверждающих факт наступления страхового случая.

По рискам, указанным в пп. 4.3.8 - 4.3.23 Правил, страховая выплата производится Застрахованному, если иное не предусмотрено Договором. Страховая выплата осуществляется Страховщиком на основании письменного заявления Застрахованного и документов, указанных в п. 8.2.б - 8.2.ж Правил, подтверждающих факт наступления страхового случая.

В предоставленных медицинских документах должны содержаться: дата и обстоятельства заявленного случая, полный диагноз, время начала и окончания лечения, результаты всех проведенных диагностических исследований, названия лечебных мероприятий, срок временной нетрудоспособности. Диагноз, поставленный Застрахованному, считается достоверным в том случае, если он поставлен имеющим на это право медицинским работником на основании характерных объективных симптомов (признаков).

Если при наступлении страхового случая по рискам, указанным в пп. 4.3.8 - 4.3.23 Правил, Застрахованный умер, не успев предоставить Страховщику письменное заявление на страховую выплату, страховая выплата по данному событию не осуществляется.

8.2. Для получения страховой выплаты Застрахованный (Выгодоприобретатель, Страхователь) должен предоставить Страховщику следующие документы, подтверждающие факт наступления страхового случая, если Договором не установлен иной перечень документов:

а. в связи со смертью Застрахованного:

- оригинал Договора (Полиса) (для Договоров индивидуального страхования);
- письменное заявление Выгодоприобретателя на страховую выплату по установленной Страховщиком форме с подробным описанием обстоятельств смерти Застрахованного;
- банковские реквизиты Выгодоприобретателя для осуществления выплаты;
- оригинал свидетельства о смерти Застрахованного или его нотариально заверенная копия;
- оригинал или нотариально заверенная копия справки о смерти из ЗАГСа с указанием установленной причины смерти или копия заключительной части акта судебно-медицинской экспертизы с результатами судебно-химических, судебно-биологических, гистологических исследований, заверенная должностным лицом и печатью МВД или прокуратуры;
- копия Акта о несчастном случае на производстве (форма Н1) или копия Акта расследования несчастного случая по пути на работу / с работы, заверенная сотрудником отдела кадров/управления персоналом либо уполномоченным лицом Страхователя (с приложением документов, подтверждающих данные полномочия) и печатью отдела кадров/управления персоналом (в случаях, если лицо считается застрахованным только на работе и по пути на работу / с работы);
- оригинал (или заверенная транспортной компанией (перевозчиком) копия) Акта о несчастном случае с Застрахованным на транспорте, составленный транспортной компанией (перевозчиком) (при наступлении события, указанного в пп. 4.3.6 и 4.3.7 Правил);
- пассажирский билет и/или посадочный талон и/или иной документ, его заменяющий (при наступлении события, указанного в пп. 4.3.6 и пп. 4.3.7 Правил);
- оригинал документа (Постановление о возбуждении/отказе в возбуждении уголовного дела; справка о ДТП с приложениями по форме, утвержденной действующим законодательством РФ/нормативными актами; решение судебного органа; справка МЧС), выданного соответствующим органом МВД, МЧС, прокуратуры, суда, в пределах компетенции которого находится установление факта и обстоятельств соответствующего события, или копия документа, заверенного должностным лицом и печатью МВД, МЧС, прокуратуры (в случае необходимости, а именно: ДТП, авиакатастрофы, железнодорожной катастрофы, происшествия на водном транспорте, пожар, противоправные действия);
- оригинал распоряжения Застрахованного о том, кого он назначил получателем страховой выплаты в случае своей смерти или оригинал (нотариально заверенная копия) свидетельства о праве на наследство, выданный нотариусом;
- копия документа, удостоверяющая личность Выгодоприобретателя, с отметкой о месте его регистрации (для Договоров коллективного страхования);
- документ, удостоверяющий личность Выгодоприобретателя, с отметкой о месте его регистрации, в т.ч. для снятия копии, либо надлежащим образом заверенная копия (для Договоров индивидуального страхования);
- оригинал Акта о несчастном случае на спортивном мероприятии, соревновании, тренировках (в случаях, если лицо считается застрахованным только на период проведения соревнований (спортивных мероприятий, тренировок) или на период проведения соревнований (спортивных мероприятий, тренировок) и по пути на соревнования (спортивные мероприятия, тренировки) и обратно;

б. в связи с установлением Застрахованному группы инвалидности:

- копия Договора (Полиса) (для Договоров индивидуального страхования);
- письменное заявление Застрахованного на страховую выплату по установленной Страховщиком форме с подробным описанием обстоятельств, повлекших за собой установление Застрахованному группы инвалидности;
- банковские реквизиты Застрахованного/Выгодоприобретателя для осуществления выплаты;

- нотариально заверенная копия справки бюро МСЭ об установлении группы инвалидности или категории «ребенок-инвалид»;
- копия направления на медико-социальную экспертизу, заверенная руководителем бюро МСЭ и печатью бюро МСЭ;
- копия медицинской карты (карт) Застрахованного за весь период наблюдения по поводу травмы/заболевания, приведшего к установлению инвалидности, заверенная лечебным учреждением. Копия медицинской карты должна быть заверена должностным лицом медицинского учреждения (главный врач, заместитель главного врача по лечебной работе, заместитель главного врача по КЭР (клинико-экспертной работе), председатель врачебной комиссии, начальник медицинской части и другие уполномоченные лица (с приложением документов, подтверждающих данные полномочия)) и печатью медицинского учреждения;
- для работающих застрахованных копии закрытых листов нетрудоспособности, заверенные сотрудником отдела кадров/управления персоналом либо уполномоченным лицом (с приложением документов, подтверждающих данные полномочия) и печатью отдела кадров/управления персоналом организации, в которой работает Застрахованный / для учащихся застрахованных заверенная руководителем образовательного учреждения и печатью образовательного учреждения копия справки формы 095/у или документа о временной нетрудоспособности учащегося, ее заменяющего;
- копия Акта о несчастном случае на производстве (форма Н1) или копия Акта расследования несчастного случая по пути на работу / с работы, заверенная сотрудником отдела кадров/управления персоналом либо уполномоченным лицом Страхователя (с приложением документов, подтверждающих данные полномочия) и печатью отдела кадров/управления персоналом (в случаях, если лицо считается застрахованным только на работе и по пути на работу / с работы);
- оригинал документа (Постановление о возбуждении/отказе в возбуждении уголовного дела; справка о ДТП с приложениями по форме, утвержденной действующим законодательством РФ/нормативными актами; решение судебного органа; справка МЧС), выданного соответствующим органом МВД, МЧС, прокуратуры, суда, в пределах компетенции которого находится установление факта и обстоятельств соответствующего события, или копия документа, заверенного должностным лицом и печатью МВД, МЧС, прокуратуры (в случае необходимости, а именно: ДТП, авиакатастрофы, железнодорожной катастрофы, происшествия на водном транспорте, пожар, противоправные действия);
- копия документа, удостоверяющая личность Застрахованного/Выгодоприобретателя, с отметкой о месте его регистрации (для Договоров коллективного страхования);
- документ, удостоверяющий личность Выгодоприобретателя, с отметкой о месте его регистрации, в т.ч. для снятия копии, либо надлежащим образом заверенная копия (для Договоров индивидуального страхования);
- оригинал Акта о несчастном случае на спортивном мероприятии, соревновании, тренировках (в случаях, если лицо считается застрахованным только на период проведения соревнований (спортивных мероприятий, тренировок) или на период проведения соревнований (спортивных мероприятий, тренировок) и по пути на соревнования (спортивные мероприятия, тренировки) и обратно;
- в. в связи с временной утратой трудоспособности Застрахованного в результате несчастного случая:**
- копия Договора (Полиса) (для Договоров индивидуального страхования);
- письменное заявление Застрахованного на страховую выплату по установленной Страховщиком форме с подробным описанием обстоятельств, приведших к временной утрате Застрахованным трудоспособности;
- банковские реквизиты Застрахованного/Выгодоприобретателя для осуществления выплаты;
- при стационарном лечении - оригинал выписки (выписного эпикриза) из медицинской карты стационарного больного (с даты первичного обращения по заявленному событию) и/или копия медицинской карты стационарного больного, заверенная лечебным учреждением (с даты первичного обращения по заявленному событию)/при амбулаторном лечении – оригинал выписки из медицинской карты амбулаторного больного (с даты первичного обращения по заявленному событию) и/или копия амбулаторной медицинской карты Застрахованного, заверенная лечебным учреждением (с даты первичного обращения по заявленному событию). Копия медицинской карты должна быть заверена должностным лицом медицинского учреждения (главный врач, заместитель главного врача по лечебной работе, заместитель главного врача по КЭР (клинико-экспертной работе), председатель врачебной комиссии, начальник медицинской части и другие уполномоченные лица (с приложением документов, подтверждающих данные полномочия)) и печатью медицинского учреждения;
- копии закрытых листов нетрудоспособности, заверенные сотрудником отдела кадров/управления персоналом либо уполномоченным лицом (с приложением документов, подтверждающих данные полномочия) и печатью отдела кадров/управления персоналом организации, в которой работает Застрахованный / для учащихся Застрахованных заверенная руководителем образовательного учреждения и печатью образовательного учреждения копия справки формы 095/у или документа о временной нетрудоспособности учащегося, ее заменяющего;
- копия Акта о несчастном случае на производстве (форма Н1) или копия Акта расследования несчастного случая по пути на работу / с работы, заверенная сотрудником отдела кадров/управления персоналом либо уполномоченным лицом Страхователя (с приложением документов, подтверждающих данные полномочия) и печатью отдела кадров/управления персоналом (в случаях, если лицо считается застрахованным только на работе и по пути на работу / с работы);
- оригинал документа (Постановление о возбуждении/отказе в возбуждении уголовного дела; справка о ДТП с приложениями по форме, утвержденной действующим законодательством РФ/нормативными актами; решение судебного органа; справка МЧС), выданного соответствующим органом МВД, МЧС, прокуратуры, суда, в пределах компетенции которого находится установление факта и обстоятельств соответствующего события, или копия документа, заверенного должностным лицом и печатью МВД, МЧС, прокуратуры (в случае необходимости, а именно: ДТП, авиакатастрофы, железнодорожной катастрофы, происшествия на водном транспорте, пожар, противоправные действия);
- копия документа, удостоверяющая личность Застрахованного/Выгодоприобретателя, с отметкой о месте его регистрации (для Договоров коллективного страхования);
- документ, удостоверяющий личность Выгодоприобретателя, с отметкой о месте его регистрации, в т.ч. для снятия копии, либо надлежащим образом заверенная копия (для Договоров индивидуального страхования);

- оригинал Акта о несчастном случае на спортивном мероприятии, соревновании, тренировках (в случаях, если лицо считается застрахованным только на период проведения соревнований (спортивных мероприятий, тренировок) или на период проведения соревнований (спортивных мероприятий, тренировок) и по пути на соревнования (спортивные мероприятия, тренировки) и обратно;

г. в связи с временной утратой трудоспособности Застрахованного в результате болезни:

- копия Договора (Полиса) (для Договоров индивидуального страхования);
- письменное заявление Застрахованного на страховую выплату по установленной Страховщиком форме с подробным описанием обстоятельств, приведших к временной утрате Застрахованным трудоспособности;
- банковские реквизиты Застрахованного/Выгодоприобретателя для осуществления выплаты;
- при стационарном лечении - оригинал выписки (выписного эпикриза) из медицинской карты стационарного больного (с даты первичного обращения по заявленному событию) и/или копия медицинской карты стационарного больного, заверенная лечебным учреждением (с даты первичного обращения по заявленному событию); при амбулаторном лечении – оригинал выписки из медицинской карты амбулаторного больного (с даты первичного обращения по заявленному событию) и/или копия амбулаторной медицинской карты Застрахованного, заверенная лечебным учреждением (с даты первичного обращения по заявленному событию). Копия медицинской карты должна быть заверена должностным лицом медицинского учреждения (главный врач, заместитель главного врача по лечебной работе, заместитель главного врача по КЭР (клинико-экспертной работе), председатель врачебной комиссии, начальник медицинской части и другие уполномоченные лица (с приложением документов, подтверждающих данные полномочия)) и печатью медицинского учреждения;
- копии закрытых листов нетрудоспособности, заверенные сотрудником отдела кадров/управления персоналом либо уполномоченным лицом (с приложением документов, подтверждающих данные полномочия) и печатью отдела кадров/управления персоналом организации, в которой работает Застрахованный / для учащихся Застрахованных заверенная руководителем образовательного учреждения и печатью образовательного учреждения копия справки формы 095/у или документа о временной нетрудоспособности учащегося, ее заменяющего;
- копия документа, удостоверяющая личность Застрахованного/Выгодоприобретателя, с отметкой о месте его регистрации (для Договоров коллективного страхования);
- документ, удостоверяющий личность Выгодоприобретателя, с отметкой о месте его регистрации, в т.ч. для снятия копии, либо надлежащим образом заверенная копия (для Договоров индивидуального страхования);

д. в связи с травмой, тяжкими телесными повреждениями или в связи с переломами или ожогами Застрахованного в результате несчастного случая:

- копия Договора (Полиса) (для Договоров индивидуального страхования);
- письменное заявление Застрахованного на страховую выплату по установленной Страховщиком форме с подробным описанием обстоятельств получения Застрахованным травмы, тяжких телесных повреждений, переломов или ожогов;
- банковские реквизиты Застрахованного/Выгодоприобретателя для осуществления выплаты;
- при стационарном лечении - оригинал выписки (выписного эпикриза) из медицинской карты стационарного больного (с даты первичного обращения по заявленному событию) и/или копия медицинской карты стационарного больного, заверенная лечебным учреждением (с даты первичного обращения по заявленному событию); при амбулаторном лечении – оригинал выписки из медицинской карты амбулаторного больного (с даты первичного обращения по заявленному событию) и/или копия амбулаторной медицинской карты Застрахованного, заверенная лечебным учреждением (с даты первичного обращения по заявленному событию). Копия медицинской карты должна быть заверена должностным лицом медицинского учреждения (главный врач, заместитель главного врача по лечебной работе, заместитель главного врача по КЭР (клинико-экспертной работе), председатель врачебной комиссии, начальник медицинской части и другие уполномоченные лица (с приложением документов, подтверждающих данные полномочия)) и печатью медицинского учреждения;
- копия Акта о несчастном случае на производстве (форма Н1) или копия Акта расследования несчастного случая по пути на работу / с работы, заверенная сотрудником отдела кадров/управления персоналом либо уполномоченным лицом Страхователя (с приложением документов, подтверждающих данные полномочия) и печатью отдела кадров/управления персоналом (в случаях, если лицо считается застрахованным только на работе и по пути на работу / с работы);
- оригинал документа (Постановление о возбуждении/отказе в возбуждении уголовного дела; справка о ДТП с приложениями по форме, утвержденной действующим законодательством РФ/нормативными актами; решение судебного органа; справка МЧС), выданного соответствующим органом МВД, МЧС, прокуратуры, суда, в пределах компетенции которого находится установление факта и обстоятельств соответствующего события, или копия документа, заверенного должностным лицом и печатью МВД, МЧС, прокуратуры (в случае необходимости, а именно: ДТП, авиакатастрофы, железнодорожной катастрофы, происшествия на водном транспорте, пожар, противоправные действия);
- копия документа, удостоверяющая личность Застрахованного/Выгодоприобретателя, с отметкой о месте его регистрации (для Договоров коллективного страхования);
- документ, удостоверяющий личность Выгодоприобретателя, с отметкой о месте его регистрации, в т.ч. для снятия копии, либо надлежащим образом заверенная копия (для Договоров индивидуального страхования);
- оригинал Акта о несчастном случае на спортивном мероприятии, соревновании, тренировках (в случаях, если лицо считается застрахованным только на период проведения соревнований (спортивных мероприятий, тренировок) или на период проведения соревнований (спортивных мероприятий, тренировок) и по пути на соревнования (спортивные мероприятия, тренировки) и обратно;

е. в связи с перенесенной Застрахованным хирургической операцией или в связи с госпитализацией Застрахованного в результате несчастного случая или болезни:

- копия Договора (Полиса) (для Договоров индивидуального страхования);

- письменное заявление Застрахованного на страховую выплату по установленной Страховщиком форме с подробным описанием обстоятельств, послуживших причиной проведения хирургической операции / госпитализации Застрахованного;
- банковские реквизиты Застрахованного/Выгодоприобретателя для осуществления выплаты;
- оригинал выписки (выписного эпикриза) из медицинской карты стационарного больного и/или копия медицинской карты стационарного больного (включая протокол операции, если операция проводилась), заверенная лечебным учреждением. Копия медицинской карты должна быть заверена должностным лицом медицинского учреждения (главный врач, заместитель главного врача по лечебной работе, заместитель главного врача по КЭР (клинико-экспертной работе), председатель врачебной комиссии, начальник медицинской части и другие уполномоченные лица (с приложением документов, подтверждающих данные полномочия)) и печатью медицинского учреждения;
- при госпитализации для работающих Застрахованных копии закрытых (за весь период нетрудоспособности по заявленному событию) листов нетрудоспособности, заверенные сотрудником отдела кадров/управления персоналом либо уполномоченным лицом (с приложением документов, подтверждающих данные полномочия) и печатью отдела кадров/управления персоналом организации, в которой работает Застрахованный;
- копия Акта о несчастном случае на производстве (форма Н1) или копия Акта расследования несчастного случая по пути на работу / с работы, заверенная сотрудником отдела кадров/управления персоналом либо уполномоченным лицом Страхователя (с приложением документов, подтверждающих данные полномочия) и печатью отдела кадров/управления персоналом (в случаях, если лицо считается застрахованным только на работе и по пути на работу / с работы);
- оригинал документа (Постановление о возбуждении/отказе в возбуждении уголовного дела; справка о ДТП с приложениями по форме, утвержденной действующим законодательством РФ/нормативными актами; решение судебного органа; справка МЧС), выданного соответствующим органом МВД, МЧС, прокуратуры, суда, в пределах компетенции которого находится установление факта и обстоятельств соответствующего события, или копия документа, заверенного должностным лицом и печатью МВД, МЧС, прокуратуры (в случае необходимости, а именно: ДТП, авиакатастрофы, железнодорожной катастрофы, происшествия на водном транспорте, пожар, противоправные действия);
- копия документа, удостоверяющая личность Застрахованного/Выгодоприобретателя, с отметкой о месте его регистрации (для Договоров коллективного страхования);
- документ, удостоверяющий личность Выгодоприобретателя, с отметкой о месте его регистрации, в т.ч. для снятия копии, либо надлежащим образом заверенная копия (для Договоров индивидуального страхования);
- оригинал Акта о несчастном случае на спортивном мероприятии, соревновании, тренировках (в случаях, если лицо считается застрахованным только на период проведения соревнований (спортивных мероприятий, тренировок) или на период проведения соревнований (спортивных мероприятий, тренировок) и по пути на соревнования (спортивные мероприятия, тренировки) и обратно;

ж. в связи с утратой профессиональной трудоспособности в результате несчастного случая или болезни:

- копия Договора (Полиса) (для Договоров индивидуального страхования);
- письменное заявление Застрахованного на страховую выплату по установленной Страховщиком форме с подробным описанием обстоятельств, приведших к утрате профессиональной трудоспособности Застрахованного;
- банковские реквизиты Застрахованного/Выгодоприобретателя для осуществления выплаты;
- нотариально заверенная копия справки бюро МСЭ об утрате профессиональной трудоспособности;
- копия направления на медико-социальную экспертизу, заверенная руководителем бюро МСЭ и печатью бюро МСЭ, заверенная должностным лицом медицинского учреждения (главный врач, заместитель главного врача по лечебной работе, заместитель главного врача по КЭР (клинико-экспертной работе), председатель врачебной комиссии, начальник медицинской части и другие уполномоченные лица (с приложением документов, подтверждающих данные полномочия)) и печатью медицинского учреждения копия медицинской карты (карт) Застрахованного за весь период наблюдения по поводу травмы/заболевания, приведшего к установлению инвалидности;
- копия медицинской карты (карт) Застрахованного за весь период наблюдения по поводу травмы/заболевания, приведшего к установлению инвалидности, заверенная лечебным учреждением. Копия медицинской карты должна быть заверена должностным лицом медицинского учреждения (главный врач, заместитель главного врача по лечебной работе, заместитель главного врача по КЭР (клинико-экспертной работе), председатель врачебной комиссии, начальник медицинской части) и печатью медицинского учреждения;
- копия Акта о несчастном случае на производстве (форма Н1) или копия Акта расследования несчастного случая по пути на работу / с работы, заверенная сотрудником отдела кадров/управления персоналом либо уполномоченным лицом Страхователя (с приложением документов, подтверждающих данные полномочия) и печатью отдела кадров/управления персоналом (в случаях, если лицо считается застрахованным только на работе и по пути на работу / с работы);
- оригинал документа (Постановление о возбуждении/отказе в возбуждении уголовного дела; справка о ДТП с приложениями по форме, утвержденной действующим законодательством РФ/нормативными актами; решение судебного органа; справка МЧС), выданного соответствующим органом МВД, МЧС, прокуратуры, суда, в пределах компетенции которого находится установление факта и обстоятельств соответствующего события, или копия документа, заверенного должностным лицом и печатью МВД, МЧС, прокуратуры (в случае необходимости, а именно: ДТП, авиакатастрофы, железнодорожной катастрофы, происшествия на водном транспорте, пожар, противоправные действия);
- копия документа, удостоверяющая личность Застрахованного/Выгодоприобретателя, с отметкой о месте его регистрации (для Договоров коллективного страхования);
- документ, удостоверяющий личность Выгодоприобретателя, с отметкой о месте его регистрации, в т.ч. для снятия копии, либо надлежащим образом заверенная копия (для Договоров индивидуального страхования);

8.3. Во всех справках и выписках из медицинских учреждений обязательно должен быть указан диагноз, полные ФИО Застрахованного, дата рождения/возраст Застрахованного, а также должны быть проставлены печать и штамп медицинского учреждения.

8.4. Когда выплата осуществляется заявителю (опекуну/усыновителю, представителю, наследнику, или доверенному лицу получателя страховой выплаты), также должен быть предоставлен документ, удостоверяющий личность заявителя (паспорт или документ, его заменяющий), с отметкой о месте его регистрации, а также документы, подтверждающие право иностранного гражданина или лица без гражданства на пребывание (проживание) в РФ, в т.ч. для снятия копии, либо надлежащим образом заверенная копия, при этом, в случае если:

8.4.1. Застрахованным/Выгодоприобретателем является малолетний и право на получение страховой выплаты имеют его родитель, усыновитель либо опекун, то также должны быть предоставлены документы, подтверждающие право на получение страховой выплаты заявителем (оригинал Свидетельства о рождении малолетнего получателя выплаты, в т.ч. для снятия копии, либо надлежащим образом заверенную копию, нотариально заверенные копии документов об опекунов/усыновлении).

8.4.2. Застрахованным/Выгодоприобретателем является недееспособный и право на получение страховой выплаты имеет его опекун, то также должны быть предоставлены документы, подтверждающие право на получение страховой выплаты заявителем (нотариально заверенные копии документов об опекунов).

8.4.3. Застрахованным/Выгодоприобретателем является ограничено недееспособный, то право на получение страховой выплаты имеет Застрахованный/Выгодоприобретатель, при условии письменного согласия попечителя, при этом должны быть предоставлены документы, подтверждающие право на получение страховой выплаты заявителем (нотариально заверенные копии документов об опекунов и письменное согласие о получении страховой выплаты от попечителя).

8.4.4. Застрахованный/Выгодоприобретатель доверяет получение страховой выплаты третьему лицу, то также должен быть предоставлен оригинал или нотариально заверенная копия доверенности с правом получения страховой выплаты заявителем.

8.4.5. Выплата осуществляется наследнику (пережившему супругу) умершего получателя страховой выплаты (согласно п. 8.2 Правил), то также должны быть предоставлены документы: наследником – свидетельство о праве на наследство (нотариальной копии); пережившим супругом – свидетельство (нотариальной копии) о праве собственности на долю в общем имуществе супругов, либо свидетельство (нотариальной копии) о праве собственности, в котором определено, в том числе доля умершего супруга в общем имуществе, выданное нотариусом.

Все документы, предусмотренные настоящим разделом и предоставляемые Страховщику в связи со страховыми выплатами, должны быть составлены на русском языке. Если предоставляемые Страховщику документы выданы на территории иностранного государства, то они должны быть надлежащим образом легализованы, в т.ч. иметь апостиль (если применимо) и/или нотариально заверенный перевод. В случае предоставления документов, которые не могут быть прочтены в связи с особенностями почерка врача или сотрудника компетентного органа, а также вследствие нарушения целостности документа, Страховщик вправе отложить решение по заявленному событию до предоставления документов надлежащего качества.

8.5. Если по предоставленным документам установить факт наличия страхового случая либо его отсутствия не представляется возможным, то Страховщик вправе запросить дополнительные документы, не предусмотренные п. 8.2 Правил, из числа перечисленных в п. 8.15 Правил и продублированных в Приложении № 79, у Застрахованного, Выгодоприобретателя, Страхователя, правоохранительных органов, медицинских учреждений и других предприятий и организаций, располагающих информацией об обстоятельствах страхового случая.

Если Застрахованным/Выгодоприобретателем/Страхователем представлены не все документы, указанные в п. 8.2 Правил, то Страховщик вправе принять решение по заявленному случаю на основании представленных документов при условии, что таких документов достаточно для установления факта наличия/отсутствия страхового случая и размера страховой выплаты.

В случае сомнений в подлинности и/или достоверности, а также достаточности документов, представленных Застрахованным (Выгодоприобретателем, Страхователем) в связи с наступлением события, имеющего признаки страхового случая, или для подтверждения состояния утраты трудоспособности, в том числе и при назначении группы инвалидности, Страховщик вправе направить Застрахованного на повторные лабораторные и инструментальные исследования (включая ультразвуковые исследования, рентгенологические и иные методы лучевой диагностики), повторные медицинские осмотры, осуществляемые врачами различных специальностей. Указанные исследования и медицинские осмотры проводятся врачами, назначенными Страховщиком, в местах, обозначенных Страховщиком, и за его счет.

Застрахованный, Выгодоприобретатели и Страхователь обязаны предоставить Страховщику или его представителю свободный доступ к информации, имеющей отношение к страховому случаю.

8.6. В случае если Страховщиком были запрошены у Застрахованного, Выгодоприобретателя, Страхователя или компетентных органов дополнительные документы, необходимые для установления факта наступления страхового случая, а также при обстоятельствах, указанных в абзаце 3 п. 8.5 Правил, срок принятия решения по заявленному случаю, указанный в п. 8.7 и 8.9 Правил, приостанавливается до даты получения Страховщиком дополнительных документов и/или до даты окончания проверки обстоятельств, указанных в абзаце 3 п. 8.5 Правил.

В случае если дополнительные документы запрошены Страховщиком у Страхователя или компетентных органов, Страховщик в течение 15 (Пятнадцати) рабочих дней с даты получения документов, указанных в п. 8.2 Правил, и дополнительно запрошенных Страховщиком у Застрахованного или Выгодоприобретателя документов согласно п. 8.5 Правил (если таковые были запрошены) информирует лицо, претендующее на страховую выплату, об отсрочке рассмотрения.

8.7. При принятии решения о непризнании случая страховым, отказе (отсрочке) в выплате Страховщик в письменной форме и со ссылками на пункты настоящих Правил информирует об этом лицо, претендующее на страховую выплату, в течение 15 (Пятнадцати) рабочих дней с даты получения документов, указанных в п. 8.2 Правил, и дополнительно запрошенных документов согласно п. 8.5 Правил (если таковые были запрошены), но не позднее 3 (Трех) рабочих дней с даты принятия решения о непризнании случая страховым.

8.8. Страховщик не вправе отказать в страховой выплате по основаниям, не предусмотренным федеральным законом или Договором.

8.9. При принятии Страховщиком положительного решения о страховой выплате, данная выплата осуществляется в течение 15 (Пятнадцати) рабочих дней с даты получения Страховщиком всех документов, указанных в п. 8.2 Правил, и документов, запрошенных дополнительно согласно п. 8.5 Правил (если таковые были запрошены), за исключением случая, когда по факту смерти или инвалидности Застрахованного возбуждается уголовное дело. Днем выплаты считается день списания средств с расчетного счета Страховщика или выдачи их из кассы Страховщика (подписания Страховщиком платежного кассового ордера).

8.10. Страховые выплаты осуществляются в российских рублях, за исключением случаев, предусмотренных действующим законодательством, в том числе валютным законодательством РФ и принятыми в соответствии с ним нормативными правовыми актами органов валютного регулирования.

По Договорам страхования с валютным эквивалентом страховые выплаты осуществляются в российских рублях по курсу ЦБ РФ, установленному для данной иностранной валюты на дату выплаты (перечисления).

По требованию получателя выплаты, не являющегося резидентом РФ, страховая выплата может быть произведена в иностранной валюте в порядке, предусмотренном валютным законодательством РФ и принятыми в соответствии с ним нормативными правовыми актами валютного регулирования.

8.11. Страховая выплата может быть произведена либо наличными деньгами из кассы Страховщика, либо путем перечисления на банковский счет получателя или иным способом по согласованию сторон. Способ осуществления страховой выплаты определяется в соответствии с действующим законодательством РФ.

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

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

б. при отсутствии Выгодоприобретателя (не был назначен, умер ранее Застрахованного, умер одновременно с Застрахованным) – лицу, указанному в завещании Застрахованного;

в. при отсутствии получателя по пп. 8.12.а и 8.12.б – наследнику Застрахованного в соответствии с законодательством РФ, при предоставлении Свидетельства о праве на наследство.

Если получатель страховой выплаты умирает, не получив причитающуюся ему страховую выплату, право на получение страховой выплаты переходит к наследникам умершего получателя, если иное не предусмотрено Договором.

Лица, виновные в смерти Застрахованного или умышленном причинении телесных повреждений, повлекших смерть Застрахованного, исключаются из списка получателей страховой выплаты.

8.13. При объявлении судом 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, указанный в Договоре. При признании Застрахованного судом безвестно отсутствующим, страховая выплата не производится.

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

8.15. Перечень документов, которые могут быть дополнительно запрошены Страховщиком для установления факта страхового случая:

- Заверенная должностным лицом медицинского учреждения (главный врач, заместитель главного врача по лечебной работе, заместитель главного врача по КЭР (клинико-экспертной работе), председатель врачебной комиссии, начальник медицинской части и другие уполномоченные лица (с приложением документов, подтверждающих данные полномочия)) и печатью медицинского учреждения копия медицинской карты Застрахованного;
- Заверенная должностным лицом медицинского учреждения (главный врач, заместитель главного врача по лечебной работе, заместитель главного врача по КЭР (клинико-экспертной работе), председатель врачебной комиссии, начальник медицинской части и другие уполномоченные лица (с приложением документов, подтверждающих данные полномочия)) и печатью медицинского учреждения копия журнала приемного отделения / травматологического пункта;
- Заверенная должностным лицом станции скорой медицинской помощи (главный врач, заместитель главного врача) и печатью станции скорой медицинской помощи копия карты вызова скорой медицинской помощи;
- Заверенная руководителем бюро МСЭ и печатью бюро МСЭ копия направления на медико-социальную экспертизу;
- Заверенная руководителем бюро МСЭ и печатью бюро МСЭ копия акта (протокола) освидетельствования МСЭ;
- Оригинал или заверенная руководителем бюро МСЭ и печатью бюро МСЭ копия результатов (акт/протокол) контрольного освидетельствования, проведенного организацией медико-социальной экспертизы;
- Данные лабораторных и диагностических исследований (рентгеновские снимки – оригиналы; заключение врача-рентгенолога – оригинал; КТ – оригинал снимков, оригинал протокола с заключением; МРТ – оригинал снимков, оригинал протокола с заключением; ЭКГ – заверенная должностным лицом ЛПУ (главный врач, заместитель главного врача по лечебной работе, заместитель главного врача по КЭР (клинико-экспертной работе), председатель врачебной комиссии, начальник медицинской части) и печатью ЛПУ копия с заключением; ЭЭГ – заверенная должностным лицом ЛПУ (главный врач, заместитель главного врача по лечебной работе, заместитель главного врача по КЭР (клинико-экспертной работе), председатель врачебной комиссии, начальник медицинской части) и печатью ЛПУ копия с заключением; ЭхоЭГ – заверенная должностным лицом ЛПУ (главный врач, заместитель главного врача по лечебной работе, заместитель главного врача по КЭР (клинико-экспертной работе), председатель врачебной комиссии, начальник медицинской части) и печатью ЛПУ копия с заключением; РЭГ – заверенная должностным лицом ЛПУ (главный врач, заместитель главного врача по лечебной работе, заместитель главного врача по КЭР (клинико-экспертной работе), председатель врачебной комиссии, начальник медицинской части) и печатью ЛПУ копия с заключением; анализы/исследования физиологических жидкостей – заверенная должностным лицом ЛПУ (главный врач, заместитель главного врача по лечебной работе, заместитель главного врача по КЭР (клинико-экспертной работе), председатель врачебной комиссии, начальник медицинской части) и печатью ЛПУ копия; цитологическое/гистологическое/морфологическое исследование – заверенная должностным лицом ЛПУ (главный врач, заместитель главного врача по лечебной работе, заместитель главного врача по КЭР (клинико-экспертной работе), председатель врачебной комиссии, начальник медицинской части) и печатью ЛПУ копия;

- работе), председатель врачебной комиссии, начальник медицинской части и другие уполномоченные лица (с приложением документов, подтверждающих данные полномочия)) и печатью ЛПУ копия; и т.п.);
- Заверенная должностным лицом МВД/прокуратуры и печатью МВД/прокуратуры копия акта судебно-медицинской экспертизы (исследования) с результатами судебно-химических и иных проведенных исследований;
 - Заверенная должностным лицом учреждения (организации), в которой проводилось исследование, и печатью учреждения (организации) копия акта патолого-анатомического исследования;
 - Заверенная должностным лицом медицинского учреждения (главный врач, заместитель главного врача по лечебной работе, заместитель главного врача по КЭР (клинико-экспертной работе), председатель врачебной комиссии, начальник медицинской части и другие уполномоченные лица (с приложением документов, подтверждающих данные полномочия)) и печатью медицинского учреждения копия посмертного эпикриза;
 - Заверенные сотрудником отдела кадров/управления персоналом либо уполномоченным лицом (с приложением документов, подтверждающих данные полномочия) и печатью отдела кадров/управления персоналом копии листков нетрудоспособности;
 - Заверенная руководителем образовательного учреждения и печатью образовательного учреждения копия справки формы 095/у или документа о временной нетрудоспособности учащегося, ее заменяющего;
 - Копия трудовой книжки (для работающих – заверенная сотрудником отдела кадров/управления персоналом и печатью отдела кадров/управления персоналом, для неработающих – без заверения);
 - Оригинал справки из службы занятости;
 - Заверенная сотрудником отдела кадров / управления персоналом и печатью отдела кадров/управления персоналом копия Акта о несчастном случае на производстве;
 - Заверенная сотрудником отдела кадров/управления персоналом и печатью отдела кадров/управления персоналом копия Акта расследования несчастного случая по пути на работу / с работы;
 - Заверенная руководителем организации (учреждения), где проводилась тренировка/соревнование, и печатью организации (учреждения) копия Акта о несчастном случае на тренировке / во время соревнований;
 - Заверенная руководителем учебного заведения и печатью учебного заведения копия Акта о несчастном случае в учебном заведении / по пути в учебное заведение / по пути из учебного заведения;
 - Заверенная руководителем лагеря и печатью лагеря копия Акта о несчастном случае в оздоровительных и иных детских/спортивных / молодежных / образовательных/школьных лагерях;
 - Заверенная руководителем организации (учреждения), где проводилась тренировка/соревнование, и печатью организации (учреждения) копия Акта о несчастном случае с лицом, проходящим спортивную подготовку, с учетом законодательных требований к порядку расследования и учета несчастных случаев, происшедших с лицами, проходящими спортивную подготовку;
 - Заверенная должностным лицом МВД и печатью МВД копия справки о ДТП по форме (с приложениями), утвержденной действующим законодательством РФ/нормативными актами;
 - Оригинал или заверенная должностным лицом МВД и печатью МВД копия документа, содержащего подробную информацию об обстоятельствах произошедшего с Застрахованным события и результатах (в том числе окончательных) расследования;
 - Заверенная должностным лицом МЧС и печатью МЧС копия справки о пожаре;
 - Заверенная судом копия решения суда;
 - Копия ПТС;
 - Копия водительского удостоверения;
 - Копия билета;
 - Копия кредитного договора с графиком платежей;
 - Справка о задолженности по кредитному договору;
 - Копия доверенности, дающей сотруднику финансовой организации право подавать заявления и документы в страховую компанию;
 - Письменная информация и разъяснения от организаций / учреждений, имеющих сведения о событии, обладающем признаками страхового;
 - Письменное объяснение Застрахованного / Выгодоприобретателя по вопросам, возникшим в ходе рассмотрения предоставленных документов по заявленному событию, обладающему признаками страхового;
 - Копия заявления на страхование (для Договоров индивидуального страхования);
 - Копия квитанции / платежного поручения об уплате страховой премии (страховых взносов) (для Договоров индивидуального страхования);
 - Копия лицензии на осуществление медицинской деятельности.

9. ПРЕКРАЩЕНИЕ ДОГОВОРА

9.1. Договор прекращается в случае:

- а. истечения срока действия Договора;
- б. при исполнении Страховщиком своих обязательств по Договору в полном объеме, при наличии страховых случаев в течение срока страхования;
- в. расторжения Договора по инициативе Страховщика в соответствии с настоящими Правилами и/или Договором;
- г. расторжения Договора по соглашению между Страхователем и Страховщиком;
- д. если после вступления Договора в силу возможность наступления страхового случая отпала, и существование страхового риска прекратилось по обстоятельствам иным, чем страховой случай (п. 1 ст. 958 ГК РФ);
- е. в других случаях, предусмотренных законодательством РФ, Правилами и/или Договором.

9.2. Договор досрочно прекращается при ликвидации Страхователя - юридического лица, при этом Страхователю осуществляется возврат уплаченной за Застрахованных страховой премии (страховых взносов) за истекший срок действия Договора за вычетом понесенных Страховщиком расходов, если иное не предусмотрено Договором или Застрахованный не принял на себя исполнение обязанностей Страхователя по уплате страховых взносов.

- 9.3. Договор досрочно прекращается при смерти Страхователя – физического лица в случае, если Застрахованный не принял на себя исполнение обязанностей Страхователя по уплате страховых взносов.
- 9.4. Страхователь вправе отказаться от Договора в любое время, если к моменту отказа возможность наступления страхового случая не отпала по обстоятельствам иным, чем страховой случай.
- 9.5. Договор может быть досрочно прекращен по требованию Страховщика в случае неисполнения Страхователем обязанностей по Договору, в том числе, в случае неуплаты страховых взносов в установленные Договором сроки. Договор прекращается с момента получения Страхователем уведомления. Уведомление считается полученным в момент его доставки по адресу, указанному в Договоре (для юридических лиц – за исключением выходных и праздничных дней).
- 9.6. В случае досрочного прекращения Договора по инициативе Страховщика Страхователю возвращается часть уплаченной им страховой премии (страховые взносы) за истекший срок действия Договора.
- 9.7. При изменении условий Договора коллективного страхования, уменьшающих объем ответственности Страховщика (прекращение Договора в отношении конкретных Застрахованных, уменьшение страховых сумм, изменение страховых рисков) Страхователю возвращаются:
- в случае прекращения Договора в отношении конкретных Застрахованных, уплаченная за этих Застрахованных страховая премия (страховые взносы) за истекший срок действия Договора за вычетом понесенных Страховщиком расходов, если иное не предусмотрено Договором;
 - в случае уменьшения объема ответственности Страховщика в отношении конкретных Застрахованных без изменения общей численности, часть уплаченной за этих Застрахованных страховой премии (страховых взносов) за истекший срок действия Договора, пропорционально уменьшению ответственности, если иное не предусмотрено Договором.
- По соглашению сторон Договора возврат указанных сумм может быть отложен до окончания Договора или, в случае последующего увеличения ответственности Страховщика по Договору (включение в Договор новых Застрахованных, увеличение страховых сумм, изменение страховых рисков), проведен взаимозачет.
- 9.8. Особые условия отказа Страхователя – физического лица от Договора.
- 9.8.1. Страхователь – физическое лицо в дополнение к условиям о досрочном расторжении Договора, указанным в настоящих Правилах, вправе досрочно отказаться от Договора в течение 14 (Четырнадцати) календарных дней со дня его заключения независимо от момента уплаты страховой премии, при отсутствии в данном периоде событий, имеющих признаки страхового случая. Договором может быть предусмотрен иной срок, но не менее 14 (Четырнадцати) календарных дней со дня его заключения. Если в Договоре не указан иной срок, то по умолчанию он составляет 14 (Четырнадцать) календарных дней со дня заключения Договора.
- 9.8.2. В случае если Страхователь отказался от Договора в срок, указанный в п. 9.8.1 Правил, и до даты возникновения обязательств Страховщика по заключенному Договору (далее – дата начала действия страхования), уплаченная страховая премия подлежит возврату Страховщиком Страхователю в полном объеме.
- 9.8.3. В случае если Страхователь отказался от Договора в срок, указанный в п. 9.8.1 Правил, но после даты начала действия страхования, Страховщик при возврате уплаченной страховой премии Страхователю удерживает её часть пропорционально сроку действия Договора, прошедшему с даты начала действия страхования до даты прекращения действия Договора.
- 9.8.4. При досрочном прекращении Договора в порядке, предусмотренном п. 9.8 Правил, Договор считается прекратившим свое действие с даты получения Страховщиком письменного заявления Страхователя об отказе от Договора или иной даты, установленной по соглашению сторон, но не позднее срока, определенного п. 9.8.1 Правил.
- 9.8.5. Действие п. 9.8 Правил не распространяется на договоры страхования, Страхователями по которым являются физические лица – предприниматели, заключаемые в связи с осуществлением такими Страхователями предпринимательской деятельности, а также на осуществление добровольного страхования, являющегося обязательным условием допуска физического лица к выполнению профессиональной деятельности в соответствии с законодательством РФ.
- 9.9. Момент прекращения (расторжения) Договора.
- В случае прекращения Договора по основаниям, предусмотренным п. 9.3, 9.4 Правил, Договор считается прекращенным с момента подачи Страхователем соответствующего заявления Страховщику.
- В случае расторжения Договора по основанию, предусмотренному пп. 9.1.г Правил, Договор считается расторгнутым с момента подписания сторонами соглашения, если иного не установлено сторонами в таком соглашении.
- В случае прекращения Договора по основанию, предусмотренному пп. 9.1.д Правил, Договор считается прекращенным с даты, когда возможность наступления страхового случая отпала и существование страхового риска прекратилось по обстоятельствам иным, чем страховой случай.
- В случае прекращения Договора по основанию, предусмотренному пп. 9.1.б Правил, Договор считается прекращенным с даты осуществления соответствующей страховой выплаты.
- В случае расторжения Договора по основанию, предусмотренному пп. 9.1.е Правил, Договор считается расторгнутым с момента наступления соответствующего события, если иного не установлено соответствующим документом, подтверждающим расторжение Договора.
- 9.10. При досрочном прекращении Договора по обстоятельствам, указанным в пп. 9.1.д Правил, Страховщик имеет право на часть страховой премии пропорционально времени, в течение которого действовало страхование. Если иное не предусмотрено законом, или соглашением сторон, при досрочном прекращении Договора по обстоятельствам, указанным в пп. 9.1.а - 9.1.б, п. 9.3, 9.4 Правил, оплаченная страховая премия по Договору считается полностью заработанной Страховщиком и возврату Страхователю не подлежит.
- Вопрос о возврате оплаченной страховой премии при досрочном расторжении Договора по соглашению сторон (п. 9.1.г Правил) определяется соглашением сторон.
- Вопрос о возврате страховой премии при прекращении Договора по обстоятельствам, указанным в п. 9.1.е Правил, решается в зависимости от оснований прекращения Договора и условий Договора соответственно.

9.11. Возврат страховой премии (взносов) производится в срок, не превышающий 10 (Десять) рабочих дней с даты поступления Страховщику соответствующего письменного требования Страхователя, если иного не предусмотрено соглашением сторон и/или Договором.

10. ПРАВА И ОБЯЗАННОСТИ СТОРОН. ОСНОВАНИЯ ОТКАЗА В СТРАХОВОЙ ВЫПЛАТЕ

10.1. Страхователь вправе:

- 10.1.1. проверять соблюдение Страховщиком условий Договора;
- 10.1.2. получить любые разъяснения по Договору;
- 10.1.3. получить дубликат страхового Полиса или Договора в случае утраты оригинала;
- 10.1.4. с письменного согласия Застрахованного, назначить Выгодоприобретателя на случай смерти Застрахованного, а также с согласия Застрахованного, заменить такого Выгодоприобретателя другим лицом до наступления предусмотренного Договором страхового случая;
- 10.1.5. с согласия Страховщика изменить условия Договора, касающиеся размера страховой суммы и страховых сумм по отдельным рискам, срока страхования, размера страховых взносов. Такие изменения должны быть оформлены дополнительным соглашением к Договору;
- 10.1.6. досрочно прекратить Договор в соответствии с условиями, предусмотренными Договором и Правилами;
- 10.1.7. изменить состав Застрахованных, с письменного согласия Застрахованных и по согласованию со Страховщиком, исключив из списка одних Застрахованных и включив на их место других, при условии, что с исключаемыми Застрахованными в период действия Договора не происходило страховых случаев. Для этого Страхователь в письменной форме сообщает Страховщику необходимые данные о Застрахованных, как об исключаемых, так и о включаемых в список;
- 10.1.8. требовать от Страховщика разъяснения положений, содержащихся в Правилах и Договоре, расчетов изменения в течение срока действия Договора страховой суммы, расчетов страховой выплаты;
- 10.1.9. запросить информацию о размере вознаграждения, выплачиваемого страховому агенту или страховому брокеру;
- 10.1.10. пользоваться иными правами, предусмотренными Договором, Правилами и законодательством РФ.

10.2. Страхователь обязан:

- 10.2.1. уплачивать страховую премию (страховые взносы) в размерах и в сроки, установленные в Договоре;
- 10.2.2. сообщать Страховщику достоверную информацию о себе, Представителях, Застрахованных, Выгодоприобретателях (при наличии) и Бенефициарных владельцах;
- 10.2.3. незамедлительно сообщать Страховщику об изменениях в обстоятельствах, сообщенных Страховщику при заключении Договора, если эти изменения могут существенно повлиять на увеличение страхового риска (изменение обстоятельств признается существенным, когда они изменились настолько, что если бы стороны могли это разумно предвидеть, Договор не был бы заключен или был заключен на значительно отличающихся условиях); незамедлительно сообщать Страховщику об изменении фамилии, имени или отчества Застрахованного, изменении его адреса (в случае переезда), данных документа, удостоверяющего личность Застрахованного (в случае замены); Факторами существенного увеличения степени страхового риска являются: смена профессиональной деятельности, увлечений Застрахованного, связанных с повышенным риском и/или которые могут привести к наступлению страхового случая, переезд (командировка) в другую страну или в другой климатический пояс на срок свыше 1 (Одного) года, смена пола Застрахованного, инфицирование Застрахованного ВИЧ (вирусом иммунодефицита человека) или заболевание Застрахованного СПИДом (синдромом приобретенного иммунодефицита) или другим аналогичным синдромом, за исключением случаев, когда указанные события в соответствии с условиями Договора признаются страховыми.
- 10.2.4. сообщить Страховщику о наступлении события, обладающего признаками страхового случая не позднее 30 (Тридцати) календарных дней после данного события или с момента устранения обстоятельств, препятствующих соблюдению этого срока;
- 10.2.5. при обращении за страховой выплатой предоставить Страховщику заявление на выплату по установленной Страховщиком форме, а также все необходимые документы в соответствии с разделом 8 Правил. Данная обязанность также распространяется на Застрахованного или Выгодоприобретателя в случае их обращения за выплатой.
- 10.2.6. предоставить Страховщику или его представителю свободный доступ к информации, имеющей отношение к страховому случаю;
- 10.2.7. сообщать Страховщику об изменении организационно-правовой формы или юридического адреса Страхователя – юридического лица;
- 10.2.8. возвратить полученную страховую выплату, если в течение предусмотренных действующим законодательством РФ сроков исковой давности обнаружится такое обстоятельство, которое по закону или по настоящим Правилам полностью или частично лишает Застрахованного, Выгодоприобретателя, Страхователя права на получение страховой выплаты;
- 10.2.9. предоставить Страховщику информацию, необходимую для исполнения Страховщиком требований законодательства РФ о противодействии легализации (отмыванию) доходов, полученных преступным путем, финансированию терроризма и финансированию оружия массового уничтожения, включая информацию о представителях, выгодоприобретателях, учредителях (участниках) и бенефициарных владельцах, финансовом положении, деловой репутации, целях финансово-хозяйственной деятельности, сведения об изменениях ранее представленной Страховщику информации в срок не позднее 10 (Десяти) календарных дней с даты произошедших изменений, но в любом случае не реже одного раза в год, а также документы, удостоверяющие личность, учредительные документы, документы о государственной регистрации юридического лица, индивидуального предпринимателя, иные документы, необходимые для исполнения Страховщиком требований законодательства РФ.
- 10.2.10. предоставить Страховщику информацию, необходимую для исполнения им требований законодательства РФ об особенностях осуществления финансовых операций с иностранными гражданами и юридическими лицами, и законодательства о реализации международного автоматического обмена информацией.

10.2.11. уведомить Страховщика об изменении его налогового резидентства и/или налогового резидентства своих бенефициарных владельцев, выгодоприобретателей не позднее 10 (Десяти) календарных дней с даты произошедших изменений, а также предоставить Страховщику в указанный срок документы и сведения, необходимые для исполнения требований законодательства РФ об особенностях осуществления финансовых операций с иностранными гражданами и юридическими лицами, и законодательства о реализации международного автоматического обмена информацией.

10.2.12. предоставлять Страховщику информацию, необходимую для исполнения Страховщиком требований действующего законодательства РФ, включая информацию о Застрахованных, Выгодоприобретателях (при наличии), Бенефициарных владельцах, обновлять ранее представленные идентификационные сведения в случае их изменений, предоставляя оригиналы документов или надлежащим образом заверенные их копии, иные документы, необходимые для исполнения Страховщиком требований законодательства РФ.

10.2.13. по запросу Страховщика предоставлять документы и/или сведения, необходимые для исполнения Страховщиком требований действующего законодательства Российской Федерации, в порядке и сроки, указанные в запросе, или иным доступным на законных основаниях способом.

10.2.14. предоставить Страховщику не позднее 2 (Двух) рабочих дней с даты направления Страховщиком соответствующего запроса Страхователю любым удобным способом, документы или сведения, необходимые для исполнения Страховщиком требований законодательства РФ о противодействии легализации (отмыванию) доходов, полученных преступным путем, финансированию терроризма, финансированию оружия массового уничтожения.

10.2.15. выполнять иные обязанности, предусмотренные Договором, Правилами и законодательством РФ.

10.3. Страховщик вправе:

10.3.1. проверять сообщенную Страхователем, Застрахованным и Выгодоприобретателем информацию, а также выполнение ими условий Договора, в частности, вправе требовать предоставления еженедельного медицинского отчета о состоянии здоровья Застрахованного в случае его временной нетрудоспособности в связи с заболеванием или в случае его госпитализации.

10.3.2. Страховщик вправе требовать представления Страхователем, представителем Страхователя и получать от Страхователя, представителя Страхователя, документы, удостоверяющие личность, учредительные документы, документы о государственной регистрации Страхователя, а также иные документы, предусмотренные законодательством Российской Федерации и нормативными актами Банка России.

10.3.3. требовать медицинского освидетельствования лица, в отношении которого предполагается заключения Договора (потенциального Застрахованного). Отказ от прохождения медицинского освидетельствования является отказом заявления на страхование и/или отказом от акцепта предложения о заключении Договора в соответствии с положениями законодательства РФ.

10.3.4. отказать в заключении Договора или приостановить рассмотрение заявления на страхование в случае, если потенциальный Застрахованный на дату заявления страдает заболеванием, угрожающим его жизни и здоровью (заболевание или состояние, травма или иное расстройство здоровья, способное привести к инвалидности, длительной (более 2-х недель) утрате трудоспособности), если иное не предусмотрено Договором. Страховщик также вправе отложить заключение Договора, если лицо, заявленное на страхование, страдает острым заболеванием или временно нетрудоспособно.

10.3.5. отсрочить рассмотрение документов и страховую выплату до даты полной уплаты страховой премии (первого страхового взноса, если Договором предусмотрена рассрочка уплаты страховой премии), а также в случае, если у него возникли сомнения в праве Застрахованного (Выгодоприобретателя) на получение страховой выплаты, а именно:

а) до предоставления Застрахованным, Выгодоприобретателем, Страхователем всех необходимых документов, предусмотренных разделом 8 Правил;

б) до получения Страховщиком документов, запрашиваемых им в связи с заявлением о страховом случае, у учреждений и организаций, владеющих или обязанных владеть информацией о страховом случае;

в) до принятия решения компетентными органами, если по факту событий, указанных в п. 4.3 Правил, возбуждено уголовное дело;

г) до тех пор, пока Застрахованный (Выгодоприобретатель) не представит Страховщику необходимые доказательства права на получение страховой выплаты (если у Страховщика имеются обоснованные сомнения в его праве на получение страховой выплаты).

10.3.6. признать событие нестраховым, если оно наступило в результате причин, перечисленных в п. 4.6 и п. 4.7 Правил (если в Договоре не указан иной перечень событий, которые не признаются страховыми), а также, если Страхователь /Застрахованный:

а) не сообщил об изменении рода занятий, новых увлечениях Застрахованного, если данное изменение явилось прямой или косвенной причиной наступления события, обладающего признаками страхового случая;

б) не предъявил документов и сведений, запрошенных Страховщиком в соответствии с положениями раздела 8 настоящих Правил и необходимых для установления причин, характера события, обладающего признаками страхового случая, и его связи с наступившими последствиями или представил заведомо ложные доказательства;

в) в случае неисполнения Страхователем/Застрахованным обязанностей, предусмотренных Правилами и/или Договором.

10.3.7. на основании статьи 964 ГК РФ, если иное не предусмотрено законодательством РФ или Договором, отказать в осуществлении страховой выплаты, когда страховым случаем наступил вследствие:

а) воздействия ядерного взрыва, радиации или радиоактивного заражения;

б) военных действий, а также маневров или иных военных мероприятий;

в) гражданской войны, народных волнений всякого рода или забастовок.

10.3.8. потребовать признания Договора недействительным по основаниям, предусмотренным законодательством РФ, если после заключения Договора будет установлено, что Страховщику сообщены заведомо ложные, неполные или искаженные сведения о Застрахованном при заключении Договора. Все произошедшие события будут являться нестраховыми.

10.3.9. Страховщик вправе потребовать досрочного прекращения Договора в случае неисполнения Страхователем обязанностей по Договору на основании, предусмотренном законодательством РФ, в том числе, в случае неуплаты

страховых взносов в установленные Договором сроки, а также в случае обнаружения у Застрахованного ВИЧ-инфекции или СПИДа.

10.3.10. запросить у Страхователя дополнительную информацию и документы, связанные с деятельностью Страхователя (в том числе бухгалтерскую, налоговую отчетность, документы, связанные с финансово-хозяйственной деятельностью Страхователя).

Обратиться к Страхователю любым доступным ему способом на законных основаниях, в том числе по каналам связи, предоставленных ему Страхователем: смс на номер мобильного телефона, e-mail, письмо по Почте РФ.

10.3.11. на основании пункта 11 статьи 7 Федерального закона № 115-ФЗ «О противодействии легализации (отмыванию) доходов, полученных преступным путем, и финансированию терроризма» отказать в выполнении распоряжения клиента о совершении операции, связанной с заключением и/или исполнением Договора, при возникновении подозрений, что операция совершается в целях легализации (отмывания) доходов, полученных преступным путем, или финансирования терроризма.

10.3.9. Страховщик вправе пользоваться иными правами, предусмотренными Договором, Правилами и законодательством РФ.

10.4. Страховщик обязан:

10.4.1. передать Страхователю Договор (Полис) с приложением Правил в течение 10 (Десяти) рабочих дней после даты вступления Договора в силу;

10.4.2. при наступлении страхового случая произвести страховую выплату в срок не позднее 15 (Пятнадцати) рабочих дней после получения всех документов, предусмотренных п. 8.2 и п. 8.5 Правил;

10.4.3. в случае необходимости запроса дополнительных документов у Страхователя или компетентных органов для установления факта наступления страхового случая, в течение 15 (Пятнадцати) рабочих дней с даты получения документов, указанных в п. 8.2 Правил, и дополнительно запрошенных Страховщиком у Застрахованного или Выгодоприобретателя документов согласно п. 8.5 Правил, проинформировать лицо, претендующее на страховую выплату, об отсрочке рассмотрения;

10.4.4. при принятии решения о непризнании случая страховым, отказе (отсрочке) в выплате в письменной форме проинформировать об этом лицо, претендующее на страховую выплату, в течение 15 (Пятнадцати) рабочих дней с даты получения полного комплекта документов, указанных в п. 8.2 Правил, и дополнительно запрошенных документов согласно п. 8.5 Правил, оформленных надлежащим образом, но не позднее 3 (Трех) рабочих дней с даты принятия решения о непризнании случая страховым;

10.4.5. соблюдать конфиденциальность в отношении исполнения Договора и полученной информации о Страхователе, Застрахованном, Выгодоприобретателе;

10.4.6. по требованиям Страхователя, Застрахованного, Выгодоприобретателя, а также лиц, имеющих намерение заключить Договор, разъяснять положения, содержащиеся в настоящих Правилах и Договоре, расчеты изменения в течение срока действия Договора страховой суммы, расчеты страховой выплаты;

10.4.7. по требованию Страхователя предоставить информацию о размере вознаграждения, выплачиваемого страховому агенту или страховому брокеру;

10.4.8. в случае принятия Страховщиком решения об отказе от проведения в выполнении распоряжения клиента о совершении операции, связанной с заключением и/или исполнением Договора, предусмотренного п. 10.3.11 Правил, Страховщик информирует клиента о дате, причинах отказа, возможных дальнейших действиях в срок не позднее 5 (пяти) рабочих дней со дня даты принятия решения об отказе путем направления ему уведомления на электронную почту или на адрес регистрации или фактического местонахождения Почтой РФ, указанные Страхователем в Договоре;

10.4.9. отказать Страхователю в приеме на обслуживание в случае непроведения в соответствии с требованиями, установленными законодательством Российской Федерации и нормативными актами Банка России, идентификации клиента, представителя клиента, Выгодоприобретателя и Бенефициарного владельца, неустановления информации, требуемой законодательством Российской Федерации;

10.4.10. выполнять иные обязанности, предусмотренные Договором, Правилами и законодательством РФ.

10.5. Застрахованный вправе:

10.5.1. выполнять предусмотренные Договором и Правилами обязанности Страхователя:

а) в случае смерти Страхователя–физического лица;

б) в случае намерения Страхователя расторгнуть Договор, при условии письменного согласия Страхователя на передачу Застрахованному своих обязанностей по Договору;

10.5.2. требовать от Страховщика разъяснения положений, содержащихся в Правилах и Договорах, расчетов изменения в течение срока действия Договора страховой суммы, расчетов страховой выплаты.

В случае обнаружения у Застрахованного ВИЧ-инфекции или СПИДа Застрахованный или Страхователь обязаны сообщить об этом Страховщику в течение 30 (Тридцати) календарных дней с даты обнаружения данной инфекции или заболевания.

11. ФОРС-МАЖОР

11.1. При наступлении обстоятельств непреодолимой силы (форс-мажор) сторона, подвергшаяся их воздействию, вправе приостановить (до устранения последствий форс-мажорных обстоятельств) исполнение обязательств по Договору.

11.2. При возникновении форс-мажорных обстоятельств, каждая из сторон немедленно информирует другую сторону о возникшей ситуации и принятых для ее урегулирования мерах.

11.3. Сторона, не исполнившая обязательств по уведомлению другой стороны о начале воздействия обстоятельств непреодолимой силы, не вправе ссылаться на такие обстоятельства как основание освобождения от ответственности за неисполнение обязательств по Договору.

12. КОНФИДЕНЦИАЛЬНАЯ ИНФОРМАЦИЯ

12.1. Стороны считают конфиденциальной информацию:

- 12.1.1. о размере страховой премии, подлежащей уплате по Договору;
- 12.1.2. о персональных данных Застрахованного: фамилия, имя, отчество, год, месяц, дата рождения, номер основного документа, удостоверяющего его личность, сведения о дате выдачи указанного документа и выдавшем его органе, адрес проживания, контактная информация;
- 12.1.3. о персональных данных Застрахованного специальной категории: данных о состоянии здоровья Застрахованного, о заболеваниях Застрахованного, а также о случаях его обращения за медицинской помощью, если такая информация доступна и получена Страховщиком.
- 12.2. Стороны примут все достаточные меры для предотвращения разглашения конфиденциальной информации.
- 12.3. Страховщик имеет право во исполнение своих обязательств по Договору передавать указанные в п. 12.1.2 Правил персональные данные своим партнерам, с которыми у Страховщика заключены договоры, направленные на исполнение Страховщиком обязательств по Договору. При этом Страховщик подтверждает, что с указанными организациями заключены Договоры, в которых в обязательства этих организаций вменено предотвращение разглашения персональных данных Застрахованных Страховщика и обеспечение безопасности персональных данных при их обработке.
- 12.4. Посредством направления соответствующих запросов в медицинские учреждения Страховщиком могут быть получены данные, указанные в п. 12.1.3 Правил. При этом врачи медицинских учреждений освобождаются Застрахованным от обязательств конфиденциальности перед Страховщиком.
- 12.5. Передача конфиденциальной информации иным лицам или иное разглашение этой информации может осуществляться только с письменного согласия Сторон, а при осуществлении этих действий в отношении информации, указанной в п. 12.1.2 и п. 12.1.3 Правил - и с письменного согласия Застрахованного.
- 12.6. При извещении Страхователя о прекращении действия Договора в отношении конкретного Застрахованного по основаниям, предусмотренными в Правилах, Страховщик не указывает состояния здоровья Застрахованного.
- 12.7. Под обработкой персональных данных в настоящих Правилах понимается: действие (операция) или совокупность действий (операций), совершаемых с использованием средств автоматизации или без использования таких средств с персональными данными, включая сбор, запись, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), извлечение, использование, передачу (предоставление, доступ), обезличивание, блокирование, удаление, уничтожение персональных данных.
- Страховщик обрабатывает персональные данные Застрахованных (в том числе данные специальной категории) для осуществления добровольного страхования Застрахованных от несчастных случаев и болезней, в т.ч. в целях урегулирования убытков по Договору, администрирования Договора, а также в целях информирования Застрахованных о других продуктах и услугах Страховщика, в статистических целях и в целях проведения анализа.
- После прекращения действия Договора (в том числе при его расторжении), а также в случае отзыва субъектом персональных данных согласия на обработку его персональных данных, Страховщик обязуется уничтожить такие персональные данные в срок, не превышающий 20 (Двадцати) лет с момента прекращения действия Договора, либо с момента получения Страховщиком заявления об отзыве согласия на обработку персональных данных.
- 12.8. Страховщик и партнеры Страховщика, с которыми у Страховщика заключены договоры, направленные на исполнение Страховщиком обязательств по Договору, имеют право осуществлять все действия (операции) или совокупность действий (операций) с персональными данными Застрахованных (в том числе с данными специальной категории), включая сбор, запись, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), извлечение, использование, передачу (предоставление, доступ), обезличивание, блокирование, удаление, уничтожение. Страховщик и партнеры Страховщика вправе обрабатывать персональные данные Застрахованных (в том числе данные специальной категории) посредством включения их в списки и внесения в электронные базы данных Страховщика и партнеров Страховщика.
- 12.9. Подписывая Договор, Страхователь подтверждает, что им получены от Застрахованных письменные Соглашения на обработку Страховщиком и партнерами Страховщика их персональных данных (Приложение № 21), запрошенные в соответствии с Федеральным законом от 27 июля 2006 г. № 152-ФЗ «О персональных данных» в объеме, необходимом Страховщику в целях, указанных в п. 12.8 Правил.
- 12.10. По запросу Страховщика Страхователь обязуется своевременно предоставить Страховщику указанные письменные согласия Застрахованных.
- 12.11. В случае отзыва Застрахованным своего согласия на обработку персональных данных, переданного Страхователю, Страхователь обязан письменно уведомить об этом Страховщика в течение 30 (Тридцати) календарных дней с момента получения отзыва на обработку персональных данных, с заявлением о прекращении действия Договора в отношении такого Застрахованного.

13. ЗАКЛЮЧИТЕЛЬНЫЕ ПОЛОЖЕНИЯ

- 13.1. Все денежные расчеты между сторонами осуществляются в соответствии с законодательством РФ.
- 13.2. При неисполнении или ненадлежащем исполнении сторонами условий Договора возникающие споры разрешаются путем переговоров сторон, а в случае невозможности достичь согласия - в порядке, предусмотренном законодательством РФ.

Дополнительные условия страхования на случай критических заболеваний

1. Настоящие Дополнительные условия являются дополнением к Правилам страхования от несчастных случаев и болезней. Положения Правил применяются к страхованию на основе настоящих Дополнительных условий, если в Дополнительных условиях или в Договоре не предусмотрено иное.

2. Страховым случаем по риску «Критическое заболевание» является установление Застрахованному врачом, имеющим необходимую квалификацию, заключительного диагноза одного из заболеваний или проведение ему одной из хирургических операций, перечисленных в п. 4 и п. 5 настоящих Дополнительных условий.

3. Если иное не предусмотрено Договором, страховым случаем не является установление диагноза критического заболевания или проведение хирургической операции, если критическое заболевание наступило или хирургическая операция была проведена вследствие причин, указанных в п.п. 4.6. и 4.7. Правил, а также если критическое заболевание диагностируется или хирургическая операция проводится в течение первых трех месяцев, именуемых выжидательным периодом, со дня вступления в силу Договора в отношении Застрахованного по риску «Критическое заболевание», если иное не установлено Договором, или после даты окончания срока страхования по настоящему риску. Выжидательный период может не применяться при пролонгации Договора на новый срок, если иное не установлено Договором.

4. Перечень Критических заболеваний и операций:

4.1. **Рак** - заболевание, проявляющееся наличием одной или более опухолей, которые гистологически описываются как злокачественные, с неконтролируемым ростом, наличием метастазов и с инвазией в здоровую ткань. Страховым случаем признается установление диагноза заболевания, отвечающего вышеуказанным характеристикам и возникшего в течение срока действия Договора.

Страховыми случаями также признается установление диагнозов:

- Лейкемия (кроме хронической лимфоцитарной лейкемии);
- Лимфома;
- Болезнь Ходжкина (лимфогранулематоз).

Диагноз должен быть подтвержден онкологом на основании данных гистологического исследования.

Из определения исключаются:

1. все степени выраженности цервикальной интраэпителиальной неоплазии;
2. меланома, максимальная толщина которой, в соответствии с гистологическим заключением, меньше или равно 1 мм или которая не превышает уровень развития T1N(0)M(0) по классификации TNM, любая другая опухоль, не проникшая в сосочково-ретикулярный слой;
3. все эпителиально-клеточные раки кожи при отсутствии прорастания в другие органы;
4. рак предстательной железы стадии T1 (включая T1a, T1b, T1c) по классификации TNM);
5. все опухоли, гистологически описанные как предраковые;
6. прединвазивные новообразования, рак (карцинома) на месте (cancer (carcinoma) in situ) (Tis);
7. цервикальная интраэпителиальная неоплазия (дисплазия) CIN I-III;
8. все гиперкератозы или базально-клеточные карциномы кожи;
9. саркома Капоши и другие опухоли, ассоциированные с ВИЧ-инфекцией или СПИД;
10. любые злокачественные или предраковые образования, папиллома мочевого пузыря, полипоз кишечника, болезнь Крона, язвенный колит, гематурия, стул с кровью, кровохарканье, лимфаденопатия, спленомегалия, кахексия.

4.2. **Инфаркт миокарда** - остро возникший очаговый некроз сердечной мышцы (участка), развившийся вследствие абсолютной или относительной недостаточности коронарного кровотока.

Вышеуказанный диагноз должен основываться на следующих данных:

- наличие в анамнезе типичных болей в грудной клетке (стенокардического характера, но более интенсивных, продолжительных по времени, часто повторяющихся, не купирующихся приемом нитроглицерина);
- новые изменения на электрокардиограмме, характерные для инфаркта миокарда;
- значительное увеличение кардиальных ферментов в крови, характерных для повреждения клеток миокарда (АЛТ, АСТ, ЛДГ, КФК).

Следующие патологии исключаются из определения:

1. Инфаркты миокарда без изменения сегмента ST и с увеличением показателей тропонина I или T в крови (ишемия миокарда, нестабильная стенокардия, не приведшие к развитию инфаркта миокарда);
2. Безболевой инфаркт миокарда.

4.3. **Инсульт** - любые цереброваскулярные изменения, которые вызывают стойкую неврологическую симптоматику более чем на двадцать четыре часа, и включающие в себя омертвление участка мозговой ткани, геморагию и эмболию. Продолжительность неврологической симптоматики должна наблюдаться не менее трех месяцев и должна быть подтверждена врачами-специалистами при наличии типичных клинических симптомов, а также данных компьютерной или магнитно-резонансной томографии головного мозга.

Из покрытия исключаются:

1. Преходящие ишемические нарушения мозгового кровообращения;
2. травматические повреждения головного мозга;
3. неврологические симптомы, возникающие в результате мигрени;
4. лакунарные инсульты без неврологической симптоматики.

4.4. **Терминальная почечная недостаточность** - стадия необратимого хронического нарушения функции обеих или единственной почки, сопровождающаяся повышением уровня креатинина в крови от 800 мкмоль/л и выше (от

10,1 мг% и выше) и иными клиническими симптомами, и требующая проведения постоянного программного (хронического) гемодиализа или перитонеального диализа или пересадки почки.

4.5. Хирургическое лечение коронарных артерий - оперативное вмешательство на открытой грудной клетке для коррекции двух или более суженных коронарных артерий. Необходимость проведения операции должна подтверждаться результатами коронарной ангиографии. Ангиопластика и/или другие процедуры внутри артерии исключаются из определения.

4.6. Трансплантация основных органов - пересадка от человека к человеку (в качестве реципиента) сердца, легких, печени, поджелудочной железы, костного мозга, тонкого кишечника.

Из определения исключается трансплантация иных, не перечисленных выше, органов, частей органов или какой-либо ткани.

4.7. Паралич - полная и необратимая потеря двигательной функции двух и более конечностей вследствие несчастного случая или заболевания. Продолжительность этих состояний должна быть не менее трех месяцев и подтверждена врачами-специалистами. Исключением из покрытия является паралич при синдроме Гийена-Барре.

4.8. Хирургическое лечение заболеваний аорты - непосредственное проведение хирургического вмешательства в целях лечения хронического заболевания аорты посредством иссечения и замены дефектной части аорты трансплантатом. Под термином аорта в данном конкретном случае принято понимать ее грудную и брюшную части, ветви аорты из покрытия исключаются.

4.9. Пересадка клапана сердца - хирургическая замена одного или более пораженных клапанов сердца искусственным клапаном. Определение включает замену аортального, митрального, трикуспидального или пульмонального клапанов сердца их искусственными аналогами вследствие развития стеноза/недостаточности или комбинации этих состояний.

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

4.10. Слепота - полная, постоянная и необратимая потеря зрения на оба глаза вследствие перенесенного заболевания или несчастного случая. Диагноз должен быть подтвержден врачом-офтальмологом при наличии специальных обследований (ЭФИ, УЗИ и другие).

4.11. Рассеянный склероз - заболевание, характеризующееся развитием очагов демиелинизации в центральной и периферической нервной системе, наличием типичных симптомов демиелинизации и нарушений моторной и сенсорной функций.

Окончательный диагноз должен быть впервые установлен в течение срока действия Договора и подтвержден квалифицированным врачом-неврологом специализированного лечебного учреждения на основании клинической картины и результатов дополнительных исследований:

- характерные признаки при компьютерной и магнитно-резонансной томографии;
- специфические изменения состава спинномозговой жидкости.

Обязательное условие для выплаты:

Заявитель должен иметь показатели по шкале EDSS >5, неврологические отклонения, впервые возникшие в период действия Договора, отмечающиеся непрерывно на протяжении не менее шести месяцев с даты установления диагноза, и подтверждались наличием очагов демиелинизации.

4.12. Инфицирование Вирусом Иммунодефицита Человека (ВИЧ) или Синдром Приобретённого Иммунодефицита (СПИД) вследствие переливания крови при условии наличия всех ниже перечисленных обстоятельств:

1. Заражение является прямым следствием переливания крови, произведённым по медицинским показаниям в период после вступления в действие страхового покрытия.
2. Учреждение, в котором было произведено переливание крови, признаёт свою ответственность по факту заражения Застрахованного.
3. Застрахованный не является больным гемофилией.

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

4.13. Доброкачественная опухоль мозга - постоянные неврологические нарушения, развившиеся вследствие удаления доброкачественной опухоли мозга под общей анестезией, или при неоперабельной опухоли. Диагноз должен быть подтвержден специалистом, а также результатами инструментальных обследований (КТ, МРТ, ЭЭГ и т.п.) характерными для данного состояния.

Длительность постоянных неврологических нарушений должна составлять минимум 3 месяца и включать в себя одно из ниже следующих состояний, установленных профильным специалистом:

- объективная неврологическая очаговая симптоматика, выявляемая при осмотре в неврологическом статусе при наличии патологических изменений, выявляемых при инструментальном обследовании (компьютерная томография (КТ), магнито-резонансная томография (МРТ), электроэнцефалография (ЭЭГ), исследование соматосенсорных вызванных потенциалов (ССВП);
- эпилептические припадки;
- нарушения двигательной функции (парез, паралич, плегия);
- психические нарушения;
- снижение зрения (при отсутствии предшествующих заболеваний глаз), слепота;
- глухота без повреждения структур уха;
- афазия, анартрия;

- когнитивные нарушения (дислексия, дисграфия, дискалькулия).

Из определения исключаются:

неврологические симптомы и расстройства, проявления которых ограничились субъективными ощущениями застрахованного лица - потеря осязания (сенсорной чувствительности), обоняния, головные боли, апатия, синдром хронической усталости, головокружения, тошнота, утомляемость.

опухоли гипофиза, кисты, гранулемы и опухоли черепно-мозговых нервов (например, акустическая невринома) или пороки развития (в том числе мальформации) в веществе или вещества головного мозга, мозговых артерий или вен и / или спинного мозга.

4.14. Глухота (потеря слуха) – полная и постоянная потеря слуха на оба уха в результате перенесенного заболевания или несчастного случая. Диагноз должен быть подтвержден специалистом (оториноларингологом) и результатами аудиометрии;

4.15. Тяжелая травма головы – открытое или закрытое травматическое повреждение тканей мозга, сопровождающееся нарушением функции мозга. Окончательный диагноз должен быть подтвержден специалистом, а также результатами специальных исследований (например, КТ или МРТ головного мозга). Нарушение должно выражаться в постоянной невозможности самостоятельно выполнять три и более элементарных бытовых действия - мыться (способность мыться в душе или в ванне), одеваться (снимать или надевать на себя одежду, застегиваться или расстегиваться), соблюдать личную гигиену (пользоваться туалетом, поддерживать приемлемый уровень гигиены), подвижность (способность передвигаться дома или в пределах этажа), самостоятельно регулировать экскреторные функции, есть/пить (но не готовить пищу). Результатом данного заболевания может также являться состояние полной прикованности к постели и неспособность подняться с кровати самостоятельно без посторонней помощи. Описанные выше состояния должны быть подтверждены медицинскими документами, по меньшей мере, в течение 3 месяцев;

4.16. Кома – состояние бессознательности, с отсутствием ответной реакции на окружающие внешние раздражители или внутренние потребности организма, сохраняющееся на протяжении длительного промежутка времени, с использованием систем жизнеобеспечения, в течение 96 часов как минимум, и имеющее следствием постоянную неврологическую недостаточность;

4.17. Энцефалит - воспаление мозга (полушарий головного мозга, ствола головного мозга или мозжечка) бактериальной и вирусной этиологии, ведущее к серьезным и постоянным нарушениям, таким как: нарушение слуха, припадки, расстройства интеллекта, когнитивному дефициту, расстройства речи, ухудшение зрения, психиатрические расстройства, моторный дефицит. Точный окончательный диагноз должен быть подтвержден неврологом в сертифицированном лечебном учреждении. Также должны быть предоставлены результаты специфических анализов для подтверждения серьезности и наличия постоянного характера состояния больного по крайней мере в течение 6 месяцев. При этом не является страховым случаем заболевание энцефалитом, вызванным ВИЧ-инфекцией;

4.18. Бактериальный менингит - воспаление оболочек головного и спинного мозга, ведущее к серьезным и постоянным нарушениям, таким как: дефицит слуха, припадки, расстройства интеллекта, когнитивному дефициту, расстройства речи, ухудшение зрения, психиатрические расстройства, моторный дефицит. Точный и окончательный диагноз должен быть подтвержден неврологом в сертифицированном лечебном учреждении. Также должны быть предоставлены результаты специфических анализов для подтверждения серьезности и наличия постоянного характера состояния больного по крайней мере в течение 6 месяцев.

5. Дополнительно для Договоров коллективного страхования может быть предусмотрено покрытие на случай следующих установленных в течение срока страхования диагнозов и/или проведения следующих операций:

- прединвазивные новообразования, рак (карцинома) на месте (cancer (carcinoma) in situ) (Tis);
- рак предстательной железы стадии T1 (включая T1a, T1b, T1c) по классификации TNM);
- все злокачественные опухоли кожных покровов, за исключением инвазивной злокачественной меланомы (начиная с третьего уровня по классификации Кларка);
- ангиопластика и/или другие процедуры внутри артерии.

6. Программы страхования

Программа А - п.п. 4.1 – 4.7 настоящих Дополнительных условий;

Программа Б - п.п. 4.1 – 4.11 настоящих Дополнительных условий;

Программа В - п.п. 4.1 – 4.13 настоящих Дополнительных условий;

Программа Г - п.п. 4.1, 4.6, 4.7, 4.10, 4.14, 4.15 настоящих Дополнительных условий;

Программа Д - п.п. 4.1, 4.4, 4.6, 4.7, 4.10, 4.14 - 4.18 настоящих Дополнительных условий.

Программы страхования А, Б, В, Г, Д могут быть дополнены одним или несколькими заболеваниями из списка, указанного в п. 4 и п. 5 настоящих Дополнительных условий, что должно быть указано в Договоре.

7. При наступлении страхового случая, связанного с наступлением событий, указанных в п. 4 настоящих Дополнительных условий, страховая выплата производится в размере 100% страховой суммы по риску «Критическое заболевание», установленной для Застрахованного.

При наступлении страхового случая, связанного с наступлением событий, указанных в п. 5 настоящих Дополнительных условий, страховая выплата производится в размере 25% страховой суммы по риску «Критическое заболевание», установленной для Застрахованного, если иное не предусмотрено Договором.

При наступлении в течение срока страхования нескольких событий из указанных в п. 4, 5 настоящих Дополнительных условий, являющихся страховыми, размер страховой выплаты по каждому последующему страховому событию уменьшается на сумму страховой выплаты, ранее произведенной Страховщиком по риску «Критическое заболевание».

Общий размер страховой выплаты по риску «Критическое заболевание» не может превышать размера страховой суммы, установленной Договором для Застрахованного по данному риску.

8. По риску «Критическое заболевание» Застрахованными могут быть лица, которые уже перенесли одно или несколько заболеваний или операций, указанных в п.п. 4, 5 настоящих Дополнительных условий, при этом страховое покрытие для данного Застрахованного будет распространяться только на ограниченный перечень заболеваний или операций согласно следующей таблице, если иное не предусмотрено Договором:

Порядковый номер	Заболевание / операция, перенесенные Застрахованным на момент заключения Договора	Перечень заболеваний/операций, выплата по которым не будет производиться при наступлении страхового случая по риску «Критическое заболевание» (номер заболевания/операции соответствует порядковому номеру заболевания/операции, указанной в данной таблице)
1	Рак	1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 16, 17, 19, 20, 21, 22
2	Инфаркт миокарда	2, 3, 4, 5, 6, 8, 9, 22
3	Инсульт	2, 3, 4, 5, 7, 8, 9, 10, 11, 14, 15, 16, 22
4	Терминальная почечная недостаточность	1, 2, 3, 4, 6
5	Хирургическое лечение коронарных артерий	2, 3, 4, 5, 6, 8, 9, 22
6	Трансплантация основных органов	1, 2, 3, 4, 5, 6, 9, 12, 22
7	Паралич	2, 3, 4, 7, 10, 11, 13, 14, 16, 17, 18
8	Хирургическое лечение заболеваний аорты	2, 3, 5, 8, 9, 22
9	Пересадка клапанов сердца	2, 5, 6, 8, 9, 22
10	Слепота	3, 6, 10, 11, 13, 17, 18
11	Рассеянный склероз	3, 7, 10, 13, 11, 14, 16, 17
12	Инфицирование Вирусом Иммунодефицита Человека (ВИЧ) или Синдром Приобретённого Иммунодефицита (СПИД) вследствие переливания крови	1, 4, 6, 12
13	Доброкачественная опухоль мозга	1, 2, 3, 10, 13, 14, 16, 17
14	Глухота	3, 13, 14
15	Тяжелая травма головы	1, 3, 4, 13, 15, 16, 17, 18
16	Кома	1, 3, 4, 13, 15, 17, 18, 16
17	Энцефалит	3, 7, 11, 13, 17, 18
18	Бактериальный менингит	3, 7, 11, 13, 17, 18
19	Интраэпителиальный рак (рак in situ, например, рак шейки матки);	1, 19, 20, 21
20	Рак предстательной железы стадии А;	1, 19, 20, 21
21	Все злокачественные опухоли кожных покровов, за исключением инвазивной злокачественной меланомы (начиная с третьего уровня по классификации Кларка);	1, 19, 20, 21
22	Ангиопластика и/или другие процедуры внутри артерии;	2, 5+стентирование, 8, 9, 22

9. Если иное не установлено Договором возраст Застрахованного не может быть меньше 18 и больше 55 лет на дату начала страхования от критических заболеваний для программ А, Б, В. При условии непрерывного продления Договора лица, принятые на страхование по риску «Критическое заболевание» в возрасте до 55 лет, могут быть застрахованы по данному риску до 65 лет. По программам Г и Д возраст Застрахованного не может быть меньше 2 и больше 18 лет на дату начала страхования от критических заболеваний.

10. При наступлении события, обладающего признаками страхового случая, Застрахованный, Страхователь, или Выгодоприобретатель по Договору или иное лицо, уполномоченное Застрахованным, обязаны в срок не позднее 3 (трех) месяцев с даты наступления данного события письменно уведомить об этом Страховщика.

11. Для получения страховой выплаты Страховщику должны быть представлены:

- копия Договора (полиса) (для Договоров индивидуального страхования);

- письменное заявление Застрахованного на страховую выплату по установленной Страховщиком форме с подробным описанием обстоятельств, повлекших за собой проведение операции или установления диагноза. При наличии в Договоре периода выживания заявление предоставляется Застрахованным по окончании данного периода;
- письменное заявление Застрахованного по установленной Страховщиком форме с указанием полных банковских реквизитов (если страховая выплата осуществляется на расчетный счет);
- документы (оригинал выписки из медицинской карты и/или оригинал выписного эпикриза и/или заверенная должностным лицом медицинского учреждения (главный врач, заместитель главного врача по лечебной работе, заместитель главного врача по КЭР (клинико-экспертной работе), председатель врачебной комиссии, начальник медицинской части и другие уполномоченные лица (с приложением документов, подтверждающих данные полномочия)) и печатью медицинского учреждения копия медицинской карты (карт) Застрахованного), подтверждающие перенесение Застрахованным операции или заболевания, обладающего признаками страхового случая, а также подтверждающих тот факт, что диагноз заболевания установлен и/или операция проведена впервые в период действия договора страхования в отношении Застрахованного. В документах должны содержаться: подробный анамнез жизни и заболевания, диагноз, установленный специалистом и подтвержденный общепринятыми в медицинской практике методами исследований, результаты всех проведенных диагностических исследований (лабораторные, клинические, гистологические, радиологические исследования), проведенное лечение. В случае если событием, обладающим признаками страхового случая, является проведение одной из перечисленных в п.п. 4, 5 настоящих Дополнительных условий хирургических операций, то также в вышеуказанных документах должен содержаться полный протокол проведенной хирургической операции.
- копия документа, удостоверяющий личность получателя страховой выплаты (паспорт или документ, его заменяющий), с отметкой о месте его регистрации.

12. Если по предоставленным документам установить факт наличия страхового случая либо его отсутствия не представляется возможным, а также для выяснения состояния здоровья Застрахованного на дату начала страхования от критических заболеваний, Страховщик вправе запросить дополнительные документы из списка в Приложении № 79, не предусмотренные п. 11 настоящих Дополнительных условий, у Страхователя, Застрахованного, Выгодоприобретателя, правоохранительных органов, медицинских учреждений и других предприятий и организаций, располагающих информацией об обстоятельствах страхового случая.

13. В случае сомнений в подлинности и/или достоверности, а также достаточности документов, представленных Страхователем (Застрахованным) в связи с наступлением события, имеющего признаки страхового случая, Страховщик вправе направить Застрахованного на повторные лабораторные и инструментальные исследования (включая ультразвуковые исследования, рентгенологические и иные методы лучевой диагностики), повторные медицинские осмотры, осуществляемые врачами различных специальностей. Указанные исследования и медицинские осмотры проводятся врачами, назначенными Страховщиком, в местах, обозначенных Страховщиком, и за его счет.

14. В случае если Страховщиком были запрошены в соответствии с п. 12 настоящих Дополнительных условий дополнительные документы, необходимые для установления факта наступления страхового случая, а также при обстоятельствах, указанных в п. 13 настоящих Дополнительных условий, срок принятия решения по заявленному случаю, указанный в п.п. 15, 16 настоящих Дополнительных условий, приостанавливается до даты получения Страховщиком дополнительных документов и/или до даты окончания проверки. В случае если дополнительные документы запрошены Страховщиком у Страхователя или компетентных органов, Страховщик в течение 15 (пятнадцати) рабочих дней с даты получения документов, указанных в п. 11 настоящих Дополнительных условий, и дополнительно запрошенных Страховщиком у Застрахованного или Выгодоприобретателя документов в соответствии с п.п. 12, 13 настоящих Дополнительных условий (если таковые были запрошены) информирует лицо, претендующее на страховую выплату, об отсрочке рассмотрения.

15. При принятии решения о признании случая нестраховым, отказе (отсрочке) в выплате, Страховщик в письменной форме и со ссылками на пункты Правил и Дополнительных условий информирует об этом лицо, претендующее на страховую выплату, в течение 15 (пятнадцати) рабочих дней со дня получения документов, указанных в п. 11 настоящих Дополнительных условий, а также документов, дополнительно запрошенных Страховщиком в соответствии с п.п. 12, 13 настоящих Дополнительных условий (если таковые были запрошены), но не позднее 3 (Трех) рабочих дней с даты принятия решения о непризнании случая страховым. Страховщик вправе принять решение об отсрочке рассмотрения или выплаты, если по фактам, связанным с наступлением события, имеющего признаки страхового случая, в соответствии с действующим законодательством назначена дополнительная проверка, возбуждено уголовное дело или начат судебный процесс, до окончания проверки, расследования или судебного разбирательства, либо устранения других обстоятельств, препятствовавших выплате, при этом письменно уведомив Застрахованного/Выгодоприобретателя.

16. При принятии положительного решения о страховой выплате Страховщик производит данную выплату в течение 15 (пятнадцати) рабочих дней с момента получения документов, указанных в п. 11 настоящих Дополнительных условий, подтверждающих факт наступления события, обладающего признаками страхового случая, а также документов, дополнительно запрошенных Страховщиком в соответствии с п.п. 12, 13 настоящих Дополнительных условий (если таковые были запрошены). Днем выплаты считается день списания средств с расчетного счета Страховщика или выдачи их из кассы Страховщика.

17. Действие страхования по риску «Критическое заболевание» прекращается:

- а) с даты выплаты страховой суммы в полном объеме – при наступлении страхового случая по настоящему риску;
- б) с даты окончания срока страхования;

в) с даты обнаружения у Застрахованного ВИЧ-инфекции или СПИДа, если событие не попадает под действие п. 4.12 настоящих Дополнительных условий.

18. Если иное не предусмотрено Договором, Правилами и настоящими Дополнительными условиями могут быть определены следующие условия осуществления страховой выплаты по риску «Критическое заболевание»:

18.1. Страховая выплата по риску «Критическое заболевание» является зависимой с рисками, указанными в п.п. 4.3.2, 4.3.3, 4.3.9, 4.3.10, 4.3.17 Правил.

18.2. Страховая выплата по риску «Критическое заболевание» является зависимой с рисками, указанными в п. 18.1 настоящих Дополнительных условий, за исключением рисков, указанных в п.п. 4.3.2, 4.3.3 Правил.

18.3. Страховая выплата по риску «Критическое заболевание» является независимой с рисками, указанными в п.п. 4.3.1 - 4.3.3, 4.3.8 - 4.3.10, 4.3.12 – 4.3.17, 4.3.22 Правил.

18.4. Если в Договоре не определено как будут производиться страховые выплаты по риску «Критическое заболевание» по отношению к рискам, указанным в п.п. 18.1 - 18.3 настоящих Дополнительных условий, то по умолчанию выплаты считаются:

- зависимыми с рисками/страховыми событиями, произошедшими в результате болезни/несчастного случая или болезни;
- независимыми с рисками/страховыми событиями, произошедшими в результате несчастного случая;

18.5. Страховые выплаты по риску «Критическое заболевание» по отношению к рискам, указанным в п.п. 4.3.4 – 4.3.7, 4.3.18 - 4.3.21 Правил, всегда являются независимыми.

18.6. Выплата по риску «Критическое заболевание», предусмотренная п. 18.2, п. 18.3 и п. 18.5 настоящих Дополнительных условий, производится, если Застрахованный жив по истечении 30-дневного периода с момента установления диагноза критического заболевания или проведения операции, указанных в п.п. 4, 5 настоящих Дополнительных условий, если иное не установлено Договором. В случае смерти до окончания указанного периода, выплата по данному варианту страхования от критических заболеваний не производится, если иное не установлено Договором.

19. Если при наступлении страхового случая по риску «Критическое заболевание» Застрахованный умер, не успев предоставить Страховщику письменное заявление на страховую выплату, страховая выплата по данному событию не осуществляется.

ТАБЛИЦА №1
размеров страховых выплат
при тяжких телесных повреждениях в результате несчастного случая

Статья	Характер повреждения	Размер страховой выплаты (в % от страховой суммы)
	Кости черепа, нервная система	
1.	Повреждение нервной системы (травматическое, токсическое, гипоксическое), повлекшее за собой:	
	а) астенический синдром, дистонию, энцефалопатию у детей в возрасте до 16 лет	5
	б) арахноидит, энцефалит, арахноэнцефалит	10
	в) эпилепсию	15
	г) верхний или нижний монопарез (парез одной верхней или нижней конечности)	30
	д) геми- или парапарез (парез обеих верхних или обеих нижних конечностей, парез правых или левых конечностей), амнезию (потерю памяти)	40
	е) моноплегию (паралич одной конечности)	60
	ж) тетрапарез (парез верхних и нижних конечностей), нарушение координации движений, слабоумие (деменцию)	70
	з) геми-, пара- или тетраплегию, афазия (потерю речи), декортикацию, нарушение функции тазовых органов	100
	<u>Примечания:</u> 1. Страховая сумма в связи с последствиями травмы нервной системы, указанными в ст.1, выплачивается по одному из подпунктов, учитывающему наиболее тяжелые последствия травмы, в том случае, если они установлены лечебно-профилактическим учреждением не ранее 3 месяцев со дня травмы и подтверждены справкой этого учреждения. 2. При снижении остроты зрения или понижении слуха в результате черепно-мозговой травмы страховая сумма выплачивается с учетом этой травмы и указанных осложнений по соответствующим статьям путем суммирования.	
	Органы зрения	
2.	Повреждение глаза (глаз), повлекшее за собой полную потерю зрения единственного глаза или обоих глаз, обладавших зрением не ниже 0,01	100
3.	Снижение остроты зрения (см. Таблицу выплат при потере зрения)	
	<u>Примечания:</u> 1. Решение о выплате страховой суммы в связи со снижением в результате травмы остроты зрения и другими последствиями принимается после окончания лечения, но не ранее 3 месяцев со дня травмы. По истечении этого срока застрахованный направляется к врачу-окулисту для определения остроты зрения обоих глаз (с учетом коррекции) и других последствий перенесенного повреждения. 2. Если сведения об остроте зрения поврежденного глаза до травмы отсутствуют, то условно следует считать, что она была такой же, как неповрежденного. Однако, если острота зрения неповрежденного глаза окажется ниже, чем поврежденного, условно следует считать, что острота зрения поврежденного глаза равнялась 1,0. 3. Если в результате травмы были повреждены оба глаза и сведения об их зрении до травмы отсутствуют, следует условно считать, что острота зрения их составляла 1,0. 4. В том случае, если в связи с посттравматическим снижением остроты зрения был имплантирован искусственный хрусталик или применена корригирующая линза, страховая сумма выплачивается с учетом остроты зрения после операции, но не ранее, чем через 2 месяца.	
	Органы слуха	
4.	Повреждение одного уха, повлекшее за собой снижение слуха:	
	а) шепотная речь на расстоянии от 1 до 3 м	5
	б) шепотная речь – до 1 м	15
	в) полная глухота (разговорная речь – 0)	25

Статья	Характер повреждения	Размер страховой выплаты (в % от страховой суммы)
	<i>Примечание:</i> Решение о выплате страховой суммы в связи со снижением в результате травмы слуха принимается после окончания лечения, но не ранее 3 месяцев со дня травмы. По истечении этого срока застрахованный направляется к ЛОР-специалисту для определения последствий перенесенного повреждения.	
	Дыхательная система	
5.	Повреждение грудной клетки и ее органов, повлекшее за собой:	
	а) легочную недостаточность (по истечении 3 месяцев со дня травмы)	10
	б) удаление доли, части легкого	40
	в) удаление одного легкого	60
	<i>Примечание:</i> При выплате страховой суммы по ст.5 (б, в) ст.5а не применяется.	
6.	Повреждение гортани, трахеи, подъязычной кости, щитовидного хряща, трахеостомия, произведенная в связи с травмой, повлекшие за собой:	
	а) осиплость или потерю голоса, ношение трахеостомической трубки в течение не менее 3 месяцев после травмы	10
	б) потерю голоса, ношение трахеостомической трубки в течение не менее 6 месяцев после травмы	20
	<i>Примечание:</i> В том случае, если страхователь в своем заявлении указал, что травма повлекла за собой нарушение функции гортани или трахеи, необходимо получить заключение специалиста по истечении 3 месяцев после травмы. Ранее этого срока страховая сумма не выплачивается.	
	Сердечно-сосудистая система	
7.	Повреждение сердца, его оболочек и крупных магистральных сосудов, повлекшее за собой сердечно-сосудистую недостаточность:	
	а) I степени	10
	б) II – III степени	25
	<i>Примечание:</i> Если в справке ф.№195 не указана степень сердечно-сосудистой недостаточности, страховая сумма выплачивается по ст. 7а.	
8.	Повреждение крупных периферических сосудов, повлекшее за собой сосудистую недостаточность	20
	<i>Примечания:</i> 1. К крупным магистральным сосудам следует относить: аорту, легочную, безымянную, сонные артерии, внутренние яремные вены, верхнюю и нижнюю полые вены, воротную вену, а также магистральные сосуды, обеспечивающие кровообращение внутренних органов. К крупным периферическим сосудам следует относить: подключичные, подмышечные, плечевые, локтевые и лучевые артерии, подвздошные, бедренные, подколенные, передние и задние большеберцовые артерии; плечеголовые, подключичные, подмышечные, бедренные и подколенные вены. 2. Если страхователь в своем заявлении указал, что травма повлекла за собой нарушение функции сердечно-сосудистой системы, необходимо получить заключение специалиста. 3. Страховая сумма по ст.7, 8 выплачивается, если указанные в этих статьях осложнения травмы будут установлены в лечебно-профилактическом учреждении по истечении 3 месяцев после травмы и подтверждены справкой этого учреждения.	
	Органы пищеварения	
9.	Повреждение челюсти, повлекшее за собой отсутствие:	
	а) части челюсти (за исключением альвеолярного отростка)	40
	б) челюсти	80
10.	Повреждение языка, повлекшее за собой:	
	а) отсутствие кончика языка	10
	б) отсутствие дистальной трети языка	15
	в) отсутствие языка на уровне средней трети	30

Статья	Характер повреждения	Размер страховой выплаты (в % от страховой суммы)
	d) отсутствие языка на уровне корня или полное отсутствие языка	60
11.	Повреждение (ранение, разрыв, ожог) пищевода, вызвавшее:	
	a) сужение пищевода	40
	b) непроходимость пищевода (при наличии гастростомы), а также состояние после пластики пищевода	100
	<u>Примечание:</u> Процент страховой суммы, подлежащей выплате по ст.11, определяется не ранее чем через 6 месяцев со дня травмы.	
12.	Повреждение (разрыв, ожог, ранение) органов пищеварения, случайное острое отравление, повлекшее за собой:	
	a) холецистит, дуоденит, гастрит, панкреатит, энтерит, колит, проктит, парапроктит	5
	b) рубцовое сужение (деформацию) желудка, кишечника, заднепроходного отверстия	15
	c) спаечную болезнь, состояние после операции по поводу спаечной непроходимости	25
	d) кишечный свищ, кишечно-влагалищный свищ, свищ поджелудочной железы	50
	e) противоестественный задний проход (колостома)	80
	<u>Примечания:</u> 1. При осложнениях травмы, предусмотренных в подпунктах «a», «b», «c», страховая сумма выплачивается при условии, что эти осложнения имеются по истечении 3 месяцев после травмы, а предусмотренные в подпунктах «d» и «e» – по истечении 6 месяцев после травмы. Указанные осложнения травмы признаются только в том случае, если они подтверждены справкой лечебно-профилактического учреждения. 2. Если в результате одной травмы возникнут осложнения, перечисленные в одном подпункте, страховая сумма выплачивается однократно. Однако, если возникли патологические изменения, перечисленные в разных подпунктах, страховая сумма выплачивается с учетом каждого из них путем суммирования.	
13.	Повреждение печени в результате травмы или случайного острого отравления, повлекшее за собой:	
	a) подкапсульный разрыв печени, не потребовавший оперативного вмешательства, гепатит, сывороточный гепатит, развившийся непосредственно в связи с травмой, гепатоз	5
	b) печеночную недостаточность	10
14.	Повреждение печени, желчного пузыря, повлекшие за собой:	
	a) ушивание разрывов печени или удаление желчного пузыря	15
	b) ушивание разрывов печени и удаление желчного пузыря	20
	c) удаление части печени	25
	d) удаление части печени и желчного пузыря	35
15.	Повреждение селезенки, повлекшее за собой:	
	a) подкапсульный разрыв селезенки, не потребовавший оперативного вмешательства	5
	b) удаление селезенки	30
16.	Повреждение желудка, поджелудочной железы, кишечника, брыжейки, повлекшее за собой:	
	a) образование ложной кисты поджелудочной железы	20
	b) резекцию желудка, кишечника, поджелудочной железы	30
	c) удаление желудка	60
	<u>Примечание:</u> При последствиях травмы, перечисленных в одном подпункте, страховая сумма выплачивается однократно. Однако, если травма различных органов повлечет за собой осложнения, указанные в различных подпунктах, страховая сумма выплачивается с учетом каждого из них путем суммирования.	
	Мочевыделительная и половая системы	
17.	Повреждение почки, повлекшее за собой:	
	a) ушиб почки, подкапсульный разрыв почки, не потребовавший оперативного вмешательства	2
	b) удаление части почки	30
	c) удаление почки	60

Статья	Характер повреждения	Размер страховой выплаты (в % от страховой суммы)
18.	Повреждение органов мочевыделительной системы (почек, мочеточников, мочевого пузыря, мочеиспускательного канала), повлекшее за собой:	
	а) цистит, уретрит	2
	б) острую почечную недостаточность, пиелит, пиелостаз	10
	в) уменьшение объема мочевого пузыря	15
	г) гломерулонефрит, пиелонефрит, сужение мочеточника, мочеиспускательного канала	25
	д) синдром длительного раздавливания (травматический токсикоз, краш-синдром, синдром размоложения), хроническую почечную недостаточность	30
	е) непроходимость мочеточника, мочеиспускательного канала, мочеполовые свищи	40
	<u>Примечания:</u> 1. Если в результате травмы наступит нарушение функции нескольких органов мочевыделительной системы, процент страховой суммы, подлежащей выплате, определяется по одному из подпунктов ст.18, учитывающему наиболее тяжелое последствие повреждения. 2. Страховая сумма в связи с последствиями травмы, перечисленными в подпунктах "а", "б", "в", "г" и "д" ст.18, выплачивается в том случае, если эти осложнения имеются по истечении 3 месяцев после травмы.	
19.	Повреждение половой системы, повлекшее за собой:	
	а) удаление одного яичника, маточной трубы, яичка	15
	б) удаление обоих яичников, обеих маточных труб, яичек, части полового члена	30
	в) потерю матки у женщин в возрасте до 40 лет	50
	г) потерю матки у женщин в возрасте от 40 до 50 лет	30
	д) потерю матки у женщин в возрасте от 50 лет и старше	15
	е) потерю полового члена и обоих яичек	50
	Мягкие ткани	
20.	Повреждение мягких тканей лица, передне-боковой поверхности шеи, подчелюстной области, ушных раковин, повлекшее за собой после заживления:	
	а) образование рубцов площадью от 0,5 до 1,0 см ²	3
	б) образование рубцов площадью 1,0 см ² и более или длиной 5 см и более	5
	в) значительное нарушение косметики	10
	г) резкое нарушение косметики	30
	д) обезображивание	70
	<u>Примечания:</u> 1. К косметически заметным рубцам относятся рубцы, отличающиеся по окраске от окружающей кожи, втянутые или выступающие над ее поверхностью, стягивающие ткани. Обезображивание – это резкое изменение естественного вида лица человека в результате механического, химического, термического и других насильственных воздействий. 2. Если в результате повреждения мягких тканей лица, передне-боковой поверхности шеи, подчелюстной области образовался рубец или пигментное пятно и в связи с этим была выплачена соответствующая часть страховой суммы, а затем застрахованный получил повторную травму, повлекшую за собой образование новых рубцов (пигментных пятен), вновь выплачивается страховая сумма с учетом последствий повторной травмы. 3. Решение о выплате страховой суммы по ст. 20 принимается с учетом данных освидетельствования, проведенного после заживления раневых поверхностей, но не ранее 1 месяца после травмы.	
	Верхняя конечность: плечевой сустав	
21.	Повреждения плечевого пояса, повлекшие за собой:	
	а) привычный вывих плеча	15
	б) отсутствие движений в суставе (анкилоз)	20
	в) «болтающийся» плечевой сустав в результате резекции суставных поверхностей составляющих его костей	40
	<u>Примечания:</u> 1. Страховая сумма по ст.21 выплачивается в том случае, если перечисленные в этой статье осложнения будут установлены лечебно-профилактическим учреждением по	

Статья	Характер повреждения	Размер страховой выплаты (в % от страховой суммы)
	<i>истечения 6 месяцев после травмы и подтверждены справкой этого учреждения.</i> 2. Страховая сумма при привычном вывихе плеча выплачивается в том случае, если он наступил в течение 3 лет после первичного вывиха, происшедшего в период действия договора страхования. Диагноз привычного вывиха плеча должен быть подтвержден лечебным учреждением, в котором производилось его вправление. При рецидивах привычного вывиха плеча страховая сумма не выплачивается.	
	Верхняя конечность: плечо	
22.	Травматическая ампутация верхней конечности или тяжелое повреждение, приведшее к ампутации:	
	а) с лопаткой, ключицей или их частью	80
	б) плеча на любом уровне	70
	с) единственной конечности на уровне плеча	100
	Верхняя конечность: локтевой сустав	
23.	Повреждение области локтевого сустава, повлекшее за собой:	
	а) отсутствие движений в суставе (анкилоз)	20
	б) «болтающийся» локтевой сустав (в результате резекции суставных поверхностей составляющих его костей)	30
	<u>Примечание:</u> Страховая сумма по ст.23 выплачивается в том случае, если нарушение движений в этом суставе будет установлено лечебно-профилактическим учреждением по истечении 6 месяцев после травмы и подтверждено справкой этого учреждения.	
	Верхняя конечность: предплечье	
24.	Травматическая ампутация или тяжелое повреждение, приведшее:	
	а) к ампутации предплечья на любом уровне	50
	б) к экзартикуляции в локтевом суставе	55
	с) к ампутации единственной конечности на уровне предплечья	100
	Верхняя конечность: лучезапястный сустав	
25.	Повреждение области лучезапястного сустава, повлекшее за собой отсутствие движений (анкилоз) в этом суставе	15
	<u>Примечание:</u> Страховая сумма по ст.25 выплачивается в том случае, если отсутствие движений в суставе будет установлено лечебно-профилактическим учреждением по истечении 6 месяцев после травмы и подтверждено справкой этого учреждения.	
	Верхняя конечность: кисть	
26.	Повреждение кисти, повлекшее за собой:	
	а) потерю всех пальцев, ампутацию на уровне пястных костей запястья или лучезапястного сустава	55
	б) ампутацию единственной кисти	100
	Верхняя конечность: пальцы кисти	
	Первый палец	
27.	Повреждения пальца, повлекшие за собой:	
	а) отсутствие движений в одном суставе	10
	б) отсутствие движений в двух суставах	15
	<u>Примечание:</u> Страховая сумма в связи с нарушением функции первого пальца выплачивается в том случае, если отсутствие движений в суставе (суставах) пальца будет установлено лечебно-профилактическим учреждением по истечении 6 месяцев после травмы и подтверждено справкой этого учреждения.	
28.	Повреждение пальца, повлекшее за собой:	
	а) реампутацию (повторную ампутацию) на уровне той же фаланги	5
	б) ампутацию на уровне ногтевой фаланги	10
	с) ампутацию на уровне межфалангового сустава (потеря ногтевой фаланги)	15
	д) ампутацию на уровне основной фаланги, пястно-фалангового сустава (потеря пальца)	20

Статья	Характер повреждения	Размер страховой выплаты (в % от страховой суммы)
	е) ампутацию пальца с пястной костью или частью ее	25
	Второй, третий, четвертый, пятый пальцы	
29.	Повреждение пальца, повлекшее за собой:	
	а) отсутствие движений в одном суставе	5
	б) отсутствие движений в двух или трех суставах пальца	10
	<i>Примечание:</i> Страховая сумма в связи с нарушением функции пальца выплачивается в том случае, если отсутствие движений в суставе (суставах) пальца будет установлено лечебно-профилактическим учреждением по истечении 6 месяцев после травмы и подтверждено справкой этого учреждения.	
30.	Повреждение пальца, повлекшее за собой:	
	а) реампутацию (повторную ампутацию) на уровне той же фаланги	3
	б) ампутацию на уровне ногтевой фаланги, потерю фаланги	5
	с) ампутацию на уровне средней фаланги, потерю двух фаланг	10
	д) ампутацию на уровне основной фаланги, потерю пальца	15
	е) потерю пальца с пястной костью или частью ее	20
	<i>Примечание:</i> При повреждении нескольких пальцев кисти в период действия одного договора страхования страховая сумма выплачивается с учетом каждого повреждения путем суммирования. Однако размер ее не должен превышать 65% для одной кисти и 100% для обеих кистей.	
	Таз	
31.	Повреждения таза, повлекшие за собой отсутствие движений в тазобедренных суставах:	
	а) в одном суставе	20
	б) в двух суставах	40
	<i>Примечание:</i> Страховая сумма в связи с нарушением функции тазобедренного сустава (суставов) выплачивается в том случае, если отсутствие движений в суставе будет установлено лечебно-профилактическим учреждением через 6 месяцев после травмы и подтверждено справкой этого учреждения.	
	Нижняя конечность: тазобедренный сустав	
32.	Повреждения тазобедренного сустава, повлекшие за собой:	
	а) отсутствие движений (анкилоз)	20
	б) несросшийся перелом (ложный сустав) шейки бедра	30
	с) эндопротезирование	40
	д) «болтающийся» сустав в результате резекции головки бедра	45
	<i>Примечание:</i> Страховая сумма по ст.32 а, б, д выплачивается в том случае, если это осложнение травмы будет установлено в лечебно-профилактическом учреждении по истечении 9 месяцев после травмы и подтверждено справкой этого учреждения.	
	Нижняя конечность: бедро	
33.	Травматическая ампутация или тяжелое повреждение, приведшее к ампутации конечности на любом уровне бедра:	
	а) одной конечности	70
	б) единственной конечности	100
	Нижняя конечность: коленный сустав	
34.	Повреждения области коленного сустава, повлекшие за собой:	
	а) отсутствие движений в суставе	20
	б) «болтающийся» коленный сустав в результате резекции суставных поверхностей составляющих его костей	30
	с) эндопротезирование	40
	<i>Примечание:</i> Страховая сумма по ст.34 а, б выплачивается в том случае, если это осложнение травмы будет установлено в лечебно-профилактическом учреждении по истечении 9 месяцев после травмы и подтверждено справкой этого учреждения.	

Статья	Характер повреждения	Размер страховой выплаты (в % от страховой суммы)
	Нижняя конечность: голень	
35.	Травматическая ампутация или тяжелое повреждение, повлекшее за собой:	
	а) ампутацию голени на любом уровне	50
	б) экзартикуляцию в коленном суставе	55
	с) ампутацию единственной конечности на любом уровне голени	100
	Нижняя конечность: голеностопный сустав	
36.	Повреждение области голеностопного сустава, повлекшее за собой:	
	а) отсутствие движений в голеностопном суставе	20
	б) «болтающийся» голеностопный сустав (в результате резекции суставных поверхностей составляющих его костей)	35
	с) экзартикуляцию в голеностопном суставе	40
	<i>Примечание:</i> 1. Если в результате травмы голеностопного сустава наступили осложнения, перечисленные в ст.36, страховая сумма выплачивается по одному из подпунктов, учитывающему наиболее тяжелое последствие. 2. Страховая сумма по ст.36 а, б выплачивается в том случае, если это осложнение травмы будет установлено в лечебно-профилактическом учреждении по истечении 9 месяцев после травмы и подтверждено справкой этого учреждения.	
	Нижняя конечность: стопа	
37.	Повреждения стопы, повлекшие за собой:	
	а) несросшийся перелом (ложный сустав) одной-двух костей (за исключением пяточной и таранной костей)	5
	б) несросшийся перелом (ложный сустав) трех и более костей, а также таранной или пяточной кости	15
	с) артродез подтаранного сустава, поперечного сустава предплюсны (Шопара) или предплюсне-плюсневое (Лисфранка)	20
	ампутацию на уровне:	
	д) плюсне-фаланговых суставов (отсутствие всех пальцев стопы)	30
	е) плюсневых костей или предплюсны	35
	ф) таранной, пяточной костей (потеря стопы)	40
	<i>Примечание:</i> Страховая сумма в связи с осложнениями травмы стопы, предусмотренными ст.37 (а, б, с), выплачивается в том случае, если они будут установлены лечебно-профилактическим учреждением по истечении 6 месяцев после травмы и подтверждены справкой этого учреждения, а по подпунктам "д", "е", "ф" – независимо от срока, прошедшего со дня травмы.	
	Нижняя конечность: пальцы стопы	
38.	Травматическая ампутация или повреждение пальцев стопы, повлекшее за собой ампутацию:	
	первого пальца:	
	а) на уровне ногтевой фаланги или межфалангового сустава	5
	б) на уровне основной фаланги или плюсне-фалангового сустава	10
	второго, третьего, четвертого, пятого пальцев:	
	с) одного-двух пальцев на уровне ногтевых или средних фаланг	5
	д) одного-двух пальцев на уровне основных фаланг или плюсне-фаланговых суставов	10
	е) трех-четырёх пальцев на уровне ногтевых или средних фаланг	15
	ф) трех-четырёх пальцев на уровне основных фаланг или плюсне-ногтевых суставов	20
	<i>Примечание:</i> Если в связи с травмой была произведена ампутация пальца с плюсневой костью или ее частью, дополнительно выплачивается 5% страховой суммы однократно.	

По случаям постоянной нетрудоспособности, не указанным в Таблице, размер страховой выплаты зависит от серьезности травмы в сравнении со случаями, указанными в Таблице.

Суммы страховых выплат, которые будут определены в отношении конкретных случаев постоянной нетрудоспособности вследствие одного и того же несчастного случая, суммируются, но общая сумма страховой выплаты не может превышать общей страховой суммы.

Таблица выплат при потере зрения

Острота зрения		Размер выплаты в % от страховой суммы
до травмы	после травмы	
1,0	0,9	3
	0,8	5
	0,7	5
	0,6	10
	0,5	10
	0,4	10
	0,3	15
	0,2	20
	0,1	30
	ниже 0,1	40
0,9	0,8	50
	0,7	3
	0,6	5
	0,5	5
	0,4	10
	0,3	10
	0,2	15
	0,1	20
	ниже 0,1	30
	0,0	40
0,8	0,7	50
	0,6	3
	0,5	5
	0,4	10
	0,3	10
	0,2	15
	0,1	20
	ниже 0,1	30
	0,0	40
		50
0,7	0,6	3
	0,5	5
	0,4	10
	0,3	10
	0,2	15
	0,1	20
	ниже 0,1	30
	0,0	40
0,6	0,5	5
	0,4	5
	0,3	10
	0,2	10
	0,1	15
	ниже 0,1	20
	0,0	25
0,5	0,4	5
	0,3	5
	0,2	10
	0,1	10
	ниже 0,1	15
	0,0	20
0,4	0,3	5
	0,2	5

	0,1 ниже 0,1 0,0	10 15 20
0,3	0,2 0,1 ниже 0,1 0,0	5 5 10 20
0,2	0,1 ниже 0,1 0,0	5 10 20
0,1	ниже 0,1 0,0	10 20
ниже 0,1	0,0	20

Примечание: при удалении в результате травмы глазного яблока, обладавшего до повреждения зрением, а также сморщивании его дополнительно выплачивается 10% страховой сумм.

ТАБЛИЦА №2
размеров страховых выплат
при тяжких телесных повреждениях в результате несчастного случая

Статья	Характер повреждения	Размер страховой выплаты в % от страховой суммы
1.	Полная потеря зрения на оба глаза	100
2.	Полная потеря обеих рук (от локтя до кисти) или обеих кистей	100
3.	Полная глухота на оба уха травматического характера	60
4.	Полная потеря одной руки (от локтя до кисти) и одной ноги	100
5.	Полная потеря одной руки (от локтя до кисти) и одной ступни	100
6.	Полная потеря одной кисти и одной ступни	100
7.	Полная потеря одной кисти и одной ноги	100
8.	Полная потеря обеих ног	100
9.	Полная потеря обеих ступней	100
10.	Потеря руки от плеча до запястья	70
11.	Потеря руки ниже запястья	55
12.	Потеря всех пальцев руки	50
13.	Потеря четырех пальцев руки	40
14.	Потеря большого пальца руки	20
15.	Потеря указательного пальца руки	10
16.	Потеря среднего пальца руки	5
17.	Потеря безымянного пальца руки	5
18.	Потеря мизинца руки	5
19.	Потеря ноги от бедра	70
20.	Потеря ноги между коленом и бедром	70
21.	Потеря ноги ниже колена	50
22.	Потеря всех пальцев ноги	15
23.	Потеря одного глаза	50
24.	Глухота на одно ухо	30
25.	Потеря большого пальца ноги	5
26.	Потеря остальных пальцев ноги, за каждый потерянный палец	2

ТАБЛИЦА №3

**размеров страховых выплат
при тяжких телесных повреждениях в результате несчастного случая**

Статья	Характер повреждения	Размер страховой выплаты в % от страховой суммы
1.	Полная потеря зрения на оба глаза	100
2.	Полная потеря обеих рук (от локтя до кисти) или обеих кистей	100
3.	Полная потеря одной руки (от локтя до кисти) и одной ноги	100
4.	Полная потеря одной руки (от локтя до кисти) и одной ступни	100
5.	Полная потеря одной кисти и одной ступни	100
6.	Полная потеря одной кисти и одной ноги	100
7.	Полная потеря обеих ног	100
8.	Полная потеря обеих ступней	100

ТАБЛИЦА №1
размеров страховых выплат в связи с несчастным случаем
ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ

Параграф 1. В случае получения Застрахованным нескольких повреждений или увечий, перечисленных в разных разделах «Таблицы», общий размер страховой выплаты рассчитывается путем суммирования размеров выплаты по разным разделам. Страховая выплата, которая производится в связи с травмой органа, не должна превышать размера страховой выплаты, производимой при потере этого органа, а общая сумма выплат не должна превышать 100%.

Параграф 2. В случае получения Застрахованным нескольких повреждений или увечий, перечисленных в разных статьях одного раздела «Таблицы», размер страховой выплаты по одной статье рассчитывается независимо от размера страховой выплаты по другим статьям.

Параграф 3. В случае получения Застрахованным повреждений или увечий (в т.ч. одной конечности) по нескольким пунктам, перечисленным в одной статье «Таблицы», страховая выплата производится только по пункту, учитывающему наиболее тяжелое повреждение (больший процент выплаты). В случае проведения Застрахованному нескольких операций, обусловленных полученной травмой или увечьем, указанных в одной статье, выплата осуществляется за операцию, предусматривающую наибольший процент выплаты.

Параграф 4. В случае получения застрахованным нескольких повреждений или увечий (в т.ч. одной конечности), перечисленным в одном пункте статьи «Таблицы», страховая выплата производится по этому пункту однократно.

Параграф 5. В случае получения Застрахованным повреждений или увечий разных конечностей страховая выплата рассчитывается отдельно по каждой поврежденной конечности с соблюдением требований Параграфов 3 и 4.

Параграф 6. Если в связи с полученной травмой проводились оперативные вмешательства, страховая выплата производится однократно в соответствии с «Таблицей» и с соблюдением требований Параграфа 3.

Параграф 7. Не производится дополнительная страховая выплата за следующие оперативные вмешательства:

- первичная хирургическая обработка (ушивание краев раны, иссечение некротических участков);
- удаление инородных тел, шовного материала;
- повторные плановые оперативные вмешательства, связанные с удалением ранее установленных фиксирующих пластин, штифтов, шурупов, дренажей.

Параграф 8. 1% поверхности тела исследуемого человека равен площади ладонной поверхности его кисти и пальцев. Эта площадь определяется в квадратных сантиметрах путем умножения длины кисти, измеряемой от лучезапястного сустава до верхушки ногтевой фаланги III-го пальца, на ее ширину, измеряемую на уровне головок II-V-х пястных костей (без учета I-го пальца).

Параграф 9. Если в столбце «Размер выплаты в % от страховой суммы» размер выплаты имеет знак «+», выплата производится дополнительно и однократно.

Параграф 10. При переломах и вывихах (подвывихах) костей, разрывах сочленений (включая синдесмозы) обязательным условием применения соответствующих статей «Таблицы» является рентгенологическое подтверждение указанных повреждений.

Параграф 11. Страховая выплата в связи с вывихом кости, вправленным медицинским работником без предварительной рентгенографии, может быть произведена только в исключительных случаях - при наличии подтверждающего это медицинского документа, указывающего на причины, по которым не могло быть произведено рентгеновское исследование, содержащего описание объективных симптомов, характерных для конкретного вида вывиха, и методики, применявшейся при его вправлении.

Параграф 12. Повторные переломы (рефрактуры) одной и той же кости, наступившие в результате травмы, полученной в период действия договора страхования, дают основание для страховой выплаты только в том случае, если по представленным рентгенограммам будут установлены: 1) сращение отломков кости по окончании лечения предыдущей травмы, 2) наличие новой линии (линий) перелома кости на рентгенограммах, сделанных после повторной травмы.

Параграф 13. «Таблица» не применяется и выплаты в соответствии с ней не производятся в тех случаях, когда факт получения того или иного повреждения в период действия договора страхования установлен только на основании сообщений и жалоб заинтересованных в выплатах лиц, даже если подобные сообщения и жалобы зафиксированы письменно, в т.ч. в медицинских документах.

Параграф 14. При определении размера страховой выплаты с учетом срока непрерывного лечения, когда это предусмотрено соответствующей статьей «Таблицы», учитывается только назначенное медицинским работником (имеющим на это право) лечение, длительность которого соответствует (по данным медицинской науки) характеру повреждения, полученного Застрахованным - с периодическим (не реже одного раза в 10 дней) контролем эффективности лечения (при назначении на прием или посещении медицинским работником).

Параграф 15. Если «Таблицей» предусмотрены отложенные страховые выплаты (при условии, что по истечении указанного в соответствующей статье времени у Застрахованного будут отмечены определенные последствия повреждения), то они производятся в том случае, если время, указанное в конкретной статье, истекает в период, на который, в соответствии с договором страхования, распространяется ответственность Страховщика.

Статья	Пункт	Характер повреждения	Размер выплаты в % от страховой суммы
Раздел I.			
Кости черепа, нервная система			
1	Перелом костей черепа:		
	a)	наружной пластинки костей свода	5
	b)	свода	15
	c)	основания	20
	d)	свода и основания	25
2	Внутричерепные травматические гематомы:		
	a)	эпидуральная	10
	b)	субдуральная, внутримозговая	15
	c)	эпидуральная и субдуральная (внутримозговая)	20
3	Повреждения головного мозга:		
	a)	сотрясение головного мозга при сроке непрерывного стационарного и/или амбулаторного лечения от 7 до 13 дней включительно	3
	b)	сотрясение головного мозга при сроке непрерывного стационарного и/или амбулаторного лечения 14 и более дней	5
	c)	ушиб головного мозга (в т.ч. с субарахноидальным кровоизлиянием), субарахноидальное кровоизлияние при сроке непрерывного стационарного лечения не менее 14 дней в сочетании с амбулаторным лечением не менее 14 дней	10
	d)	неудаленные инородные тела полости черепа (за исключением шовного и пластического материала)	15
	e)	размножение вещества головного мозга (без указания симптоматики)	50
	Примечания: 1. Если в связи с черепно-мозговой травмой проводились оперативные вмешательства на костях черепа, головном мозге и его оболочках, дополнительно производится страховая выплата в размере 10% страховой суммы. 2. Субарахноидальное кровоизлияние должно быть подтверждено анализом ликвора и компьютерной томографией. 3. Ушиб и сотрясение головного мозга должны быть подтверждены результатами инструментальных исследований: компьютерной томографией и/или магнитно-резонансной томографией, электроэнцефалограммой, и подробным клиническим описанием неврологического статуса.		
4	Повреждение нервной системы: травматическое, токсическое (в результате отравления), гипоксическое (в результате удушья), повлекшее за собой:		
	a)	энцефалопатию у детей в возрасте до 16 лет	5
	b)	арахноидит, энцефалит, арахноэнцефалит	10
	c)	эпилепсию	15
	d)	верхний или нижний монопарез (парез одной верхней или нижней конечности)	30
	e)	геми- или парапарез (парез обеих верхних или обеих нижних конечностей, парез правых или левых конечностей), амнезию (потерю памяти)	40
	f)	моноплегию (паралич одной конечности)	60
	g)	тетрапарез (парез верхних и нижних конечностей), нарушение координации движений, слабоумие (деменцию)	70
	h)	геми-, пара- или тетраплегию, афазию (потерю речи), декортикацию, нарушение функции тазовых органов	100
	Примечание: Страховая выплата по ст.4 производится на основании заключения лечебного учреждения не ранее 3 месяцев со дня травмы.		
5	Периферическое повреждение одного или нескольких черепно-мозговых нервов		10
	Примечание: Если повреждение черепно-мозговых нервов наступило при переломе основания черепа, страховая выплата производится по ст.1; ст.5 при этом не применяется.		
6	Повреждение спинного мозга на любом уровне, конского хвоста:		
	a)	сотрясение спинного мозга при непрерывном стационарном лечении - сроком не менее 7 дней, и непрерывном амбулаторном лечении общей продолжительностью не менее 14 дней	5

Статья	Пункт	Характер повреждения	Размер выплаты в % от страховой суммы
	b)	ушиб спинного мозга при непрерывном лечении общей продолжительностью не менее 28 дней амбулаторного лечения в сочетании со стационарным лечением, длительность которого составила не менее 14 дней	10
	c)	сдавление, гематомия	30
	d)	частичный разрыв	50
	e)	полный перерыв спинного мозга	100
	Примечания: 1. Если в связи с травмой позвоночника и спинного мозга проводились оперативные вмешательства, не указанные в ст.118, дополнительно производится страховая выплата в размере 10% страховой суммы однократно. 2. Повреждения спинного мозга, наступившие без внешнего воздействия – травмы, например, явившихся следствием подъема тяжестей, не являются основанием для страховой выплаты.		
7	Травматические невриты на одной конечности (за исключением невритов пальцевых нервов)		5
	Примечание: Невралгии, возникшие в связи с травмой, не дают основания для выплаты страховой суммы.		
8	Повреждение (перерыв, ранение) шейного, плечевого, поясничного, крестцового сплетений:		
	a)	травматический плексит	10
	b)	частичный разрыв сплетения	40
	c)	полный разрыв (перерыв) сплетения	60
	Примечание: Статьи 7 и 8 одновременно не применяются.		
9	Перерыв нервов:		
	a)	ветвей лучевого, локтевого, срединного (пальцевых нервов) на кисти	5
	b)	одного: лучевого, локтевого или срединного на уровне лучезапястного сустава и предплечья; малоберцового или большеберцового	10
	c)	двух и более: лучевого, локтевого, срединного на уровне лучезапястного сустава и предплечья; малоберцового и большеберцового нервов	20
	d)	одного: подмышечного, лучевого, локтевого, срединного - на уровне локтевого сустава и плеча, седалищного или бедренного	25
	e)	двух и более: подмышечного, лучевого, локтевого, срединного - на уровне локтевого сустава и плеча, седалищного и бедренного	40
	Примечание: Повреждение нервов на уровне стопы, пальцев стопы и кисти не дает оснований для страховой выплаты.		
Раздел II.			
Органы зрения			
10	Паралич аккомодации одного глаза		15
11	Гемианопсия (выпадение половины поля зрения одного глаза), повреждение мышц глазного яблока (травматическое косоглазие, птоз, диплопия)		15
12	Сужение поля зрения одного глаза:		
	a)	неконцентрическое	10
	b)	концентрическое	15
13	Пульсирующий экзофтальм одного глаза		20
14	Повреждение глаза, не повлекшее за собой снижения остроты зрения:		
	a)	непроникающее ранение глазного яблока, гифема, контузия без разрыва оболочек глазного яблока	3
	b)	проникающее (в полость глазного яблока) ранение, контузия с разрывом оболочек, ожоги II, III степени, гемофтальм	5
	Примечания: 1. Ожоги глаза без указания степени, а также ожоги глаза I степени, не повлекшие за собой патологических изменений, не дают оснований для страховой выплаты. 2. В том случае, если повреждения, перечисленные в ст.14, повлекут за собой снижение остроты зрения, страховая выплата производится в соответствии со ст.20. Статья 14 при этом не применяется. Если же в связи с повреждением глазного яблока производилась страховая выплата по ст.14, а в дальнейшем травма осложнилась снижением остроты зрения и это дает		

Статья	Пункт	Характер повреждения	Размер выплаты в % от страховой суммы
		основание для страховой выплаты в большем размере, дополнительная страховая выплата уменьшается на размер выплаты по ст. 14. 3. Поверхностные инородные тела на оболочках глаза не дают оснований для выплаты страховой суммы.	
15	Повреждение слезопроводящих путей одного глаза:		
	a)	не повлекшее за собой нарушения функции слезопроводящих путей	5
	b)	повлекшее за собой нарушение функции слезопроводящих путей	10
16	Последствия травмы глаза:		
	a)	кератит по истечении 1 месяца после травмы	3
	b)	иридоциклит, хориоретинит	5
	c)	дефект радужной оболочки, смещение хрусталика, изменение формы зрачка, трихиаз (неправильный рост ресниц), заворот века, неудаленные инородные тела в глазном яблоке и тканях глазницы, рубцы оболочек глазного яблока и век (за исключением кожи)	10
Примечания: 1. Если в связи с повреждениями глаза, перечисленными в ст. 14, 15b),16b),c) проводились оперативные вмешательства, дополнительно производится страховая выплата в размере 10% страховой суммы. 2. В том случае, если офтальмолог не ранее, чем через 3 месяца после травмы глаза, установит, что имеются патологические изменения, перечисленные в ст. 10,11,12,13,15b),16b),c), в сочетании со снижением остроты зрения, страховая выплата производится с учетом всех последствий путем суммирования, но не более 50% за один глаз.			
17	Повреждение глаза (глаз), повлекшее за собой полную потерю зрения единственного глаза или обоих глаз, обладавших зрением не ниже 0,1		100
18	Удаление в результате травмы глазного яблока слепого (на момент удаления) глаза (при условии, что не применялось прим.1 к ст.20)		10
19	Перелом орбиты (глазницы) вне зависимости от количества поврежденных костей		10
20	Снижение остроты зрения в результате полученной травмы (см. Таблицу выплат при потере зрения)		
Раздел III.			
Органы слуха			
21	Повреждение ушной раковины, повлекшее за собой:		
	a)	отсутствие до 1/3 части ушной раковины	5
	b)	отсутствие 1/3 - 1/2 части ушной раковины	10
	c)	отсутствие более 1/2 части ушной раковины	20
Примечание: Решение о страховой выплате по ст.21a), b), c) принимается на основании данных освидетельствования, проведенного после окончания лечения. Если страховая выплата выплачена по ст.21, ст.58 не применяется.			
22	Повреждение одного уха, повлекшее за собой снижение слуха:		
	a)	шепотная речь на расстоянии от 1 до 3 м	5
	b)	шепотная речь - до 1 м	15
	c)	полная глухота (разговорная речь - 0)	25
Примечание: Решение о страховой выплате в связи со снижением в результате травмы слуха принимается после окончания лечения, но не ранее 3 месяцев со дня травмы. По истечении этого срока Застрахованный направляется к отоларингологу для определения последствий перенесенного повреждения. В таких случаях предварительно может быть произведена страховая выплата с учетом факта травмы по ст.23, 24a) (если имеются основания).			
23	Разрыв одной барабанной перепонки, наступивший в результате травмы, и не повлекший за собой снижения слуха		1
	Примечания: 1. Если в результате травмы произошел разрыв барабанной перепонки и наступило снижение слуха, страховая выплата определяется по ст.22. Статья 23 при этом не применяется. 2. Если разрыв барабанной перепонки произошел в результате перелома основания черепа (средняя черепная ямка), ст.23 не применяется.		
24	Повреждение одного уха, повлекшее за собой посттравматический отит:		

Статья	Пункт	Характер повреждения	Размер выплаты в % от страховой суммы
	a)	острый гнойный	3
	b)	хронический	5
Примечание: Страховая выплата по ст. 24b) производится дополнительно в том случае, если это осложнение травмы будет установлено отоларингологом по истечении трех месяцев после травмы. Ранее этого срока страховая выплата производится с учетом факта травмы по соответствующей статье.			
Раздел IV.			
Дыхательная система			
25	Перелом костей носа (в т.ч. с вывихом и/или переломом хряща), передней стенки лобной, гайморовой пазухи, решетчатой кости		3
26	Повреждение легкого, подкожная эмфизема, гемоторакс, пневмоторакс, пневмония, экссудативный плеврит, инородное тело (тела) грудной полости:		
	a)	с одной стороны	5
	b)	с двух сторон	10
27	Повреждение грудной клетки и ее органов, повлекшее за собой:		
	a)	легочную недостаточность (по истечении 3 месяцев со дня травмы)	10
	b)	удаление доли, части легкого	40
	c)	удаление одного легкого	60
28	Перелом грудины		5
29	Перелом каждого ребра		1
Примечания: 1. При переломе ребер во время реанимационных мероприятий страховая выплата производится на общих основаниях. 2. Перелом хрящевой части ребра дает основание для страховой выплаты. 3. Страховая выплата по данной статье не может превышать 15% от страховой суммы.			
30	Проникающее ранение грудной клетки, торакотомия, произведенная в связи с травмой:		
	a)	проникающее ранение без повреждения органов грудной полости, не потребовавшее проведения торакотомии	5
	b)	торакотомия при отсутствии повреждения органов грудной полости	10
	c)	торакотомия при повреждении органов грудной полости	15
	d)	повторные торакотомии (независимо от их количества)	10
Примечание: Если в связи с повреждением грудной клетки и ее органов было произведено удаление легкого или его части, страховая выплата производится в соответствии со ст.27; ст.30 при этом не применяется; ст.30 и 26 одновременно не применяются.			
31	Повреждение гортани, трахеи, щитовидного хряща, перелом подъязычной кости, ожог верхних дыхательных путей, не повлекшие за собой нарушения функции, при непрерывном лечении более 5 дней		5
Примечание: Если в связи с травмой проводилась бронхоскопия, трахеостомия (трахеотомия), дополнительно производится страховая выплата в размере 5% страховой суммы.			
32	Повреждение гортани, трахеи, подъязычной кости, щитовидного хряща, трахеостомия, произведенная в связи с травмой, повлекшие за собой:		
	a)	потерю голоса, ношение трахеостомической трубки в течение не менее 3 месяцев после травмы	10
	b)	потерю голоса, ношение трахеостомической трубки в течение не менее 6 месяцев после травмы	20
Примечание: Страховая выплата по ст.32 производится дополнительно к страховой выплате по ст.31 на основании дополнительного заключения врача специалиста не ранее, чем через 3 месяца после полученной травмы. Выплата производится однократно.			
Раздел V.			
Сердечно-сосудистая система			
33	Повреждение сердца, его оболочек и крупных магистральных сосудов, не повлекшее за собой сердечно-сосудистую недостаточность		5
Примечание:			

Статья	Пункт	Характер повреждения	Размер выплаты в % от страховой суммы
		Если проводилось только консервативное лечение, то диагноз должен быть подтвержден данными электрокардиографии или ангиографии.	
34		Повреждение сердца, его оболочек и крупных магистральных сосудов, повлекшее за собой сердечно-сосудистую недостаточность:	
	a)	I степени	10
	b)	II степени	20
	c)	III степени	25
	Примечания: 1. Если в медицинском заключении не указана степень сердечно-сосудистой недостаточности, размер выплаты составляет 5%. 2. Страховая выплата по ст.34 производится дополнительно, если указанные осложнения будут установлены по истечении 3 месяцев после травмы врачом специалистом. 3. Если проводилось только консервативное лечение, то диагноз должен быть подтвержден данными электрокардиографии и/или ангиографии, и/или эхо-кардиографии.		
35		Повреждение крупных периферических сосудов (не повлекшее за собой нарушения кровообращения) на уровне:	
	a)	плеча, бедра	10
	b)	предплечья, голени	5
36		Повреждение крупных периферических сосудов, повлекшее за собой сосудистую недостаточность	20
	Примечания: 1. К крупным магистральным сосудам следует относить: аорту, легочную, безымянную, сонные артерии, внутренние яремные вены, верхнюю и нижнюю полые вены, воротную вену, а также магистральные сосуды, обеспечивающие кровообращение внутренних органов. К крупным периферическим сосудам следует относить: подключичные, подмышечные, плечевые, локтевые и лучевые артерии, подвздошные, бедренные, подколенные, передние и задние большеберцовые артерии; плечеголовные, подключичные, подмышечные, бедренные и подколенные вены. 2. Если Застрахованный в своем заявлении указал, что травма повлекла за собой нарушение функции сердечно-сосудистой системы, то должно быть предоставлено заключение врача специалиста с данными диагностических исследований. 3. Страховая выплата по ст.36 производится дополнительно, если указанные осложнения будут установлены по истечении 3 месяцев после травмы врачом специалистом. 4. Если в связи с повреждением крупных сосудов проводились операции с целью восстановления сосудистого русла, дополнительно производится страховая выплата в размере 5% страховой суммы.		
Раздел VI.			
Органы пищеварения			
37		Перелом верхней челюсти, скуловой кости или нижней челюсти, вывих челюсти:	
	a)	перелом одной кости, вывих челюсти	5
	b)	перелом двух и более костей или двойной перелом одной кости	10
	Примечания: 1. При переломе челюсти, случайно наступившем во время стоматологических манипуляций, страховая выплата производится на общих основаниях. 2. Перелом альвеолярного отростка, наступивший при потере зубов, не дает оснований для выплаты страховой суммы. 3. Если в связи с травмой челюстей, скуловых костей проводились оперативные вмешательства, не указанные в ст.118, дополнительно производится страховая выплата в размере 5% страховой суммы однократно. 4. К двойным переломам не относятся оскольчатые переломы (не зависимо от числа осколков).		
38		Привычный вывих челюсти	10
	Примечание: Выплата по ст. 38 производится, если первичный вывих произошел в период действия договора страхования. Выплата производится однократно за один случай привычного вывиха, при условии, что привычный вывих произошел не ранее, чем через 6 месяцев с момента первичного вывиха. При последующих случаях привычного вывиха страховая выплата не производится.		
39		Повреждение челюсти, повлекшее за собой отсутствие:	
	a)	части челюсти (за исключением альвеолярного отростка)	40
	b)	челюсти	80
	Примечания:		

Статья	Пункт	Характер повреждения	Размер выплаты в % от страховой суммы
	1. При выплате страховой суммы в связи с отсутствием челюсти или ее части учтена и потеря зубов, независимо от их количества. 2. При выплате страховой суммы по ст.39 дополнительная выплата страховой суммы за оперативные вмешательства не производится.		
40	Повреждение языка, полости рта (ранение, ожог, отморожение), повлекшее за собой образование рубцов (независимо от их размера)		3
41	Повреждение языка, повлекшее за собой:		
	a)	отсутствие кончика языка	10
	b)	отсутствие дистальной трети языка	15
	c)	отсутствие языка на уровне средней трети	30
	d)	отсутствие языка на уровне корня или полное отсутствие языка	60
42	Повреждение зубов (не пораженных заболеванием – пародонтозом, периодонтитом, кариесом), повлекшее за собой:		
	a)	отлом коронки, перелом (коронки, шейки, корня) и/или потеря 3 и более молочных зубов у детей в возрасте до 5-ти лет	2
	b)	отлом коронки зуба, перелом зуба (коронки, шейки, корня), вывих зуба	3
	c)	потерю 1 зуба	5
	d)	потерю 2-3 зубов	10
	e)	потерю 4-6 зубов	15
	f)	потерю 7-9 зубов	20
	g)	потерю 10 и более зубов	25
	Примечания: 1. При переломе или потере в результате травмы зубов с несъемными протезами страховая выплата производится только за потерю опорных зубов. Повреждение или потеря несъемных протезов без потери опорных зубов, съемных протезов и имплантов не является основанием для выплаты. 2. Если в связи с травмой зуба была произведена выплата по ст. 42b), а в дальнейшем этот зуб был удален, из суммы, подлежащей выплате, вычитается ранее выплаченная сумма по ст.42a).		
43	Повреждение (ранение, разрыв, ожог) глотки, пищевода, желудка, кишечника, а также эзофагогастростомия, произведенная в связи с этими повреждениями или с целью удаления инородных тел пищевода, желудка, не повлекшее за собой функциональных нарушений		5
44	Повреждение (ранение, разрыв, ожог) пищевода, вызвавшее:		
	a)	сужение пищевода	35
	b)	непроходимость пищевода (при наличии гастростомы), а также состояние после пластики пищевода	95
	Примечание: Размер страховой выплаты по ст.44 определяется не ранее, чем через 6 месяцев со дня травмы на основании заключения врача специалиста.		
45	Повреждение (разрыв, ожог, ранение) органов пищеварения, случайное острое отравление, повлекшее за собой:		
	a)	рубцовое сужение (деформацию) желудка, кишечника, заднепроходного отверстия	15
	b)	спаечную болезнь, состояние после операции по поводу спаечной непроходимости	25
	c)	кишечный свищ, киечно-влагалищный свищ, свищ поджелудочной железы	50
	d)	противоестественный задний проход (колостомы)	100
	Примечания: 1. При осложнениях травмы, предусмотренных в пунктах a), b) страховая выплата производится при условии, что эти осложнения имеются по истечении 3 месяцев после травмы, а предусмотренные в пунктах c) и d) - по истечении 6 месяцев после травмы. Указанные осложнения травмы признаются только в том случае, если они подтверждены справкой лечебно-профилактического учреждения. 2. Если до травмы проводились операции на органах пищеварения, то пункт b) не применяется.		
46	Грыжа, образовавшаяся на месте повреждения передней брюшной стенки, диафрагмы или в области послеоперационного рубца, если		10

Статья	Пункт	Характер повреждения	Размер выплаты в % от страховой суммы
		операция проводилась в связи с травмой	
		Примечание: Грыжи живота (пупочные, белой линии, паховые и пахово-мошоночные), возникшие в результате поднятия тяжести, не дают оснований для страховой выплаты.	
47		Повреждение печени в результате травмы или случайного острого отравления, повлекшее за собой:	
	a)	подкапсульный разрыв печени, не потребовавший оперативного вмешательства, гепатит, сывороточный гепатит, развившийся непосредственно в связи с травмой, гепатоз	5
	b)	печеночную недостаточность	10
		Примечание: При наличии вирусного или токсического поражения печени до наступления несчастного случая, размер выплаты по травме печени составит 50% от размера, указанного в ст.47.	
48		Повреждение печени, желчного пузыря, повлекшие за собой:	
	a)	ушивание разрывов печени или удаление желчного пузыря	15
	b)	ушивание разрывов печени и удаление желчного пузыря	20
	c)	удаление части печени	25
	d)	удаление части печени и желчного пузыря	35
		Примечание: При наличии вирусного или токсического поражения печени до наступления несчастного случая, размер выплаты по травме печени составит 50% от размера, указанного в ст.48.	
49		Повреждение селезенки, повлекшее за собой:	
	a)	подкапсульный разрыв селезенки, не потребовавший оперативного вмешательства	5
	b)	удаление селезенки	30
50		Повреждение желудка, поджелудочной железы, кишечника, брыжейки, повлекшее за собой:	
	a)	образование ложной кисты поджелудочной железы	20
	b)	резекцию желудка, кишечника, поджелудочной железы	30
	c)	удаление желудка	60
51		Повреждение органов живота, в связи с которым произведены:	
	a)	лапаротомия при подозрении на повреждение органов живота	10
	b)	лапаротомия при повреждении органов живота	15
	c)	повторные лапаротомии (независимо от их количества)	10
		Примечание: Если в связи с травмой органов живота имеются основания для выплаты страховой суммы по ст.47-50, ст. 51 (кроме пункта c)) не применяется.	
Раздел VII.			
Мочевыделительная и половая системы			
52		Повреждение почки, повлекшее за собой:	
	a)	ушиб почки, подкапсульный разрыв почки, не потребовавший оперативного вмешательства, разрыв чашечно-лоханочного аппарата	5
	b)	удаление части почки	30
	c)	удаление почки	60
53		Повреждение органов мочевыделительной системы (почек, мочеточников, мочевого пузыря, мочеиспускательного канала), повлекшее за собой:	
	a)	острую почечную недостаточность	10
	b)	уменьшение объема мочевого пузыря	15
	c)	гломерулонефрит, пиелонефрит, сужение мочеточника, мочеиспускательного канала	25
	d)	синдром длительного раздавливания (травматический токсикоз, краш-синдром, синдром разможнения), хроническую почечную недостаточность	30
	e)	непроходимость мочеточника, мочеиспускательного канала, мочеполовые свищи	40
		Примечание: Страховая выплата по ст. 53 производится не ранее 3 месяцев с момента получения травмы на основании заключения врача специалиста.	
54		Оперативные вмешательства, произведенные в связи с травмой органов	

Статья	Пункт	Характер повреждения	Размер выплаты в % от страховой суммы
	мочевыделительной системы:		
	a)	цистостомия//пиелостомия	5
	b)	лапаротомия при подозрении на повреждение органов	10
	c)	лапаротомия при повреждении органов	15
	d)	повторные лапаротомии, произведенные в связи с травмой (независимо от их количества)	10
<i>Примечание: Если в связи с травмой было произведено удаление почки или ее части, страховая выплата производится по ст.52b),c); ст.54 при этом не применяется.</i>			
55	Повреждение органов половой или мочевыделительной системы:		
	a)	ранение, разрыв, ожог, отморожение	5
	b)	изнасилование	50
56	Повреждение половой системы, повлекшее за собой:		
	a)	удаление одного яичника, маточной трубы, яичка	15
	b)	удаление обоих яичников, обеих маточных труб, яичек, части полового члена	30
	c)	потерю матки у женщин в возрасте до 40 лет	50
	d)	потерю матки у женщин в возрасте с 40 до 50 лет	30
	e)	потерю матки у женщин в возрасте 50 лет и старше	15
	f)	потерю полового члена и обоих яичек	100
57	Внематочная беременность, патологические роды, повлекшие за собой:		
	a)	удаление единственной маточной трубы, единственного яичника	15
	b)	удаление обеих маточных труб, обоих яичников	30
	c)	потерю матки (в том числе с придатками) в возрасте до 40 лет	50
	d)	потерю матки (в том числе с придатками) в возрасте с 40 до 50 лет	30
	e)	потерю матки (в том числе с придатками) в возрасте 50 лет и старше	15
<i>Примечание: В тех случаях, когда во время операции по поводу внематочной беременности одновременно с беременной трубой удаляется (перевязывается) и вторая маточная труба в связи с ее заболеванием или с целью стерилизации, страховая выплата производится по ст.57a).</i>			
Раздел VIII.			
Мягкие ткани			
58	Повреждение мягких тканей лица, передне-боковой поверхности шеи, подчелюстной области, ушных раковин, повлекшее за собой после заживления:		
	a)	образование рубцов площадью более 0,5 кв.см. до 1,0 кв.см. включительно	3
	b)	образование рубцов площадью более 1,0 кв.см. до 10,0 кв.см. включительно	5
	c)	образование рубцов площадью более 10,0 кв.см. до 20,0 кв.см. включительно	10
	d)	образование рубцов площадью более 20,0 кв.см. до 30,0 кв.см. включительно	15
	e)	образование рубцов площадью более 30,0 кв.см. до 40,0 кв.см. включительно	20
	f)	образование рубцов площадью более 40,0 кв.см. до 50,0 кв.см. включительно	25
	g)	образование рубцов площадью более 50,0 кв.см. до 60,0 кв.см. включительно	30
	h)	образование рубцов площадью более 60,0 кв.см. до 70,0 кв.см. включительно	35
	i)	образование рубцов площадью более 70,0 кв.см. до 80,0 кв.см. включительно	40
	j)	образование рубцов площадью более 80,0 кв.см. до 90,0 кв.см. включительно	45
	k)	образование рубцов площадью более 90,0 кв.см. до 110,0 кв.см. включительно	50
	l)	образование рубцов площадью более 110,0 кв.см. до 120,0 кв.см. включительно	55
	m)	образование рубцов площадью более 120,0 кв.см. до 130,0 кв.см.	60

Статья	Пункт	Характер повреждения	Размер выплаты в % от страховой суммы
		включительно	
	n)	образование рубцов площадью более 130,0 кв.см. до 140,0 кв.см. включительно	65
	o)	образование рубцов площадью более 140,0 кв.см.	70
	Примечание: Послеоперационные рубцы не дают основания для страховой выплаты, за исключением случаев оперативного вмешательства в связи с полученной травмой лица и (или) шеи.		
59	Повреждение мягких тканей волосистой части головы, туловища, конечностей, повлекшее за собой после заживления образование рубцов площадью:		
	a)	площадью от 2,0 до 5,0 см ² или длиной 5 см и более	3
	b)	площадью от 5 см ² до 0,5% поверхности тела	5
	c)	площадью от 0,5% до 2,0% поверхности тела	10
	d)	площадью от 2,0% до 4,0% поверхности тела	15
	e)	площадью от 4% до 6% поверхности тела	20
	f)	площадью от 6% до 8% поверхности тела	25
	g)	площадью от 8% до 10% поверхности тела	30
	h)	площадью от 10% до 15% поверхности тела	35
	i)	площадью 15% и более поверхности тела	40
	Примечания: 1. При определении площади рубцов следует учитывать и рубцы, образовавшиеся на месте взятия кожного трансплантата для замещения дефекта пораженного участка кожи. 2. Если страховая выплата производится за оперативное вмешательство (при открытых повреждениях, при пластике сухожилий, сшивании сосудов, нервов и др.), ст.59 не применяется.		
60	Повреждение мягких тканей лица, туловища, конечностей, повлекшее за собой образование пигментных пятен площадью:		
	a)	от 1% до 2% поверхности тела	3
	b)	от 2% до 10% поверхности тела	5
	c)	от 10% до 15% поверхности тела	10
	d)	более 15% поверхности тела	15
	Примечания: 1. Решение о выплате страховой суммы по ст.58, 59 и 60 принимается с учетом данных освидетельствования, проведенного после заживления раневых поверхностей, но не ранее 1 месяца после травмы. 2. Общая сумма выплат по ст.58, 59 и 60 не должна превышать 70%.		
61	Ожоги – см. Страховые выплаты при ожогах (см. Таблицу страховых выплат при ожогах)		
62	Повреждение мягких тканей:		
	a)	неудаленные (по медицинским показаниям) инородные тела	3
	b)	мышечная грыжа, посттравматический периостит, нерассосавшаяся гематома площадью не менее 2 см ² , разрыв мышц,	3
	c)	разрыв связок (за исключением связок коленного сустава), сухожилий (за исключением полного разрыва сухожилий разгибателей/сгибателей пальцев кисти, полного разрыва сухожилий пальцев стопы, разрыва ахиллова сухожилия) при непрерывном консервативном лечении свыше 15 дней	3
	d)	разрыв связок (за исключением связок коленного сустава), сухожилий (за исключением полного разрыва сухожилий разгибателей/сгибателей пальцев кисти, полного разрыва сухожилий пальцев стопы, полного разрыва связок коленного сустава, разрыва ахиллова сухожилия), взятие ауто трансплантата из другого отдела опорно-двигательного аппарата	5
	Примечания: 1. Страховая выплата в связи с нерассосавшейся гематомой, мышечной грыжей или посттравматическим периоститом производится в том случае, если эти осложнения травмы имеются по истечении 1 месяца со дня травмы. 2. Страховая выплата в связи с разрывом связок или сухожилий производится при условии непрерывного срока лечения не менее 14 дней, включающего иммобилизацию (гипсовой повязкой или ее аналогом) на срок не менее 10 дней и/или оперативное лечение. 3. Если в связи с разрывом мышц, связок, сухожилий проводилось оперативное лечение, страховая выплата производится по ст. 62. Дополнительная страховая выплата в связи с оперативными вмешательствами, указанными в ст.118, не производится.		

Статья	Пункт	Характер повреждения	Размер выплаты в % от страховой суммы
Раздел IX.			
Позвоночник			
63	Перелом, перелома-вывих или вывих тел, дужек и суставных отростков позвонков (за исключением крестца и копчика):		
	a)	одного-двух	20
	b)	трех-пяти	30
	c)	шести и более	40
64	Разрыв межпозвоноковых связок (при сроке непрерывного лечения не менее 14 дней), подвывих позвонков (за исключением копчика)		5
	Примечание: При рецидивах подвывиха позвонка страховая выплата не производится.		
65	Перелом каждого поперечного или остистого отростка		3
66	Перелом крестца		10
67	Повреждения копчика:		
	a)	подвывих копчиковых позвонков	1
	b)	вывих копчиковых позвонков	3
	c)	перелом копчиковых позвонков	5
	Примечания: 1. Если в связи с травмой позвоночника (в том числе крестца и копчика) проводились оперативные вмешательства, не указанные в ст.118, дополнительно производится страховая выплата в размере 10% страховой суммы однократно. 2. В том случае, если в результате одной травмы произойдет перелом тела позвонка, повреждение связок, перелом поперечных или остистых отростков, страховая выплата производится по статье, предусматривающей наиболее тяжелое повреждение, однократно. 3. Повреждения позвоночника, наступившие без внешнего воздействия – травмы, например, явившихся следствием подъема тяжестей, не являются основанием для страховой выплаты.		
Раздел X.			
Лопатка, ключица			
68	Перелом лопатки, ключицы, полный или частичный разрыв акромиально-ключичного, грудино-ключичного сочленений:		
	a)	перелом, вывих одной кости, разрыв одного сочленения	5
	b)	перелом двух костей, двойной перелом одной кости, разрыв двух сочленений или перелом, вывих одной кости и разрыв одного сочленения, перелома-вывих ключицы	10
	c)	разрыв двух сочленений и перелом одной кости, перелом двух костей и разрыв одного сочленения	15
	d)	несросшийся перелом (ложный сустав)	15
Примечания: 1. В том случае, если в связи с повреждениями, перечисленными в ст.68, проводились оперативные вмешательства, не указанные в ст.118, дополнительно производится страховая выплата в размере 5% страховой суммы однократно. 2. Страховая выплата по ст.68d) производится на основании заключения врача специалиста, полученного по истечении 6 месяцев после травмы, и не зависит от произведенной ранее выплаты по ст.68a), b), c). 3. К двойным переломам не относятся оскольчатые переломы (не зависимо от числа осколков).			
Раздел XI.			
Плечевой сустав			
69	Повреждения области плечевого сустава (суставной впадины лопатки, головки плечевой кости, анатомической, хирургической шейки, бугорков, суставной сумки):		
	a)	разрыв капсулы сустава, отрыв костного фрагмента (фрагментов), в том числе отрыв или перелом большого бугорка	3
	b)	перелом суставной впадины лопатки, вывих плеча, вывих плеча с отрывом костного фрагмента (фрагментов), в том числе большого бугорка	5
	c)	перелом двух костей, перелом лопатки и вывих плеча, перелом лопатки и вывих плеча с отрывом костного фрагмента (фрагментов) в том числе большого бугорка	10
	d)	перелом плеча (головки, анатомической, хирургической шейки), перелома-вывих плеча	15
Примечание: Страховая выплата в связи с разрывом капсулы сустава производится при условии			

Статья	Пункт	Характер повреждения	Размер выплаты в % от страховой суммы
		непрерывного срока лечения не менее 14 дней, включающего иммобилизацию (гипсовой повязкой или ее аналогом) на срок не менее 10 дней и/или оперативное лечение.	
70	Повреждения плечевого пояса, повлекшие за собой:		
	a)	привычный вывих плеча	15
	b)	отсутствие движений в суставе (анкилоз)	20
	c)	“болтающийся” плечевой сустав в результате резекции суставных поверхностей составляющих его костей	40
	Примечания: 1. Страховая выплата по ст.70 производится дополнительно к страховой сумме, выплаченной в связи с повреждениями области плечевого сустава в том случае, если перечисленные в этой статье осложнения будут установлены лечебным учреждением по истечении 6 месяцев после травмы и подтверждены справкой этого учреждения. 2. В том случае, если в связи с травмой плечевого сустава будут проведены оперативные вмешательства, не указанные в ст.118, дополнительно производится страховая выплата в размере 10% страховой суммы. 3. Выплата по ст. 70а) производится, если первичный вывих произошел в период действия договора страхования. Выплата производится однократно за один случай привычного вывиха, при условии, что привычный вывих произошел не ранее, чем через 9 месяцев с момента первичного вывиха. При последующих случаях привычного вывиха страховая выплата не производится.		
Раздел XII.			
Плечо			
71	Перелом плечевой кости:		
	a)	на любом уровне (верхняя, средняя, нижняя треть)	15
	b)	двойной перелом	20
Примечание: К двойным переломам не относятся оскольчатые переломы (не зависимо от числа осколков).			
72	Перелом плечевой кости, повлекший за собой образование несросшегося перелома (ложного сустава)		45
	Примечания: 1. Страховая выплата по ст.72 производится на основании заключения лечебного учреждения по истечении 9 месяцев после травмы. 2. Если в связи с травмой области плеча проводились оперативные вмешательства, не указанные в ст.118, дополнительно производится страховая выплата в размере 10% страховой суммы.		
73	Травматическая ампутация верхней конечности или тяжелое повреждение, приведшее к ампутации:		
	a)	с лопаткой, ключицей или их частью	80
	b)	плеча на любом уровне	75
	c)	единственной конечности на уровне плеча	100
Примечание: Если страховая выплата производится по ст.73, дополнительная выплата за оперативные вмешательства, послеоперационные рубцы не производится.			
Раздел XIII.			
Локтевой сустав			
74	Повреждения области локтевого сустава:		
	a)	гемартроз, пронационный подвывих предплечья, отрывы костного фрагмента (фрагментов), в том числе надмыщелка (надмыщелков) плечевой кости	3
	b)	перелом лучевой или локтевой кости, вывих кости	5
	c)	перелом лучевой и локтевой кости, вывих предплечья	10
	d)	перелом плечевой кости	15
	e)	перелом плечевой кости с лучевой (или локтевой) костью	20
	f)	перелом плечевой кости с лучевой и локтевой костями	25
Примечание: Страховая выплата в связи с гемартрозом производится при условии непрерывного срока лечения не менее 14 дней, включающего иммобилизацию (гипсовой повязкой или ее аналогом) на срок не менее 10 дней и/или оперативное лечение.			
75	Повреждение области локтевого сустава, повлекшее за собой:		
	a)	отсутствие движений в суставе (анкилоз)	20
	b)	“болтающийся” локтевой сустав (в результате резекции суставных поверхностей составляющих его костей)	30

Статья	Пункт	Характер повреждения	Размер выплаты в % от страховой суммы
	<i>Примечания:</i> 1. Страховая выплата по ст.75 производится на основании заключения лечебного учреждения по истечении 6 месяцев после травмы. 2. В том случае, если в связи с травмой области локтевого сустава будут проведены оперативные вмешательства, не указанные в ст.118, дополнительно производится страховая выплата в размере 10% страховой суммы однократно.		
Раздел XIV			
Предплечье			
76	Перелом костей предплечья на любом уровне, за исключением области суставов (верхняя, средняя, нижняя треть):		
	a)	перелом, вывих одной кости	5
	b)	перелом двух костей, двойной перелом одной кости	10
	<i>Примечание:</i> К двойным переломам не относятся оскольчатые переломы (не зависимо от числа осколков).		
77	Несросшийся перелом (ложный сустав) костей предплечья:		
	a)	одной кости	15
	b)	двух костей	30
	<i>Примечание:</i> Страховая выплата по ст.77 производится на основании заключения лечебного учреждения по истечении 9 месяцев после травмы.		
78	Травматическая ампутация или тяжелое повреждение, приведшее:		
	a)	к ампутации предплечья на любом уровне	65
	b)	к экзартикуляции в локтевом суставе	70
	c)	к ампутации единственной конечности на уровне предплечья	100
	<i>Примечания:</i> 1. Если в связи с травмой области предплечья проводились оперативные вмешательства, не указанные в ст.118, дополнительно производится страховая выплата в размере 5% страховой суммы однократно. 2. Если страховая выплата производится по ст.78, дополнительная выплата за оперативные вмешательства, послеоперационные рубцы не производится.		
Раздел XV			
Лучезапястный сустав			
79	Повреждения области лучезапястного сустава:		
	a)	отрыв шиловидного отростка (отростков), отрыв костного фрагмента (фрагментов)	3
	b)	перелом одной кости предплечья, вывих головки локтевой кости	5
	c)	перелом двух костей предплечья	10
	d)	перилунарный вывих кисти	15
80	Повреждение области лучезапястного сустава, повлекшее за собой отсутствие движений (анкилоз) в этом суставе		15
	<i>Примечания:</i> 1. Страховая выплата по ст.80 производится на основании заключения лечебного учреждения по истечении 6 месяцев после травмы. 2. Если в связи с травмой области лучезапястного сустава проводились оперативные вмешательства, не указанные в ст.118, дополнительно производится страховая выплата в размере 5% страховой суммы.		
Раздел XVI.			
Кисть			
81	Перелом или вывих костей запястья, пястных костей одной кисти:		
	a)	отрыв костного фрагмента (фрагментов) (отрывной перелом), краевой перелом одной кости	3
	b)	перелом (за исключением краевого, отрывного переломов) одной кости (кроме ладьевидной)	5
	c)	отрыв костного фрагмента (фрагментов) (отрывной перелом), краевой перелом двух и более костей (кроме ладьевидной)	5
	d)	перелом (за исключением краевого, отрывного переломов) двух и более костей (кроме ладьевидной)	10
	e)	перелом (за исключением краевого, отрывного переломов) ладьевидной кости	10
	f)	вывих, перелома-вывих кисти	15
	<i>Примечания:</i> 1. Если в связи с травмой кисти проводились оперативные вмешательства, не указанные в		

Статья	Пункт	Характер повреждения	Размер выплаты в % от страховой суммы
	ст.118, дополнительно производится страховая выплата в размере 5% страховой суммы однократно. 2. При переломе (вывихе) в результате одной травмы костей запястья (пястных костей) и ладьевидной кости страховая выплата производится с учетом каждого повреждения путем суммирования.		
82	Повреждение кисти, повлекшее за собой:		
	a)	несросшийся перелом (ложный сустав) одной или нескольких костей (за исключением отрыва костного фрагмента (фрагментов))	10
	b)	потерю всех пальцев, ампутацию на уровне пястных костей запястья или лучезапястного сустава	65
	c)	ампутацию единственной кисти	100
	Примечания: Страховая выплата по ст.82а) производится на основании заключения лечебного учреждения по истечении 6 месяцев после травмы.		
Раздел XVII.			
Пальцы кисти - первый палец			
83	Повреждение пальца, повлекшее за собой:		
	a)	отрыв ногтевой пластинки	3
	b)	отрыв костного фрагмента (фрагментов) (отрывной перелом), краевой перелом фаланги (фаланг)	3
	c)	полный разрыв сухожилия (сухожилий) разгибателей пальца	3
	d)	перелом, вывих, полный разрыв сухожилия (сухожилий) сгибателя пальца, полный разрыв сухожилия (сухожилий) сгибателей или разгибателей пальца с отрывом костного фрагмента (фрагментов), сухожильный, суставной, костный панариций	5
	Примечания: 1. Гнойное воспаление околоногтевого валика (паронихия) не дает оснований для выплаты страховой суммы. 2. Если в связи с повреждением сухожилий, переломом или вывихом фаланги (фаланг), костным, суставным, сухожильным панарицием проводились оперативные вмешательства, не указанные в ст.118, дополнительно производится страховая выплата в размере 5% страховой суммы однократно. 3. Страховая выплата в связи с повреждением сухожилий производится при условии непрерывного срока лечения не менее 14 дней, включающего иммобилизацию (гипсовой повязкой или ее аналогом) на срок не менее 10 дней и/или оперативное лечение.		
84	Повреждения пальца, повлекшие за собой:		
	a)	отсутствие движений в одном суставе	10
	b)	отсутствие движений в двух суставах	15
Примечание: Страховая выплата по ст.84 производится на основании заключения лечебного учреждения по истечении 6 месяцев после травмы.			
85	Повреждение пальца, повлекшее за собой:		
	a)	реампутацию (повторную ампутацию) на уровне той же фаланги	3
	b)	ампутацию на уровне ногтевой фаланги	5
	c)	ампутацию на уровне межфалангового сустава (потеря ногтевой фаланги)	10
	d)	ампутацию на уровне основной фаланги, пястно-фалангового сустава (потеря пальца)	15
	e)	ампутацию пальца с пястной костью или частью ее	20
Примечание: Если страховая выплата выплачена по ст.85, дополнительная выплата за оперативные вмешательства, послеоперационные рубцы не производится.			
Раздел XVIII.			
Пальцы кисти - второй, третий, четвертый, пятый пальцы			
86	Повреждение одного пальца, повлекшее за собой:		
	a)	отрыв ногтевой пластинки	1
	b)	отрыв костного фрагмента (фрагментов) (отрывной перелом), краевой перелом фаланги (фаланг)	3
	c)	полный разрыв сухожилия (сухожилий) разгибателей пальца	3
	d)	перелом, вывих, полный разрыв сухожилия (сухожилий) сгибателя пальца, полный разрыв сухожилия (сухожилий) сгибателей или разгибателей пальца с отрывом костного фрагмента (фрагментов),	5

Статья	Пункт	Характер повреждения	Размер выплаты в % от страховой суммы
		сухожильный, суставной, костный панариций	
	<i>Примечания:</i> 1. Гнойное воспаление околоногтевого валика (паронихия) не дает оснований для выплаты страховой суммы. 2. Если в связи с повреждением сухожилий, переломом или вывихом фаланги (фаланг), костным, суставным, сухожильным панарицием проводились оперативные вмешательства, не указанные в ст.118, дополнительно производится страховая выплата в размере 5% страховой суммы однократно. 3. Страховая выплата в связи с повреждением сухожилий производится при условии непрерывного срока лечения не менее 14 дней, включающего иммобилизацию (гипсовой повязкой или ее аналогом) на срок не менее 10 дней и/или оперативное лечение.		
87	Повреждение пальца, повлекшее за собой:		
	a)	отсутствие движений в одном суставе	5
	b)	отсутствие движений в двух или трех суставах пальца	10
	<i>Примечание:</i> Страховая выплата по ст.87 производится на основании заключения лечебного учреждения по истечении 9 месяцев после травмы.		
88	Повреждение пальца, повлекшее за собой:		
	a)	реампутацию (повторную ампутацию) на уровне той же фаланги	2
	b)	ампутацию на уровне ногтевой фаланги, потерю фаланги	3
	c)	ампутацию на уровне средней фаланги, потерю двух фаланг	5
	d)	ампутацию на уровне основной фаланги, потерю пальца	10
	e)	потерю пальца с пястной костью или частью ее	15
	<i>Примечания:</i> 1. Если страховая выплата выплачена по ст.88, дополнительная выплата за оперативные вмешательства, послеоперационные рубцы не производится. 2. При повреждении нескольких пальцев кисти в период действия одного договора страхования страховая выплата производится с учетом каждого повреждения путем суммирования. Однако размер ее не должен превышать 60% для одной кисти и 100% для обеих кистей.		
Нижняя конечность:			
Раздел XIX.			
Таз			
89	Повреждения таза:		
	a)	перелом одной кости	5
	b)	перелом двух костей или разрыв одного сочленения, двойной перелом одной кости, вертлужной впадины	10
	c)	перелом трех и более костей, разрыв двух или трех сочленений	15
	<i>Примечания:</i> 1. Если в связи с переломом костей таза или разрывом сочленений проводились оперативные вмешательства, не указанные в ст.118, дополнительно производится страховая выплата в размере 10% страховой суммы однократно. 2. Разрыв лонного, крестцово-подвздошного сочленения (сочленений) во время родов дает основание для выплаты страховой суммы на общих основаниях по ст.89 b) или ст.89 c). 3. К двойным переломам не относятся оскольчатые переломы (не зависимо от числа осколков).		
90	Повреждения таза, повлекшие за собой отсутствие движений в тазобедренных суставах:		
	a)	в одном суставе	20
	b)	в двух суставах	40
	<i>Примечание:</i> Страховая выплата по ст.90 производится на основании заключения лечебного учреждения через 9 месяцев после травмы.		
Раздел XX.			
Тазобедренный сустав			
91	Повреждения тазобедренного сустава:		
	a)	отрыв костного фрагмента (фрагментов)	5
	b)	изолированный отрыв, перелом вертела (вертелов)	10
	c)	вывих бедра	15
	d)	перелом головки, шейки, проксимального метафиза бедра	25
	<i>Примечание:</i> Если в связи с травмой тазобедренного сустава проводились оперативные вмешательства, не		

Статья	Пункт	Характер повреждения	Размер выплаты в % от страховой суммы
	указанные в ст.118, дополнительно производится страховая выплата в размере 10% страховой суммы однократно.		
92	Повреждения тазобедренного сустава, повлекшие за собой:		
	a)	отсутствие движений (анкилоз)	20
	b)	несросшийся перелом (ложный сустав) шейки бедра	30
	c)	эндопротезирование	40
	d)	“болтающийся” сустав в результате резекции головки бедра	45
	Примечание: Страховая выплата по ст.92a) и ст.92b) производится на основании заключения лечебного учреждения по истечении 9 месяцев после травмы.		
Раздел XXI.			
Бедро			
93	Перелом бедра:		
	a)	на любом уровне, за исключением области суставов (верхняя, средняя, нижняя треть)	25
	b)	двойной перелом бедренной кости	30
	Примечание: К двойным переломам не относятся оскольчатые переломы (не зависимо от числа осколков).		
94	Перелом бедра, повлекший за собой образование несросшегося перелома (ложного сустава)		30
	Примечания: 1. Если в связи с травмой области бедра проводились оперативные вмешательства, не указанные в ст.118, дополнительно производится страховая выплата в размере 10% страховой суммы однократно. 2. Страховая выплата по ст.94 производится на основании заключения лечебного учреждения по истечении 9 месяцев после травмы.		
95	Травматическая ампутация или тяжелое повреждение, приведшее к ампутации конечности на любом уровне бедра:		
	a)	одной конечности	70
	b)	единственной конечности	100
	Примечание: Если страховая выплата была выплачена по ст.95, дополнительная выплата за оперативные вмешательства, послеоперационные рубцы не производится.		
Раздел XXII.			
Коленный сустав			
96	Повреждения области коленного сустава:		
	a)	гемартроз, повреждение связки (связок), мениска (менисков) при непрерывном консервативном лечении 10 до 15 дней включительно	2
	b)	гемартроз при непрерывном консервативном лечении свыше 15 дней либо оперативном лечении	3
	c)	повреждение связки (связок), мениска (менисков) при непрерывном консервативном лечении свыше 15 дней, импрессионный, краевой, хондральный перелом мыщелка (мышцелков) большеберцовой и/или бедренной костей	3
	d)	отрыв костного фрагмента (фрагментов) (отрывной перелом), перелом надмыщелка (надмыщелков) бедренной кости, перелом головки малоберцовой кости	5
	e)	полный разрыв связки (связок), повреждение мениска (менисков) при оперативном лечении (артроскопия, артротомия)	5
	f)	перелом межмыщелкового возвышения, мыщелка большеберцовой кости (кроме импрессионного, краевого, хондрального переломов)	5
	g)	перелом: надколенника, межмыщелкового возвышения, перелом (кроме импрессионного, краевого, хондрального) мыщелков большеберцовой кости, перелом проксимального метафиза большеберцовой кости, перелом (кроме импрессионного, краевого, хондрального) мыщелка бедренной кости, проксимального метафиза большеберцовой кости	10
	h)	перелом проксимального метафиза большеберцовой кости с головкой малоберцовой	15
	i)	перелом (кроме импрессионного, краевого, хондрального) мыщелков бедра, вывих голени	20

Статья	Пункт	Характер повреждения	Размер выплаты в % от страховой суммы
	j)	перелом дистального метафиза бедренной кости	25
	k)	перелом дистального метафиза, мыщелков бедренной кости с проксимальными отделами одной или обеих берцовых костей	30
<i>Примечания:</i> 1. Если в связи с травмой области коленного сустава проводились оперативные вмешательства, не указанные в ст.118, дополнительно производится страховая выплата в размере 10% страховой суммы однократно. 2. Диагноз повреждения менисков, связок должен быть подтвержден ультразвуковым исследованием и/или компьютерной томографией и/или магнито-резонансной томографией и/или артроскопией. 3. Если в связи с полным разрывом связки (связок), повреждением мениска (менисков) проводилось оперативное лечение (артроскопия, артротомия), страховая выплата производится по ст. 96е). Дополнительная страховая выплата в связи с оперативными вмешательствами, указанными в ст. 96 Прим.1 и ст.118, не производится.			
97	Повреждения области коленного сустава, повлекшие за собой:		
	a)	отсутствие движений в суставе	20
	b)	“болтающийся” коленный сустав в результате резекции суставных поверхностей составляющих его костей	30
	c)	эндопротезирование	40
Раздел XXIII.			
Голень			
98	Перелом костей голени (за исключением области суставов):		
	a)	малоберцовой, отрыв костного фрагмента (фрагментов)	5
	b)	большеберцовой, двойной перелом малоберцовой	10
	c)	обеих костей, двойной перелом большеберцовой	15
	<i>Примечания:</i> 1. Страховая выплата по ст.98 определяется при: - переломах малоберцовой кости в верхней и средней трети; - переломах диафиза большеберцовой кости на любом уровне; - переломах большеберцовой кости в области диафиза (верхняя, средняя, нижняя треть) и переломах малоберцовой кости в верхней или средней трети. 2. Если в результате травмы наступил внутрисуставной перелом большеберцовой кости в коленном или голеностопном суставе и перелом малоберцовой кости на уровне диафиза, страховая выплата производится по ст.96 и 98 или ст.101 и 98 путем суммирования. 3. К двойным переломам не относятся оскольчатые переломы (не зависимо от числа осколков).		
99	Перелом костей голени, повлекший за собой несросшийся перелом, ложный сустав:		
	a)	малоберцовой кости	5
	b)	большеберцовой кости	15
	c)	обеих костей	20
<i>Примечания:</i> 1. Страховая выплата по ст.99 производится на основании лечебного учреждения по истечении 9 месяцев после травмы. 2. Если в связи с травмой голени проводились оперативные вмешательства, не указанные в ст.118, дополнительно производится страховая выплата в размере 10% страховой суммы однократно.			
100	Травматическая ампутация или тяжелое повреждение, повлекшее за собой:		
	a)	ампутацию голени на любом уровне	60
	b)	экзартикуляцию в коленном суставе	70
	c)	ампутацию единственной конечности на любом уровне голени	100
<i>Примечание:</i> Если страховая выплата была выплачена в связи с ампутацией голени, дополнительная выплата за оперативное вмешательство, послеоперационные рубцы не производится.			
Раздел XXIV.			
Голеностопный сустав			
101	Повреждения области голеностопного сустава:		
	a)	перелом одной лодыжки, нижней трети диафиза малоберцовой кости, заднего края большеберцовой кости, изолированный разрыв межберцового синдесмоза	5
	b)	перелом двух лодыжек или перелом одной лодыжки с краем большеберцовой кости (двухлодыжечный перелом)	10

Статья	Пункт	Характер повреждения	Размер выплаты в % от страховой суммы
	с)	перелом обеих лодыжек с краем большеберцовой кости (трехлодыжечный перелом)	15
<i>Примечания:</i> 1. При переломах костей голеностопного сустава, сопровождающихся разрывом межберцового синдесмоза, подвывихом (вывихом) стопы, дополнительно производится страховая выплата в размере 5% страховой суммы однократно. 2. Если в связи с травмой области голеностопного сустава проводились оперативные вмешательства, не указанные в ст.118, дополнительно производится страховая выплата в размере 10% страховой суммы однократно.			
102	Повреждение области голеностопного сустава, повлекшее за собой:		
	а)	отсутствие движений в голеностопном суставе	20
	б)	“болтающийся” голеностопный сустав (в результате резекции суставных поверхностей составляющих его костей)	40
	с)	экзартикуляцию в голеностопном суставе	50
<i>Примечание:</i> Страховая выплата по ст.102а) и ст.102б) производится на основании заключения лечебного учреждения по истечении 9 месяцев после травмы.			
103	Повреждение ахиллова сухожилия:		
	а)	при консервативном лечении	5
	б)	при оперативном лечении методом чрезкожного наложения шва/швов	10
	с)	при оперативном лечении открытым способом, пластике ахиллова сухожилия	15
<i>Примечания:</i> 1. Страховая выплата в связи с повреждением ахиллова сухожилия производится при условии непрерывного срока лечения не менее 21 дня, включающего иммобилизацию (гипсовой повязкой или ее аналогом) на срок не менее 15 дней и/или оперативное лечение. 2. Если в связи с повреждением ахиллова сухожилия проводилось оперативное лечение, страховая выплата производится по ст. 103б) или ст. 103с) соответственно. Дополнительная страховая выплата в связи с оперативными вмешательствами, указанными в ст.118, не производится.			
Раздел XXV.			
Стопа			
104	Повреждения стопы:		
	а)	перелом, вывих одной кости (за исключением пяточной и таранной)	5
	б)	перелом, вывих двух костей, перелом таранной кости	10
	с)	перелом, вывих трех и более костей, перелом пяточной кости, подтаранный вывих стопы, вывих в поперечном суставе стопы (Шопара) или предплюсне-плюсневом суставе (Лисфранка)	15
<i>Примечание:</i> Если в связи с переломом или вывихом костей проводились оперативные вмешательства, не указанные в ст.118, дополнительно производится страховая выплата в размере 5% страховой суммы однократно.			
105	Повреждения стопы, повлекшие за собой:		
	а)	несросшийся перелом (ложный сустав) одной-двух костей (за исключением пяточной и таранной костей)	5
	б)	несросшийся перелом (ложный сустав) трех и более костей, а также таранной или пяточной кости	15
	с)	артродез подтаранного сустава, поперечного сустава предплюсны (Шопара) или предплюсне-плюсневого (Лисфранка)	20
	д)	ампутацию на уровне плюсне-фаланговых суставов (отсутствие всех пальцев стопы)	30
	е)	ампутацию на уровне плюсневых костей или предплюсны	40
	ф)	ампутацию на уровне таранной, пяточной костей (потеря стопы)	50
<i>Примечания:</i> 1. Страховая выплата в связи с осложнениями травмы стопы, предусмотренными ст.105 а), б), с), производится на основании заключения лечебного учреждением по истечении 6 месяцев после травмы, а по пунктам д), е), ф) - независимо от срока, прошедшего со дня травмы. 2. В том случае, если страховая выплата производится в связи с ампутацией стопы, дополнительная выплата за оперативные вмешательства, послеоперационные рубцы не производится.			

Статья	Пункт	Характер повреждения	Размер выплаты в % от страховой суммы
Раздел XXVI.			
Пальцы стопы			
106	Перелом, вывих фаланги (фаланг), полный разрыв сухожилия (сухожилий):		
	a)	одного пальца (кроме первого)	1
	b)	одного первого пальца	3
	c)	двух-трех пальцев (без первого)	3
	d)	двух-трех пальцев (включая первый)	5
	e)	четырёх-пяти пальцев (без первого)	5
	f)	четырёх-пяти пальцев (включая первый)	10
Примечания: 1. Если в связи с переломом, вывихом или повреждением сухожилий пальца проводились оперативные вмешательства, не указанные в ст.118, дополнительно производится страховая выплата в размере 3% страховой суммы однократно. 2. Страховая выплата в связи с повреждением сухожилий производится при условии непрерывного срока лечения не менее 21 дня, включающего иммобилизацию (гипсовой повязкой или ее аналогом) на срок не менее 15 дней и/или оперативное лечение.			
107	Травматическая ампутация или повреждение пальцев стопы, повлекшее за собой ампутацию:		
	первого пальца:		
	a)	на уровне ногтевой фаланги или межфалангового сустава	5
	b)	на уровне основной фаланги или плюсне-фалангового сустава	10
	второго, третьего, четвертого, пятого пальцев:		
	c)	одного-двух пальцев на уровне ногтевых или средних фаланг	5
	d)	одного-двух пальцев на уровне основных фаланг или плюсне-фаланговых суставов	10
e)	трех-четырёх пальцев на уровне ногтевых или средних фаланг	15	
f)	трех-четырёх пальцев на уровне основных фаланг или плюсне-ногтевых суставов	20	
Примечания: 1. В том случае, если страховая выплата производится по ст.107, дополнительная выплата за оперативные вмешательства, послеоперационные рубцы не производится. 2. Если в связи с травмой была произведена ампутация пальца с плюсневой костью или частью ее, дополнительно производится страховая выплата в размере 5% страховой суммы однократно.			
Раздел XXVII.			
108	Повреждение, повлекшее за собой:		
	a)	образование лигатурных свищей	3
	b)	лимфостаз, тромбофлебит, нарушения трофики	5
	c)	остеомиелит, в том числе гематогенный остеомиелит	10
Примечания: 1. Страховая выплата по ст.108 производится на основании заключения лечебного учреждения по истечении 1 месяца после травмы. 2. Нагноительные воспаления пальцев стоп не дают оснований для выплаты страховой суммы.			
109	Травматический шок, геморрагический, ожоговый шок, анафилактический шок, развившийся в связи с травмой		5
110	Случайное острое отравление, пищевые токсикоинфекции, асфиксия (удушье), клещевой или послепрививочный энцефалит (энцефаломиелит), поражение электротоком (атмосферным электричеством), укусы ядовитых змей, ядовитых насекомых, столбняк, ботулизм (при отсутствии данных о поражении в результате указанных событий конкретных органов) при непрерывном стационарном лечении длительностью:		
	a)	6 - 10 дней	5
	b)	11 - 20 дней	10
	c)	свыше 20 дней	15
Примечание: Если в выписном эпикризе указано, что события, перечисленные в ст.110, повлекли за собой повреждение каких-либо органов, страховая выплата производится по соответствующим статьям. Ст.110 при этом не применяется.			
111	Если какая-либо травма, происшедшая с Застрахованным в период действия договора страхования, не предусмотрена данной Таблицей, но потребовала стационарного и (или) амбулаторного непрерывного лечения в общей сложности не менее 10 дней, то производится разовое пособие в размере:		

Статья	Пункт	Характер повреждения	Размер выплаты в % от страховой суммы
	a)	при непрерывном лечении от 10 до 15 дней включительно	2
	b)	при непрерывном лечении свыше 15 дней	3
Примечания: 1. Статья 111 не применяется, если в связи со страховым случаем будет назначена выплата по какой-либо статье/статьям данной Таблицы. 2. В том случае, если после осуществления выплаты по ст.111 возникнут основания для выплаты по иным статьям Таблицы, размер дополнительной выплаты уменьшается на размер ранее произведенной выплаты по ст.111. 3. Статья111 не применяется, если срок непрерывного лечения не может быть установлен по предоставленным документам.			
Раздел XXVIII.			
Огнестрельные ранения			
112	Раневая поверхность после касательных одиночных ранений (пулевые или осколочные) площадью:		
	a)	площадью 8-10 кв. см.	10
	b)	более 10 кв. см.	15
	c)	лица	17
Примечание: При множественных ранениях каждая последующая рана + 5%, но не более 25%.			
113	Сквозные ранения без повреждения костей, сосудов, внутренних органов:		
	a)	1 ранение	20
	b)	при множественных ранениях каждая последующая рана +10%, но не более 30%	
114	Слепое ранение без повреждения костей, сосудов, внутренних органов:		
	a)	1 ранение	25
	b)	при множественных ранениях каждая последующая рана +10%, но не более 40%	
115	При инфицированных ранениях (по п.п. 112-114) дополнительно, однократно		+10
116	Огнестрельные проникающие ранения:		
116.1	Голова (1 ранение):		
	a)	с повреждением мозговых оболочек	40
	b)	с повреждением головного мозга	50
	c)	при множественных ранениях	+15
116.2	Шея (1 ранение):		
	a)	с повреждением сосудов	60
	b)	с повреждением трахеи	50
	c)	каждое последующее ранение	+20
116.3	Грудная клетка (1 ранение):		
	a)	без повреждения легкого и плевры	20
	b)	с повреждением легкого	30
	c)	с повреждением крупных сосудов и/или сердца	50
	d)	с повреждением пищевода	50
	e)	с повреждением позвоночника	60
	f)	с повреждением спинного мозга	80
	g)	с полным разрывом спинного мозга	100
	h)	множественные проникающие ранения	+15
	i)	при сопутствующем переломе 1-2 ребер	+5
	j)	при сопутствующем переломе 3-5 ребер	+10
116.4	Брюшная полость (1 ранение):		
	a)	без повреждения органов	30
	b)	с повреждением желудка и кишечника	45
	c)	с повреждением поджелудочной железы	50
	d)	с повреждением селезенки	40
	e)	с повреждением печени	50
	f)	с повреждением брюшной аорты	60
	g)	при ранении других органов	+20
116.5	Ранение одной почки		50
116.6	Ранение мочеточников, мочевого пузыря:		
	a)	ранение мочевого пузыря	45
	b)	ранение мочеточников	15

Статья	Пункт	Характер повреждения	Размер выплаты в % от страховой суммы
116.7	Открытые повреждения верхних конечностей:		
	a)	с повреждением ключицы	20
	b)	с повреждением костей плечевого пояса	30
	c)	с повреждением плеча	25
	d)	с повреждением сосудов или нервов на уровне плеча	35
	e)	с повреждением костей локтевого сустава	30
	f)	с повреждением сосудов или нервов на уровне локтевого сустава	30
	g)	с повреждением 1 кости предплечья	20
	h)	с повреждением 2 костей предплечья	30
	i)	с повреждением нервов или сосудов предплечья	25
	j)	с повреждением 1 кости кисти или запястья	15
	k)	с повреждением 2-4 костей кисти	25
	l)	с повреждением 5 костей кисти и более	35
	m)	с повреждением сосудов на уровне кисти	10
	n)	с повреждением 1-го и /или/ 2-го пальца /ев/	10
o)	с повреждением других пальцев	5	
p)	каждое последующее ранение	+5	
116.8	Открытые повреждения нижних конечностей:		
	a)	с повреждением головки или шейки бедренной кости	35
	b)	с повреждением бедренной кости	30
	c)	с повреждением сосудов или нервов на уровне бедра	35
	d)	с повреждением коленного сустава	35
	e)	с повреждением малой берцовой кости	10
	f)	с повреждением большой берцовой кости	30
	g)	с повреждением нервов или сосудов на уровне голени	40
	h)	с повреждением голеностопного сустава	30
	i)	с повреждением пяточной кости	35
	j)	с повреждением 1-2 костей предплюсны и плюсны	20
	k)	с повреждением 3-4 костей предплюсны и плюсны	25
	l)	с повреждением более 4-х костей	40
	m)	с повреждением первого пальца	15
	n)	с повреждением других пальцев	5
o)	каждое последующее ранение с повреждением со стороны поврежденной конечности	+5	
116.9	При аналогичных повреждениях двух конечностей страховая выплата удваивается.		
116.10	При огнестрельных ранениях органов зрения и слуха страховая выплата производится по Таблице в зависимости от степени потери зрения или слуха с добавлением 15% от страховой выплаты.		
117	Несросшийся перелом, ложный сустав, остеомиелит, развившиеся после огнестрельного ранения.		+30
Раздел XXIX.			
118	Оперативное вмешательство:		
	Если в связи с полученной травмой проводились оперативные вмешательства, не указанные в соответствующих статьях таблицы, дополнительно однократно производится:		
	a)	при фиксации костей спицами, проволокой, штифтами, винтами, шурупами, стержнями, гвоздями, крючками, пластинами, кронштейнами, транспедикулярными системами, кольцами, скобами, мягким шовным материалом (лавсан, шелк и т.п.), цементом, аппаратом Иллизарова и другими аппаратами внешней фиксации, скелетное вытяжение	3
	b)	ушивание сухожилий	3
	c)	методом скопии или центеза (артроскопия, лапароскопия, торакокопия)	5
	d)	за все остальные оперативные вмешательства соответственно процентам, указанным в пунктах таблицы	
Примечание:			
Закрытые и открытые репозиции не являются основанием для страховой выплаты.			
119	Обморожения – см. Страховые выплаты при обморожениях.		

Страховая выплата, которая производится в связи с травмой органа, не должна превышать размера страховой выплаты, производимой при потере этого органа, а общая сумма выплат не должна превышать 100%.

**Страховые выплаты при ожогах
(в процентах от страховой суммы)**

Площадь ожога (% поверхности тела)	Степень ожога				
	I	II	IIIА	IIIБ	IV
от 0,5 до 5	-	-	10	13	15
свыше 5 до 10	-	10	15	17	20
свыше 10 до 20	5	15	20	25	35
свыше 20 до 30	7	20	25	45	55
свыше 30 до 40	10	25	30	70	75
свыше 40 до 50	20	30	40	85	90
свыше 50 до 60	25	35	50	95	95
свыше 60 до 70	30	45	60	100	100
свыше 70 до 80	40	55	70	100	100
свыше 80 до 90	60	70	80	100	100
более 90	80	90	95	100	100

1. При ожогах дыхательных путей - дополнительно 30% от размера страховой выплаты.
2. При ожогах головы и (или) шеи размер страховой выплаты увеличивается:
 - на 5% от размера страховой выплаты при площади ожога до 5% поверхности тела;
 - на 10% от размера страховой выплаты при площади ожога от 5 до 10% поверхности тела.
3. При ожогах промежности размер страховой выплаты увеличивается на 10% от размера страховой выплаты.
4. 1% поверхности тела пострадавшего равен площади ладонной поверхности его кисти и пальцев.

Таблица выплат при потере зрения

Примечания:

1. Решение о выплате страховой суммы в связи со снижением в результате травмы остроты зрения и другими последствиями принимается после окончания лечения, но не ранее 3 месяцев со дня травмы. По истечении этого срока Застрахованный направляется к офтальмологу для определения остроты зрения обоих глаз (с учетом коррекции) и других последствий перенесенного повреждения. В таких случаях предварительно может быть выплачена страховая сумма с учетом факта травмы по ст.14, 15а), 19.
2. Для определения размера страховой выплаты при потере зрения Застрахованному необходимо предоставить Страховщику последнее медицинское заключение офтальмолога об остроте зрения обоих глаз до наступления травмы, повлекшей снижение зрения в течение срока страхования.
3. Если сведения об остроте зрения поврежденного глаза до травмы отсутствуют, то условно следует считать, что она была такой же, как неповрежденного. В отдельных случаях, по усмотрению Страховщика, острота зрения поврежденного глаза условно может считаться равной 1,0, если острота зрения неповрежденного глаза окажется ниже, чем поврежденного.
4. Если в результате травмы были повреждены оба глаза и сведения об их зрении до травмы отсутствуют, то в отдельных случаях, по усмотрению Страховщика, острота зрения обоих глаз условно может считаться равной 1,0.
5. В том случае, если в связи с посттравматическим снижением остроты зрения был имплантирован искусственный хрусталик или применена корректирующая линза, страховая сумма выплачивается с учетом остроты зрения после операции, но не ранее, чем через 2 месяца.
6. Данная статья не применяется при снижении остроты зрения в результате смещения интраокулярной линзы, блока искусственная радужка + ИОЛ и др.
7. При сморщивании в результате травмы глазного яблока, обладавшего до повреждения зрением, дополнительно выплачивается 10% страховой суммы.

Острота зрения		Размер выплаты в % от страховой суммы
до травмы	после травмы	
1,0	0,9	3
	0,8	5
	0,7	5
	0,6	10
	0,5	10
	0,4	10
	0,3	15
	0,2	20
	0,1	30
	ниже 0,1	40
	0,0	50
0,9	0,8	3
	0,7	5
	0,6	5
	0,5	10
	0,4	10
	0,3	15
	0,2	20
	0,1	30
	ниже 0,1	40
	0,0	50
0,8	0,7	3
	0,6	5
	0,5	10
	0,4	10
	0,3	15
	0,2	20
	0,1	30
	ниже 0,1	40
	0,0	50
0,7	0,6	3
	0,5	5
	0,4	10
	0,3	10
	0,2	15
	0,1	20
	ниже 0,1	30
	0,0	40
0,6	0,5	5
	0,4	5

Острота зрения		Размер выплаты в % от страховой суммы
до травмы	после травмы	
0,5	0,4	5
	0,3	5
	0,2	10
	0,1	10
	ниже 0,1	15
	0,0	20
0,4	0,3	5
	0,2	5
	0,1	10
	ниже 0,1	15
	0,0	20
0,3	0,2	5
	0,1	5
	ниже 0,1	10
	0,0	20
0,2	0,1	5
	ниже 0,1	10
	0,0	20
0,1	ниже 0,1	10
	0,0	20

	0,3	10
	0,2	10
	0,1	15
	ниже 0,1	20
	0,0	25

ниже 0,1	0,0	20
----------	-----	----

**Страховые выплаты при обморожениях
(в процентах от страховой суммы)**

Уровень обморожения		Степень обморожения			
		I	II	III	IV
1. Одной ушной раковины		3	10	20	30
2. Двух ушных раковин		7	25	45	65
3. Носа		3	10	20	35
4. Щек		3	10	20	30
5. Первого пальца кисти на уровне:	а) ногтевой фаланги	1	2	3	5
	б) межфалангового сустава и основной фаланги	2	3	5	10
	в) пястно-фалангового сустава	3	5	7	15
	г) пястной кости	4	7	10	20
6. Второго (указательного) пальца кисти на уровне:	а) ногтевой фаланги	1	2	3	5
	б) дистального межфалангового сустава и основной фаланги	2	3	5	7
	в) проксимального межфалангового сустава и основной фаланги	3	5	7	10
	г) пястно-фалангового сустава	4	7	10	13
7. Третьего, четвертого, пятого пальцев кисти на уровне:	д) пястной кости	5	8	12	15
	а) ногтевой фаланги, средней фаланги, проксимального межфалангового сустава	1	2	3	5
8. Кисти на уровне лучезапястного сустава и выше:	б) основной фаланги, пястной кости	2	3	5	10
	а) правая кисть	10	20	35	65
9. Первого пальца стопы на уровне:	б) левая кисть	5	15	25	55
	а) ногтевой фаланги	1	2	3	5
	б) основной фаланги	2	3	6	10
10. Второго, третьего, четвертого, пятого пальцев стопы на уровне:	в) плюсневой кости	3	6	10	14
	а) ногтевая или средняя фаланга	1	2	3	4
	б) основной фаланги	2	3	4	6
11. Стопы на уровне:	в) плюсневой кости	3	5	7	9
	а) предплюсневой, таранной, пяточной кости	10	20	30	50
	б) голеностопного сустава и выше	15	25	35	55

Примечания:

- При обморожении IV степени пальцев левой кисти размер страховой выплаты уменьшается:
 - при обморожении первого пальца - на 5 %
 - при обморожении второго пальца - на 2 %
 - при обморожении третьего, четвертого, пятого пальцев - на 1 %.
- При обморожении нескольких пальцев либо обеих кистей или стоп размер страховой выплаты суммируется (но не более 100 % страховой суммы).
- Если в связи с обморожением будет произведена ампутация, указанная в соответствующей статье таблицы, то выплата по обморожению не производится.

ТАБЛИЦА №1А
размеров страховых выплат в связи с несчастным случаем
ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ

Параграф 1. В случае получения Застрахованным нескольких повреждений или увечий, перечисленных в разных разделах «Таблицы», общий размер страховой выплаты рассчитывается путем суммирования размеров выплаты по разным разделам.

Параграф 2. В случае получения Застрахованным нескольких повреждений или увечий, перечисленных в разных статьях одного раздела «Таблицы», размер страховой выплаты по одной статье рассчитывается независимо от размера страховой выплаты по другим статьям.

Параграф 3. В случае получения Застрахованным повреждений или увечий (в т.ч. одной конечности) по нескольким пунктам, перечисленным в одной статье «Таблицы», страховая выплата производится только по пункту, учитывающему наиболее тяжелое повреждение (большой процент выплаты). В случае проведения Застрахованному нескольких операций, обусловленных полученной травмой или увечьем, указанных в одной статье, выплата осуществляется за операцию, предусматривающую наибольший процент выплаты.

Параграф 4. В случае получения застрахованным нескольких повреждений или увечий (в т.ч. одной конечности), перечисленных в одном пункте статьи «Таблицы», страховая выплата производится по этому пункту однократно.

Параграф 5. В случае получения Застрахованным повреждений или увечий разных конечностей страховая выплата рассчитывается отдельно по каждой поврежденной конечности с соблюдением требований Параграфов 3 и 4.

Параграф 6. Если в связи с полученной травмой проводились оперативные вмешательства, страховая выплата производится однократно в соответствии с «Таблицей» и с соблюдением требований Параграфа 3.

Параграф 7. Не производится дополнительная страховая выплата за следующие оперативные вмешательства:

- первичная хирургическая обработка (ушивание краев раны, иссечение некротических участков);
- удаление инородных тел, шовного материала;
- повторные плановые оперативные вмешательства, связанные с удалением ранее установленных фиксирующих пластин, штифтов, шурупов, дренажей.

Параграф 8. 1% поверхности тела исследуемого человека равен площади ладонной поверхности его кисти и пальцев. Эта площадь определяется в квадратных сантиметрах путем умножения длины кисти, измеряемой от лучезапястного сустава до верхушки ногтевой фаланги III-го пальца, на ее ширину, измеряемую на уровне головок II-V-x пястных костей (без учета I-го пальца).

Параграф 9. Если в столбце «Размер выплаты в % от страховой суммы» размер выплаты имеет знак «+», выплата производится дополнительно и однократно.

Параграф 10. При переломах и вывихах (подвывихах) костей, разрывах сочленений (включая синдесмозы) обязательным условием применения соответствующих статей «Таблицы» является рентгенологическое подтверждение указанных повреждений.

Параграф 11. Страховая выплата в связи с вывихом кости, вправленным медицинским работником без предварительной рентгенографии, может быть произведена только в исключительных случаях - при наличии подтверждающего это медицинского документа, указывающего на причины, по которым не могло быть произведено рентгеновское исследование, содержащего описание объективных симптомов, характерных для конкретного вида вывиха, и методики, применявшейся при его вправлении.

Параграф 12. Повторные переломы (рефрактуры) одной и той же кости, наступившие в результате травмы, полученной в период действия договора страхования, дают основание для страховой выплаты только в том случае, если по представленным рентгенограммам будут установлены: 1) сращение отломков кости по окончании лечения предыдущей травмы, 2) наличие новой линии (линий) перелома кости на рентгенограммах, сделанных после повторной травмы.

Параграф 13. «Таблица» не применяется и выплаты в соответствии с ней не производятся в тех случаях, когда факт получения того или иного повреждения в период действия договора страхования установлен только на основании сообщений и жалоб заинтересованных в выплатах лиц, даже если подобные сообщения и жалобы зафиксированы письменно, в т.ч. в медицинских документах.

Параграф 14. При определении размера страховой выплаты с учетом срока непрерывного лечения, когда это предусмотрено соответствующей статьей «Таблицы», учитывается только назначенное медицинским работником (имеющим на это право) лечение, длительность которого соответствует (по данным медицинской науки) характеру повреждения, полученного Застрахованным - с периодическим (не реже одного раза в 10 дней) контролем эффективности лечения (при назначении на прием или посещении медицинским работником).

Параграф 15. Если «Таблицей» предусмотрены отложенные страховые выплаты (при условии, что по истечении указанного в соответствующей статье времени у Застрахованного будут отмечены определенные последствия повреждения), то они производятся в том случае, если время, указанное в конкретной статье, истекает в период, на который, в соответствии с договором страхования, распространяется ответственность Страховщика.

Статья	Пункт	Характер повреждения	Размер выплаты в % от страховой суммы
Раздел I.			
Кости черепа, нервная система			
1	Перелом костей черепа:		
	a)	наружной пластинки костей свода	5
	b)	свода	15
	c)	основания	20
	d)	свода и основания	25
2	Внутричерепные травматические гематомы:		
	a)	эпидуральная	10
	b)	субдуральная, внутримозговая	15
	c)	эпидуральная и субдуральная (внутримозговая)	20
3	Повреждения головного мозга:		
	a)	сотрясение головного мозга при сроке стационарного и/или амбулаторного лечения от 7 до 13 дней включительно	3
	b)	сотрясение головного мозга при сроке стационарного и/или амбулаторного лечения 14 и более дней	5
	c)	ушиб головного мозга (в т.ч. с субарахноидальным кровоизлиянием), субарахноидальное кровоизлияние при сроке стационарного лечения не менее 14 дней в сочетании с амбулаторным лечением не менее 14 дней	10
	d)	неудаленные инородные тела полости черепа (за исключением шовного и пластического материала)	15
	e)	размножение вещества головного мозга (без указания симптоматики)	50
	Примечания:		
	1. Если в связи с черепно-мозговой травмой проводились оперативные вмешательства на костях черепа, головном мозге и его оболочках, дополнительно производится страховая выплата в размере 10% страховой суммы.		
	2. Субарахноидальное кровоизлияние должно быть подтверждено анализом ликвора и компьютерной томографией.		
4	Повреждение нервной системы: травматическое, токсическое (в результате отравления), гипоксическое (в результате удушья), повлекшее за собой:		
	a)	энцефалопатию у детей в возрасте до 16 лет	5
	b)	арахноидит, энцефалит, арахноэнцефалит	10
	c)	эпилепсию	15
	d)	верхний или нижний монопарез (парез одной верхней или нижней конечности)	30
	e)	геми- или парапарез (парез обеих верхних или обеих нижних конечностей, парез правых или левых конечностей), амнезию (потерю памяти)	40
	f)	моноплегию (паралич одной конечности)	60
	g)	тетрапарез (парез верхних и нижних конечностей), нарушение координации движений, слабоумие (деменцию)	70
	h)	геми-, пара- или тетраплегию, афазию (потерю речи), декортикацию, нарушение функции тазовых органов	100
	Примечание:		
	Страховая выплата по ст.4 производится на основании заключения лечебного учреждения не ранее 3 месяцев со дня травмы.		
5	Периферическое повреждение одного или нескольких черепно-мозговых нервов		10
	Примечание:		
	Если повреждение черепно-мозговых нервов наступило при переломе основания черепа, страховая выплата производится по ст.1; ст.5 при этом не применяется.		
6	Повреждение спинного мозга на любом уровне, конского хвоста:		
	a)	сотрясение спинного мозга при непрерывном стационарном - сроком не менее 7 дней, и амбулаторном лечении общей продолжительностью не менее 14 дней	5
	b)	ушиб спинного мозга при непрерывном лечении общей продолжительностью не менее 28 дней амбулаторного лечения в сочетании со стационарным лечением, длительность которого составила не менее 14 дней	10

Статья	Пункт	Характер повреждения	Размер выплаты в % от страховой суммы
	с)	сдавление, гематомия,	30
	d)	частичный разрыв	50
	e)	полный перерыв спинного мозга	100
<u>Примечания:</u>			
1. Если в связи с травмой позвоночника и спинного мозга проводились оперативные вмешательства, не указанные в ст.118, дополнительно производится страховая выплата в размере 15% страховой суммы однократно.			
2. Повреждения спинного мозга, наступившие без внешнего воздействия – травмы, например, явившихся следствием подъема тяжестей, не являются основанием для страховой выплаты.			
7	Травматические невриты на одной конечности (за исключением невритов пальцевых нервов)		5
	<u>Примечание:</u> Невралгии, возникшие в связи с травмой, не дают основания для выплаты страховой суммы.		
8	Повреждение (перерыв, ранение) шейного, плечевого, поясничного, крестцового сплетений:		
	a)	травматический плексит	10
	b)	частичный разрыв сплетения	40
	c)	полный разрыв (перерыв) сплетения	70
<u>Примечание:</u> Ст.7 и 8 одновременно не применяются.			
9	Перерыв нервов:		
	a)	ветвей лучевого, локтевого, срединного (пальцевых нервов) на кисти	5
	b)	одного: лучевого, локтевого или срединного на уровне лучезапястного сустава и предплечья; малоберцового или большеберцового	10
	c)	двух и более: лучевого, локтевого, срединного на уровне лучезапястного сустава и предплечья; малоберцового и большеберцового нервов	20
	d)	одного: подмышечного, лучевого, локтевого, срединного - на уровне локтевого сустава и плеча, седалищного или бедренного	25
	e)	двух и более: подмышечного, лучевого, локтевого, срединного - на уровне локтевого сустава и плеча, седалищного и бедренного	40
	<u>Примечание:</u> Повреждение нервов на уровне стопы, пальцев стопы и кисти не дает оснований для страховой выплаты.		
Раздел II.			
Органы зрения			
10	Паралич аккомодации одного глаза		15
11	Гемианопсия (выпадение половины поля зрения одного глаза), повреждение мышц глазного яблока (травматическое косоглазие, птоз, диплопия)		15
12	Сужение поля зрения одного глаза:		
	a)	неконцентрическое	10
	b)	концентрическое	15
13	Пульсирующий экзофтальм одного глаза		20
14	Повреждение глаза, не повлекшее за собой снижения остроты зрения:		
	a)	непроникающее ранение глазного яблока, гифема, контузия без разрыва оболочек глазного яблока	3
	b)	проникающее (в полость глазного яблока) ранение, контузия с разрывом оболочек, ожоги II, III степени, гемофтальм	5
	<u>Примечания:</u>		
1. Ожоги глаза без указания степени, а также ожоги глаза I степени, не повлекшие за собой патологических изменений, не дают оснований для страховой выплаты.			
2. В том случае, если повреждения, перечисленные в ст.14, повлекут за собой снижение остроты зрения, страховая выплата производится в соответствии со ст.20. Статья 14 при этом не применяется. Если же в связи с повреждением глазного яблока производилась страховая выплата по ст.14, а в дальнейшем травма осложнилась снижением остроты зрения и это дает основание для страховой выплаты в большем размере, дополнительная страховая выплата уменьшается на размер выплаты по ст. 14.			
3. Поверхностные инородные тела на оболочках глаза не дают оснований для выплаты страховой суммы.			
15	Повреждение слезопроводящих путей одного глаза:		

Статья	Пункт	Характер повреждения	Размер выплаты в % от страховой суммы
	a)	не повлекшее за собой нарушения функции слезопроводящих путей	5
	b)	повлекшее за собой нарушение функции слезопроводящих путей	10
16	Последствия травмы глаза:		
	a)	кератит по истечении 1 месяца после травмы	3
	b)	иридоциклит, хориоретинит	5
	c)	дефект радужной оболочки, смещение хрусталика, изменение формы зрачка, трихиаз (неправильный рост ресниц), заворот века, не удаленные инородные тела в глазном яблоке и тканях глазницы, рубцы оболочек глазного яблока и век (за исключением кожи)	10
	Примечания:		
	1. Если в связи с повреждениями глаза, перечисленными в ст. 14, 15b,16b, с проводились оперативные вмешательства, дополнительно производится страховая выплата в размере 10% страховой суммы.		
2. В том случае, если окулист не ранее, чем через 3 месяца после травмы глаза, установит, что имеются патологические изменения, перечисленные в ст. 10,11,12,13,15b,16b, с, в сочетании со снижением остроты зрения, страховая выплата производится с учетом всех последствий путем суммирования, но не более 50% за один глаз.			
17	Повреждение глаза (глаз), повлекшее за собой полную потерю зрения единственного глаза или обоих глаз, обладавших зрением не ниже 0,1		100
18	Удаление в результате травмы глазного яблока слепого (на момент удаления) глаза (при условии, что не применялось прим.1 к ст.20)		10
19	Перелом орбиты (глазницы) вне зависимости от количества поврежденных костей		10
20	Снижение остроты зрения в результате полученной травмы (см. Таблицу выплат при потере зрения)		
Раздел III.			
Органы слуха			
21	Повреждение ушной раковины, повлекшее за собой:		
	a)	отсутствие до 1/3 части ушной раковины	5
	b)	отсутствие 1/3 - 1/2 части ушной раковины	10
	c)	отсутствие более 1/2 части ушной раковины	30
	Примечание:		
	Решение о страховой выплате по ст.21 (a, b, c) принимается на основании данных освидетельствования, проведенного после окончания лечения. Если страховая выплата выплачена по ст.21, ст.58 не применяется.		
22	Повреждение одного уха, повлекшее за собой снижение слуха:		
	a)	шепотная речь на расстоянии от 1 до 3 м	5
	b)	шепотная речь - до 1 м	15
	c)	полная глухота (разговорная речь - 0)	25
	Примечание:		
	Решение о страховой выплате в связи со снижением в результате травмы слуха принимается после окончания лечения, но не ранее 3 месяцев со дня травмы. По истечении этого срока Застрахованный направляется к ЛОР-специалисту для определения последствий перенесенного повреждения. В таких случаях предварительно может быть произведена страховая выплата с учетом факта травмы по ст.23, 24a (если имеются основания).		
23	Разрыв одной барабанной перепонки, наступивший в результате травмы, и не повлекший за собой снижения слуха		5
	Примечания:		
	1. Если в результате травмы произошел разрыв барабанной перепонки и наступило снижение слуха, страховая выплата определяется по ст.22. Статья 23 при этом не применяется.		
	2. Если разрыв барабанной перепонки произошел в результате перелома основания черепа (средняя черепная ямка), ст.23 не применяется.		
24	Повреждение одного уха, повлекшее за собой посттравматический отит:		
	a)	острый гнойный	3
	b)	хронический	5
	Примечание:		
Страховая выплата по ст. 24b производится дополнительно в том случае, если это осложнение травмы будет установлено ЛОР-специалистом по истечении трех месяцев после травмы. Ранее			

Статья	Пункт	Характер повреждения	Размер выплаты в % от страховой суммы
	этого срока страховая выплата производится с учетом факта травмы по соответствующей статье.		
Раздел IV.			
Дыхательная система			
25	Перелом костей носа (в т.ч. с вывихом и/или переломом хряща), передней стенки лобной, гайморовой пазухи, решетчатой кости		5
26	Повреждение легкого, подкожная эмфизема, гемоторакс, пневмоторакс, пневмония, экссудативный плеврит, инородное тело (тела) грудной полости:		
	a)	с одной стороны	5
	b)	с двух сторон	10
27	Повреждение грудной клетки и ее органов, повлекшее за собой:		
	a)	легочную недостаточность (по истечении 3 месяцев со дня травмы)	10
	b)	удаление доли, части легкого	40
	c)	удаление одного легкого	60
28	Перелом грудины		5
29	Перелом каждого ребра		3
Примечания:			
1. При переломе ребер во время реанимационных мероприятий страховая выплата производится на общих основаниях.			
2. Перелом хрящевой части ребра дает основание для страховой выплаты.			
3. Страховая выплата по данной статье не может превышать 30% от страховой суммы.			
30	Проникающее ранение грудной клетки, торакотомия, произведенная в связи с травмой:		
	a)	проникающее ранение без повреждения органов грудной полости, не потребовавшее проведения торакотомии	5
	b)	торакотомия при отсутствии повреждения органов грудной полости	10
	c)	торакотомия при повреждении органов грудной полости	15
	d)	повторные торакотомии (независимо от их количества)	10
Примечание:			
Если в связи с повреждением грудной клетки и ее органов было произведено удаление легкого или его части, страховая выплата производится в соответствии со ст.27; ст.30 при этом не применяется; ст.30 и 26 одновременно не применяются.			
31	Повреждение гортани, трахеи, щитовидного хряща, перелом подъязычной кости, ожог верхних дыхательных путей, не повлекшие за собой нарушения функции, при непрерывном лечении более 5 дней		5
Примечание:			
Если в связи с травмой проводилась бронхоскопия, трахеостомия (трахеотомия), дополнительно производится страховая выплата в размере 5% страховой суммы.			
32	Повреждение гортани, трахеи, подъязычной кости, щитовидного хряща, трахеостомия, произведенная в связи с травмой, повлекшие за собой:		
	a)	осиплость или потерю голоса, ношение трахеостомической трубки в течение не менее 3 месяцев после травмы	10
	b)	потерю голоса, ношение трахеостомической трубки в течение не менее 6 месяцев после травмы	20
Примечание:			
Страховая выплата по ст.32 производится дополнительно к страховой выплате по ст.31 на основании дополнительного заключения врача специалиста не ранее, чем через 3 месяца после полученной травмы.			
Раздел V.			
Сердечно-сосудистая система			
33	Повреждение сердца, его оболочек и крупных магистральных сосудов, не повлекшее за собой сердечно-сосудистую недостаточность		5
Примечание:			
Если проводилось только консервативное лечение, то диагноз должен быть подтвержден данными электрокардиографии или ангиографии.			
34	Повреждение сердца, его оболочек и крупных магистральных сосудов, повлекшее за собой сердечно-сосудистую недостаточность:		
	a)	I степени	10

Статья	Пункт	Характер повреждения	Размер выплаты в % от страховой суммы
	b)	II степени	20
	c)	III степени	25
Примечания:			
1. Если в медицинском заключении не указана степень сердечно-сосудистой недостаточности, размер выплаты составляет 5%.			
2. Страховая выплата по ст.34 производится дополнительно, если указанные осложнения будут установлены по истечении 3 месяцев после травмы врачом специалистом.			
35	Повреждение крупных периферических сосудов (не повлекшее за собой нарушения кровообращения) на уровне:		
	a)	плеча, бедра	10
	b)	предплечья, голени	5
36	Повреждение крупных периферических сосудов, повлекшее за собой сосудистую недостаточность		20
Примечания:			
1. К крупным магистральным сосудам следует относить: аорту, легочную, безымянную, сонные артерии, внутренние яремные вены, верхнюю и нижнюю полые вены, воротную вену, а также магистральные сосуды, обеспечивающие кровообращение внутренних органов. К крупным периферическим сосудам следует относить: подключичные, подмышечные, плечевые, локтевые и лучевые артерии, подвздошные, бедренные, подколенные, передние и задние большеберцовые артерии; плечеголовные, подключичные, подмышечные, бедренные и подколенные вены.			
2. Если Застрахованный в своем заявлении указал, что травма повлекла за собой нарушение функции сердечно-сосудистой системы, то должно быть предоставлено заключение врача специалиста с данными диагностических исследований.			
3. Страховая выплата по ст.36 производится дополнительно, если указанные осложнения будут установлены по истечении 3 месяцев после травмы врачом специалистом.			
4. Если в связи с повреждением крупных сосудов проводились операции с целью восстановления сосудистого русла, дополнительно производится страховая выплата в размере 5% страховой суммы.			
Раздел VI.			
Органы пищеварения			
37	Перелом верхней челюсти, скуловой кости или нижней челюсти, вывих челюсти:		
	a)	перелом одной кости, вывих челюсти	5
	b)	перелом двух и более костей или двойной перелом одной кости	10
Примечания:			
1. При переломе челюсти, случайно наступившем во время стоматологических манипуляций, страховая выплата производится на общих основаниях.			
2. Перелом альвеолярного отростка, наступивший при потере зубов, не дает оснований для выплаты страховой суммы.			
3. Если в связи с травмой челюстей, скуловых костей проводились оперативные вмешательства, не указанные в ст.118, дополнительно производится страховая выплата в размере 5% страховой суммы однократно.			
4. К двойным переломам не относятся оскольчатые переломы (не зависимо от числа осколков).			
38	Привычный вывих челюсти		10
Примечание:			
Выплата по ст. 38 производится, если первичный вывих произошел в период действия договора страхования. Выплата производится однократно за один случай привычного вывиха, при условии, что привычный вывих произошел не ранее, чем через 6 месяцев с момента первичного вывиха. При последующих случаях привычного вывиха страховая выплата не производится.			
39	Повреждение челюсти, повлекшее за собой отсутствие:		
	a)	части челюсти (за исключением альвеолярного отростка)	40
	b)	челюсти	80
Примечания:			
1. При выплате страховой суммы в связи с отсутствием челюсти или ее части учтена и потеря зубов, независимо от их количества.			
2. При выплате страховой суммы по ст.39 дополнительная выплата страховой суммы за оперативные вмешательства не производится.			
40	Повреждение языка, полости рта (ранение, ожог, отморожение), повлекшее за собой образование рубцов (независимо от их размера)		3

Статья	Пункт	Характер повреждения	Размер выплаты в % от страховой суммы
41	Повреждение языка, повлекшее за собой:		
	a)	отсутствие кончика языка	10
	b)	отсутствие дистальной трети языка	15
	c)	отсутствие языка на уровне средней трети	30
	d)	отсутствие языка на уровне корня или полное отсутствие языка	60
42	Повреждение зубов (не пораженных заболеванием – пародонтозом, периодонтитом, кариесом), повлекшее за собой:		
	a)	отлом коронки, перелом (коронки, шейки, корня) и/или потеря 3 и более молочных зубов у детей в возрасте до 5-ти лет	2
	b)	отлом коронки зуба, перелом зуба (коронки, шейки, корня), вывих зуба	3
	c)	потерю 1 зуба	5
	d)	потерю 2-3 зубов	10
	e)	потерю 4-6 зубов	15
	f)	потерю 7-9 зубов	20
	g)	потерю 10 и более зубов	25
	Примечания:		
	1. При переломе или потере в результате травмы зубов с несъемными протезами страховая выплата производится только за потерю опорных зубов. Повреждение или потеря несъемных протезов без потери опорных зубов, съемных протезов и имплантантов не является основанием для выплаты.		
	2. Если в связи с травмой зуба была произведена выплата по ст. 42b, а в дальнейшем этот зуб был удален, из суммы, подлежащей выплате, вычитается ранее выплаченная сумма по ст. 42a.		
43	Повреждение (ранение, разрыв, ожог) глотки, пищевода, желудка, кишечника, а также эзофагогастроскопия, произведенная в связи с этими повреждениями или с целью удаления инородных тел пищевода, желудка, не повлекшее за собой функциональных нарушений		5
44	Повреждение (ранение, разрыв, ожог) пищевода, вызвавшее:		
	a)	сужение пищевода	35
	b)	непроходимость пищевода (при наличии гастростомы), а также состояние после пластики пищевода	95
	Примечание:		
	Размер страховой выплаты по ст. 44 определяется не ранее, чем через 6 месяцев со дня травмы на основании заключения врача специалиста.		
45	Повреждение (разрыв, ожог, ранение) органов пищеварения, случайное острое отравление, повлекшее за собой:		
	a)	холецистит, дуоденит, гастрит, панкреатит, энтерит, колит, проктит, парапроктит	5
	b)	рубцовое сужение (деформацию) желудка, кишечника, заднепроходного отверстия	15
	c)	спаечную болезнь, состояние после операции по поводу спаечной непроходимости	25
	d)	кишечный свищ, кишечно-влагалищный свищ, свищ поджелудочной железы	50
	e)	противоестественный задний проход (колостома)	100
	Примечания:		
	1. При осложнениях травмы, предусмотренных в подпунктах "a", "b", "c", страховая выплата производится при условии, что эти осложнения имеются по истечении 3 месяцев после травмы, а предусмотренные в подпунктах "d" и "e" - по истечении 6 месяцев после травмы. Указанные осложнения травмы признаются только в том случае, если они подтверждены справкой лечебно-профилактического учреждения.		
	2. Если в результате одной травмы возникнут осложнения, перечисленные в одном подпункте, страховая выплата производится однократно. Однако если возникли патологические изменения, перечисленные в разных подпунктах, страховая выплата производится с учетом каждого из них путем суммирования.		
46	Грыжа, образовавшаяся на месте повреждения передней брюшной стенки, диафрагмы или в области послеоперационного рубца, если операция проводилась в связи с травмой		10
	Примечание:		

Статья	Пункт	Характер повреждения	Размер выплаты в % от страховой суммы
		Грыжи живота (пупочные, белой линии, паховые и пахово-мошоночные), возникшие в результате поднятия тяжести, не дают оснований для страховой выплаты.	
47		Повреждение печени в результате травмы или случайного острого отравления, повлекшее за собой:	
	a)	подкапсульный разрыв печени, не потребовавший оперативного вмешательства, гепатит, сывороточный гепатит, развившийся непосредственно в связи с травмой, гепатоз	5
	b)	печеночную недостаточность	10
48		Повреждение печени, желчного пузыря, повлекшие за собой:	
	a)	ушивание разрывов печени или удаление желчного пузыря	15
	b)	ушивание разрывов печени и удаление желчного пузыря	20
	c)	удаление части печени	25
	d)	удаление части печени и желчного пузыря	35
49		Повреждение селезенки, повлекшее за собой:	
	a)	подкапсульный разрыв селезенки, не потребовавший оперативного вмешательства	5
	b)	удаление селезенки	30
50		Повреждение желудка, поджелудочной железы, кишечника, брыжейки, повлекшее за собой:	
	a)	образование ложной кисты поджелудочной железы	20
	b)	резекцию желудка, кишечника, поджелудочной железы	30
	c)	удаление желудка	60
51		Повреждение органов живота, в связи с которым произведены:	
	a)	лапаротомия при подозрении на повреждение органов живота	10
	b)	лапаротомия при повреждении органов живота	15
	c)	повторные лапаротомии (независимо от их количества)	10
		Примечание:	
		Если в связи с травмой органов живота имеются основания для выплаты страховой суммы по ст.47-50, статья 51 (кроме подпункта "с") не применяется.	
Раздел VII.			
Мочевыделительная и половая системы			
52		Повреждение почки, повлекшее за собой:	
	a)	ушиб почки, подкапсульный разрыв почки, не потребовавший оперативного вмешательства	5
	b)	удаление части почки	30
	c)	удаление почки	60
53		Повреждение органов мочевыделительной системы (почек, мочеточников, мочевого пузыря, мочеиспускательного канала), повлекшее за собой:	
	a)	цистит, уретрит	5
	b)	острую почечную недостаточность, пиелит, пиелостит	10
	c)	уменьшение объема мочевого пузыря	15
	d)	гломерулонефрит, пиелонефрит, сужение мочеточника, мочеиспускательного канала	25
	e)	синдром длительного раздавливания (травматический токсикоз, краш-синдром, синдром разможнения), хроническую почечную недостаточность	30
	f)	непроходимость мочеточника, мочеиспускательного канала, мочеполовые свищи	40
		Примечание:	
	Страховая выплата по ст. 53 производится не ранее 3 месяцев с момента получения травмы на основании заключения врача специалиста.		
54		Оперативные вмешательства, произведенные в связи с травмой органов мочевыделительной системы:	
	a)	цистостомия	5
	b)	лапаротомия при подозрении на повреждение органов	10
	c)	лапаротомия при повреждении органов	15
	d)	повторные лапаротомия, произведенные в связи с травмой (независимо от их количества)	10
		Примечание:	
	Если в связи с травмой было произведено удаление почки или ее части, страховая выплата производится по ст.52(b,c); ст.54 при этом не применяется.		

Статья	Пункт	Характер повреждения	Размер выплаты в % от страховой суммы
55	Повреждение органов половой или мочевыделительной системы:		
	a)	ранение, разрыв, ожог, отморожение	5
	b)	изнасилование	50
56	Повреждение половой системы, повлекшее за собой:		
	a)	удаление одного яичника, маточной трубы, яичка	15
	b)	удаление обоих яичников, обеих маточных труб, яичек, части полового члена	30
	c)	потерю матки у женщин в возрасте до 40 лет	50
	d)	потерю матки у женщин в возрасте с 40 до 50 лет	30
	e)	потерю матки у женщин в возрасте 50 лет и старше	15
	f)	потерю полового члена и обоих яичек	100
57	Внематочная беременность, патологические роды, повлекшие за собой:		
	a)	удаление единственной маточной трубы, единственного яичника	15
	b)	удаление обеих маточных труб, обоих яичников	30
	c)	потерю матки (в том числе с придатками) в возрасте до 40 лет	50
	d)	потерю матки (в том числе с придатками) в возрасте с 40 до 50 лет	30
	e)	потерю матки (в том числе с придатками) в возрасте 50 лет и старше	15
	Примечание: В тех случаях, когда во время операции по поводу внематочной беременности одновременно с беременной трубой удаляется (перевязывается) и вторая маточная труба в связи с ее заболеванием или с целью стерилизации, страховая выплата производится по ст.57а.		
Раздел VIII.			
Мягкие ткани			
58	Повреждение мягких тканей лица, передне-боковой поверхности шеи, подчелюстной области, ушных раковин, повлекшее за собой после заживления:		
	a)	образование рубцов площадью более 0,5 кв.см. до 1,0 кв.см. включительно	3
	b)	образование рубцов площадью более 1,0 кв.см. до 10,0 кв.см. включительно	5
	c)	образование рубцов площадью более 10,0 кв.см. до 20,0 кв.см. включительно	10
	d)	образование рубцов площадью более 20,0 кв.см. до 30,0 кв.см. включительно	15
	e)	образование рубцов площадью более 30,0 кв.см. до 40,0 кв.см. включительно	20
	f)	образование рубцов площадью более 40,0 кв.см. до 50,0 кв.см. включительно	25
	g)	образование рубцов площадью более 50,0 кв.см. до 60,0 кв.см. включительно	30
	h)	образование рубцов площадью более 60,0 кв.см. до 70,0 кв.см. включительно	35
	i)	образование рубцов площадью более 70,0 кв.см. до 80,0 кв.см. включительно	40
	j)	образование рубцов площадью более 80,0 кв.см. до 90,0 кв.см. включительно	45
	k)	образование рубцов площадью более 90,0 кв.см. до 110.0 кв.см. включительно	50
	l)	образование рубцов площадью более 110,0 кв.см. до 120,0 кв.см. включительно	55
	m)	образование рубцов площадью более 120,0 кв.см. до 130,0 кв.см. включительно	60
	n)	образование рубцов площадью более 130,0 кв.см. до 140,0 кв.см. включительно	65
	o)	образование рубцов площадью более 140,0 кв.см.	70
	Примечание: Послеоперационные рубцы не дают основания для страховой выплаты, за исключением случаев оперативного вмешательства в связи с полученной травмой лица и (или) шеи.		
59	Повреждение мягких тканей волосистой части головы, туловища, конечностей, повлекшее за собой после заживления образование рубцов площадью:		
	a)	площадью от 2,0 до 5,0 см² или длиной 5 см и более	3

Статья	Пункт	Характер повреждения	Размер выплаты в % от страховой суммы
	b)	площадью от 5 см ² до 0,5% поверхности тела	5
	c)	площадью от 0,5% до 2,0% поверхности тела	10
	d)	площадью от 2,0% до 4,0% поверхности тела	15
	e)	площадью от 4% до 6% поверхности тела	20
	f)	площадью от 6% до 8% поверхности тела	25
	g)	площадью от 8% до 10% поверхности тела	30
	h)	площадью от 10% до 15% поверхности тела	35
	i)	площадью 15% и более поверхности тела	40
	Примечания:		
1. При определении площади рубцов следует учитывать и рубцы, образовавшиеся на месте взятия кожного трансплантата для замещения дефекта пораженного участка кожи.			
2. Если страховая выплата производится за оперативное вмешательство (при открытых повреждениях, при пластике сухожилий, сшивании сосудов, нервов и др.), ст.59 не применяется.			
60	Повреждение мягких тканей лица, туловища, конечностей, повлекшее за собой образование пигментных пятен площадью:		
a)	от 1% до 2% поверхности тела	3	
b)	от 2% до 10% поверхности тела	5	
c)	от 10% до 15% поверхности тела	10	
d)	более 15% поверхности тела	15	
Примечания:			
1. Решение о выплате страховой суммы по ст.58, 59 и 60 принимается с учетом данных освидетельствования, проведенного после заживления раневых поверхностей, но не ранее 1 месяца после травмы.			
2. Общая сумма выплат по ст.58, 59 и 60 не должна превышать 70%.			
61	Ожоги – см. Страховые выплаты при ожогах (см. Таблицу страховых выплат при ожогах)		
62	Повреждение мягких тканей:		
a)	неудаленные (по медицинским показаниям) инородные тела	3	
b)	мышечная грыжа, посттравматический периостит, нерассосавшаяся гематома площадью не менее 2 см ² , разрыв мышц,	3	
c)	разрыв связок, сухожилий (за исключением полного разрыва сухожилий разгибателей/сгибателей пальцев кисти, полного разрыва сухожилий пальцев стопы, полного разрыва связок коленного сустава, разрыва ахиллова сухожилия), взятие ауто трансплантата из другого отдела опорно-двигательного аппарата	5	
Примечания:			
1. Страховая выплата в связи с нерассосавшейся гематомой, мышечной грыжей или посттравматическим периоститом производится в том случае, если эти осложнения травмы имеются по истечении 1 месяца со дня травмы.			
2. Страховая выплата в связи с разрывом связок или сухожилий производится при условии непрерывного срока лечения не менее 14 дней, включающего иммобилизацию (гипсовой повязкой или ее аналогом) на срок не менее 10 дней и/или оперативное лечение.			
3. Решение о страховой выплате (разового пособия) по ст.62 принимается с учетом данных освидетельствования, проведенного не ранее, чем через 1 месяц после травмы.			
Раздел IX.			
Позвоночник			
63	Перелом, перелома-вывих или вывих тел, дужек и суставных отростков позвонков (за исключением крестца и копчика):		
a)	одного-двух	20	
b)	трех-пяти	30	
c)	шести и более	40	
64	Разрыв межпозвоноковых связок (при сроке непрерывного лечения не менее 14 дней), подвывих позвонков (за исключением копчика)		5
Примечание:			
При рецидивах подвывиха позвонка страховая выплата не производится.			
65	Перелом каждого поперечного или остистого отростка		3
66	Перелом крестца		10
67	Повреждения копчика:		
a)	подвывих копчиковых позвонков	3	
b)	вывих копчиковых позвонков	5	

Статья	Пункт	Характер повреждения	Размер выплаты в % от страховой суммы	
	с)	перелом копчиковых позвонков	10	
Примечания:				
1. Если в связи с травмой позвоночника (в том числе крестца и копчика) проводились оперативные вмешательства, не указанные в ст.118, дополнительно производится страховая выплата в размере 10% страховой суммы однократно.				
2. В том случае, если в результате одной травмы произойдет перелом тела позвонка, повреждение связок, перелом поперечных или остистых отростков, страховая выплата производится по статье, предусматривающей наиболее тяжелое повреждение, однократно.				
3. Повреждения позвоночника, наступившие без внешнего воздействия – травмы, например, явившихся следствием подъема тяжестей, не являются основанием для страховой выплаты.				
Верхняя конечность:				
Раздел X.				
Лопатка, ключица				
68	Перелом лопатки, ключицы, полный или частичный разрыв акромиально-ключичного, грудино-ключичного сочленений:			
	а)	перелом, вывих одной кости, разрыв одного сочленения	5	
	б)	перелом двух костей, двойной перелом одной кости, разрыв двух сочленений или перелом, вывих одной кости и разрыв одного сочленения, переломо-вывих ключицы	10	
	в)	разрыв двух сочленений и перелом одной кости, перелом двух костей и разрыв одного сочленения	15	
	г)	несросшийся перелом (ложный сустав)	15	
Примечания:				
1. В том случае, если в связи с повреждениями, перечисленными в ст.68, проводились оперативные вмешательства, не указанные в ст.118, дополнительно производится страховая выплата в размере 5% страховой суммы однократно.				
2. Страховая выплата по ст.68г производится на основании заключения врача специалиста, полученного по истечении 6 месяцев после травмы, и не зависит от произведенной ранее выплаты по ст.68а, б, в.				
3. К двойным переломам не относятся оскольчатые переломы (не зависимо от числа осколков).				
Раздел XI.				
Плечевой сустав				
69	Повреждения области плечевого сустава (суставной впадины лопатки, головки плечевой кости, анатомической, хирургической шейки, бугорков, суставной сумки):			
	а)	разрыв капсулы сустава, отрывы костных фрагментов, в том числе большого бугорка, перелом суставной впадины лопатки, вывих плеча, вывих плеча с отрывом костных фрагментов	5	
	б)	перелом двух костей, перелом лопатки и вывих плеча, перелом лопатки и вывих плеча с отрывом костных фрагментов	10	
	в)	перелом плеча (головки, анатомической, хирургической шейки), переломо-вывих плеча	15	
Примечание:				
Страховая выплата в связи с разрывом капсулы сустава производится при условии непрерывного срока лечения не менее 14 дней, включающего иммобилизацию (гипсовой повязкой или ее аналогом) на срок не менее 10 дней и/или оперативное лечение.				
70	Повреждения плечевого пояса, повлекшие за собой:			
	а)	привычный вывих плеча	15	
	б)	отсутствие движений в суставе (анкилоз)	20	
	в)	“болтающийся” плечевой сустав в результате резекции суставных поверхностей составляющих его костей	40	
Примечания:				
1. Страховая выплата по ст.70 производится дополнительно к страховой сумме, выплаченной в связи с повреждениями области плечевого сустава в том случае, если перечисленные в этой статье осложнения будут установлены лечебным учреждением по истечении 6 месяцев после травмы и подтверждены справкой этого учреждения.				
2. В том случае, если в связи с травмой плечевого сустава будут проведены оперативные вмешательства, не указанные в ст.118, дополнительно производится страховая выплата в размере 10% страховой суммы.				
3. Выплата по ст. 70а производится, если первичный вывих произошел в период действия договора страхования. Выплата производится однократно за один случай привычного вывиха.				

Статья	Пункт	Характер повреждения	Размер выплаты в % от страховой суммы
		при условии, что привычный вывих произошел не ранее, чем через 6 месяцев с момента первичного вывиха. При последующих случаях привычного вывиха страховая выплата не производится.	
Раздел XII.			
Плечо			
71	Перелом плечевой кости:		
	a)	на любом уровне (верхняя, средняя, нижняя треть)	15
	b)	двойной перелом	20
Примечание: К двойным переломам не относятся оскольчатые переломы (не зависимо от числа осколков).			
72	Перелом плечевой кости, повлекший за собой образование несросшегося перелома (ложного сустава)		45
	Примечания:		
	1. Страховая выплата по ст.72 производится на основании заключения лечебного учреждения по истечении 9 месяцев после травмы. 2. Если в связи с травмой области плеча проводились оперативные вмешательства, не указанные в ст.118, дополнительно производится страховая выплата в размере 10% страховой суммы.		
73	Травматическая ампутация верхней конечности или тяжелое повреждение, приведшее к ампутации:		
	a)	с лопаткой, ключицей или их частью	80
	b)	плеча на любом уровне	75
	c)	единственной конечности на уровне плеча	100
	Примечание: Если страховая выплата производится по ст.73, дополнительная выплата за оперативные вмешательства, послеоперационные рубцы не производится.		
Раздел XIII.			
Локтевой сустав			
74	Повреждения области локтевого сустава:		
	a)	гемартроз, пронационный подвывих предплечья	3
	b)	отрывы костных фрагментов, в том числе надмыщелков плечевой кости, перелом лучевой или локтевой кости, вывих кости	5
	c)	перелом лучевой и локтевой кости, вывих предплечья	10
	d)	перелом плечевой кости	15
	e)	перелом плечевой кости с лучевой (или локтевой) костью	20
	f)	перелом плечевой кости с лучевой и локтевой костями	25
	Примечание: Страховая выплата в связи с гемартрозом производится при условии непрерывного срока лечения не менее 14 дней, включающего иммобилизацию (гипсовой повязкой или ее аналогом) на срок не менее 10 дней и/или оперативное лечение.		
75	Повреждение области локтевого сустава, повлекшее за собой:		
	a)	отсутствие движений в суставе (анкилоз)	20
	b)	“болтающийся” локтевой сустав (в результате резекции суставных поверхностей составляющих его костей)	30
	Примечания:		
	1. Страховая выплата по ст.75 производится на основании заключения лечебного учреждения по истечении 6 месяцев после травмы. 2. В том случае, если в связи с травмой области локтевого сустава будут проведены оперативные вмешательства, не указанные в ст.118, дополнительно производится страховая выплата в размере 10% страховой суммы однократно.		
Раздел XIV			
Предплечье			
76	Перелом костей предплечья на любом уровне, за исключением области суставов (верхняя, средняя, нижняя треть):		
	a)	перелом, вывих одной кости	5
	b)	перелом двух костей, двойной перелом одной кости	10
	Примечание: К двойным переломам не относятся оскольчатые переломы (не зависимо от числа осколков).		
77	Несросшийся перелом (ложный сустав) костей предплечья:		
	a)	одной кости	15
	b)	двух костей	30

Статья	Пункт	Характер повреждения	Размер выплаты в % от страховой суммы
	<u>Примечание:</u> Страховая выплата по ст.77 производится на основании заключения лечебного учреждения по истечении 9 месяцев после травмы.		
78	Травматическая ампутация или тяжелое повреждение, приведшее:		
	a)	к ампутации предплечья на любом уровне	65
	b)	к экзартикуляции в локтевом суставе	70
	c)	к ампутации единственной конечности на уровне предплечья	100
	<u>Примечания:</u> 1. Если в связи с травмой области предплечья проводились оперативные вмешательства, не указанные в ст.118, дополнительно производится страховая выплата в размере 10% страховой суммы однократно. 2. Если страховая выплата производится по ст.78, дополнительная выплата за оперативные вмешательства, послеоперационные рубцы не производится.		
Раздел XV			
Лучезапястный сустав			
79	Повреждения области лучезапястного сустава:		
	a)	перелом одной кости предплечья, отрыв шиловидного отростка (отростков), отрыв костного фрагмента (фрагментов), вывих головки локтевой кости	5
	b)	перелом двух костей предплечья	10
	c)	перилунарный вывих кисти	15
80	Повреждение области лучезапястного сустава, повлекшее за собой отсутствие движений (анкилоз) в этом суставе		15
	<u>Примечания:</u> 1. Страховая выплата по ст.80 производится на основании заключения лечебного учреждения по истечении 6 месяцев после травмы. 2. Если в связи с травмой области лучезапястного сустава проводились оперативные вмешательства, не указанные в ст.118, дополнительно производится страховая выплата в размере 5% страховой суммы.		
	Раздел XVI.		
Кисть			
81	Перелом или вывих костей запястья, пястных костей одной кисти:		
	a)	одной кости (кроме ладьевидной)	5
	b)	двух и более костей (кроме ладьевидной)	10
	c)	ладьевидной кости	10
	d)	вывих, переломо-вывих кисти	15
	<u>Примечания:</u> 1. Если в связи с травмой кисти проводились оперативные вмешательства, не указанные в ст.118, дополнительно производится страховая выплата в размере 5% страховой суммы однократно. 2. При переломе (вывихе) в результате одной травмы костей запястья (пястных костей) и ладьевидной кости страховая выплата производится с учетом каждого повреждения путем суммирования.		
82	Повреждение кисти, повлекшее за собой:		
	a)	несросшийся перелом (ложный сустав) одной или нескольких костей (за исключением отрыва костных фрагментов)	10
	b)	потерю всех пальцев, ампутацию на уровне пястных костей запястья или лучезапястного сустава	65
	c)	ампутацию единственной кисти	100
	<u>Примечание:</u> Страховая выплата по ст.82а производится на основании заключения лечебного учреждения по истечении 6 месяцев после травмы.		
Раздел XVII.			
Пальцы кисти - первый палец			
83	Повреждение пальца, повлекшее за собой:		
	a)	отрыв ногтевой пластинки	3
	b)	полный разрыв сухожилия (сухожилий) разгибателей пальца	3
	c)	перелом, вывих, полный разрыв сухожилия (сухожилий) сгибателя пальца, полный разрыв сухожилия (сухожилий) сгибателей или разгибателей пальца с отрывом костного фрагмента, сухожильный, суставной, костный панариций	5
	<u>Примечания:</u>		

Статья	Пункт	Характер повреждения	Размер выплаты в % от страховой суммы
		1. Гнойное воспаление околоногтевого валика (паронихия) не дает оснований для выплаты страховой суммы.	
		2. Если в связи с повреждением сухожилий, переломом или вывихом фаланги (фаланг), костным, суставным, сухожильным панарицием проводились оперативные вмешательства, не указанные в ст.118, дополнительно производится страховая выплата в размере 5% страховой суммы однократно.	
		3.Страховая выплата в связи с повреждением сухожилий производится при условии непрерывного срока лечения не менее 14 дней, включающего иммобилизацию (гипсовой повязкой или ее аналогом) на срок не менее 10 дней и/или оперативное лечение.	
84		Повреждения пальца, повлекшие за собой:	
	a)	отсутствие движений в одном суставе	10
	b)	отсутствие движений в двух суставах	15
	<u>Примечание:</u>		
	Страховая выплата по ст.84 производится на основании заключения лечебного учреждения по истечении 6 месяцев после травмы.		
85		Повреждение пальца, повлекшее за собой:	
	a)	реампутацию (повторную ампутацию) на уровне той же фаланги	5
	b)	ампутацию на уровне ногтевой фаланги	10
	c)	ампутацию на уровне межфалангового сустава (потеря ногтевой фаланги)	15
	d)	ампутацию на уровне основной фаланги, пястно-фалангового сустава (потеря пальца)	20
	e)	ампутацию пальца с пястной костью или частью ее	25
	<u>Примечание:</u>		
Если страховая выплата выплачена по ст.85, дополнительная выплата за оперативные вмешательства, послеоперационные рубцы не производится.			
Раздел XVIII.			
Пальцы кисти - второй, третий, четвертый, пятый пальцы			
86		Повреждение одного пальца, повлекшее за собой:	
	a)	отрыв ногтевой пластинки	3
	b)	полный разрыв сухожилия (сухожилий) разгибателей пальца	3
	c)	перелом, вывих, полный разрыв сухожилия (сухожилий) сгибателя пальца, полный разрыв сухожилия (сухожилий) сгибателей или разгибателей пальца с отрывом костного фрагмента, сухожильный, суставной, костный панариций	5
	<u>Примечания:</u>		
1. Гнойное воспаление околоногтевого валика (паронихия) не дает оснований для выплаты страховой суммы.			
2. Если в связи с повреждением сухожилий, переломом или вывихом фаланги (фаланг), костным, суставным, сухожильным панарицием проводились оперативные вмешательства, не указанные в ст.118, дополнительно производится страховая выплата в размере 5% страховой суммы однократно.			
3. Страховая выплата в связи с повреждением сухожилий производится при условии непрерывного срока лечения не менее 14 дней, включающего иммобилизацию (гипсовой повязкой или ее аналогом) на срок не менее 10 дней и/или оперативное лечение.			
87		Повреждение пальца, повлекшее за собой:	
	a)	отсутствие движений в одном суставе	5
	b)	отсутствие движений в двух или трех суставах пальца	10
	<u>Примечание:</u>		
Страховая выплата по ст.87 производится на основании заключения лечебного учреждения по истечении 6 месяцев после травмы.			
88		Повреждение пальца, повлекшее за собой:	
	a)	реампутацию (повторную ампутацию) на уровне той же фаланги	3
	b)	ампутацию на уровне ногтевой фаланги, потерю фаланги	5
	c)	ампутацию на уровне средней фаланги, потерю двух фаланг	10
	d)	ампутацию на уровне основной фаланги, потерю пальца	15
	e)	потерю пальца с пястной костью или частью ее	20
	<u>Примечания:</u>		
1. Если страховая выплата выплачена по ст.88, дополнительная выплата за оперативные вмешательства, послеоперационные рубцы не производится.			
2. При повреждении нескольких пальцев кисти в период действия одного договора страхования страховая выплата производится с учетом каждого повреждения путем			

Статья	Пункт	Характер повреждения	Размер выплаты в % от страховой суммы	
суммирования. Однако размер ее не должен превышать 65% для одной кисти и 100% для обеих кистей.				
Нижняя конечность:				
Раздел XIX.				
Таз				
89	Повреждения таза:			
	a)	перелом одной кости		5
	b)	перелом двух костей или разрыв одного сочленения, двойной перелом одной кости		10
	c)	перелом трех и более костей, разрыв двух или трех сочленений		15
	Примечания:			
	1. Если в связи с переломом костей таза или разрывом сочленений проводились оперативные вмешательства, не указанные в ст.118, дополнительно производится страховая выплата в размере 10% страховой суммы однократно.			
	2. Разрыв лонного, крестцово-подвздошного сочленения (сочленений) во время родов дает основание для выплаты страховой суммы на общих основаниях по ст.89 (b или c).			
3. К двойным переломам не относятся оскольчатые переломы (не зависимо от числа осколков)				
90	Повреждения таза, повлекшие за собой отсутствие движений в тазобедренных суставах:			
	a)	в одном суставе		20
	b)	в двух суставах		40
	Примечание:			
	Страховая выплата по ст.90 производится на основании заключения лечебного учреждения через 6 месяцев после травмы.			
Раздел XX.				
Тазобедренный сустав				
91	Повреждения тазобедренного сустава:			
	a)	отрыв костного фрагмента (фрагментов)		5
	b)	изолированный отрыв вертела (вертелов)		10
	c)	вывих бедра		15
	d)	перелом головки, шейки, проксимального метафиза бедра		25
	Примечание:			
	Если в связи с травмой тазобедренного сустава проводились оперативные вмешательства, не указанные в ст.118, дополнительно производится страховая выплата в размере 10% страховой суммы однократно.			
92	Повреждения тазобедренного сустава, повлекшие за собой:			
	a)	отсутствие движений (анкилоз)		20
	b)	несросшийся перелом (ложный сустав) шейки бедра		30
	c)	эндопротезирование		40
	d)	“болтающийся” сустав в результате резекции головки бедра		45
	Примечание:			
	Страховая выплата по ст.92a и ст.92b производится на основании заключения лечебного учреждения по истечении 9 месяцев после травмы.			
Раздел XXI.				
Бедро				
93	Перелом бедра:			
	a)	на любом уровне, за исключением области суставов (верхняя, средняя, нижняя треть)		25
	b)	двойной перелом бедра		30
	Примечание:			
К двойным переломам не относятся оскольчатые переломы (не зависимо от числа осколков).				
94	Перелом бедра, повлекший за собой образование несросшегося перелома (ложного сустава)			30
	Примечания:			
	1. Если в связи с травмой области бедра проводились оперативные вмешательства, не указанные в ст.118, дополнительно производится страховая выплата в размере 10% страховой суммы однократно.			
2. Страховая выплата по ст.94 производится на основании заключения лечебного учреждения по истечении 9 месяцев после травмы.				
95	Травматическая ампутация или тяжелое повреждение, приведшее к ампутации конечности на любом уровне бедра:			
	a)	одной конечности		70

Статья	Пункт	Характер повреждения	Размер выплаты в % от страховой суммы	
	b)	единственной конечности	100	
<i>Примечание:</i> Если страховая выплата была выплачена по ст.95, дополнительная выплата за оперативные вмешательства, послеоперационные рубцы не производится.				
Раздел XXII.				
Коленный сустав				
96	Повреждения области коленного сустава:			
	a)	гемартроз		3
	b)	отрыв костного фрагмента (фрагментов), перелом надмыщелка (надмыщелков), перелом головки малоберцовой кости, полный разрыв связки (связок), повреждение мениска		5
	c)	перелом: надколенника, межмыщелкового возвышения, мыщелков, проксимального метафиза большеберцовой кости		10
	d)	перелом проксимального метафиза большеберцовой кости с головкой малоберцовой		15
	e)	перелом мыщелков бедра, вывих голени		20
	f)	перелом дистального метафиза бедра		25
	g)	перелом дистального метафиза, мыщелков бедра с проксимальными отделами одной или обеих берцовых костей		30
	<i>Примечания:</i> 1. Если в связи с травмой области коленного сустава проводились оперативные вмешательства, не указанные в ст.118, дополнительно производится страховая выплата в размере 10% страховой суммы однократно. 2. Страховая выплата в связи с гемартрозом производится при условии непрерывного срока лечения не менее 14 дней и иммобилизации (гипсовой повязкой или ее аналогом) на срок не менее 10 дней либо оперативного лечения. 3. Страховая выплата в связи с повреждением мениска производится при условии непрерывного срока лечения не менее 21 дня и иммобилизации (гипсовой повязкой или ее аналогом) на срок не менее 14 дней либо оперативного лечения. Диагноз должен быть подтвержден ультразвуковым исследованием и/или компьютерной томографией и/или магниторезонансной томографией и/или артроскопией.			
97	Повреждения области коленного сустава, повлекшие за собой:			
	a)	отсутствие движений в суставе		20
	b)	“болтающийся” коленный сустав в результате резекции суставных поверхностей составляющих его костей		30
	c)	эндопротезирование		40
Раздел XXIII.				
Голень				
98	Перелом костей голени (за исключением области суставов):			
	a)	малоберцовой, отрывы костных фрагментов		5
	b)	большеберцовой, двойной перелом малоберцовой		10
	c)	обеих костей, двойной перелом большеберцовой		15
	<i>Примечания:</i> 1. Страховая выплата по ст.98 определяется при: - переломах малоберцовой кости в верхней и средней трети; - переломах диафиза большеберцовой кости на любом уровне; - переломах большеберцовой кости в области диафиза (верхняя, средняя, нижняя треть) и переломах малоберцовой кости в верхней или средней трети. 2. Если в результате травмы наступил внутрисуставной перелом большеберцовой кости в коленном или голеностопном суставе и перелом малоберцовой кости на уровне диафиза, страховая выплата производится по ст.96 и 98 или ст.101 и 98 путем суммирования. 3. К двойным переломам не относятся оскольчатые переломы (не зависимо от числа осколков).			
99	Перелом костей голени, повлекший за собой несросшийся перелом, ложный сустав (за исключением костных фрагментов):			
	a)	малоберцовой кости		5
	b)	большеберцовой кости		15
	c)	обеих костей		20
	<i>Примечания:</i> 1. Страховая выплата по ст.99 производится на основании лечебного учреждения по истечении 9 месяцев после травмы. 2. Если в связи с травмой голени проводились оперативные вмешательства, не указанные в			

Статья	Пункт	Характер повреждения	Размер выплаты в % от страховой суммы
	ст.118, дополнительно производится страховая выплата в размере 10% страховой суммы однократно.		
100	Травматическая ампутация или тяжелое повреждение, повлекшее за собой:		
	a)	ампутацию голени на любом уровне	60
	b)	экзартикуляцию в коленном суставе	70
	c)	ампутацию единственной конечности на любом уровне голени	100
	Примечание: Если страховая выплата была выплачена в связи с ампутацией голени, дополнительная выплата за оперативное вмешательство, послеоперационные рубцы не производится.		
Раздел XXIV.			
Голеностопный сустав			
101	Повреждения области голеностопного сустава:		
	a)	перелом одной лодыжки	5
	b)	перелом двух лодыжек или перелом одной лодыжки с краем большеберцовой кости (двухлодыжечный перелом)	10
	c)	перелом обеих лодыжек с краем большеберцовой кости (трехлодыжечный перелом)	15
	Примечания: 1. При переломах костей голеностопного сустава, сопровождающихся разрывом межберцового синдесмоза, подвывихом (вывихом) стопы, дополнительно производится страховая выплата в размере 5% страховой суммы однократно. 2. Если в связи с травмой области голеностопного сустава проводились оперативные вмешательства, не указанные в ст.118, дополнительно производится страховая выплата в размере 10% страховой суммы однократно.		
102	Повреждение области голеностопного сустава, повлекшее за собой:		
	a)	отсутствие движений в голеностопном суставе	20
	b)	“болтающийся” голеностопный сустав (в результате резекции суставных поверхностей составляющих его костей)	40
	c)	экзартикуляцию в голеностопном суставе	50
	Примечание: Страховая выплата по ст.102а и ст. 102б производится на основании заключения лечебного учреждения по истечении 9 месяцев после травмы.		
103	Повреждение ахиллова сухожилия:		
	a)	при консервативном лечении	5
	b)	при оперативном лечении методом чрезкожного наложения шва/швов	10
	c)	при оперативном лечении открытым способом, пластике ахиллова сухожилия	15
	Примечание: Страховая выплата в связи с повреждением ахиллова сухожилия производится при условии непрерывного срока лечения не менее 21 дня, включающего иммобилизацию (гипсовой повязкой или ее аналогом) на срок не менее 15 дней и/или оперативное лечение.		
Раздел XXV.			
Стопа			
104	Повреждения стопы:		
	a)	перелом, вывих одной кости (за исключением пяточной и таранной)	5
	b)	перелом, вывих двух костей, перелом таранной кости	10
	c)	перелом, вывих трех и более костей, перелом пяточной кости, подтаранный вывих стопы, вывих в поперечном суставе стопы (Шопара) или предплюсне-плюсневом суставе (Лисфранка)	15
	Примечание: Если в связи с переломом или вывихом костей проводились оперативные вмешательства, не указанные в ст.118, дополнительно производится страховая выплата в размере 5% страховой суммы однократно.		
105	Повреждения стопы, повлекшие за собой:		
	a)	несросшийся перелом (ложный сустав) одной-двух костей (за исключением пяточной и таранной костей)	5
	b)	несросшийся перелом (ложный сустав) трех и более костей, а также таранной или пяточной кости	15
	c)	артродез подтаранного сустава, поперечного сустава предплюсны (Шопара) или предплюсне-плюсневого (Лисфранка)	20

Статья	Пункт	Характер повреждения	Размер выплаты в % от страховой суммы
	d)	ампутацию на уровне плюсне-фаланговых суставов (отсутствие всех пальцев стопы)	30
	e)	ампутацию на уровне плюсневых костей или предплюсны	40
	f)	ампутацию на уровне таранной, пяточной костей (потеря стопы)	50
Примечания:			
1. Страховая выплата в связи с осложнениями травмы стопы, предусмотренными ст.105 (а, b, c), производится на основании заключения лечебного учреждением по истечении 6 месяцев после травмы, а по подпунктам "d", "e", "f" - независимо от срока, прошедшего со дня травмы.			
2. В том случае, если страховая выплата производится в связи с ампутацией стопы, дополнительная выплата за оперативные вмешательства, послеоперационные рубцы не производится.			
Раздел XXVI.			
Пальцы стопы			
106	Перелом, вывих фаланги (фаланг), полный разрыв сухожилия (сухожилий):		
	a)	одного пальца	3
	b)	двух-трех пальцев	5
	c)	четырёх-пяти пальцев	10
Примечания:			
1. Если в связи с переломом, вывихом или повреждением сухожилий пальца проводились оперативные вмешательства, не указанные в ст.118, дополнительно производится страховая выплата в размере 3% страховой суммы однократно.			
2. Страховая выплата в связи с повреждением сухожилий производится при условии непрерывного срока лечения не менее 21 дня, включающего иммобилизацию (гипсовой повязкой или ее аналогом) на срок не менее 15 дней и/или оперативное лечение.			
107	Травматическая ампутация или повреждение пальцев стопы, повлекшее за собой ампутацию:		
	первого пальца:		
	a)	на уровне ногтевой фаланги или межфалангового сустава	5
	b)	на уровне основной фаланги или плюсне-фалангового сустава	10
	второго, третьего, четвертого, пятого пальцев:		
	c)	одного-двух пальцев на уровне ногтевых или средних фаланг	5
	d)	одного-двух пальцев на уровне основных фаланг или плюсне-фаланговых суставов	10
	e)	трех-четырёх пальцев на уровне ногтевых или средних фаланг	15
	f)	трех-четырёх пальцев на уровне основных фаланг или плюсне-ногтевых суставов	20
Примечания:			
1. В том случае, если страховая выплата производится по ст.107, дополнительная выплата за оперативные вмешательства, послеоперационные рубцы не производится.			
2. Если в связи с травмой была произведена ампутация пальца с плюсневой костью или частью ее, дополнительно производится страховая выплата в размере 5% страховой суммы однократно.			
Раздел XXVII.			
108	Повреждение, повлекшее за собой:		
	a)	образование лигатурных свищей	3
	b)	лимфостаз, тромбофлебит, нарушения трофики	5
	c)	остеомиелит, в том числе гематогенный остеомиелит	10
Примечания:			
1. Страховая выплата по ст.108 производится на основании заключения лечебного учреждения по истечении 1 месяца после травмы.			
2. Нагноительные воспаления пальцев стоп не дают оснований для выплаты страховой суммы.			
109	Травматический шок, геморрагический, ожоговый шок, анафилактический шок, развившийся в связи с травмой		5
110	Случайное острое отравление, пищевые токсикоинфекции, асфиксия (удушьё), клещевой или послепрививочный энцефалит (энцефаломиелит), поражение электротоком (атмосферным электричеством), укусы ядовитых змей, ядовитых насекомых, столбняк, ботулизм (при отсутствии данных о поражении в результате указанных событий конкретных органов) при стационарном лечении длительностью:		
	a)	6 - 10 дней	5
	b)	11 - 20 дней	10

Статья	Пункт	Характер повреждения	Размер выплаты в % от страховой суммы
	с)	свыше 20 дней	15
	<u>Примечание:</u> Если в выписном эпикризе указано, что события, перечисленные в ст.110, повлекли за собой повреждение каких-либо органов, страховая выплата производится по соответствующим статьям. Ст.110 при этом не применяется.		
111	<u>Если какая-либо травма, происшедшая с Застрахованным в период действия договора страхования, не предусмотрена данной Таблицей, но потребовала стационарного и (или) амбулаторного непрерывного лечения в общей сложности не менее 10 дней, то производится разовое пособие в размере:</u>		
	а)	при непрерывном лечении от 10 до 15 дней включительно	2
	б)	при непрерывном лечении свыше 15 дней	3
	<u>Примечания:</u> 1. Ст. 111 не применяется, если в связи со страховым случаем будет назначена выплата по какой-либо статье/статьям данной Таблицы. 2. В том случае, если после осуществления выплаты по ст.111 возникнут основания для выплаты по иным статьям Таблицы, размер дополнительной выплаты уменьшается на размер ранее произведенной выплаты по ст.111. 3. Ст.111 не применяется, если срок непрерывного лечения не может быть установлен по предоставленным документам.		
Раздел XXVIII.			
Огнестрельные ранения			
112	<u>Раневая поверхность после касательных одиночных ранений (пулевые или осколочные) площадью:</u>		
	а)	площадью 8-10 кв. см.	10
	б)	более 10 кв. см.	15
	с)	лица	17
	<u>Примечание:</u> При множественных ранениях каждая последующая рана + 5%, но не более 25%.		
113	<u>Сквозные ранения без повреждения костей, сосудов, внутренних органов:</u>		
	а)	1 ранение	20
	б)	при множественных ранениях каждая последующая рана +10%, но не более 30%	
114	<u>Слепое ранение без повреждения костей, сосудов, внутренних органов:</u>		
	а)	1 ранение	25
	б)	при множественных ранениях каждая последующая рана +10%, но не более 40%	
115	<u>При инфицированных ранениях (по п.п. 112-114) дополнительно, однократно</u>		+10
116	<u>Огнестрельные проникающие ранения:</u>		
116.1	<u>Голова (1 ранение):</u>		
	а)	с повреждением мозговых оболочек	40
	б)	с повреждением головного мозга	50
	с)	при множественных ранениях	+15
116.2	<u>Шея (1 ранение):</u>		
	а)	с повреждением сосудов	60
	б)	с повреждением трахеи	50
	с)	каждое последующее ранение	+20
116.3	<u>Грудная клетка (1 ранение):</u>		
	а)	без повреждения легкого и плевры	20
	б)	с повреждением легкого	30
	с)	с повреждением крупных сосудов и/или сердца	50
	д)	с повреждением пищевода	50
	е)	с повреждением позвоночника	60
	ф)	с повреждением спинного мозга	80
	г)	с полным разрывом спинного мозга	100
	h)	множественные проникающие ранения	+15
	и)	при сопутствующем переломе 1-2 ребер	+5
	j)	при сопутствующем переломе 3-5 ребер	+10
116.4	<u>Брюшная полость (1 ранение):</u>		
	а)	без повреждения органов	30
	б)	с повреждением желудка и кишечника	45

Статья	Пункт	Характер повреждения	Размер выплаты в % от страховой суммы
	c)	с повреждением поджелудочной железы	50
	d)	с повреждением селезенки	40
	e)	с повреждением печени	50
	f)	с повреждением брюшной аорты	60
	g)	при ранении других органов	+20
116.5	Ранение одной почки		50
116.6	Ранение мочеточников, мочевого пузыря:		
	a)	ранение мочевого пузыря	45
	b)	ранение мочеточников	15
116.7	Открытые повреждения верхних конечностей:		
	a)	с повреждением ключицы	20
	b)	с повреждением костей плечевого пояса	30
	c)	с повреждением плеча	25
	d)	с повреждением сосудов или нервов на уровне плеча	35
	e)	с повреждением костей локтевого сустава	30
	f)	с повреждением сосудов или нервов на уровне локтевого сустава	30
	g)	с повреждением 1 кости предплечья	20
	h)	с повреждением 2 костей предплечья	30
	i)	с повреждением нервов или сосудов предплечья	25
	j)	с повреждением 1 кости кисти или запястья	15
	k)	с повреждением 2-4 костей кисти	25
	l)	с повреждением 5 костей кисти и более	35
	m)	с повреждением сосудов на уровне кисти	10
	n)	с повреждением 1-го и /или/ 2-го пальца /ев/	10
	o)	с повреждением других пальцев	5
	p)	каждое последующее ранение	+5
116.8	Открытые повреждения нижних конечностей:		
	a)	с повреждением головки или шейки бедренной кости	35
	b)	с повреждением бедренной кости	30
	c)	с повреждением сосудов или нервов на уровне бедра	35
	d)	с повреждением коленного сустава	35
	e)	с повреждением малой берцовой кости	10
	f)	с повреждением большой берцовой кости	30
	g)	с повреждением нервов или сосудов на уровне голени	40
	h)	с повреждением голеностопного сустава	30
	i)	с повреждением пяточной кости	35
	j)	с повреждением 1-2 костей предплюсны и плюсны	20
	k)	с повреждением 3-4 костей предплюсны и плюсны	25
	l)	с повреждением более 4-х костей	40
	m)	с повреждением первого пальца	15
	n)	с повреждением других пальцев	5
	o)	каждое последующее ранение с повреждением со стороны поврежденной конечности	+5
116.9	При аналогичных повреждениях двух конечностей страховая выплата удваивается.		
116.10	При огнестрельных ранениях органов зрения и слуха страховая выплата производится по основной таблице в зависимости от степени потери зрения или слуха с добавлением 15% от страховой выплаты.		
117	Несросшийся перелом, ложный сустав, остеомиелит, развившиеся после огнестрельного ранения.		+30
Раздел XXIX.			
118	Оперативное вмешательство:		
	Если в связи с полученной травмой проводились оперативные вмешательства, не указанные в соответствующих статьях таблицы, дополнительно однократно производится:		
	a)	при фиксации костей спицами, проволокой, штифтами, винтами, шурупами, стержнями, гвоздями, крючками, пластинами, кронштейнами, транспедикулярными системами, кольцами, скобами, мягким шовным материалом (лавсан, шелк и т.п.), цементом, аппаратом Иллизарова и другими аппаратами внешней фиксации, скелетное вытяжение	3
	b)	ушивание мышц, связок или сухожилий	3
	c)	методом скопии или центеза (артроскопия, лапароскопия,	5

Статья	Пункт	Характер повреждения	Размер выплаты в % от страховой суммы
		торакоскопия)	
	d)	за все остальные оперативные вмешательства соответственно процентам, указанным в пунктах таблицы	
	<i>Примечание:</i> <i>Закрытые и открытые репозиции не являются основанием для страховой выплаты.</i>		
119	Обморожения – см. Страховые выплаты при обморожениях.		

Страховая выплата, которая производится в связи с травмой органа, не должна превышать размера страховой выплаты, производимой при потере этого органа, а общая сумма выплат не должна превышать 100%.

**Страховые выплаты при ожогах
(в процентах от страховой суммы)**

Площадь ожога (% поверхности тела)	Степень ожога				
	I	II	IIIА	IIIБ	IV
от 0,5 до 5	-	-	10	13	15
свыше 5 до 10	-	10	15	17	20
свыше 10 до 20	5	15	20	25	35
свыше 20 до 30	7	20	25	45	55
свыше 30 до 40	10	25	30	70	75
свыше 40 до 50	20	30	40	85	90
свыше 50 до 60	25	35	50	95	95
свыше 60 до 70	30	45	60	100	100
свыше 70 до 80	40	55	70	100	100
свыше 80 до 90	60	70	80	100	100
более 90	80	90	95	100	100

1. При ожогах дыхательных путей -дополнительно 30% от размера страховой выплаты.
2. При ожогах головы и (или) шеи размер страховой выплаты увеличивается:
 - на 5% от размера страховой выплаты при площади ожога до 5% поверхности тела;
 - на 10% от размера страховой выплаты при площади ожога от 5 до 10% поверхности тела.
3. При ожогах промежности размер страховой выплаты увеличивается на 10% от размера страховой выплаты.
4. 1% поверхности тела пострадавшего равен площади ладонной поверхности его кисти и пальцев.

Таблица выплат при потере зрения

Примечания:

1. Решение о выплате страховой суммы в связи со снижением в результате травмы остроты зрения и другими последствиями принимается после окончания лечения, но не ранее 3 месяцев со дня травмы. По истечении этого срока Застрахованный направляется к врачу-окулисту для определения остроты зрения обоих глаз (с учетом коррекции) и других последствий перенесенного повреждения. В таких случаях предварительно может быть выплачена страховая сумма с учетом факта травмы по ст.14, 15а, 19.
2. Если сведения об остроте зрения поврежденного глаза до травмы отсутствуют, то условно следует считать, что она была такой же, как неповрежденного. Однако если острота зрения неповрежденного глаза окажется ниже, чем поврежденного, условно следует считать, что острота зрения поврежденного глаза равнялась 1,0.
3. Если в результате травмы были повреждены оба глаза и сведения об их зрении до травмы отсутствуют, следует условно считать, что острота зрения их составляла 1,0.
4. В том случае, если в связи с посттравматическим снижением остроты зрения был имплантирован искусственный хрусталик или применена корректирующая линза, страховая сумма выплачивается с учетом остроты зрения после операции, но не ранее, чем через 2 месяца.
5. При сморщивании в результате травмы глазного яблока, обладавшего до повреждения зрением, дополнительно выплачивается 10% страховой суммы.

Острота зрения		Размер выплаты в % от страховой суммы
до травмы	после травмы	
1,0	0,9	3
	0,8	5
	0,7	5
	0,6	10
	0,5	10
	0,4	10
	0,3	15
	0,2	20
	0,1	30
	ниже 0,1	40
	0,0	50
0,9	0,8	3
	0,7	5
	0,6	5
	0,5	10
	0,4	10
	0,3	15
	0,2	20
	0,1	30
	ниже 0,1	40
	0,0	50
0,8	0,7	3
	0,6	5
	0,5	10
	0,4	10
	0,3	15
	0,2	20
	0,1	30
	ниже 0,1	40
	0,0	50
0,7	0,6	3
	0,5	5
	0,4	10
	0,3	10
	0,2	15
	0,1	20
	ниже 0,1	30
	0,0	40
0,6	0,5	5
	0,4	5
	0,3	10
	0,2	10
	0,1	15
	ниже 0,1	20
	0,0	25

Острота зрения		Размер выплаты в % от страховой суммы
до травмы	после травмы	
0,5	0,4	5
	0,3	5
	0,2	10
	0,1	10
	ниже 0,1	15
	0,0	20
0,4	0,3	5
	0,2	5
	0,1	10
	ниже 0,1	15
	0,0	20
0,3	0,2	5
	0,1	5
	ниже 0,1	10
	0,0	20
0,2	0,1	5
	ниже 0,1	10
	0,0	20
0,1	ниже 0,1	10
	0,0	20
ниже 0,1		
	0,0	20

Страховые выплаты при обморожениях (в процентах от страховой суммы)

Уровень обморожения		Степень обморожения			
		I	II	III	IV
1. Одной ушной раковины		3	10	20	30
2. Двух ушных раковин		7	25	45	65
3. Носа		3	10	20	35
4. Щек		3	10	20	30
5. Первого пальца кисти на уровне:	а) ногтевой фаланги	1	2	3	5
	б) межфалангового сустава и основной фаланги	2	3	5	10
	в) пястно-фалангового сустава	3	5	7	15
	г) пястной кости	4	7	10	20
6. Второго (указательного) пальца кисти на уровне:	а) ногтевой фаланги	1	2	3	5
	б) дистального межфалангового сустава и основной фаланги	2	3	5	7
	в) проксимального межфалангового сустава и основной фаланги	3	5	7	10
	г) пястно-фалангового сустава	4	7	10	13
7. Третьего, четвертого, пятого пальцев кисти на уровне:	а) ногтевой фаланги, средней фаланги, проксимального межфалангового сустава	1	2	3	5
	б) основной фаланги, пястной кости	2	3	5	10
8. Кисти на уровне лучезапястного сустава и выше:	а) правая кисть	10	20	35	65
	б) левая кисть	5	15	25	55
9. Первого пальца стопы на уровне:	а) ногтевой фаланги	1	2	3	5
	б) основной фаланги	2	3	6	10
	в) плюсневой кости	3	6	10	14
10. Второго, третьего, четвертого, пятого пальцев стопы на уровне:	а) ногтевая или средняя фаланга	1	2	3	4
	б) основной фаланги	2	3	4	6
	в) плюсневой кости	3	5	7	9
11. Стопы на уровне:	а) предплюсневой, таранной, пяточной кости	10	20	30	50
	б) голеностопного сустава и выше	15	25	35	55

Примечания:

1. При обморожении IV степени пальцев левой кисти размер страховой выплаты уменьшается:

- при обморожении первого пальца - на 5 %
- при обморожении второго пальца - на 2 %
- при обморожении третьего, четвертого, пятого пальцев - на 1 %.

2. При обморожении нескольких пальцев либо обеих кистей или стоп размер страховой выплаты суммируется (но не более 100 % страховой суммы).

3. Если в связи с обморожением будет произведена ампутация, указанная в соответствующей статье таблицы, то выплата по обморожению не производится.

ТАБЛИЦА №2 **размеров страховых выплат в связи с несчастным случаем**

ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ

Параграф 1. В случае получения Застрахованным нескольких повреждений или увечий, перечисленных в разных разделах «Таблицы», общий размер страховой выплаты рассчитывается путем суммирования размеров выплаты по разным разделам. Страховая выплата, которая производится в связи с травмой органа, не должна превышать размера страховой выплаты, производимой при потере этого органа, а общая сумма выплат не должна превышать 100%.

Параграф 2. В случае получения Застрахованным нескольких повреждений или увечий, перечисленных в разных статьях одного раздела «Таблицы», размер страховой выплаты по одной статье рассчитывается независимо от размера страховой выплаты по другим статьям.

Параграф 3. В случае получения Застрахованным повреждений или увечий (в т.ч. одной конечности) по нескольким пунктам, перечисленным в одной статье «Таблицы», страховая выплата производится только по пункту, учитывающему наиболее тяжелое повреждение (больший процент выплаты). В случае проведения Застрахованному нескольких операций, обусловленных полученной травмой или увечьем, указанных в одной статье, выплата осуществляется за операцию, предусматривающую наибольший процент выплаты.

Параграф 4. В случае получения Застрахованным нескольких повреждений или увечий (в т.ч. одной конечности), перечисленных в одном пункте статьи «Таблицы», страховая выплата производится по этому пункту однократно.

Параграф 5. В случае получения Застрахованным повреждений или увечий разных конечностей страховая выплата рассчитывается отдельно по каждой поврежденной конечности с соблюдением требований Параграфов 3 и 4.

Параграф 6. Если в связи с полученной травмой проводились оперативные вмешательства, страховая выплата производится однократно в соответствии с «Таблицей» и с соблюдением требований Параграфа 3.

Параграф 7. Не производится дополнительная страховая выплата за следующие оперативные вмешательства:

- первичная хирургическая обработка (ушивание краев раны, иссечение некротических участков);
- удаление инородных тел, шовного материала;
- повторные плановые оперативные вмешательства, связанные с удалением ранее установленных фиксирующих пластин, штифтов, шурупов, дренажей.

Параграф 8. 1% поверхности тела исследуемого человека равен площади ладонной поверхности его кисти и пальцев. Эта площадь определяется в квадратных сантиметрах путем умножения длины кисти, измеряемой от лучезапястного сустава до верхушки ногтевой фаланги III-го пальца, на ее ширину, измеряемую на уровне головок II-V-х пястных костей (без учета I-го пальца).

Параграф 9. Если в столбце «Размер выплаты в % от страховой суммы» размер выплаты имеет знак «+», выплата производится дополнительно и однократно.

Параграф 10. При переломах и вывихах (подвывихах) костей, разрывах сочленений (включая синдесмозы) обязательным условием применения соответствующих статей «Таблицы» является рентгенологическое подтверждение указанных повреждений.

Параграф 11. Страховая выплата в связи с вывихом кости, вправленным медицинским работником без предварительной рентгенографии, может быть произведена только в исключительных случаях - при наличии подтверждающего это медицинского документа, указывающего на причины, по которым не могло быть произведено рентгеновское исследование, содержащего описание объективных симптомов, характерных для конкретного вида вывиха, и методики, применявшейся при его вправлении.

Параграф 12. Повторные переломы (рефрактуры) одной и той же кости, наступившие в результате травмы, полученной в период действия договора страхования, дают основание для страховой выплаты только в том случае, если по представленным рентгенограммам будут установлены: 1) сращение отломков кости по окончании лечения предыдущей травмы, 2) наличие новой линии (линий) перелома кости на рентгенограммах, сделанных после повторной травмы.

Параграф 13. «Таблица» не применяется и выплаты в соответствии с ней не производятся в тех случаях, когда факт получения того или иного повреждения в период действия договора страхования установлен только на основании сообщений и жалоб заинтересованных в выплатах лиц, даже если подобные сообщения и жалобы зафиксированы письменно, в т.ч. в медицинских документах.

Параграф 14. При определении размера страховой выплаты с учетом срока непрерывного лечения, когда это предусмотрено соответствующей статьей «Таблицы», учитывается только назначенное медицинским работником (имеющим на это право) лечение, длительность которого соответствует (по данным медицинской науки) характеру повреждения, полученного Застрахованным - с периодическим (не реже одного раза в 10 дней) контролем эффективности лечения (при назначении на прием или посещении медицинским работником).

Параграф 15. Если «Таблицей» предусмотрены отложенные страховые выплаты (при условии, что по истечении указанного в соответствующей статье времени у Застрахованного будут отмечены определенные последствия повреждения), то они производятся в том случае, если время, указанное в конкретной статье, истекает в период, на который, в соответствии с договором страхования, распространяется ответственность Страховщика.

Статья	Пункт	Характер повреждения	Размер выплаты в % от страховой суммы
Раздел I.			
Кости черепа, нервная система			
1	Перелом костей черепа:		
	a)	наружной пластинки костей свода	5
	b)	свода	15
	c)	основания	20
	d)	свода и основания	25
2	Внутричерепные травматические гематомы:		
	a)	эпидуральная	10
	b)	субдуральная, внутримозговая	15
	c)	эпидуральная и субдуральная (внутримозговая)	20
3	Повреждения головного мозга:		
	a)	сотрясение головного мозга при сроке непрерывного стационарного и/или амбулаторного лечения 14 и более дней	5
	b)	ушиб головного мозга (в т.ч. с субарахноидальным кровоизлиянием), субарахноидальное кровоизлияние при сроке непрерывного стационарного лечения не менее 14 дней в сочетании с амбулаторным лечением не менее 14 дней	10
	c)	неудаленные инородные тела полости черепа (за исключением шовного и пластического материала)	15
	d)	размножение вещества головного мозга (без указания симптоматики)	50
	Примечания: 1. Если в связи с черепно-мозговой травмой проводились оперативные вмешательства на костях черепа, головном мозге и его оболочках, дополнительно производится страховая выплата в размере 10% страховой суммы. 2. Субарахноидальное кровоизлияние должно быть подтверждено анализом ликвора и компьютерной томографией. 3. Ушиб и сотрясение головного мозга должны быть подтверждены результатами инструментальных исследований: компьютерной томографией и/или магнитно-резонансной томографией, электроэнцефалограммой, и подробным клиническим описанием неврологического статуса.		
	Повреждение нервной системы (травматическое, токсическое (в результате отравления), гипоксическое (в результате удушья)), повлекшее за собой:		
	a)	арахноидит, энцефалит, арахноэнцефалит	10
	b)	эпилепсию	15
	c)	верхний или нижний монопарез (парез одной верхней или нижней конечности)	30
	d)	геми- или парапарез (парез обеих верхних или обеих нижних конечностей, парез правых или левых конечностей), амнезию (потерю памяти)	40
	e)	моноплегию (паралич одной конечности)	60
	f)	тетрапарез (парез верхних и нижних конечностей), нарушение координации движений, слабоумие (деменцию)	70
	g)	геми-, пара- или тетраплегию, афазию (потерю речи), декортикацию, нарушение функции тазовых органов	100
	Примечание: Страховая выплата по ст.4 производится на основании заключения лечебного учреждения не ранее 3 месяцев со дня травмы.		
5	Периферическое повреждение одного или нескольких черепно-мозговых нервов		10
	Примечание: Если повреждение черепно-мозговых нервов наступило при переломе основания черепа, страховая выплата производится по ст.1; ст.5 при этом не применяется.		
6	Повреждение спинного мозга на любом уровне, конского хвоста:		
	a)	сотрясение спинного мозга при непрерывном стационарном лечении сроком не менее 7 дней, и непрерывном амбулаторном лечении общей продолжительностью не менее 14 дней	5
	b)	ушиб спинного мозга при непрерывном лечении общей продолжительностью не менее 28 дней амбулаторного лечения в сочетании со стационарным лечением, длительность которого	10

Статья	Пункт	Характер повреждения	Размер выплаты в % от страховой суммы
		составила не менее 14 дней	
	с)	сдавление, гематомии	30
	д)	частичный разрыв	50
	е)	полный перерыв спинного мозга	100
Примечания: 1. Если в связи с травмой позвоночника и спинного мозга проводились оперативные вмешательства, не указанные в ст.114, дополнительно производится страховая выплата в размере 10% страховой суммы однократно. 2. Повреждения спинного мозга, наступившие без внешнего воздействия – травмы, например, явившихся следствием подъема тяжестей, не являются основанием для страховой выплаты.			
7	Травматические невриты на одной конечности (за исключением невритов пальцевых нервов)		5
Примечание: Невралгии, возникшие в связи с травмой, не дают основания для выплаты страховой суммы.			
8	Повреждение (перерыв, ранение) шейного, плечевого, поясничного, крестцового сплетений:		
	а)	травматический плексит	10
	б)	частичный разрыв сплетения	40
	с)	полный разрыв (перерыв) сплетения	60
Примечание: Статьи 7 и 8 одновременно не применяются.			
9	Перерыв нервов:		
	а)	ветвей лучевого, локтевого, срединного (пальцевых нервов) на кисти	5
	б)	одного: лучевого, локтевого или срединного на уровне лучезапястного сустава и предплечья; малоберцового или большеберцового	10
	с)	двух и более: лучевого, локтевого, срединного на уровне лучезапястного сустава и предплечья; малоберцового и большеберцового нервов	20
	д)	одного: подмышечного, лучевого, локтевого, срединного - на уровне локтевого сустава и плеча, седалищного или бедренного	25
	е)	двух и более: подмышечного, лучевого, локтевого, срединного - на уровне локтевого сустава и плеча, седалищного и бедренного	40
Примечание: Повреждение нервов на уровне стопы, пальцев стопы и кисти не дает оснований для страховой выплаты.			
Раздел II.			
Органы зрения			
10	Паралич аккомодации одного глаза		15
11	Травматическое косоглазие, птоз, диплопия в результате повреждение мышц глазного яблока (по истечении 3-х месяцев после травмы)		15
12	Сужение поля зрения одного глаза:		
	а)	неконцентрическое	10
	б)	концентрическое	15
13	Пульсирующий экзофтальм одного глаза		20
14	Повреждение глаза, не повлекшее за собой снижения остроты зрения:		
	а)	непроникающее ранение глазного яблока, гифема	3
	б)	проникающее (в полость глазного яблока) ранение, контузия с разрывом оболочек, ожоги II, III степени, гемофтальм	5

Статья	Пункт	Характер повреждения	Размер выплаты в % от страховой суммы
	Примечания: 1. Ожоги глаза без указания степени, а также ожоги глаза I степени, не повлекшие за собой патологических изменений, не дают оснований для страховой выплаты. 2. В том случае, если повреждения, перечисленные в ст.14, повлекут за собой снижение остроты зрения, страховая выплата производится в соответствии со ст.20. Статья 14 при этом не применяется. Если же в связи с повреждением глазного яблока производилась страховая выплата по ст.14, а в дальнейшем травма осложнилась снижением остроты зрения и это дает основание для страховой выплаты в большем размере, дополнительная страховая выплата уменьшается на размер выплаты по ст.14. 3. Поверхностные инородные тела на оболочках глаза не дают оснований для выплаты страховой суммы.		
15		Повреждение слезопроводящих путей одного глаза , повлекшее за собой нарушение функции слезопроводящих путей	10
16	Последствия травмы глаза:		
	a)	иридоциклит, хориоретинит	5
	b)	дефект радужной оболочки, смещение хрусталика, изменение формы зрачка, трихиаз (неправильный рост ресниц), заворот века, неудаленные (по медицинским показаниям) инородные тела в глазном яблоке и тканях глазницы, рубцы оболочек глазного яблока и век (за исключением кожи)	10
	Примечания: 1. Если в связи с повреждениями глаза, перечисленными в ст. 14, 15, 16 проводились оперативные вмешательства, дополнительно производится страховая выплата в размере 10% страховой суммы. 2. В том случае, если офтальмолог не ранее, чем через 3 месяца после травмы глаза, установит, что имеются патологические изменения, перечисленные в ст. 10,11,12,13,15,16, в сочетании со снижением остроты зрения, страховая выплата производится с учетом всех последствий путем суммирования, но не более 50% за один глаз.		
17		Повреждение глаза (глаз), повлекшее за собой полную потерю зрения единственного глаза или обоих глаз, обладавших зрением не ниже 0,1	100
18		Удаление в результате травмы глазного яблока слепого (на момент удаления) глаза (при условии, что не применялось прим.1 к ст.20)	10
19		Перелом орбиты (глазницы) вне зависимости от количества поврежденных костей	10
20		Снижение остроты зрения в результате полученной травмы (см. Таблицу выплат при потере зрения)	
Раздел III.			
Органы слуха			
21	Повреждение ушной раковины, повлекшее за собой:		
	a)	отсутствие до 1/3 части ушной раковины	5
	b)	отсутствие 1/3 - 1/2 части ушной раковины	10
	c)	отсутствие более 1/2 части ушной раковины	20
	Примечание: Решение о страховой выплате по ст.21a), b), c) принимается на основании данных освидетельствования, проведенного после окончания лечения. Если страховая выплата выплачена по ст.21, ст.56 не применяется.		
22	Повреждение одного уха, повлекшее за собой снижение слуха:		
	a)	шепотная речь на расстоянии от 1 до 3 м	5
	b)	шепотная речь - до 1 м	15
	c)	полная глухота (разговорная речь - 0)	25
	Примечание: Решение о страховой выплате в связи со снижением в результате травмы слуха принимается после окончания лечения, но не ранее 3 месяцев со дня травмы. По истечении этого срока Застрахованный направляется к оториноларингологу для определения последствий перенесенного повреждения. В таких случаях предварительно может быть произведена страховая выплата с учетом факта травмы по ст.23 (если имеются основания).		
23		Разрыв одной барабанной перепонки, наступивший в результате травмы, и не повлекший за собой снижения слуха	1

Статья	Пункт	Характер повреждения	Размер выплаты в % от страховой суммы
	<i>Примечания:</i> 1. Если в результате травмы произошел разрыв барабанной перепонки и наступило снижение слуха, страховая выплата определяется по ст.22. Статья 23 при этом не применяется. 2. Если разрыв барабанной перепонки произошел в результате перелома основания черепа (средняя черепная ямка), ст.23 не применяется.		
Раздел IV.			
Дыхательная система			
24	Перелом костей носа (в т.ч. с вывихом и/или переломом хряща), передней стенки лобной, гайморовой пазухи, решетчатой кости		3
25	Повреждение легкого, подкожная эмфизема, гемоторакс, пневмоторакс, пневмония, экссудативный плеврит, инородное тело (тела) грудной полости:		
	a)	с одной стороны	5
	b)	с двух сторон	10
26	Повреждение грудной клетки и ее органов, повлекшее за собой:		
	a)	легочную недостаточность (по истечении 3 месяцев со дня травмы)	10
	b)	удаление доли, части легкого	40
	c)	удаление одного легкого	60
27	Перелом грудины		5
28	Перелом каждого ребра		1
	<i>Примечания:</i> 1. При переломе ребер во время реанимационных мероприятий страховая выплата производится на общих основаниях. 2. Перелом хрящевой части ребра дает основание для выплаты страховой суммы. 3. Страховая выплата по данной статье не может превышать 15% от страховой суммы.		
29	Проникающее ранение грудной клетки, торакотомия, произведенная в связи с травмой:		
	a)	проникающее ранение без повреждения органов грудной полости, не потребовавшее проведения торакотомии	5
	b)	торакотомия при отсутствии повреждения органов грудной полости	10
	c)	торакотомия при повреждении органов грудной полости	15
	d)	повторные торакотомии (независимо от их количества)	10
	<i>Примечание:</i> Если в связи с повреждением грудной клетки и ее органов было произведено удаление легкого или его части, страховая выплата производится в соответствии со ст.26; ст.29 при этом не применяется; ст.29 и 25 одновременно не применяются.		
30	Повреждение гортани, трахеи, щитовидного хряща, перелом подъязычной кости, ожог верхних дыхательных путей, не повлекшие за собой нарушения функции, при непрерывном лечении более 7 дней		5
	<i>Примечание:</i> Если в связи с травмой проводилась бронхоскопия, трахеостомия (трахеотомия), дополнительно производится страховая выплата в размере 5% страховой суммы.		
31	Повреждение гортани, трахеи, подъязычной кости, щитовидного хряща, трахеостомия, произведенная в связи с травмой, повлекшие за собой:		
	a)	потерю голоса, ношение трахеостомической трубки в течение не менее 3 месяцев после травмы	10
	b)	потерю голоса, ношение трахеостомической трубки в течение не менее 6 месяцев после травмы	20
	<i>Примечание:</i> Страховая выплата по ст.31 производится дополнительно к страховой выплате по ст.30 на основании дополнительного заключения врача специалиста не ранее, чем через 3 месяцев после полученной травмы. Выплата производится однократно.		
Раздел V.			
Сердечно-сосудистая система			
32	Повреждение сердца, его оболочек и крупных магистральных сосудов, не повлекшее за собой сердечно-сосудистую недостаточность		5

Статья	Пункт	Характер повреждения	Размер выплаты в % от страховой суммы
	Примечание: Если проводилось только консервативное лечение, то диагноз должен быть подтвержден данными электрокардиографии или ангиографии.		
33	Повреждение сердца, его оболочек и крупных магистральных сосудов, повлекшее за собой сердечно-сосудистую недостаточность:		
	a)	I степени	10
	b)	II степени	20
	c)	III степени	25
	Примечания: 1. Если в медицинском заключении не указана степень сердечно-сосудистой недостаточности, размер выплаты составляет 5%. 2. Страховая выплата по ст.33 производится дополнительно, если указанные осложнения будут установлены по истечении 3 месяцев после травмы врачом специалистом. 3. Если проводилось только консервативное лечение, то диагноз должен быть подтвержден данными электрокардиографии и/или ангиографии, и/или эхо-кардиографии.		
34	Повреждение крупных периферических сосудов (не повлекшее за собой нарушения кровообращения) на уровне:		
	a)	плеча, бедра	10
	b)	предплечья, голени	5
35	Повреждение крупных периферических сосудов, повлекшее за собой сосудистую недостаточность		20
	Примечания: 1. К крупным магистральным сосудам следует относить: аорту, легочную, безымянную, сонные артерии, внутренние яремные вены, верхнюю и нижнюю полые вены, воротную вену, а также магистральные сосуды, обеспечивающие кровообращение внутренних органов. К крупным периферическим сосудам следует относить: подключичные, подмышечные, плечевые, локтевые и лучевые артерии, подвздошные, бедренные, подколенные, передние и задние большеберцовые артерии; плечеголовые, подключичные, подмышечные, бедренные и подколенные вены. 2. Если Застрахованный в своем заявлении указал, что травма повлекла за собой нарушение функции сердечно-сосудистой системы, то должно быть предоставлено заключение врача специалиста с данными диагностических исследований. 3. Страховая выплата по ст.35 производится дополнительно, если указанные осложнения будут установлены по истечении 3 месяцев после травмы врачом специалистом. 4. Если в связи с повреждением крупных сосудов проводились операции с целью восстановления сосудистого русла, дополнительно производится страховая выплата в размере 5% страховой суммы.		
Раздел VI.			
Органы пищеварения			
36	Перелом верхней челюсти, скуловой кости или нижней челюсти, вывих челюсти:		
	a)	перелом одной кости, вывих челюсти	5
	b)	перелом двух и более костей или двойной перелом одной кости	10
	Примечания: 1. При переломе челюсти, случайно наступившем во время стоматологических манипуляций, страховая выплата производится на общих основаниях. 2. Перелом альвеолярного отростка, наступивший при потере зубов, не дает оснований для выплаты страховой суммы. 3. Если в связи с травмой челюстей, скуловых костей проводились оперативные вмешательства, не указанные в ст.114, дополнительно производится страховая выплата в размере 5% страховой суммы однократно. 4. К двойным переломам не относятся оскольчатые переломы (независимо от числа осколков).		
37	Привычный вывих челюсти		10
	Примечание: Выплата по ст.37 производится, если первичный вывих произошел в период действия договора страхования. Выплата производится однократно за один случай привычного вывиха, при условии, что привычный вывих произошел не ранее, чем через 6 месяцев с момента первичного вывиха. При последующих случаях привычного вывиха страховая выплата не производится.		
38	Повреждение челюсти, повлекшее за собой отсутствие:		
	a)	части челюсти (за исключением альвеолярного отростка)	40

Статья	Пункт	Характер повреждения	Размер выплаты в % от страховой суммы
	b)	челюсти	80
	Примечания: 1. При выплате страховой суммы в связи с отсутствием челюсти или ее части учтена и потеря зубов, независимо от их количества. 2. При выплате страховой суммы по ст.38 дополнительная выплата страховой суммы за оперативные вмешательства не производится.		
39		Повреждение языка, полости рта (ранение, ожог, отморожение), повлекшее за собой образование рубцов (независимо от их размера)	3
40		Повреждение языка, повлекшее за собой:	
	a)	отсутствие кончика языка	10
	b)	отсутствие дистальной трети языка	15
	c)	отсутствие языка на уровне средней трети	30
	d)	отсутствие языка на уровне корня или полное отсутствие языка	60
41		Повреждение (ранение, разрыв, ожог) глотки, пищевода, желудка, кишечника, а также эзофагогастростомии, произведенная в связи с этими повреждениями или с целью удаления инородных тел пищевода, желудка, не повлекшее за собой функциональных нарушений	5
42		Повреждение (ранение, разрыв, ожог) пищевода, вызвавшее:	
	a)	сужение пищевода	35
	b)	непроходимость пищевода (при наличии гастростомы), а также состояние после пластики пищевода	95
	Примечание: Размер страховой выплаты по ст.42 определяется не ранее, чем через 6 месяцев со дня травмы на основании заключения врача специалиста.		
43		Повреждение (разрыв, ожог, ранение) органов пищеварения, случайное острое отравление, повлекшее за собой:	
	a)	рубцовое сужение (деформацию) желудка, кишечника, заднепроходного отверстия	15
	b)	спаечную болезнь, состояние после операции по поводу спаечной непроходимости	25
	c)	кишечный свищ, кишечечно-влагалищный свищ, свищ поджелудочной железы	50
	d)	противоестественный задний проход (колостома)	100
	Примечания: 1. При осложнениях травмы, предусмотренных в пунктах a), b) страховая выплата производится при условии, что эти осложнения имеются по истечении 3 месяцев после травмы, а предусмотренные в пунктах c) и d) - по истечении 6 месяцев после травмы. Указанные осложнения травмы признаются только в том случае, если они подтверждены справкой лечебно-профилактического учреждения. 2. Если до травмы проводились операции на органах пищеварения, то пункт b) не применяется.		
44		Грыжа, образовавшаяся на месте повреждения передней брюшной стенки, диафрагмы или в области послеоперационного рубца, если операция проводилась в связи с травмой	10
	Примечание: Грыжи живота (пупочные, белой линии, паховые и пахово-мошоночные), возникшие в результате поднятия тяжести, не дают оснований для страховой выплаты.		
45		Повреждение печени в результате травмы или случайного острого отравления, повлекшее за собой:	
	a)	подкапсульный разрыв печени, не потребовавший оперативного вмешательства, гепатит, сывороточный гепатит, развившийся непосредственно в связи с травмой, гепатоз	5
	b)	печеночную недостаточность	10
	Примечание: При наличии вирусного или токсического поражения печени до наступления несчастного случая, размер выплаты по травме печени составит 50% от размера, указанного в ст.45.		
46		Повреждение печени, желчного пузыря, повлекшие за собой:	
	a)	ушивание разрывов печени или удаление желчного пузыря	15

Статья	Пункт	Характер повреждения	Размер выплаты в % от страховой суммы
	b)	ушивание разрывов печени и удаление желчного пузыря	20
	c)	удаление части печени	25
	d)	удаление части печени и желчного пузыря	35
	Примечание: При наличии вирусного или токсического поражения печени до наступления несчастного случая, размер выплаты по травме печени составит 50% от размера, указанного в ст.46.		
47	Повреждение селезенки, повлекшее за собой:		
	a)	подкапсульный разрыв селезенки, не потребовавший оперативного вмешательства	5
	b)	удаление селезенки	30
48	Повреждение желудка, поджелудочной железы, кишечника, брыжейки, повлекшее за собой:		
	a)	образование ложной кисты поджелудочной железы	20
	b)	резекцию желудка, кишечника, поджелудочной железы	30
	c)	удаление желудка	60
49	Повреждение органов живота, в связи с которым произведены:		
	a)	лапаротомия при подозрении на повреждение органов живота	10
	b)	лапаротомия при повреждении органов живота	15
	c)	повторные лапаротомии (независимо от их количества)	10
	Примечание: Если в связи с травмой органов живота имеются основания для выплаты страховой суммы по ст.45-48, ст.49 (кроме пункта c)) не применяется.		
Раздел VII.			
Мочевыделительная и половая системы			
50	Повреждение почки, повлекшее за собой:		
	a)	ушиб почки, подкапсульный разрыв почки, не потребовавший оперативного вмешательства, разрыв чашечно-лоханочного аппарата	5
	b)	удаление части почки	30
	c)	удаление почки	60
51	Повреждение органов мочевыделительной системы (почек, мочеточников, мочевого пузыря, мочеиспускательного канала), повлекшее за собой:		
	b)	острую почечную недостаточность	10
	c)	уменьшение объема мочевого пузыря	15
	d)	сужение мочеточника, мочеиспускательного канала	25
	e)	синдром длительного раздавливания (травматический токсикоз, краш-синдром, синдром разможджения), хроническую почечную недостаточность	30
	f)	непроходимость мочеточника, мочеиспускательного канала, мочеполовые свищи	40
	Примечание: Страховая выплата по ст.51 производится не ранее 3 месяцев с момента получения травмы на основании заключения врача специалиста.		
52	Оперативные вмешательства, произведенные в связи с травмой органов мочевыделительной системы:		
	a)	цистостомия/пиелостомия	5
	b)	лапаротомия при подозрении на повреждение органов	10
	c)	лапаротомия при повреждении органов	15
	d)	повторные лапаротомии, произведенные в связи с травмой (независимо от их количества)	10
	Примечание: Если в связи с травмой было произведено удаление почки или ее части, страховая выплата производится по ст.50b), c); ст.52 при этом не применяется.		
53	Повреждение органов половой или мочевыделительной системы:		
	a)	ранение, разрыв, ожог, отморожение	5
	b)	изнасилование	50
54	Повреждение половой системы, повлекшее за собой:		
	a)	удаление одного яичника, маточной трубы, яичка	15
	b)	удаление обоих яичников, обеих маточных труб, яичек, части полового члена	30

Статья	Пункт	Характер повреждения	Размер выплаты в % от страховой суммы
	c)	потерю матки у женщин в возрасте до 40 лет	50
	d)	потерю матки у женщин в возрасте с 40 до 50 лет	30
	e)	потерю матки у женщин в возрасте 50 лет и старше	15
	f)	потерю полового члена и обоих яичек	100
55	Внематочная беременность, патологические роды, повлекшие за собой:		
	a)	удаление единственной маточной трубы, единственного яичника	15
	b)	удаление обеих маточных труб, обоих яичников	30
	c)	потерю матки (в том числе с придатками) в возрасте до 40 лет	50
	d)	потерю матки (в том числе с придатками) в возрасте с 40 до 50 лет	30
	e)	потерю матки (в том числе с придатками) в возрасте 50 лет и старше	15
	<i>Примечание: В тех случаях, когда во время операции по поводу внематочной беременности одновременно с беременной трубой удаляется (перевязывается) и вторая маточная труба в связи с ее заболеванием или с целью стерилизации, страховая выплата производится по ст.55а).</i>		
Раздел VIII.			
Мягкие ткани			
56	Повреждение мягких тканей лица, передне-боковой поверхности шеи, подчелюстной области, ушных раковин, повлекшее за собой после заживления:		
	a)	образование рубцов площадью более 1,0 кв.см. до 10,0 кв.см. включительно	5
	b)	образование рубцов площадью более 10,0 кв.см. до 20,0 кв.см. включительно	10
	c)	образование рубцов площадью более 20,0 кв.см. до 30,0 кв.см. включительно	15
	d)	образование рубцов площадью более 30,0 кв.см. до 40,0 кв.см. включительно	20
	e)	образование рубцов площадью более 40,0 кв.см. до 50,0 кв.см. включительно	25
	f)	образование рубцов площадью более 50,0 кв.см. до 60,0 кв.см. включительно	30
	g)	образование рубцов площадью более 60,0 кв.см. до 70,0 кв.см. включительно	35
	h)	образование рубцов площадью более 70,0 кв.см. до 80,0 кв.см. включительно	40
	i)	образование рубцов площадью более 80,0 кв.см. до 90,0 кв.см. включительно	45
	j)	образование рубцов площадью более 90,0 кв.см. до 110,0 кв.см. включительно	50
	k)	образование рубцов площадью более 110,0 кв.см. до 120,0 кв.см. включительно	55
	l)	образование рубцов площадью более 120,0 кв.см. до 130,0 кв.см. включительно	60
	m)	образование рубцов площадью более 130,0 кв.см. до 140,0 кв.см. включительно	65
	n)	образование рубцов площадью более 140,0 кв.см.	70
<i>Примечание: Послеоперационные рубцы не дают основания для страховой выплаты, за исключением случаев оперативного вмешательства в связи с полученной травмой лица и (или) шеи.</i>			
57	Повреждение мягких тканей волосистой части головы, туловища, конечностей, повлекшее за собой после заживления образование рубцов площадью:		
	a)	площадью от 5,0 см² или длиной 7 см и более	5

Статья	Пункт	Характер повреждения	Размер выплаты в % от страховой суммы
	<i>Примечания:</i> 1. При определении площади рубцов следует учитывать и рубцы, образовавшиеся на месте взятия кожного трансплантата для замещения дефекта пораженного участка кожи. 2. Если страховая выплата производится за оперативное вмешательство (при открытых повреждениях, при пластике сухожилий, сшивании сосудов, нервов и др.), ст.57 не применяется. 3. Решение о выплате страховой суммы по ст.56, 57 принимается с учетом данных освидетельствования, проведенного после заживления раневых поверхностей, но не ранее 1 месяца после травмы. 4. Общая сумма выплат по ст.56, 57 не должна превышать 70%.		
58	Ожоги – см. Страховые выплаты при ожогах (см. Таблицу страховых выплат при ожогах)		
59	Повреждение мягких тканей:		
	a)	мышечная грыжа, посттравматический периостит, нерассосавшаяся гематома площадью не менее 2 см ² , разрыв мышц	3
	b)	разрыв связок (за исключением связок коленного сустава), сухожилий (за исключением полного разрыва сухожилий разгибателей/сгибателей пальцев кисти, полного разрыва сухожилий пальцев стопы, разрыва ахиллова сухожилия) при непрерывном консервативном лечении свыше 15 дней	3
	c)	разрыв связок (за исключением связок коленного сустава), сухожилий (за исключением полного разрыва сухожилий разгибателей/сгибателей пальцев кисти, полного разрыва сухожилий пальцев стопы, разрыва ахиллова сухожилия) при оперативном лечении, взятие ауто трансплантата из другого отдела опорно-двигательного аппарата	5
	<i>Примечания:</i> 1. Страховая выплата в связи с нерассосавшейся гематомой, мышечной грыжей или посттравматическим периоститом производится в том случае, если эти осложнения травмы имеются по истечении 1 месяца со дня травмы. 2. Страховая выплата в связи с разрывом мышц или сухожилий производится при условии непрерывного срока лечения не менее 14 дней и иммобилизации (гипсовой повязкой или ее аналогом) на срок не менее 10 дней. 3. Если в связи с разрывом мышц, связок, сухожилий проводилось оперативное лечение, страховая выплата производится по ст. 59. Дополнительная страховая выплата в связи с оперативными вмешательствами, указанными в ст.114, не производится.		
Раздел IX.			
Позвоночник			
60	Перелом, переломо-вывих или вывих тел, дужек и суставных отростков позвонков (за исключением крестца и копчика):		
	a)	одного-двух	20
	b)	трех-пяти	30
	c)	шести и более	40
61	Разрыв межпозвонковых связок (при сроке непрерывного лечения не менее 14 дней), подвывих позвонков (за исключением копчика)		5
	<i>Примечание:</i> При рецидивах подвывиха позвонка страховая выплата не производится.		
62	Перелом каждого поперечного или остистого отростка		3
63	Перелом крестца		10
64	Повреждения копчика:		
	a)	подвывих копчиковых позвонков	1
	b)	вывих копчиковых позвонков	3
	c)	перелом копчиковых позвонков	5
	<i>Примечания:</i> 1. Если в связи с травмой позвоночника (в том числе крестца и копчика) проводились оперативные вмешательства, не указанные в ст.114, дополнительно производится страховая выплата в размере 10% страховой суммы однократно. 2. В том случае, если в результате одной травмы произойдет перелом тела позвонка, повреждение связок, перелом поперечных или остистых отростков, страховая выплата производится по статье, предусматривающей наиболее тяжелое повреждение, однократно. 3. Повреждения позвоночника, наступившие без внешнего воздействия – травмы,		

Статья	Пункт	Характер повреждения	Размер выплаты в % от страховой суммы	
		например, явившихся следствием подъема тяжестей, не являются основанием для страховой выплаты.		
Верхняя конечность:				
Раздел X.				
Лопатка, ключица				
65	Перелом лопатки, ключицы, полный или частичный разрыв акромиально-ключичного, грудино-ключичного сочленений:			
	a)	перелом, вывих одной кости, разрыв одного сочленения	5	
	b)	перелом двух костей, двойной перелом одной кости, разрыв двух сочленений или перелом, вывих одной кости и разрыв одного сочленения, переломо-вывих ключицы	10	
	c)	разрыв двух сочленений и перелом одной кости, перелом двух костей и разрыв одного сочленения	15	
	d)	несросшийся перелом (ложный сустав)	15	
Примечания: 1. В том случае, если в связи с повреждениями, перечисленными в ст.65, проводились оперативные вмешательства, не указанные в ст.114, дополнительно производится страховая выплата в размере 5% страховой суммы однократно. 2. Страховая выплата по ст.65d) производится на основании заключения врача специалиста, полученного по истечении 9 месяцев после травмы, и не зависит от произведенной ранее выплаты по ст.65a), b), c). 3. К двойным переломам не относятся оскольчатые переломы (независимо от числа осколков).				
Раздел XI.				
Плечевой сустав				
66	Повреждения области плечевого сустава (суставной впадины лопатки, головки плечевой кости, анатомической, хирургической шейки, бугорков, суставной сумки):			
	a)	разрыв капсулы сустава, отрыв костного фрагмента (фрагментов), в том числе отрыв или перелом большого бугорка	3	
	b)	перелом суставной впадины лопатки, вывих плеча, вывих плеча с отрывом костного фрагмента (фрагментов), в том числе большого бугорка	5	
	c)	перелом двух костей, перелом лопатки и вывих плеча, перелом лопатки и вывих плеча с отрывом костного фрагмента (фрагментов), в том числе большого бугорка	10	
	d)	перелом плеча (головки, анатомической, хирургической шейки), переломо-вывих плеча	15	
Примечание: Страховая выплата в связи с разрывом капсулы сустава производится при условии непрерывного срока лечения не менее 14 дней, включающего иммобилизацию (гипсовой повязкой или ее аналогом) на срок не менее 10 дней и/или оперативное лечение.				
67	Повреждения плечевого пояса, повлекшие за собой:			
	a)	привычный вывих плеча	15	
	b)	отсутствие движений в суставе (анкилоз)	20	
	c)	“болтающийся” плечевой сустав в результате резекции суставных поверхностей составляющих его костей	40	

Статья	Пункт	Характер повреждения	Размер выплаты в % от страховой суммы
	Примечания: 1. Страховая выплата по ст.67 производится дополнительно к страховой сумме, выплаченной в связи с повреждениями области плечевого сустава в том случае, если перечисленные в этой статье осложнения будут установлены лечебным учреждением по истечении 6 месяцев после травмы и подтверждены справкой этого учреждения. 2. В том случае, если в связи с травмой плечевого сустава будут проведены оперативные вмешательства, не указанные в ст.114, дополнительно производится страховая выплата в размере 10% страховой суммы. 3. Выплата по ст. 67а) производится, если первичный вывих произошел в период действия договора страхования. Выплата производится однократно за один случай привычного вывиха, при условии, что привычный вывих произошел не ранее, чем через 9 месяцев с момента первичного вывиха. При последующих случаях привычного вывиха страховая выплата не производится.		
Раздел XII.			
Плечо			
68	Перелом плечевой кости:		
	a)	на любом уровне (верхняя, средняя, нижняя треть)	15
	b)	двойной перелом	20
	Примечание: К двойным переломам не относятся оскольчатые переломы (независимо от числа осколков).		
69	Перелом плечевой кости, повлекший за собой образование несросшегося перелома (ложного сустава)		45
	Примечания: 1. Страховая выплата по ст.69 производится на основании заключения лечебного учреждения по истечении 9 месяцев после травмы. 2. Если в связи с травмой области плеча проводились оперативные вмешательства, не указанные в ст.114, дополнительно производится страховая выплата в размере 10% страховой суммы.		
70	Травматическая ампутация верхней конечности или тяжелое повреждение, приведшее к ампутации:		
	a)	с лопаткой, ключицей или их частью	80
	b)	плеча на любом уровне	70
	c)	единственной конечности на уровне плеча	100
	Примечание: Если страховая выплата производится по ст.70, дополнительная выплата за оперативные вмешательства, послеоперационные рубцы не производится.		
Раздел XIII.			
Локтевой сустав			
71	Повреждения области локтевого сустава:		
	a)	гемартроз, пронационный подвывих предплечья, отрывы костного фрагмента (фрагментов), в том числе надмыщелка (надмыщелков) плечевой кости	3
	b)	перелом лучевой или локтевой кости, вывих кости	5
	c)	перелом лучевой и локтевой кости, вывих предплечья	10
	d)	перелом плечевой кости	15
	e)	перелом плечевой кости с лучевой (или локтевой) костью	20
	f)	перелом плечевой кости с лучевой и локтевой костями	25
	Примечание: Страховая выплата в связи с гемартрозом производится при условии непрерывного срока лечения не менее 14 дней, включающего иммобилизацию (гипсовой повязкой или ее аналогом) на срок не менее 10 дней и/или оперативное лечение.		
72	Повреждение области локтевого сустава, повлекшее за собой:		
	a)	отсутствие движений в суставе (анкилоз)	20
	b)	“болтающийся” локтевой сустав (в результате резекции суставных поверхностей составляющих его костей)	30
	Примечания: 1. Страховая выплата по ст.72 производится на основании заключения лечебного учреждения по истечении 6 месяцев после травмы. 2. В том случае, если в связи с травмой области локтевого сустава будут проведены оперативные вмешательства, не указанные в ст.114, дополнительно производится		

Статья	Пункт	Характер повреждения	Размер выплаты в % от страховой суммы
		страховая выплата в размере 10% страховой суммы однократно.	
Раздел XIV			
Предплечье			
73	Перелом костей предплечья на любом уровне, за исключением области суставов (верхняя, средняя, нижняя треть):		
	a)	перелом, вывих одной кости	5
	b)	перелом двух костей, двойной перелом одной кости	10
Примечание: К двойным переломам не относятся оскольчатые переломы (независимо от числа осколков).			
74	Несросшийся перелом (ложный сустав) костей предплечья:		
	a)	одной кости	15
	b)	двух костей	30
Примечание: Страховая выплата по ст.74 производится на основании заключения лечебного учреждения по истечении 9 месяцев после травмы.			
75	Травматическая ампутация или тяжелое повреждение, приведшее:		
	a)	к ампутации предплечья на любом уровне	50
	b)	к экзартикуляции в локтевом суставе	55
	c)	к ампутации единственной конечности на уровне предплечья	100
Примечания: 1. Если в связи с травмой области предплечья проводились оперативные вмешательства, не указанные в ст.114, дополнительно производится страховая выплата в размере 5% страховой суммы однократно. 2. Если страховая выплата производится по ст.75, дополнительная выплата за оперативные вмешательства, послеоперационные рубцы не производится.			
Раздел XV			
Лучезапястный сустав			
76	Повреждения области лучезапястного сустава:		
	a)	отрыв шиловидного отростка (отростков), отрыв костного фрагмента (фрагментов)	3
	b)	перелом одной кости предплечья, вывих головки локтевой кости	5
	c)	перелом двух костей предплечья	10
	d)	перилунарный вывих кисти	15
77	Повреждение области лучезапястного сустава, повлекшее за собой отсутствие движений (анкилоз) в этом суставе		15
	Примечания: 1. Страховая выплата по ст.77 производится на основании заключения лечебного учреждения по истечении 6 месяцев после травмы. 2. Если в связи с травмой области лучезапястного сустава проводились оперативные вмешательства, не указанные в ст.114, дополнительно производится страховая выплата в размере 5% страховой суммы однократно.		
Раздел XVI.			
Кисть			
78	Перелом костей запястья, пястных костей одной кисти:		
	a)	отрыв костного фрагмента (фрагментов) (отрывной перелом), краевой перелом одной кости	3
	b)	перелом (за исключением краевого, отрывного переломов) одной кости (кроме ладьевидной)	5
	c)	отрыв костного фрагмента (фрагментов) (отрывной перелом), краевой перелом двух и более костей (кроме ладьевидной)	5
	d)	перелом (за исключением краевого, отрывного переломов) двух и более костей (кроме ладьевидной)	10
	e)	перелом (за исключением краевого, отрывного переломов) ладьевидной кости	10
	f)	вывих, переломо-вывих кисти	15

Статья	Пункт	Характер повреждения	Размер выплаты в % от страховой суммы
	<i>Примечания:</i> 1. Если в связи с травмой кисти проводились оперативные вмешательства, не указанные в ст.114, дополнительно производится страховая выплата в размере 5% страховой суммы однократно. 2. При переломе в результате одной травмы костей запястья (пястных костей) и ладьевидной кости страховая выплата производится с учетом каждого повреждения путем суммирования.		
79	Повреждение кисти, повлекшее за собой:		
	a)	несросшийся перелом (ложный сустав) одной или нескольких костей (за исключением отрыва костного фрагмента (фрагментов))	10
	b)	потерю всех пальцев, ампутацию на уровне пястных костей запястья или лучезапястного сустава	65
	c)	ампутацию единственной кисти	100
	<i>Примечание:</i> Страховая выплата по ст.79а) производится на основании заключения лечебного учреждения по истечении 6 месяцев после травмы.		
Раздел XVII.			
Пальцы кисти - первый палец			
80	Повреждение пальца, повлекшее за собой:		
	a)	отрыв костного фрагмента (фрагментов) (отрывной перелом), краевой перелом фаланги (фаланг)	3
	b)	полный разрыв сухожилия (сухожилий) разгибателей пальца	3
	c)	перелом, вывих, полный разрыв сухожилия (сухожилий) сгибателя пальца, полный разрыв сухожилия (сухожилий) сгибателей или разгибателей пальца с отрывом костного фрагмента (фрагментов), сухожильный, суставной, костный панариций	5
	<i>Примечания:</i> 1. Гнойное воспаление околоногтевого валика (паронихия) не дает оснований для выплаты страховой суммы. 2. Если в связи с повреждением сухожилий, переломом или вывихом фаланги (фаланг), костным, суставным, сухожильным панарицием проводились оперативные вмешательства, не указанные в ст.114, дополнительно производится страховая выплата в размере 5% страховой суммы однократно. 3. Страховая выплата в связи с повреждением сухожилий производится при условии непрерывного срока лечения не менее 14 дней, включающего иммобилизацию (гипсовой повязкой или ее аналогом) на срок не менее 10 дней и/или оперативное лечение.		
81	Повреждения пальца, повлекшие за собой:		
	a)	отсутствие движений в одном суставе	10
	b)	отсутствие движений в двух суставах	15
<i>Примечание:</i> Страховая выплата по ст.81 производится на основании заключения лечебного учреждения по истечении 6 месяцев после травмы.			
82	Повреждение пальца, повлекшее за собой:		
	a)	реампутацию (повторную ампутацию) на уровне той же фаланги	3
	b)	ампутацию на уровне ногтевой фаланги	5
	c)	ампутацию на уровне межфалангового сустава (потеря ногтевой фаланги)	10
	d)	ампутацию на уровне основной фаланги, пястно-фалангового сустава (потеря пальца)	15
	e)	ампутацию пальца с пястной костью или частью ее	20
<i>Примечание:</i> Если страховая выплата выплачена по ст.82, дополнительная выплата за оперативные вмешательства, послеоперационные рубцы не производится.			
Раздел XVIII.			
Пальцы кисти - второй, третий, четвертый, пятый пальцы			
83	Повреждение одного пальца, повлекшее за собой:		
	a)	отрыв костного фрагмента (фрагментов) (отрывной перелом), краевой перелом фаланги (фаланг)	3

Статья	Пункт	Характер повреждения	Размер выплаты в % от страховой суммы
	b)	полный разрыв сухожилия (сухожилий) разгибателей пальца	3
	c)	перелом, вывих, полный разрыв сухожилия (сухожилий) сгибателя пальца, полный разрыв сухожилия (сухожилий) сгибателей или разгибателей пальца с отрывом костного фрагмента (фрагментов), сухожильный, суставной, костный панариций	5
	Примечания: 1. Гнойное воспаление околоногтевого валика (паронихия) не дает оснований для выплаты страховой суммы. 2. Если в связи с повреждением сухожилий, переломом или вывихом фаланги (фаланг), костным, суставным, сухожильным панарицием проводились оперативные вмешательства, не указанные в ст.114, дополнительно производится страховая выплата в размере 5% страховой суммы однократно. 3. Страховая выплата в связи с повреждением сухожилий производится при условии непрерывного срока лечения не менее 14 дней, включающего иммобилизацию (гипсовой повязкой или ее аналогом) на срок не менее 10 дней и/или оперативное лечение.		
84	Повреждение пальца, повлекшее за собой:		
	a)	отсутствие движений в одном суставе	5
	b)	отсутствие движений в двух или трех суставах пальца	10
Примечание: Страховая выплата по ст.84 производится на основании заключения лечебного учреждения по истечении 9 месяцев после травмы.			
85	Повреждение пальца, повлекшее за собой:		
	a)	реампутацию (повторную ампутацию) на уровне той же фаланги	2
	b)	ампутацию на уровне ногтевой фаланги, потерю фаланги	3
	c)	ампутацию на уровне средней фаланги, потерю двух фаланг	5
	d)	ампутацию на уровне основной фаланги, потерю пальца	10
	e)	потерю пальца с пястной костью или частью ее	15
Примечания: 1. Если страховая выплата выплачена по ст.85, дополнительная выплата за оперативные вмешательства, послеоперационные рубцы не производится. 2. При повреждении нескольких пальцев кисти в период действия одного договора страхования страховая выплата производится с учетом каждого повреждения путем суммирования. Однако размер ее не должен превышать 60% для одной кисти и 100% для обеих кистей.			
Нижняя конечность:			
Раздел XIX.			
Таз			
86	Повреждения таза:		
	a)	перелом одной кости	5
	b)	перелом двух костей или разрыв одного сочленения, двойной перелом одной кости, вертлужной впадины	10
	c)	перелом трех и более костей, разрыв двух или трех сочленений	15
Примечания: 1. Если в связи с переломом костей таза или разрывом сочленений проводились оперативные вмешательства, не указанные в ст.114, дополнительно производится страховая выплата в размере 10% страховой суммы однократно. 2. Разрыв лонного, крестцово-подвздошного сочленения (сочленений) во время родов дает основание для выплаты страховой суммы на общих основаниях по ст.86b) или ст.86с). 3. К двойным переломам не относятся оскольчатые переломы (независимо от числа осколков)			
87	Повреждения таза, повлекшие за собой отсутствие движений в тазобедренных суставах:		
	a)	в одном суставе	20
	b)	в двух суставах	40
Примечание: Страховая выплата по ст.87 производится на основании заключения лечебного учреждения через 9 месяцев после травмы.			
Раздел XX.			
Тазобедренный сустав			

Статья	Пункт	Характер повреждения	Размер выплаты в % от страховой суммы
88	Повреждения тазобедренного сустава:		
	a)	отрыв костного фрагмента (фрагментов)	5
	b)	изолированный отрыв, перелом вертела (вертелов)	10
	c)	вывих бедра	15
	d)	перелом головки, шейки, проксимального метафиза бедра	25
Примечание: Если в связи с травмой тазобедренного сустава проводились оперативные вмешательства, не указанные в ст.114, дополнительно производится страховая выплата в размере 10% страховой суммы однократно.			
89	Повреждения тазобедренного сустава, повлекшие за собой:		
	a)	отсутствие движений (анкилоз)	20
	b)	несросшийся перелом (ложный сустав) шейки бедра	30
	c)	эндопротезирование	40
	d)	"болтающийся" сустав в результате резекции головки бедра	45
Примечание: Страховая выплата по ст.89a) и ст.89b) производится на основании заключения лечебного учреждения по истечении 9 месяцев после травмы.			
Раздел XXI.			
Бедро			
90	Перелом бедра:		
	a)	на любом уровне, за исключением области суставов (верхняя, средняя, нижняя треть)	25
	b)	двойной перелом бедренной кости	30
Примечание: К двойным переломам не относятся оскольчатые переломы (независимо от числа осколков).			
91	Перелом бедра, повлекший за собой образование несросшегося перелома (ложного сустава)		30
	Примечания: 1. Если в связи с травмой области бедра проводились оперативные вмешательства, не указанные в ст.114, дополнительно производится страховая выплата в размере 10% страховой суммы однократно. 2. Страховая выплата по ст.91 производится на основании заключения лечебного учреждения по истечении 9 месяцев после травмы.		
92	Травматическая ампутация или тяжелое повреждение, приведшее к ампутации конечности на любом уровне бедра:		
	a)	одной конечности	70
	b)	единственной конечности	100
Примечание: Если страховая выплата была выплачена по ст.92, дополнительная выплата за оперативные вмешательства, послеоперационные рубцы не производится.			
Раздел XXII.			
Коленный сустав			
93	Повреждения области коленного сустава:		
	a)	гемартроз, повреждение связки (связок), мениска (менисков) при непрерывном консервативном лечении от 10 до 15 дней включительно	2
	b)	гемартроз при непрерывном консервативном лечении свыше 15 дней либо оперативном лечении	3
	c)	повреждение связки (связок), мениска (менисков) при непрерывном консервативном лечении свыше 15 дней, импрессионный, краевой, хондральный перелом мыщелка (мыщелков) большеберцовой и/или бедренной костей	3
	d)	отрыв костного фрагмента (фрагментов) (отрывной перелом), перелом надмыщелка (надмыщелков) бедренной кости, перелом головки малоберцовой кости	5
	e)	полный разрыв связки (связок), повреждение мениска (менисков) при оперативном лечении (артроскопия, артротомия)	5
	f)	перелом межмыщелкового возвышения, мыщелка большеберцовой кости (кроме импрессионного, краевого,	5

Статья	Пункт	Характер повреждения	Размер выплаты в % от страховой суммы
		хондрального переломов)	
	g)	перелом надколенника, перелом (кроме импрессионного, краевого, хондрального) мыщелков большеберцовой кости, перелом проксимального метафиза большеберцовой кости, перелом (кроме импрессионного, краевого, хондрального) мыщелка бедренной кости	10
	h)	перелом проксимального метафиза большеберцовой кости с головкой малоберцовой	15
	i)	перелом (кроме импрессионного, краевого, хондрального) мыщелков бедренной кости, вывих голени	20
	j)	перелом дистального метафиза бедренной кости	25
	k)	перелом дистального метафиза, мыщелков бедренной кости с проксимальными отделами одной или обеих берцовых костей	30
	Примечания: 1. Если в связи с травмой области коленного сустава проводились оперативные вмешательства, не указанные в ст.114, дополнительно производится страховая выплата в размере 10% страховой суммы однократно. 2. Диагноз должен быть подтвержден ультразвуковым исследованием и/или компьютерной томографией и/или магнито-резонансной томографией и/или артроскопией. 3. Если в связи с полным разрывом связки (связок), повреждением мениска (менисков) проводилось оперативное лечение (артроскопия, артротомия), страховая выплата производится по ст. 93е). Дополнительная страховая выплата в связи с оперативными вмешательствами, указанными в ст. 93 Прим.1 и ст.114, не производится.		
94	Повреждения области коленного сустава, повлекшие за собой:		
	a)	отсутствие движений в суставе	20
	b)	“болтающийся” коленный сустав в результате резекции суставных поверхностей составляющих его костей	30
	c)	эндопротезирование	40
Раздел XXIII.			
Голень			
95	Перелом костей голени (за исключением области суставов):		
	a)	малоберцовой, отрыв костного фрагмента (фрагментов)	5
	b)	большеберцовой, двойной перелом малоберцовой	10
	c)	обеих костей, двойной перелом большеберцовой	15
	Примечания: 1. Страховая выплата по ст.95 определяется при: - переломах малоберцовой кости в верхней и средней трети; - переломах диафиза большеберцовой кости на любом уровне; - переломах большеберцовой кости в области диафиза (верхняя, средняя, нижняя треть) и переломах малоберцовой кости в верхней или средней трети. 2. Если в результате травмы наступил внутрисуставной перелом большеберцовой кости в коленном или голеностопном суставе и перелом малоберцовой кости на уровне диафиза, страховая выплата производится по ст.93 и 95 или ст.98 и 95 путем суммирования. 3. К двойным переломам не относятся оскольчатые переломы (независимо от числа осколков).		
96	Перелом костей голени, повлекший за собой несросшийся перелом, ложный сустав:		
	a)	малоберцовой кости	5
	b)	большеберцовой кости	15
	c)	обеих костей	20
	Примечания: 1. Страховая выплата по ст.96 производится на основании лечебного учреждения по истечении 9 месяцев после травмы. 2. Если в связи с травмой голени проводились оперативные вмешательства, не указанные в ст.114, дополнительно производится страховая выплата в размере 10% страховой суммы однократно.		
97	Травматическая ампутация или тяжелое повреждение, повлекшее за собой:		
	a)	ампутацию голени на любом уровне	50
	b)	экзартикуляцию в коленном суставе	55
	c)	ампутацию единственной конечности на любом уровне голени	100

Статья	Пункт	Характер повреждения	Размер выплаты в % от страховой суммы
	<i>Примечание: Если страховая выплата была выплачена в связи с ампутацией голени, дополнительная выплата за оперативное вмешательство, послеоперационные рубцы не производится.</i>		
Раздел XXIV.			
Голеностопный сустав			
98	Повреждения области голеностопного сустава:		
	a)	перелом одной лодыжки, нижней трети диафиза малоберцовой кости, заднего края большеберцовой кости, изолированный разрыв межберцового синдесмоза	5
	b)	перелом двух лодыжек или перелом одной лодыжки с краем большеберцовой кости (двухлодыжечный перелом)	10
	c)	перелом обеих лодыжек с краем большеберцовой кости (трехлодыжечный перелом)	15
	<i>Примечания: 1. При переломах костей голеностопного сустава, сопровождающихся разрывом межберцового синдесмоза, подвывихом (вывихом) стопы, дополнительно производится страховая выплата в размере 5% страховой суммы однократно. 2. Если в связи с травмой области голеностопного сустава проводились оперативные вмешательства, не указанные в ст.114, дополнительно производится страховая выплата в размере 10% страховой суммы однократно.</i>		
99	Повреждение области голеностопного сустава, повлекшее за собой:		
	a)	отсутствие движений в голеностопном суставе	20
	b)	“болтающийся” голеностопный сустав (в результате резекции суставных поверхностей составляющих его костей)	40
	c)	экзартикуляцию в голеностопном суставе	50
	<i>Примечание: Страховая выплата по ст.99a) и ст.99б) производится на основании заключения лечебного учреждения по истечении 9 месяцев после травмы.</i>		
100	Повреждение ахиллова сухожилия:		
	a)	при консервативном лечении	5
	b)	при оперативном лечении методом чрезкожного наложения шва/швов	10
	c)	при оперативном лечении открытым способом, пластике ахиллова сухожилия	15
	<i>Примечания: 1. Страховая выплата в связи с повреждением ахиллова сухожилия производится при условии непрерывного срока лечения не менее 21 дня, включающего иммобилизацию (гипсовой повязкой или ее аналогом) на срок не менее 15 дней и/или оперативное лечение. 2. Если в связи с повреждением ахиллова сухожилия проводилось оперативное лечение, страховая выплата производится по ст. 100b) или ст. 100c) соответственно. Дополнительная страховая выплата в связи с оперативными вмешательствами, указанными в ст.114, не производится.</i>		
Раздел XXV.			
Стопа			
101	Повреждения стопы:		
	a)	перелом, вывих одной кости (за исключением пяточной и таранной)	5
	b)	перелом, вывих двух костей, перелом таранной кости	10
	c)	перелом, вывих трех и более костей, перелом пяточной кости, подтаранный вывих стопы, вывих в поперечном суставе стопы (Шопара) или предплюсне-плюсневом суставе (Лисфранка)	15
	<i>Примечание: Если в связи с переломом или вывихом костей или разрывом связок стопы проводились оперативные вмешательства, не указанные в ст.114, дополнительно производится страховая выплата в размере 5% страховой суммы однократно.</i>		
102	Повреждения стопы, повлекшие за собой:		
	a)	несросшийся перелом (ложный сустав) одной-двух костей (за исключением пяточной и таранной костей)	5
	b)	несросшийся перелом (ложный сустав) трех и более костей, а также таранной или пяточной кости	15

Статья	Пункт	Характер повреждения	Размер выплаты в % от страховой суммы
	c)	артродез подтаранного сустава, поперечного сустава предплюсны (Шопара) или предплюсне-плюсневой (Лисфранка)	20
	d)	ампутацию на уровне плюсне-фаланговых суставов (отсутствие всех пальцев стопы)	30
	e)	ампутацию на уровне плюсневых костей или предплюсны	40
	f)	ампутацию на уровне таранной, пяточной костей (потеря стопы)	50
	Примечания: 1. Страховая выплата в связи с осложнениями травмы стопы, предусмотренными ст.102а), b), c), производится на основании заключения лечебного учреждения по истечении 6 месяцев после травмы, а по пунктам d), e), f) - независимо от срока, прошедшего со дня травмы. 2. В том случае, если страховая выплата производится в связи с ампутацией стопы, дополнительная выплата за оперативные вмешательства, послеоперационные рубцы не производится.		
Раздел XXVI.			
Пальцы стопы			
103	Перелом, вывих фаланги (фаланг), полный разрыв сухожилия (сухожилий):		
	a)	одного пальца (кроме первого)	1
	b)	одного первого пальца	3
	c)	двух-трех пальцев (без первого)	3
	d)	двух-трех пальцев (включая первый)	5
	e)	четырёх-пяти пальцев (без первого)	5
	f)	четырёх-пяти пальцев (включая первый)	10
	Примечания: 1. Если в связи с переломом, вывихом или повреждением сухожилий пальца проводились оперативные вмешательства, не указанные в ст.114, дополнительно производится страховая выплата в размере 3% страховой суммы однократно. 2. Страховая выплата в связи с повреждением сухожилий производится при условии непрерывного срока лечения не менее 21 дня, включающего иммобилизацию (гипсовой повязкой или ее аналогом) на срок не менее 15 дней и/или оперативное лечение.		
104	Травматическая ампутация или повреждение пальцев стопы, повлекшее за собой ампутацию:		
	первого пальца:		
	a)	на уровне ногтевой фаланги или межфалангового сустава	5
	b)	на уровне основной фаланги или плюсне-фалангового сустава	10
	второго, третьего, четвертого, пятого пальцев:		
	c)	одного-двух пальцев на уровне ногтевых или средних фаланг	5
	d)	одного-двух пальцев на уровне основных фаланг или плюсне-фаланговых суставов	10
	e)	трех-четырёх пальцев на уровне ногтевых или средних фаланг	15
	f)	трех-четырёх пальцев на уровне основных фаланг или плюсне-ногтевых суставов	20
	Примечания: 1. В том случае, если страховая выплата производится по ст.104, дополнительная выплата за оперативные вмешательства, послеоперационные рубцы не производится. 2. Если в связи с травмой была произведена ампутация пальца с плюсневой костью или частью ее, дополнительно производится страховая выплата в размере 5% страховой суммы однократно.		
Раздел XXVII.			
105	Повреждение, повлекшее за собой:		
	a)	образование лигатурных свищей	3
	b)	лимфостаз, тромбофлебит, нарушения трофики	5
	c)	остеомиелит, в том числе гематогенный остеомиелит	10
	Примечания: 1. Страховая выплата по ст.105 производится на основании заключения лечебного учреждения по истечении 1 месяца после травмы. 2. Нагноительные воспаления пальцев стоп не дают оснований для выплаты страховой суммы.		
106	Травматический шок, ожоговый шок, геморрагический,		5

Статья	Пункт	Характер повреждения	Размер выплаты в % от страховой суммы
		анафилактический шок, развившийся в связи с травмой	
107		Случайное острое отравление, пищевые токсикоинфекции, асфиксия (удушьё), клещевой или послепрививочный энцефалит (энцефаломиелит), поражение электротоком (атмосферным электричеством), укусы ядовитых змей, ядовитых насекомых, столбняк, ботулизм (при отсутствии данных о поражении в результате указанных событий конкретных органов) при непрерывном стационарном лечении длительностью:	
	a)	6 - 10 дней	5
	b)	11 - 20 дней	10
	c)	свыше 20 дней	15
		Примечание: Если в выписном эпикризе указано, что события, перечисленные в ст.107, повлекли за собой повреждение каких-либо органов, страховая выплата производится по соответствующим статьям. Статья 107 при этом не применяется.	
Раздел XXVIII.			
Огнестрельные ранения			
108		Раневая поверхность после касательных одиночных ранений (пулевые или осколочные) площадью:	
	a)	площадью 8-10 кв. см.	10
	b)	более 10 кв. см.	15
	c)	лица	17
		Примечание: При множественных ранениях каждая последующая рана + 5%, но не более 25%.	
109		Сквозные ранения без повреждения костей, сосудов, внутренних органов:	
	a)	1 ранение	20
	b)	при множественных ранениях каждая последующая рана +10%, но не более 30%	
110		Слепое ранение без повреждения костей, сосудов, внутренних органов:	
	a)	1 ранение	25
	b)	при множественных ранениях каждая последующая рана +10%, но не более 40%	
111		При инфицированных ранениях (по п.п. 108-110) дополнительно, однократно	+10
112		Огнестрельные проникающие ранения:	
112.1		Голова (1 ранение):	
	a)	с повреждением мозговых оболочек	40
	b)	с повреждением головного мозга	50
	c)	при множественных ранениях	+15
112.2		Шея (1 ранение):	
	a)	с повреждением сосудов	60
	b)	с повреждением трахеи	50
	c)	каждое последующее ранение	+20
112.3		Грудная клетка (1 ранение):	
	a)	без повреждения легкого и плевры	20
	b)	с повреждением легкого	30
	c)	с повреждением крупных сосудов и/или сердца	50
	d)	с повреждением пищевода	50
	e)	с повреждением позвоночника	60
	f)	с повреждением спинного мозга	80
	g)	с полным разрывом спинного мозга	100
	h)	множественные проникающие ранения	+15
	i)	при сопутствующем переломе 1-2 ребер	+5
	j)	при сопутствующем переломе 3-5 ребер	+10
112.4		Брюшная полость (1 ранение):	
	a)	без повреждения органов	30
	b)	с повреждением желудка и кишечника	45
	c)	с повреждением поджелудочной железы	50
	d)	с повреждением селезенки	40
	e)	с повреждением печени	50
	f)	с повреждением брюшной аорты	60

Статья	Пункт	Характер повреждения	Размер выплаты в % от страховой суммы	
	g)	при ранении других органов	+20	
112.5	Ранение одной почки		50	
112.6	Ранение мочеточников, мочевого пузыря:			
	a)	ранение мочевого пузыря	45	
	b)	ранение мочеточников	15	
112.7	Открытые повреждения верхних конечностей:			
	a)	с повреждением ключицы	20	
	b)	с повреждением костей плечевого пояса	30	
	c)	с повреждением плеча	25	
	d)	с повреждением сосудов или нервов на уровне плеча	35	
	e)	с повреждением костей локтевого сустава	30	
	f)	с повреждением сосудов или нервов на уровне локтевого сустава	30	
	g)	с повреждением 1 кости предплечья	20	
	h)	с повреждением 2 костей предплечья	30	
	i)	с повреждением нервов или сосудов предплечья	25	
	j)	с повреждением 1 кости кисти или запястья	15	
	k)	с повреждением 2-4 костей кисти	25	
	l)	с повреждением 5 костей кисти и более	35	
	m)	с повреждением сосудов на уровне кисти	10	
	n)	с повреждением 1-го и/или 2-го пальца /ев	10	
	o)	с повреждением других пальцев	5	
	p)	каждое последующее ранение	+5	
	112.8	Открытые повреждения нижних конечностей:		
a)		с повреждением головки или шейки бедренной кости	35	
b)		с повреждением бедренной кости	30	
c)		с повреждением сосудов или нервов на уровне бедра	35	
d)		с повреждением коленного сустава	35	
e)		с повреждением малой берцовой кости	10	
f)		с повреждением большой берцовой кости	30	
g)		с повреждением нервов или сосудов на уровне голени	40	
h)		с повреждением голеностопного сустава	30	
i)		с повреждением пяточной кости	35	
j)		с повреждением 1-2 костей предплюсны и плюсны	20	
k)		с повреждением 3-4 костей предплюсны и плюсны	25	
l)		с повреждением более 4-х костей	40	
m)		с повреждением первого пальца	15	
n)		с повреждением других пальцев	5	
o)		каждое последующее ранение с повреждением со стороны поврежденной конечности	+5	
112.9		При аналогичных повреждениях двух конечностей страховая выплата удваивается.		
112.10		При огнестрельных ранениях органов зрения и слуха страховая выплата производится по Таблице в зависимости от степени потери зрения или слуха с добавлением 15%.		
113	Несросшийся перелом, ложный сустав, остеомиелит, развившиеся после огнестрельного ранения.		+30%	
Раздел XXVIII.				
114	Оперативное вмешательство:			
	Если в связи с полученной травмой проводились оперативные вмешательства, не указанные в соответствующих статьях Таблицы, дополнительно однократно производится:			
	a)	при фиксации костей спицами, проволокой, штифтами, винтами, шурупами, стержнями, гвоздями, крючками, пластинами, кронштейнами, транспедикулярными системами, кольцами, скобами, мягким шовным материалом (лавсан, шелк и т.п.), цементом, аппаратом Иллизарова и другими аппаратами внешней фиксации, скелетное вытяжение	3	
	b)	ушивание сухожилий	3	
	c)	методом скопии или центеза (артроскопия, лапароскопия, торакокопия)	5	
d)	за все остальные оперативные вмешательства соответственно процентам, указанным в пунктах Таблицы			

Статья	Пункт	Характер повреждения	Размер выплаты в % от страховой суммы
	<i>Примечание:</i> <i>Закрытые и открытые репозиции не являются основанием для страховой выплаты.</i>		

Страховая выплата, которая производится в связи с травмой органа, не должна превышать размера страховой выплаты, производимой при потере этого органа, а общая сумма выплат не должна превышать 100%.

**Страховые выплаты при ожогах
(в процентах от страховой суммы)**

Площадь ожога (% поверхности тела)	Степень ожога				
	I	II	IIIA	IIIB	IV
от 0,5 до 5	-	-	10	13	15
свыше 5 до 10	-	-	15	17	20
свыше 10 до 20	-	-	20	25	35
свыше 20 до 30	-	-	25	45	55
свыше 30 до 40	-	-	30	70	75
свыше 40 до 50	-	-	40	85	90
свыше 50 до 60	-	-	50	95	95
свыше 60 до 70	-	-	60	100	100
свыше 70 до 80	-	55	70	100	100
свыше 80 до 90	60	70	80	100	100
более 90	80	90	95	100	100

1. При ожогах дыхательных путей - дополнительно 30% от размера страховой выплаты.
2. При ожогах головы и (или) шеи размер страховой выплаты увеличивается:
 - на 5% от размера страховой выплаты при площади ожога до 5% поверхности тела;
 - на 10% от размера страховой выплаты при площади ожога от 5 до 10% поверхности тела.
3. При ожогах промежности размер страховой выплаты увеличивается на 10% от размера страховой выплаты.
4. Ожоги, связанные с добровольным пребыванием на солнце без необходимой защиты, не являются основанием для страховой выплаты.
5. 1% поверхности тела пострадавшего равен площади ладонной поверхности его кисти и пальцев.

Таблица выплат при потере зрения

Примечания:

1. Решение о страховой выплате в связи со снижением в результате травмы остроты зрения и другими последствиями принимается после окончания лечения, но не ранее 3 месяцев со дня травмы. По истечении этого срока Застрахованный направляется к офтальмологу для определения остроты зрения обоих глаз (с учетом коррекции) и других последствий перенесенного повреждения. В таких случаях предварительно может быть произведена страховая выплата с учетом факта травмы по ст.14, 19.
2. Для определения размера страховой выплаты при потере зрения Застрахованному необходимо предоставить Страховщику последнее медицинское заключение офтальмолога об остроте зрения обоих глаз до наступления травмы, повлекшей снижение зрения в течение срока страхования.
3. Если сведения об остроте зрения поврежденного глаза до травмы отсутствуют, то условно следует считать, что она была такой же, как неповрежденного. В отдельных случаях, по усмотрению Страховщика, острота зрения поврежденного глаза условно может считаться равной 1,0, если острота зрения неповрежденного глаза окажется ниже, чем поврежденного.
4. Если в результате травмы были повреждены оба глаза и сведения об их зрении до травмы отсутствуют, то в отдельных случаях, по усмотрению Страховщика, острота зрения обоих глаз условно может считаться равной 1,0.
5. В том случае, если в связи с посттравматическим снижением остроты зрения был имплантирован искусственный хрусталик или применена корректирующая линза, страховая сумма выплачивается с учетом остроты зрения после операции, но не ранее, чем через 2 месяца.
6. Данная статья не применяется при снижении остроты зрения в результате смещения интраокулярной линзы, блока искусственная радужка+ИОЛ и др.
7. При сморщивании в результате травмы глазного яблока, обладавшего до повреждения зрением, дополнительно производится страховая выплата в размере 10% страховой суммы.

Острота зрения		Размер выплаты в % от страховой суммы
до травмы	после травмы	
1,0	0,9	3
	0,8	5
	0,7	5
	0,6	10
	0,5	10
	0,4	10
	0,3	15
	0,2	20
	0,1	30
	ниже 0,1	40
	0,0	50
0,9	0,8	3
	0,7	5
	0,6	5
	0,5	10
	0,4	10
	0,3	15
	0,2	20
	0,1	30
	ниже 0,1	40
	0,0	50
0,8	0,7	3
	0,6	5
	0,5	10
	0,4	10
	0,3	15
	0,2	20
	0,1	30
	ниже 0,1	40
	0,0	50
0,7	0,6	3
	0,5	5
	0,4	10
	0,3	10
	0,2	15
	0,1	20
	ниже 0,1	30
	0,0	40
0,6	0,5	5
	0,4	5
	0,3	10
	0,2	10
	0,1	10

	0,1	15
	ниже 0,1	20
	0,0	25
0,5	0,4	5
	0,3	5
	0,2	10
	0,1	10
	ниже 0,1	15
	0,0	20
0,4	0,3	5
	0,2	5
	0,1	10
	ниже 0,1	15
	0,0	20
0,3	0,2	5
	0,1	5
	ниже 0,1	10
	0,0	20
0,2	0,1	5
	ниже 0,1	10
	0,0	20
0,1	ниже 0,1	10
	0,0	20
ниже 0,1	0,0	20

ТАБЛИЦА №3 **размеров страховых выплат в связи с несчастным случаем**

ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ

Параграф 1. В случае получения Застрахованным нескольких повреждений или увечий, перечисленных в разных разделах «Таблицы», общий размер страховой выплаты рассчитывается путем суммирования размеров выплаты по разным разделам. Страховая выплата, которая производится в связи с травмой органа, не должна превышать размера страховой выплаты, производимой при потере этого органа, а общая сумма выплат не должна превышать 100%.

Параграф 2. В случае получения Застрахованным нескольких повреждений или увечий, перечисленных в разных статьях одного раздела «Таблицы», размер страховой выплаты по одной статье рассчитывается независимо от размера страховой выплаты по другим статьям.

Параграф 3. В случае получения Застрахованным повреждений или увечий (в т.ч. одной конечности) по нескольким пунктам, перечисленным в одной статье «Таблицы», страховая выплата производится только по пункту, учитывающему наиболее тяжелое повреждение (больший процент выплаты). В случае проведения Застрахованному нескольких операций, обусловленных полученной травмой или увечьем, указанных в одной статье, выплата осуществляется за операцию, предусматривающую наибольший процент выплаты.

Параграф 4. В случае получения Застрахованным нескольких повреждений или увечий (в т.ч. одной конечности), перечисленным в одном пункте статьи «Таблицы», страховая выплата производится по этому пункту однократно.

Параграф 5. В случае получения Застрахованным повреждений или увечий разных конечностей страховая выплата рассчитывается отдельно по каждой поврежденной конечности с соблюдением требований Параграфов 3 и 4.

Параграф 6. Если в связи с полученной травмой проводились оперативные вмешательства, страховая выплата производится однократно в соответствии с «Таблицей» и с соблюдением требований Параграфа 3.

Параграф 7. Не производится дополнительная страховая выплата за следующие оперативные вмешательства:

- первичная хирургическая обработка (ушивание краев раны, иссечение некротических участков);
- удаление инородных тел, шовного материала;
- повторные плановые оперативные вмешательства, связанные с удалением ранее установленных фиксирующих пластин, штифтов, шурупов, дренажей.

Параграф 8. 1% поверхности тела исследуемого человека равен площади ладонной поверхности его кисти и пальцев. Эта площадь определяется в квадратных сантиметрах путем умножения длины кисти, измеряемой от лучезапястного сустава до верхушки ногтевой фаланги III-го пальца, на ее ширину, измеряемую на уровне головок II-V-х пястных костей (без учета I-го пальца).

Параграф 9. При переломах (переломо-вывихах) костей обязательным условием применения соответствующих статей «Таблицы» является рентгенологическое подтверждение указанных повреждений.

Параграф 10. Повторные переломы (рефрактуры) одной и той же кости, наступившие в результате травмы, полученной в период действия договора страхования, дают основание для страховой выплаты только в том случае, если по представленным рентгенограммам будут установлены: 1) сращение отломков кости по окончании лечения предыдущей травмы, 2) наличие новой линии (линий) перелома кости на рентгенограммах, сделанных после повторной травмы.

Параграф 11. «Таблица» не применяется и выплаты в соответствии с ней не производятся в тех случаях, когда факт получения того или иного повреждения в период действия договора страхования установлен только на основании сообщений и жалоб заинтересованных в выплатах лиц, даже если подобные сообщения и жалобы зафиксированы письменно, в т.ч. в медицинских документах.

Параграф 12. При определении размера страховой выплаты с учетом срока непрерывного лечения, когда это предусмотрено соответствующей статьей «Таблицы», учитывается только назначенное медицинским работником (имеющим на это право) лечение, длительность которого соответствует (по данным медицинской науки) характеру повреждения, полученного Застрахованным - с периодическим (не реже одного раза в 10 дней) контролем эффективности лечения (при назначении на прием или посещении медицинским работником).

Параграф 13. Если «Таблицей» предусмотрены отложенные страховые выплаты (при условии, что по истечении указанного в соответствующей статье времени у Застрахованного будут отмечены определенные последствия повреждения), то они производятся в том случае, если время, указанное в конкретной статье, истекает в период, на который, в соответствии с договором страхования, распространяется ответственность Страховщика.

Статья	Пункт	Характер повреждения	Размер выплаты в % от страховой суммы
Раздел I.			
Кости черепа, нервная система			
1	Перелом костей черепа:		
	a)	наружной пластинки костей свода	5
	b)	свода	15
	c)	основания	20
	d)	свода и основания	25
2	Внутричерепные травматические гематомы:		
	a)	эпидуральная	10
	b)	субдуральная, внутримозговая	15
	c)	эпидуральная и субдуральная (внутримозговая)	20
3	Повреждения головного мозга:		
	a)	сотрясение головного мозга при сроке непрерывного стационарного лечения 14 и более дней	5
	b)	ушиб головного мозга (в т.ч. с субарахноидальным кровоизлиянием), субарахноидальное кровоизлияние при сроке непрерывного стационарного лечения не менее 14 дней в сочетании с амбулаторным лечением не менее 14 дней	10
	c)	неудаленные инородные тела полости черепа (за исключением шовного и пластического материала)	15
	d)	размножение вещества головного мозга (без указания симптоматики)	50
	Примечания:		
	1. Если в связи с черепно-мозговой травмой проводились оперативные вмешательства на костях черепа, головном мозге и его оболочках, дополнительно производится страховая выплата в размере 10% страховой суммы.		
	2. Субарахноидальное кровоизлияние должно быть подтверждено анализом ликвора и компьютерной томографией.		
	3. Ушиб и сотрясение головного мозга должны быть подтверждены результатами инструментальных исследований: компьютерной томографией и/или магнитно-резонансной томографией, электроэнцефалограммой, и подробным клиническим описанием неврологического статуса.		
	4	Повреждение спинного мозга на любом уровне, конского хвоста без указания симптомов:	
a)		сотрясение спинного мозга при непрерывном стационарном лечении - сроком не менее 14 дней	5
b)		ушиб спинного мозга при непрерывном лечении общей продолжительностью не менее 28 дней амбулаторного лечения в сочетании со стационарным лечением, длительность которого составила не менее 14 дней	10
c)		сдавление, гематомия, полиомиелит	30
d)		частичный разрыв	50
e)		полный перерыв спинного мозга	100
Примечания:			
1. Если в связи с травмой позвоночника и спинного мозга проводились оперативные вмешательства, не указанные в ст.48, дополнительно производится страховая выплата в размере 10% страховой суммы однократно.			
2. Повреждения спинного мозга, наступившие без внешнего воздействия – травмы, например, явившихся следствием подъема тяжестей, не являются основанием для страховой выплаты.			
Раздел II.			
Органы зрения			
5	Повреждение глаза, не повлекшее за собой снижения остроты зрения:		
	a)	непроникающее ранение глазного яблока, гифема	3

Статья	Пункт	Характер повреждения	Размер выплаты в % от страховой суммы
	b)	проникающее (в полость глазного яблока) ранение, контузия с разрывом оболочек, ожоги II, III степени, гемофтальм	5
	Примечания: 1. Ожоги глаза без указания степени, а также ожоги глаза I степени, не повлекшие за собой патологических изменений, не дают оснований для выплаты страховой суммы. 2. Поверхностные инородные тела на оболочках глаза не дают оснований для выплаты страховой суммы.		
6	Последствия травмы глаза: дефект радужной оболочки, смещение хрусталика, изменение формы зрачка, трихиаз (неправильный рост ресниц), заворот века, неудаленные инородные тела в глазном яблоке и тканях глазницы, рубцы оболочек глазного яблока и век (за исключением кожи)		10
7	Повреждение глаза (глаз), повлекшее за собой полную потерю зрения единственного глаза или обоих глаз, обладавших зрением не ниже 0,5		100
8	Удаление в результате травмы глазного яблока слепого (на момент удаления) глаза		10
9	Перелом орбиты (глазницы) вне зависимости от количества поврежденных костей		10
Раздел III.			
Органы слуха			
10	Повреждение ушной раковины, повлекшее за собой:		
	a)	отсутствие 1/3 - 1/2 части ушной раковины	10
	b)	отсутствие более 1/2 части ушной раковины	20
11	Разрыв одной барабанной перепонки, наступивший в результате травмы		1
	Примечание: Если разрыв барабанной перепонки произошел в результате перелома основания черепа (средняя черепная ямка), ст.11 не применяется.		
Раздел IV.			
Дыхательная система			
12	Перелом костей носа, передней стенки лобной, гайморовой пазухи, решетчатой кости		3
13	Перелом грудины		5
14	Перелом ребер		
	a)	одного ребра	1
	b)	двух - трех ребер	2
	c)	четырёх – девяти ребер	5
	d)	десяти и более ребер	10
	Примечания: 1. При переломе ребер во время реанимационных мероприятий страховая выплата производится на общих основаниях. 2. Перелом хрящевой части ребра не дает основание для страховой выплаты.		
Раздел V.			
Органы пищеварения			
15	Перелом верхней челюсти, скуловой кости или нижней челюсти:		
	a)	перелом одной кости	5
	b)	перелом двух и более костей или двойной перелом одной кости	10

Статья	Пункт	Характер повреждения	Размер выплаты в % от страховой суммы
	<i>Примечания:</i> 1. При переломе челюсти, случайно наступившем во время стоматологических манипуляций, страховая выплата производится на общих основаниях. 2. Перелом альвеолярного отростка, наступивший при потере зубов, не дает оснований для страховой выплаты. 3. Если в связи с травмой челюстей, скуловых костей проводились оперативные вмешательства, не указанные в ст.48, дополнительно производится страховая выплата в размере 5% страховой суммы однократно. 4. К двойным переломам не относятся оскольчатые переломы (независимо от числа осколков).		
16	Повреждение челюсти, повлекшее за собой отсутствие:		
	a)	части челюсти (за исключением альвеолярного отростка)	40
	b)	челюсти	80
	<i>Примечания:</i> 1. При страховой выплате в связи с отсутствием челюсти или ее части учтена и потеря зубов, независимо от их количества. 2. При страховой выплате по ст.16 дополнительная страховая выплата за оперативные вмешательства не производится.		
17	Ожоги – см. Страховые выплаты при ожогах (см. Таблицу страховых выплат при ожогах)		
Раздел VI.			
Позвоночник			
18	Перелом, перелома-вывих тел, дужек и суставных отростков позвонков (за исключением крестца и копчика):		
	a)	одного-двух	15
	b)	трех-пяти	20
	c)	шести и более	30
19	Перелом каждого поперечного или остистого отростка		
	a)	одного	3
	b)	двух-трех	5
	c)	четырёх и более	10
	<i>Примечание:</i> Если предусмотрена выплата по ст.18, то ст.19 не применяется.		
20	Перелом крестца		10
21	Повреждения копчика: перелом копчиковых позвонков		5
	<i>Примечания:</i> 1. Если в связи с травмой позвоночника (в том числе крестца и копчика) проводились оперативные вмешательства, не указанные в ст.48, дополнительно производится страховая выплата в размере 10% страховой суммы однократно. 2. В том случае, если в результате одной травмы произойдет перелом тела позвонка, повреждение связок, перелом поперечных или остистых отростков, страховая выплата производится по статье, предусматривающей наиболее тяжелое повреждение, однократно. 3. Повреждения позвоночника, наступившие без внешнего воздействия – травмы, например, явившихся следствием подъема тяжестей, не являются основанием для страховой выплаты.		
Верхняя конечность:			
Раздел VII.			
Лопатка, ключица			
22	Перелом лопатки, ключицы:		
	a)	перелом одной кости	5
	b)	перелом двух костей, двойной перелом одной кости, перелома-вывих ключицы	10
	c)	несросшийся перелом (ложный сустав)	15

Статья	Пункт	Характер повреждения	Размер выплаты в % от страховой суммы
<i>Примечания:</i> 1. В том случае, если в связи с повреждениями, перечисленными в ст.22, проводились оперативные вмешательства, не указанные в ст.48, дополнительно производится страховая выплата в размере 5% страховой суммы однократно. 2. Страховая выплата по ст.22с) производится на основании заключения врача специалиста, полученного по истечении 9месяцев после травмы, и не зависит от произведенной ранее выплаты по ст.22а), б).			
Раздел VIII.			
Плечевой сустав			
23	Повреждения области плечевого сустава (суставной впадины лопатки, головки плечевой кости, анатомической, хирургической шейки, бугорков, суставной сумки):		
	a)	разрыв капсулы сустава, отрыв костного фрагмента (фрагментов), в том числе большого бугорка	3
	b)	перелом большого бугорка, перелом суставной впадины лопатки	5
	c)	перелом двух костей	10
	d)	перелом плеча (головки, анатомической, хирургической шейки), переломо-вывих плеча	15
<i>Примечания:</i> 1. Страховая выплата в связи с разрывом капсулы сустава производится при условии непрерывного срока лечения не менее 14 дней, включающего иммобилизацию (гипсовой повязкой или ее аналогом) на срок не менее 10 дней и/или оперативное лечение. 2. В том случае, если в связи с травмой плечевого сустава будут проведены оперативные вмешательства, не указанные в ст.48, дополнительно производится страховая выплата в размере 10% страховой суммы.			
Раздел IX.			
Плечо			
24	Перелом плечевой кости:		
	a)	на любом уровне (верхняя, средняя, нижняя треть)	15
	b)	двойной перелом	20
<i>Примечания:</i> 1. К двойным переломам не относятся оскольчатые переломы (независимо от числа осколков). 2. Если в связи с травмой области плеча проводились оперативные вмешательства, не указанные в ст.48, дополнительно производится страховая выплата в размере 10% страховой суммы.			
25	Травматическая ампутация верхней конечности или тяжелое повреждение, приведшее к ампутации:		
	a)	с лопаткой, ключицей или их частью	80
	b)	плеча на любом уровне	70
	c)	единственной конечности на уровне плеча	100
<i>Примечание:</i> Если страховая выплата производится по ст.25, дополнительная выплата за оперативные вмешательства не производится.			
Раздел X.			
Локтевой сустав			
26	Повреждения области локтевого сустава:		
	a)	перелом лучевой или локтевой кости	5
	b)	перелом лучевой и локтевой кости	10
	c)	перелом плечевой кости	15
	d)	перелом плечевой кости с лучевой (или локтевой) костью	20
	e)	перелом плечевой кости с лучевой и локтевой костями	25

Статья	Пункт	Характер повреждения	Размер выплаты в % от страховой суммы
	<i>Примечание: В том случае, если в связи с травмой области локтевого сустава будут проведены оперативные вмешательства, не указанные в ст.48, дополнительно производится страховая выплата в размере 10% страховой суммы однократно.</i>		
Раздел XI			
Предплечье			
27	Перелом костей предплечья на любом уровне, за исключением области суставов (верхняя, средняя, нижняя треть):		
	a)	перелом одной кости	5
	b)	перелом двух костей, двойной перелом одной кости	10
	<i>Примечание: К двойным переломам не относятся оскольчатые переломы (независимо от числа осколков).</i>		
28	Несросшийся перелом (ложный сустав) костей предплечья:		
	a)	одной кости	15
	b)	двух костей	30
	<i>Примечание: Страховая выплата по ст.28 производится на основании заключения лечебного учреждения по истечении 9 месяцев после травмы.</i>		
29	Травматическая ампутация или тяжелое повреждение, приведшее:		
	a)	к ампутации предплечья на любом уровне	50
	b)	к экзартикуляции в локтевом суставе	55
	c)	к ампутации единственной конечности на уровне предплечья	100
	<i>Примечание: Если в связи с травмой области предплечья проводились оперативные вмешательства, не указанные в ст.48, дополнительно производится страховая выплата в размере 10% страховой суммы однократно.</i>		
Раздел XII			
Лучезапястный сустав			
30	Повреждения области лучезапястного сустава:		
	a)	отрыв шиловидного отростка (отростков), отрыв костного фрагмента (фрагментов)	3
	b)	перелом одной кости предплечья	5
	c)	перелом двух костей предплечья	10
Раздел XIII.			
Кисть			
31	Перелом костей запястья, пястных костей одной кисти:		
	a)	отрыв костного фрагмента (фрагментов) (отрывной перелом), краевой перелом одной кости	3
	b)	перелом (за исключением краевого, отрывного переломов) одной кости (кроме ладьевидной)	5
	c)	отрыв костного фрагмента (фрагментов) (отрывной перелом), краевой перелом двух и более костей (кроме ладьевидной)	5
	d)	перелом (за исключением краевого, отрывного переломов) двух и более костей (кроме ладьевидной)	10
	e)	перелом (за исключением краевого, отрывного переломов) ладьевидной кости	10
	<i>Примечания: 1. Если в связи с травмой кисти проводились оперативные вмешательства, не указанные в ст.48, дополнительно производится страховая выплата в размере 5% страховой суммы однократно. 2. При переломе в результате одной травмы костей запястья (пястных костей) и ладьевидной кости страховая выплата производится с учетом каждого повреждения путем суммирования.</i>		
Раздел XIV.			
Пальцы кисти - первый палец			
32	Повреждение пальца, повлекшее за собой:		

Статья	Пункт	Характер повреждения	Размер выплаты в % от страховой суммы
	a)	отрыв костного фрагмента (фрагментов) (отрывной перелом), краевой перелом фаланги (фаланг)	3
	b)	перелом (кроме отрывного, краевого) фаланги (фаланг)	5
	Примечание: Если в связи с переломом фаланги (фаланг), проводились оперативные вмешательства, не указанные в ст.48, дополнительно производится страховая выплата в размере 5% страховой суммы однократно.		
33	Повреждение пальца, повлекшее за собой:		
	a)	ампутацию на уровне межфалангового сустава (потеря ногтевой фаланги)	10
	b)	ампутацию на уровне основной фаланги, пястно-фалангового сустава (потеря пальца)	15
	c)	ампутацию пальца с пястной костью или частью ее	20
	Примечание: Если страховая выплата выплачена по ст.33, дополнительная выплата за оперативные вмешательства не производится.		
Раздел XV.			
Пальцы кисти - второй, третий, четвертый, пятый пальцы			
34	Повреждение одного пальца, повлекшее за собой:		
	a)	отрыв костного фрагмента (фрагментов) (отрывной перелом), краевой перелом фаланги (фаланг)	3
	b)	перелом (кроме отрывного, краевого) фаланги (фаланг)	5
	Примечание: Если в связи с переломом фаланги (фаланг) проводились оперативные вмешательства, не указанные в ст.48, дополнительно производится страховая выплата в размере 5% страховой суммы однократно.		
35	Повреждение пальца, повлекшее за собой:		
	a)	ампутацию на уровне средней фаланги, потерю двух фаланг	5
	b)	ампутацию на уровне основной фаланги, потерю пальца	10
	c)	потерю пальца с пястной костью или частью ее	15
	Примечания: 1. Если страховая выплата выплачена по ст.35, дополнительная выплата за оперативные вмешательства не производится. 2. При повреждении нескольких пальцев кисти в период действия одного договора страхования страховая выплата производится с учетом каждого повреждения путем суммирования. Однако размер ее не должен превышать 60% для одной кисти и 100% для обеих кистей.		
Нижняя конечность:			
Раздел XVI.			
Таз			
36	Повреждения таза:		
	a)	перелом одной кости	5
	b)	перелом двух костей, двойной перелом одной кости, вертлужной впадины	10
	c)	перелом трех и более костей	15
	Примечания: 1. Если в связи с переломом костей таза проводились оперативные вмешательства, не указанные в ст.48, дополнительно производится страховая выплата в размере 10% страховой суммы однократно. 2. К двойным переломам не относятся оскольчатые переломы (независимо от числа осколков).		
Раздел XVII.			
Тазобедренный сустав			
37	Повреждения тазобедренного сустава:		

Статья	Пункт	Характер повреждения	Размер выплаты в % от страховой суммы	
	a)	отрыв костного фрагмента (фрагментов), перелом вертела (вертелов)	5	
	b)	изолированный отрыв вертела (вертелов)	10	
	c)	перелом головки, шейки, проксимального метафиза бедра	25	
	Примечание: Если в связи с травмой тазобедренного сустава проводились оперативные вмешательства, не указанные в ст.48, дополнительно производится страховая выплата в размере 10% страховой суммы однократно.			
Раздел XVIII.				
Бедро				
38	Перелом бедра:			
	a)	на любом уровне, за исключением области суставов (верхняя, средняя, нижняя треть)	25	
	b)	двойной перелом бедренной кости	30	
	Примечания: 1. К двойным переломам не относятся оскольчатые переломы (независимо от числа осколков). 2. Если в связи с травмой области бедра проводились оперативные вмешательства, не указанные в ст.48, дополнительно производится страховая выплата в размере 10% страховой суммы однократно.			
39	Травматическая ампутация или тяжелое повреждение, приведшее к ампутации конечности на любом уровне бедра:			
	a)	одной конечности	70	
	b)	единственной конечности	100	
	Примечание: Если страховая выплата была выплачена по ст.39, дополнительная выплата за оперативные вмешательства не производится.			
Раздел XIX.				
Коленный сустав				
40	Повреждения области коленного сустава:			
	a)	гемартроз, повреждение связки (связок), мениска (менисков) при непрерывном консервативном лечении от 10 до 15 дней включительно	2	
	b)	гемартроз при непрерывном консервативном лечении свыше 15 дней либо оперативном лечении	3	
	c)	повреждение связки (связок), мениска (менисков) при непрерывном консервативном лечении свыше 15 дней, импрессионный, краевой, хондральный перелом мыщелка (мышцелков) большеберцовой и/или бедренной костей	3	
	d)	отрыв костного фрагмента (фрагментов), перелом надмыщелка надмыщелка (надмыщелков) бедренной кости, перелом головки малоберцовой кости	5	
	e)	полный разрыв связки (связок), повреждение мениска (менисков) при оперативном лечении (артроскопия, артротомия)	5	
	f)	перелом межмышцелкового возвышения, мыщелка большеберцовой кости (кроме импрессионного, краевого, хондрального переломов)	5	
	g)	перелом: надколенника, межмышцелкового возвышения, перелом (кроме импрессионного, краевого, хондрального) мыщелков большеберцовой кости, перелом проксимального метафиза большеберцовой кости, перелом (кроме импрессионного, краевого, хондрального) мыщелка бедренной кости, проксимального метафиза большеберцовой кости	10	
	h)	перелом проксимального метафиза большеберцовой кости с головкой малоберцовой	15	
	i)	перелом (кроме импрессионного, краевого, хондрального) мыщелков бедренной кости	20	
	j)	перелом дистального метафиза бедренной кости	20	

Статья	Пункт	Характер повреждения	Размер выплаты в % от страховой суммы
	к)	перелом дистального метафиза, мыщелков бедренной кости с проксимальными отделами одной или обеих берцовых костей	25
<i>Примечания:</i> 1. Если в связи с травмой области коленного сустава проводились оперативные вмешательства, не указанные в ст.48, дополнительно производится страховая выплата в размере 10% страховой суммы однократно. 2. Диагноз повреждения менисков, связок должен быть подтвержден ультразвуковым исследованием и/или компьютерной томографией и/или магнито-резонансной томографией и/или артроскопией. 3. Если в связи с полным разрывом связки (связок), повреждением мениска (менисков) проводилось оперативное лечение (артроскопия, артротомия), страховая выплата производится по ст. 40е). Дополнительная страховая выплата в связи с оперативными вмешательствами, указанными в ст. 40 Прим.1 и ст.48, не производится.			
Раздел XX.			
Голень			
41	Перелом костей голени (за исключением области суставов):		
	a)	малоберцовой, отрывы костного фрагмента (фрагментов)	5
	b)	большеберцовой, двойной перелом малоберцовой	10
	c)	обеих костей, двойной перелом большеберцовой	15
<i>Примечания:</i> 1. Страховая выплата по ст.41 определяется при: - переломах малоберцовой кости в верхней и средней трети; - переломах диафиза большеберцовой кости на любом уровне; - переломах большеберцовой кости в области диафиза (верхняя, средняя, нижняя треть) и переломах малоберцовой кости в верхней или средней трети. 2. Если в результате травмы наступил внутрисуставной перелом большеберцовой кости в коленном или голеностопном суставе и перелом малоберцовой кости на уровне диафиза, страховая выплата производится по ст.40 и 41 или ст.43 и 41 путем суммирования. 3. К двойным переломам не относятся оскольчатые переломы (независимо от числа осколков).			
42	Травматическая ампутация или тяжелое повреждение, повлекшее за собой:		
	a)	ампутацию голени на любом уровне	50
	b)	экзартикуляцию в коленном суставе	55
	c)	ампутацию единственной конечности на любом уровне голени	100
<i>Примечание:</i> Если страховая выплата была выплачена в связи с ампутацией голени, дополнительная выплата за оперативное вмешательство не производится.			
Раздел XXI.			
Голеностопный сустав			
43	Повреждения области голеностопного сустава:		
	a)	перелом одной лодыжки, нижней трети диафиза малоберцовой кости, заднего края большеберцовой кости, изолированный разрыв межберцового синдесмоза	5
	b)	перелом двух лодыжек или перелом одной лодыжки с краем большеберцовой кости (двухлодыжечный перелом)	10
	c)	перелом обеих лодыжек с краем большеберцовой кости (трехлодыжечный перелом)	15
<i>Примечания:</i> 1. При переломах костей голеностопного сустава, сопровождающихся разрывом межберцового синдесмоза, дополнительно производится страховая выплата в размере 5% страховой суммы однократно. 2. Если в связи с травмой области голеностопного сустава проводились оперативные вмешательства, не указанные в ст.48, дополнительно производится страховая выплата в размере 10% страховой суммы однократно.			
Раздел XXII.			
Стопа			
44	Повреждения стопы:		

Статья	Пункт	Характер повреждения	Размер выплаты в % от страховой суммы
	a)	перелом одной кости (за исключением пяточной и таранной)	5
	b)	перелом двух костей, перелом таранной кости	10
	c)	перелом трех и более костей, перелом пяточной кости	15
	Примечание: Если в связи с переломом костей стопы проводились оперативные вмешательства, не указанные в ст.48, дополнительно производится страховая выплата в размере 5% страховой суммы однократно.		
45	Повреждения стопы, повлекшие за собой:		
	a)	ампутацию на уровне плюсне-фаланговых суставов (отсутствие всех пальцев стопы)	30
	b)	ампутацию на уровне плюсневых костей или предплюсны	40
	c)	ампутацию на уровне таранной, пяточной костей (потеря стопы)	50
Примечания: 1. Страховая выплата в связи с осложнениями травмы стопы, предусмотренными ст.45, производится независимо от срока, прошедшего со дня травмы. 2. В том случае, если страховая выплата производится в связи с ампутацией стопы, дополнительная выплата за оперативные вмешательства не производится.			
Раздел XXIII.			
Пальцы стопы			
46	Перелом фаланги (фаланг):		
	a)	одного пальца (кроме первого)	1
	b)	одного первого пальца	3
	c)	двух и более пальцев (без первого)	3
	d)	двух и более пальцев (включая первый)	5
Примечания: 1. Если в связи с переломом пальца стопы проводились оперативные вмешательства, не указанные в ст.48, дополнительно производится страховая выплата в размере 3% страховой суммы однократно.			
47	Травматическая ампутация или повреждение пальцев стопы, повлекшее за собой ампутацию:		
	первого пальца:		
	a)	на уровне ногтевой фаланги или межфалангового сустава	5
	b)	на уровне основной фаланги или плюсне-фалангового сустава	10
	второго, третьего, четвертого, пятого пальцев:		
	c)	одного-двух пальцев на уровне ногтевых или средних фаланг	5
	d)	одного-двух пальцев на уровне основных фаланг или плюсне-фаланговых суставов	10
	e)	трех-четырёх пальцев на уровне ногтевых или средних фаланг	15
	f)	трех-четырёх пальцев на уровне основных фаланг или плюсне-ногтевых суставов	20
Примечания: 1. В том случае, если страховая выплата производится по ст.47, дополнительная выплата за оперативные вмешательства не производится. 2. Если в связи с травмой была произведена ампутация пальца с плюсневой костью или частью ее, дополнительно производится страховая выплата в размере 5% страховой суммы однократно.			
Раздел XXIV.			
48	Оперативное вмешательство:		
	Если в связи с полученной травмой проводились оперативные вмешательства, не указанные в соответствующих статьях Таблицы, дополнительно однократно производится:		
	a)	при фиксации костей спицами, проволокой, штифтами, винтами, шурупами, стержнями, гвоздями, крючками, пластинами, кронштейнами, транспедикулярными системами, кольцами, скобами, мягким шовным материалом (лавсан, шелк и т.п.),	3

Статья	Пункт	Характер повреждения	Размер выплаты в % от страховой суммы
		цементом, аппаратом Иллизарова и другими аппаратами внешней фиксации, скелетное вытяжение	
	b)	за все остальные оперативные вмешательства соответственно процентам, указанным в пунктах Таблицы	
<i>Примечание: Закрытые и открытые репозиции не являются основанием для страховой выплаты.</i>			

Страховая выплата, которая производится в связи с травмой органа, не должна превышать размера страховой выплаты, производимой при потере этого органа, а общая сумма выплат не должна превышать 100%.

**Страховые выплаты при ожогах
(в процентах от страховой суммы)**

Площадь ожога (% поверхности тела)	Степень ожога				
	I	II	IIIA	IIIB	IV
от 0,5 до 5	-	-	10	13	15
свыше 5 до 10	-	-	15	17	20
свыше 10 до 20	-	-	20	25	35
свыше 20 до 30	-	-	25	45	55
свыше 30 до 40	-	-	30	70	75
свыше 40 до 50	-	-	40	85	90
свыше 50 до 60	-	-	50	95	95
свыше 60 до 70	-	-	60	100	100
свыше 70 до 80	-	-	70	100	100
свыше 80 до 90	-	-	80	100	100
более 90	-	-	95	100	100

Примечание.

1% поверхности тела пострадавшего равен площади ладонной поверхности его кисти и пальцев.

ТАБЛИЦА №4 **размеров страховых выплат в связи с несчастным случаем**

ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ

Параграф 1. В случае получения Застрахованным нескольких повреждений или увечий, перечисленных в разных разделах «Таблицы», общий размер страховой выплаты рассчитывается путем суммирования размеров выплаты по разным разделам. Страховая выплата, которая производится в связи с травмой органа, не должна превышать размера страховой выплаты, производимой при потере этого органа, а общая сумма выплат не должна превышать 100%.

Параграф 2. В случае получения Застрахованным нескольких повреждений или увечий, перечисленных в разных статьях одного раздела «Таблицы», размер страховой выплаты по одной статье рассчитывается независимо от размера страховой выплаты по другим статьям.

Параграф 3. В случае получения Застрахованным повреждений или увечий (в т.ч. одной конечности) по нескольким пунктам, перечисленным в одной статье «Таблицы», страховая выплата производится только по пункту, учитывающему наиболее тяжелое повреждение (больший процент выплаты).

Параграф 4. В случае получения Застрахованным нескольких повреждений или увечий (в т.ч. одной конечности), перечисленным в одном пункте статьи «Таблицы», страховая выплата производится по этому пункту однократно.

Параграф 5. В случае получения Застрахованным повреждений или увечий разных конечностей страховая выплата рассчитывается отдельно по каждой поврежденной конечности с соблюдением требований Параграфов 3 и 4.

Параграф 6. 1% поверхности тела исследуемого человека равен площади ладонной поверхности его кисти и пальцев. Эта площадь определяется в квадратных сантиметрах путем умножения длины кисти, измеряемой от лучезапястного сустава до верхушки ногтевой фаланги III-го пальца, на ее ширину, измеряемую на уровне головок II-V-х пястных костей (без учета I-го пальца).

Параграф 7. При переломах (переломо-вывихах) костей, обязательным условием применения соответствующих статей «Таблицы» является рентгенологическое подтверждение указанных повреждений.

Параграф 8. Повторные переломы (рефрактуры) одной и той же кости, наступившие в результате травмы, полученной в период действия договора страхования, дают основание для страховой выплаты только в том случае, если по представленным рентгенограммам будут установлены: 1) сращение отломков кости по окончании лечения предыдущей травмы, 2) наличие новой линии (линий) перелома кости на рентгенограммах, сделанных после повторной травмы.

Параграф 9. «Таблица» не применяется и выплаты в соответствии с ней не производятся в тех случаях, когда факт получения того или иного повреждения в период действия договора страхования установлен только на основании сообщений и жалоб заинтересованных в выплатах лиц, даже если подобные сообщения и жалобы зафиксированы письменно, в т.ч. в медицинских документах.

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

Параграф 11. Если «Таблицей» предусмотрены отложенные страховые выплаты (при условии, что по истечении указанного в соответствующей статье времени у Застрахованного будут отмечены определенные последствия повреждения), то они производятся в том случае, если время, указанное в конкретной статье, истекает в период, на который, в соответствии с договором страхования, распространяется ответственность Страховщика.

Статья	Пункт	Характер повреждения	Размер выплаты в % от страховой суммы
Раздел I.			
Кости черепа, нервная система			
1	Перелом костей черепа:		
	a)	наружной пластинки костей свода	5
	b)	свода	15
	c)	основания	20
	d)	свода и основания	25
2	Внутричерепные травматические гематомы:		
	a)	эпидуральная	10
	b)	субдуральная, внутримозговая	15
	c)	эпидуральная и субдуральная (внутримозговая)	20
3	Повреждения головного мозга:		
	a)	сотрясение головного мозга при сроке непрерывного стационарного лечения 14 и более дней	5
	b)	ушиб головного мозга (в т.ч. с субарахноидальным кровоизлиянием), субарахноидальное кровоизлияние при сроке непрерывного стационарного лечения не менее 14 дней в сочетании с амбулаторным лечением не менее 14 дней	10
	c)	неудаленные инородные тела полости черепа (за исключением шовного и пластического материала)	15
	d)	размножение вещества головного мозга (без указания симптоматики)	50
Примечания:			
1. Субарахноидальное кровоизлияние должно быть подтверждено анализом ликвора и компьютерной томографией.			
2. Ушиб и сотрясение головного мозга должны быть подтверждены результатами инструментальных исследований: компьютерной томографией и/или магнитно-резонансной томографией, электроэнцефалограммой, и подробным клиническим описанием неврологического статуса.			
4	Повреждение спинного мозга на любом уровне, конского хвоста, полиомиелит, без указания симптомов:		
	a)	сотрясение спинного мозга при непрерывном стационарном лечении сроком не менее 14 дней	5
	b)	ушиб спинного мозга при непрерывном лечении общей продолжительностью не менее 28 дней амбулаторного лечения в сочетании со стационарным лечением, длительность которого составила не менее 14 дней	10
	c)	сдавление, гематомия, полиомиелит	30
	d)	частичный разрыв	50
	e)	полный перерыв спинного мозга	100
Примечание:			
Повреждения спинного мозга, наступившие без внешнего воздействия – травмы, например, явившихся следствием подъема тяжестей, не являются основанием для страховой выплаты.			
Раздел II.			
Органы зрения			
5	Повреждение глаза, не повлекшее за собой снижения остроты зрения:		
	a)	непроникающее ранение глазного яблока, гифема	3
	b)	проникающее (в полость глазного яблока) ранение, контузия с разрывом оболочек, ожоги II, III степени, гемофтальм	5
Примечания:			
1. Ожоги глаза без указания степени, а также ожоги глаза I степени, не повлекшие за собой патологических изменений, не дают оснований для страховой выплаты.			
2. Поверхностные инородные тела на оболочках глаза не дают оснований для выплаты страховой суммы.			
6	Последствия травмы глаза: дефект радужной оболочки, смещение хрусталика, изменение формы зрачка, трихиаз (неправильный рост ресниц), заворот века, неудаленные (по медицинским показаниям) инородные тела в глазном яблоке и тканях глазницы, рубцы оболочек		10

	глазного яблока и век (за исключением кожи)		
7	Повреждение глаза (глаз), повлекшее за собой полную потерю зрения единственного глаза или обоих глаз, обладавших зрением не ниже 0,5		100
8	Удаление в результате травмы глазного яблока слепого (на момент удаления) глаза		10
9	Перелом орбиты (глазницы) вне зависимости от количества поврежденных костей		10
Раздел III.			
Органы слуха			
10	Повреждение ушной раковины, повлекшее за собой:		
	a)	отсутствие 1/3 - 1/2 части ушной раковины	10
	b)	отсутствие более 1/2 части ушной раковины	20
11	Разрыв одной барабанной перепонки, наступивший в результате травмы		1
Примечание: Если разрыв барабанной перепонки произошел в результате перелома основания черепа (средняя черепная ямка), ст.11 не применяется.			
Раздел IV.			
Дыхательная система			
12	Перелом костей носа, передней стенки лобной, гайморовой пазухи, решетчатой кости		3
13	Перелом грудины		5
14	Переломы ребер		
	a)	одного ребра	1
	b)	двух - трех ребер	2
	c)	четырех – девяти ребер	5
	d)	десяти и более ребер	10
Примечания: 1. При переломе ребер во время реанимационных мероприятий страховая выплата производится на общих основаниях. 2. Перелом хрящевой части ребра не дает основание для выплаты страховой суммы.			
Раздел V.			
Органы пищеварения			
15	Перелом верхней челюсти, скуловой кости или нижней челюсти:		
	a)	перелом одной кости	5
	b)	перелом двух и более костей или двойной перелом одной кости	10
Примечания: 1. При переломе челюсти, случайно наступившем во время стоматологических манипуляций, страховая выплата производится на общих основаниях. 2. Перелом альвеолярного отростка, наступивший при потере зубов, не дает оснований для страховой выплаты. 3. К двойным переломам не относятся оскольчатые переломы (независимо от числа осколков).			
16	Повреждение челюсти, повлекшее за собой отсутствие:		
	a)	части челюсти (за исключением альвеолярного отростка)	40
	b)	челюсти	80
Примечание: При страховой выплате в связи с отсутствием челюсти или ее части учтена и потеря зубов, независимо от их количества.			
17	Ожоги – см. Страховые выплаты при ожогах (см. Таблицу страховых выплат при ожогах).		
Раздел VI.			
Позвоночник			
18	Перелом, перелома-вывих тел, дужек и суставных отростков позвонков (за исключением крестца и копчика):		
	a)	одного-двух	15
	b)	трех-пяти	20
	c)	шести и более	30
19	Перелом каждого поперечного или остистого отростка		
	a)	одного	3
	b)	двух-трех	5
	c)	четырех и более	10
Примечание: Если предусмотрена выплата по ст.18, то ст.19 не применяется.			
20	Перелом крестца		10
21	Повреждения копчика: перелом копчиковых позвонков		5

Примечания: 1. В том случае, если в результате одной травмы произойдет перелом тела позвонка, повреждение связок, перелом поперечных или остистых отростков, страховая выплата производится по статье, предусматривающей наиболее тяжелое повреждение, однократно. 2. Повреждения позвоночника, наступившие без внешнего воздействия – травмы, например, явившихся следствием подъема тяжестей, не являются основанием для страховой выплаты.		
Верхняя конечность:		
Раздел VII.		
Лопатка, ключица		
22	Перелом лопатки, ключицы:	
	a)	перелом одной кости 5
	b)	перелом двух костей, двойной перелом одной кости, перелома-вывих ключицы 10
	c)	несросшийся перелом (ложный сустав) 15
Примечания: 1. Страховая выплата по ст.22с) производится на основании заключения врача специалиста, полученного по истечении 9 месяцев после травмы, и не зависит от произведенной ранее выплаты по ст.22а), b). 2. К двойным переломам не относятся оскольчатые переломы (независимо от числа осколков).		
Раздел VIII.		
Плечевой сустав		
23	Повреждения области плечевого сустава (суставной впадины лопатки, головки плечевой кости, анатомической, хирургической шейки, бугорков, суставной сумки):	
	a)	разрыв капсулы сустава, отрыв костного фрагмента (фрагментов), в том числе большого бугорка 3
	b)	перелом большого бугорка, перелом суставной впадины лопатки 5
	c)	перелом двух костей 10
	d)	перелом плеча (головки, анатомической, хирургической шейки), перелома-вывих плеча 15
Примечание: Страховая выплата в связи с разрывом капсулы сустава производится при условии непрерывного срока лечения не менее 14 дней, включающего иммобилизацию (гипсовой повязкой или ее аналогом) на срок не менее 10 дней и/или оперативное лечение.		
Раздел IX.		
Плечо		
24	Перелом плечевой кости:	
	a)	на любом уровне (верхняя, средняя, нижняя треть) 15
	b)	двойной перелом 20
Примечание: К двойным переломам не относятся оскольчатые переломы (независимо от числа осколков).		
25	Травматическая ампутация верхней конечности или тяжелое повреждение, приведшее к ампутации:	
	a)	с лопаткой, ключицей или их частью 80
	b)	плеча на любом уровне 70
	c)	единственной конечности на уровне плеча 100
Раздел X.		
Локтевой сустав		
26	Повреждения области локтевого сустава:	
	a)	перелом лучевой или локтевой кости 5
	b)	перелом лучевой и локтевой кости 10
	c)	перелом плечевой кости 15
	d)	перелом плечевой кости с лучевой (или локтевой) костью 20
	e)	перелом плечевой кости с лучевой и локтевой костями 25
Раздел XI.		
Предплечье		
27	Перелом костей предплечья на любом уровне, за исключением области суставов (верхняя, средняя, нижняя треть):	
	a)	перелом одной кости 5
	b)	перелом двух костей, двойной перелом одной кости 10
Примечание: К двойным переломам не относятся оскольчатые переломы (независимо от числа осколков).		
28	Несросшийся перелом (ложный сустав) костей предплечья:	
	a)	одной кости 15
	b)	двух костей 30

	<i>Примечание:</i> Страховая выплата по ст.28 производится на основании заключения лечебного учреждения по истечении 9 месяцев после травмы.		
29	Травматическая ампутация или тяжелое повреждение, приведшее:		
	a)	к ампутации предплечья на любом уровне	50
	b)	к экзартикуляции в локтевом суставе	55
	c)	к ампутации единственной конечности на уровне предплечья	100
Раздел XII.			
Лучезапястный сустав			
30	Повреждения области лучезапястного сустава:		
	a)	отрыв шиловидного отростка (отростков), отрыв костного фрагмента (фрагментов)	3
	b)	перелом одной кости предплечья	5
	c)	перелом двух костей предплечья	10
Раздел XIII.			
Кисть			
31	Перелом костей запястья, пястных костей одной кисти:		
	a)	отрыв костного фрагмента (фрагментов) (отрывной перелом), краевой перелом одной кости	3
	b)	перелом (за исключением краевого, отрывного переломов) одной кости (кроме ладьевидной)	5
	c)	отрыв костного фрагмента (фрагментов) (отрывной перелом), краевой перелом двух и более костей (кроме ладьевидной)	5
	d)	перелом (за исключением краевого, отрывного переломов) двух и более костей (кроме ладьевидной)	10
	e)	перелом (за исключением краевого, отрывного переломов) ладьевидной кости	10
<i>Примечание:</i> При переломе в результате одной травмы костей запястья (пястных костей) и ладьевидной кости страховая выплата производится с учетом каждого повреждения путем суммирования.			
Раздел XIV.			
Пальцы кисти - первый палец			
32	Повреждение пальца, повлекшее за собой:		
	a)	отрыв костного фрагмента (фрагментов) (отрывной перелом), краевой перелом фаланги (фаланг)	3
	b)	перелом (кроме отрывного, краевого) фаланги (фаланг)	5
33	Повреждение пальца, повлекшее за собой:		
	a)	ампутацию на уровне межфалангового сустава (потеря ногтевой фаланги)	10
	b)	ампутацию на уровне основной фаланги, пястно-фалангового сустава (потеря пальца)	15
	c)	ампутацию пальца с пястной костью или частью ее	20
Раздел XV.			
Пальцы кисти - второй, третий, четвертый, пятый пальцы			
34	Повреждение одного пальца, повлекшее за собой:		
	a)	отрыв костного фрагмента (фрагментов) (отрывной перелом), краевой перелом фаланги (фаланг)	3
	b)	перелом (кроме отрывного, краевого) фаланги (фаланг)	5
35	Повреждение пальца, повлекшее за собой:		
	a)	ампутацию на уровне средней фаланги, потерю двух фаланг	5
	b)	ампутацию на уровне основной фаланги, потерю пальца	10
	d)	потерю пальца с пястной костью или частью ее	15
<i>Примечание:</i> При повреждении нескольких пальцев кисти в период действия одного договора страхования страховая выплата производится с учетом каждого повреждения путем суммирования. Однако размер ее не должен превышать 60% для одной кисти и 100% для обеих кистей.			
Нижняя конечность:			
Раздел XVI.			
Таз			
36	Повреждения таза:		
	a)	перелом одной кости	5
	b)	перелом двух костей, двойной перелом одной кости, вертлужной	10

	впадины	
c)	перелом трех и более костей	15
<i>Примечание: К двойным переломам не относятся оскольчатые переломы (независимо от числа осколков).</i>		
Раздел XVII.		
Тазобедренный сустав		
37	Повреждения тазобедренного сустава:	
a)	отрыв костного фрагмента (фрагментов), перелом вертела (вертелов)	5
b)	изолированный отрыв вертела (вертелов)	10
c)	перелом головки, шейки, проксимального метафиза бедра	25
Раздел XVIII.		
Бедро		
38	Перелом бедра:	
a)	на любом уровне, за исключением области суставов (верхняя, средняя, нижняя треть)	25
b)	двойной перелом бедренной кости	30
<i>Примечание: К двойным переломам не относятся оскольчатые переломы (независимо от числа осколков).</i>		
39	Травматическая ампутация или тяжелое повреждение, приведшее к ампутации конечности на любом уровне бедра:	
a)	одной конечности	70
b)	единственной конечности	100
Раздел XIX.		
Коленный сустав		
40	Повреждения области коленного сустава:	
a)	гемартроз, повреждение связки (связок), мениска (менисков) при непрерывном консервативном лечении от 10 до 15 дней включительно	2
b)	гемартроз при непрерывном консервативном лечении свыше 15 дней либо оперативном лечении	3
c)	повреждение связки (связок), мениска (менисков) при непрерывном консервативном лечении свыше 15 дней, импрессионный, краевой, хондральный перелом мыщелка (мыщелков) большеберцовой и/или бедренной костей	3
d)	отрыв костного фрагмента (фрагментов) (отрывной перелом), перелом надмыщелка (надмыщелков) бедренной кости, перелом головки малоберцовой кости	5
e)	полный разрыв связки (связок), повреждение мениска (менисков) при оперативном лечении (артроскопия, артротомия)	5
f)	перелом межмыщелкового возвышения, мыщелка большеберцовой кости (кроме импрессионного, краевого, хондрального переломов)	5
g)	перелом: надколенника, межмыщелкового возвышения, перелом (кроме импрессионного, краевого, хондрального) мыщелков большеберцовой кости, перелом проксимального метафиза большеберцовой кости, перелом (кроме импрессионного, краевого, хондрального) мыщелка бедренной кости, проксимального метафиза большеберцовой кости	10
h)	перелом проксимального метафиза большеберцовой кости с головкой малоберцовой	15
i)	перелом (кроме импрессионного, краевого, хондрального) мыщелков бедренной кости	20
j)	перелом дистального метафиза бедренной кости	20
k)	перелом дистального метафиза, мыщелков бедренной кости с проксимальными отделами одной или обеих берцовых костей	25
<i>Примечание: Диагноз повреждения менисков, связок должен быть подтвержден ультразвуковым исследованием и/или компьютерной томографией и/или магнито-резонансной томографией и/или артроскопией.</i>		
Раздел XX.		
Голень		
41	Перелом костей голени (за исключением области суставов):	
a)	малоберцовой, отрыв костного фрагмента (фрагментов)	5
b)	большеберцовой, двойной перелом малоберцовой	10
c)	обеих костей, двойной перелом большеберцовой	15

Примечания: 1. Страховая выплата по ст.41 определяется при: - переломах малоберцовой кости в верхней и средней трети; - переломах диафиза большеберцовой кости на любом уровне; - переломах большеберцовой кости в области диафиза (верхняя, средняя, нижняя треть) и переломах малоберцовой кости в верхней или средней трети. 2. Если в результате травмы наступил внутрисуставной перелом большеберцовой кости в коленном или голеностопном суставе и перелом малоберцовой кости на уровне диафиза, страховая выплата производится по ст.40 и 41 или ст.43 и 41 путем суммирования. 3. К двойным переломам не относятся оскольчатые переломы (независимо от числа осколков).		
42	Травматическая ампутация или тяжелое повреждение, повлекшее за собой:	
	a)	ампутацию голени на любом уровне 50
	b)	экзартикуляцию в коленном суставе 55
	c)	ампутацию единственной конечности на любом уровне голени 100
Раздел XXI.		
Голеностопный сустав		
43	Повреждения области голеностопного сустава:	
	a)	перелом одной лодыжки, нижней трети диафиза малоберцовой кости, заднего края большеберцовой кости, изолированный разрыв межберцового синдесмоза 5
	b)	перелом двух лодыжек или перелом одной лодыжки с краем большеберцовой кости (двухлодыжечный перелом) 10
	c)	перелом обеих лодыжек с краем большеберцовой кости (трехлодыжечный перелом) 15
Раздел XXII.		
Стопа		
44	Повреждения стопы:	
	a)	перелом одной кости (за исключением пяточной и таранной) 5
	b)	перелом двух костей, перелом таранной кости 10
	c)	перелом трех и более костей, перелом пяточной кости 15
45	Повреждения стопы, повлекшие за собой:	
	a)	ампутацию на уровне плюсне-фаланговых суставов (отсутствие всех пальцев стопы) 30
	b)	ампутацию на уровне плюсневых костей или предплюсны 40
	c)	ампутацию на уровне таранной, пяточной костей (потеря стопы) 50
Примечание: Страховая выплата в связи с осложнениями травмы стопы, предусмотренными ст.45 производится независимо от срока, прошедшего со дня травмы.		
Раздел XXIII.		
Пальцы стопы		
46	Перелом фаланги (фаланг)	
	a)	одного пальца (кроме первого) 1
	b)	одного первого пальца 3
	c)	двух и более пальцев (без первого) 3
	d)	двух и более пальцев (включая первый) 5
47	Травматическая ампутация или повреждение пальцев стопы, повлекшее за собой ампутацию:	
	первого пальца:	
	a)	на уровне ногтевой фаланги или межфалангового сустава 5
	b)	на уровне основной фаланги или плюсне-фалангового сустава 10
	второго, третьего, четвертого, пятого пальцев:	
	c)	одного-двух пальцев на уровне ногтевых или средних фаланг 5
	d)	одного-двух пальцев на уровне основных фаланг или плюсне-фаланговых суставов 10
	e)	трех-четырёх пальцев на уровне ногтевых или средних фаланг 15
	f)	трех-четырёх пальцев на уровне основных фаланг или плюсне-ногтевых суставов 20
	Примечание: Если в связи с травмой была произведена ампутация пальца с плюсневой костью или частью ее, дополнительно производится страховая выплата в размере 5% страховой суммы однократно.	
	48 Если какая-либо травма, происшедшая с Застрахованным в период действия договора страхования, не предусмотрена данной Таблицей, но потребовала стационарного и (или) амбулаторного непрерывного лечения в общей сложности не менее 10 дней, то производится разовое пособие в размере:	

a)	при непрерывном лечении от 10 до 15 дней включительно	1
b)	при непрерывном лечении свыше 15 дней	2
Примечания: 1. Статья 48 не применяется, если в связи со страховым случаем будет назначена выплата по какой-либо статье/статьям данной Таблицы. 2. В том случае, если после осуществления выплаты по ст.48 возникнут основания для выплаты по иным статьям Таблицы, размер дополнительной выплаты уменьшается на размер ранее произведенной выплаты по ст.48. 3. Статья 48 не применяется, если срок непрерывного лечения не может быть установлен по предоставленным документам.		

Страховая выплата, которая производится в связи с травмой органа, не должна превышать размера страховой выплаты, производимой при потере этого органа, а общая сумма выплат не должна превышать 100%.

**Страховые выплаты при ожогах
(в процентах от страховой суммы)**

Площадь ожога (% поверхности тела)	Степень ожога				
	I	II	IIIА	IIIБ	IV
от 0,5 до 5	-	-	10	13	15
свыше 5 до 10	-	-	15	17	20
свыше 10 до 20	-	-	20	25	35
свыше 20 до 30	-	-	25	45	55
свыше 30 до 40	-	-	30	70	75
свыше 40 до 50	-	-	40	85	90
свыше 50 до 60	-	-	50	95	95
свыше 60 до 70	-	-	60	100	100
свыше 70 до 80	-	-	70	100	100
свыше 80 до 90	-	-	80	100	100
более 90	-	-	95	100	100

1% поверхности тела пострадавшего равен площади ладонной поверхности его кисти и пальцев.

Детская таблица размеров страховых выплат в связи с несчастным случаем

ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ

Параграф 1. В случае получения Застрахованным нескольких повреждений или увечий, перечисленных в разных разделах «Таблицы», общий размер страховой выплаты рассчитывается путем суммирования размеров выплаты по разным разделам. Страховая выплата, которая производится в связи с травмой органа, не должна превышать размера страховой выплаты, производимой при потере этого органа, а общая сумма выплат не должна превышать 100%.

Параграф 2. В случае получения Застрахованным нескольких повреждений или увечий, перечисленных в разных статьях одного раздела «Таблицы», размер страховой выплаты по одной статье рассчитывается независимо от размера страховой выплаты по другим статьям.

Параграф 3. В случае получения Застрахованным повреждений или увечий (в т.ч. одной конечности) по нескольким пунктам, перечисленным в одной статье «Таблицы», страховая выплата производится только по пункту, учитывающему наиболее тяжелое повреждение (больший процент выплаты).

Параграф 4. В случае получения Застрахованным нескольких повреждений или увечий (в т.ч. одной конечности), перечисленным в одном пункте статьи «Таблицы», страховая выплата производится по этому пункту однократно.

Параграф 5. В случае получения Застрахованным повреждений или увечий разных конечностей страховая выплата рассчитывается отдельно по каждой поврежденной конечности с соблюдением требований Параграфов 3 и 4.

Параграф 6. Не производится дополнительная страховая выплата за следующие оперативные вмешательства:

- первичная хирургическая обработка (ушивание краев раны, иссечение некротических участков);
- удаление инородных тел, шовного материала.

Параграф 7. 1% поверхности тела исследуемого человека равен площади ладонной поверхности его кисти и пальцев. Эта площадь определяется в квадратных сантиметрах путем умножения длины кисти, измеряемой от лучезапястного сустава до верхушки ногтевой фаланги III-го пальца, на ее ширину, измеряемую на уровне головок II-V-х пястных костей (без учета I-го пальца).

Параграф 8. При переломах (переломо-вывихах) костей, обязательным условием применения соответствующих статей «Таблицы» является рентгенологическое подтверждение указанных повреждений.

Параграф 9. Повторные переломы (рефрактуры) одной и той же кости, наступившие в результате травмы, полученной в период действия договора страхования, дают основание для страховой выплаты только в том случае, если по представленным рентгенограммам будут установлены: 1) сращение отломков кости по окончании лечения предыдущей травмы, 2) наличие новой линии (линий) перелома кости на рентгенограммах, сделанных после повторной травмы.

Параграф 10. «Таблица» не применяется и выплаты в соответствии с ней не производятся в тех случаях, когда факт получения того или иного повреждения в период действия договора страхования установлен только на основании сообщений и жалоб заинтересованных в выплатах лиц, даже если подобные сообщения и жалобы зафиксированы письменно, в т.ч. в медицинских документах.

Параграф 11. При определении размера страховой выплаты с учетом срока непрерывного лечения, когда это предусмотрено соответствующей статьей «Таблицы», учитывается только назначенное медицинским работником (имеющим на это право) лечение, длительность которого соответствует (по данным медицинской науки) характеру повреждения, полученного Застрахованным - с периодическим (не реже одного раза в 10 дней) контролем эффективности лечения (при назначении на прием или посещении медицинским работником).

Параграф 12. Если «Таблицей» предусмотрены отложенные страховые выплаты (при условии, что по истечении указанного в соответствующей статье времени у Застрахованного будут отмечены определенные последствия повреждения), то они производятся в том случае, если время, указанное в конкретной статье, истекает в период, на который, в соответствии с договором страхования, распространяется ответственность Страховщика.

Статья	Пункт	Характер повреждения	Размер выплаты в % от страховой суммы
Раздел I.			
Кости черепа, нервная система			
1	Перелом костей черепа:		
	a)	наружной пластинки костей свода	5
	b)	свода	15
	c)	основания	20
	d)	свода и основания	25
2	Внутричерепные травматические гематомы:		
	a)	эпидуральная	10
	b)	субдуральная, внутримозговая	15
	c)	эпидуральная и субдуральная (внутримозговая)	20
3	Повреждения головного мозга:		
	a)	сотрясение головного мозга при сроке непрерывного стационарного лечения 14 и более дней	5
	b)	ушиб головного мозга (в т.ч. с субарахноидальным кровоизлиянием), субарахноидальное кровоизлияние при сроке непрерывного стационарного лечения не менее 14 дней в сочетании с амбулаторным лечением не менее 14 дней	10
	c)	неудаленные инородные тела полости черепа (за исключением шовного и пластического материала)	15
	d)	размножение вещества головного мозга (без указания симптоматики)	50
Примечания: 1. Субарахноидальное кровоизлияние должно быть подтверждено анализом ликвора и компьютерной томографией. 2. Ушиб и сотрясение головного мозга должны быть подтверждены результатами инструментальных исследований: компьютерной томографией и/или магнитно-резонансной томографией, электроэнцефалограммой, и подробным клиническим описанием неврологического статуса.			
4	Повреждение спинного мозга на любом уровне, конского хвоста, полиомиелит, без указания симптомов:		
	a)	сотрясение спинного мозга при непрерывном стационарном лечении сроком не менее 14 дней	5
	b)	ушиб спинного мозга при непрерывном лечении общей продолжительностью не менее 28 дней амбулаторного лечения в сочетании со стационарным лечением, длительность которого составила не менее 14 дней	10
	c)	сдавление, гематомия, полиомиелит	30
	d)	частичный разрыв	50
	e)	полный перерыв спинного мозга	100
Примечание: Повреждения спинного мозга, наступившие без внешнего воздействия – травмы, например, явившихся следствием подъема тяжестей, не являются основанием для страховой выплаты.			
Раздел II.			
Органы зрения			
5	Повреждение глаза, не повлекшее за собой снижения остроты зрения:		
	a)	непроникающее ранение глазного яблока, гифема	3
	b)	проникающее (в полость глазного яблока) ранение, контузия с разрывом оболочек, ожоги II, III степени, гемофтальм	5
Примечания: 1. Ожоги глаза без указания степени, а также ожоги глаза I степени, не повлекшие за собой патологических изменений, не дают оснований для страховой выплаты. 2. Поверхностные инородные тела на оболочках глаза не дают оснований для выплаты страховой суммы.			
6	Последствия травмы глаза: дефект радужной оболочки, смещение хрусталика, изменение формы зрачка, рубцы оболочек глазного яблока		10
7	Повреждение глаза (глаз), повлекшее за собой полную потерю зрения единственного глаза или обоих глаз, обладавших зрением не ниже 0,5		100
8	Удаление в результате травмы глазного яблока слепого (на момент удаления) глаза		10
9	Перелом орбиты (глазницы) вне зависимости от количества поврежденных костей		10

Статья	Пункт	Характер повреждения	Размер выплаты в % от страховой суммы
Раздел III.			
Органы слуха			
10	Повреждение ушной раковины, повлекшее за собой:		
	a)	отсутствие 1/3 - 1/2 части ушной раковины	10
	b)	отсутствие более 1/2 части ушной раковины	20
11	Разрыв одной барабанной перепонки, наступивший в результате травмы		1
	Примечание: Если разрыв барабанной перепонки произошел в результате перелома основания черепа (средняя черепная ямка), ст.11 не применяется.		
Раздел IV.			
Дыхательная система			
12	Перелом костей носа, передней стенки лобной, гайморовой пазухи, решетчатой кости		3
13	Повреждение легкого: гемоторакс, пневмоторакс, экссудативный плеврит, инородное тело (тела) грудной полости:		
	a)	с одной стороны	5
	b)	с двух сторон	10
14	Повреждение грудной клетки и ее органов, повлекшее за собой:		
	a)	удаление доли, части легкого	40
	b)	удаление одного легкого	60
15	Перелом грудины		5
16	Переломы ребер		
	a)	одного ребра	1
	b)	двух - трех ребер	2
	c)	четырех – девяти ребер	5
	d)	десяти и более ребер	10
	Примечания: 1. При переломе ребер во время реанимационных мероприятий страховая выплата производится на общих основаниях. 2. Перелом хрящевой части ребра не дает основание для выплаты страховой суммы.		
Раздел V.			
Сердечно-сосудистая система			
17	Повреждение сердца, его оболочек и крупных магистральных сосудов, не повлекшее за собой сердечно-сосудистую недостаточность		5
	Примечание: Если проводилось только консервативное лечение, то диагноз должен быть подтвержден данными электрокардиографии или ангиографии.		
18	Повреждение сердца, его оболочек и крупных магистральных сосудов, повлекшее за собой сердечно-сосудистую недостаточность:		
	a)	I степени	10
	b)	II степени	20
	c)	III степени	25
Примечания: 1. Если в медицинском заключении не указана степень сердечно-сосудистой недостаточности, размер выплаты составляет 5%. 2. Страховая выплата по ст.18 производится дополнительно, если указанные осложнения будут установлены по истечении 3 месяцев после травмы врачом специалистом. 3. Если проводилось только консервативное лечение, то диагноз должен быть подтвержден данными электрокардиографии и/или ангиографии, и/или эхо-кардиографии.			
19	Повреждение крупных периферических сосудов (не повлекшее за собой нарушения кровообращения) на уровне:		
	a)	плеча, бедра	10
	b)	предплечья, голени	5
20	Повреждение крупных периферических сосудов, повлекшее за собой сосудистую недостаточность		20

Статья	Пункт	Характер повреждения	Размер выплаты в % от страховой суммы
<i>Примечания:</i> 1. К крупным магистральным сосудам следует относить: аорту, легочную, безымянную, сонные артерии, внутренние яремные вены, верхнюю и нижнюю полые вены, воротную вену, а также магистральные сосуды, обеспечивающие кровообращение внутренних органов. К крупным периферическим сосудам следует относить: подключичные, подмышечные, плечевые, локтевые и лучевые артерии, подвздошные, бедренные, подколенные, передние и задние большеберцовые артерии; плечеголовые, подключичные, подмышечные, бедренные и подколенные вены. 2. Если Застрахованный в своем заявлении указал, что травма повлекла за собой нарушение функции сердечно-сосудистой системы, то должно быть предоставлено заключение врача специалиста с данными диагностических исследований. 3. Страховая выплата по ст.20 производится дополнительно, если указанные осложнения будут установлены по истечении 3 месяцев после травмы врачом специалистом. 4. Если в связи с повреждением крупных сосудов проводились операции с целью восстановления сосудистого русла, дополнительно производится страховая выплата в размере 5% страховой суммы.			
Раздел VI.			
Органы пищеварения			
21	Перелом верхней челюсти, скуловой кости или нижней челюсти:		
	a)	перелом одной кости	5
	b)	перелом двух и более костей или двойной перелом одной кости	10
<i>Примечания:</i> 1. При переломе челюсти, случайно наступившем во время стоматологических манипуляций, страховая выплата производится на общих основаниях. 2. Перелом альвеолярного отростка, наступивший при потере зубов, не дает оснований для страховой выплаты. 3. К двойным переломам не относятся оскольчатые переломы (независимо от числа осколков).			
22	Повреждение челюсти, повлекшее за собой отсутствие:		
	a)	части челюсти (за исключением альвеолярного отростка)	40
	b)	челюсти	80
<i>Примечание:</i> При страховой выплате в связи с отсутствием челюсти или ее части учтена и потеря зубов, независимо от их количества.			
23	Повреждение языка, повлекшее за собой:		
	a)	отсутствие дистальной трети языка	10
	b)	отсутствие языка на уровне средней трети	30
	c)	отсутствие языка на уровне корня или полное отсутствие языка	50
24	Повреждение (ранение, разрыв, ожог) пищевода, вызвавшее сужение пищевода		30
	<i>Примечание:</i> Размер страховой выплаты по ст.24 определяется не ранее, чем через 6 месяцев со дня травмы на основании заключения врача специалиста.		
25	Повреждение (разрыв, ожог, ранение) органов пищеварения, повлекшее за собой:		
	a)	рубцовое сужение (деформацию) желудка, кишечника, заднепроходного отверстия	15
	b)	спаечную болезнь, состояние после операции по поводу спаечной непроходимости	25
	c)	кишечный свищ, кишечно-влагалищный свищ, свищ поджелудочной железы	40
	d)	противоестественный задний проход (колостома)	50
<i>Примечания:</i> 1. При осложнениях травмы, предусмотренных ст.25 страховая выплата производится при условии, что эти осложнения имеются по истечении 6 месяцев после травмы. Указанные осложнения травмы признаются только в том случае, если они подтверждены справкой лечебно-профилактического учреждения. 2. Если до травмы проводились операции на органах пищеварения, то пункт b) не применяется.			
26	Повреждение печени в результате травмы, повлекшее за собой:		
	a)	подкапсульный разрыв печени, не потребовавший оперативного вмешательства	5
	b)	печеночную недостаточность	10
<i>Примечание:</i>			

Статья	Пункт	Характер повреждения	Размер выплаты в % от страховой суммы
	При наличии вирусного или токсического поражения печени до наступления несчастного случая, размер выплаты по травме печени составит 50% от размера, указанного в ст.26.		
27	Повреждение печени, желчного пузыря, повлекшие за собой:		
	a)	ушивание разрывов печени или удаление желчного пузыря	15
	b)	ушивание разрывов печени и удаление желчного пузыря	20
	c)	удаление части печени	25
	d)	удаление части печени и желчного пузыря	35
	Примечание: При наличии вирусного или токсического поражения печени до наступления несчастного случая, размер выплаты по травме печени составит 50% от размера, указанного в ст.27.		
28	Повреждение селезенки, повлекшее за собой:		
	a)	подкапсульный разрыв селезенки, не потребовавший оперативного вмешательства	5
	b)	удаление селезенки	20
29	Повреждение желудка, поджелудочной железы, кишечника, брыжейки, повлекшее за собой:		
	a)	резекцию желудка, кишечника, поджелудочной железы	20
	b)	удаление желудка	50
30	Повреждение органов живота, в связи с которым произведены:		
	a)	лапаротомия при подозрении на повреждение органов живота	10
	b)	лапаротомия при повреждении органов живота	15
	c)	повторные лапаротомии (независимо от их количества)	10
	Примечание: Если в связи с травмой органов живота имеются основания для выплаты страховой суммы по ст.26-29, ст.30 (кроме пункта c)) не применяется.		
Раздел VII.			
Мочевыделительная и половая системы			
31	Повреждение почки, повлекшее за собой:		
	a)	подкапсульный разрыв почки, не потребовавший оперативного вмешательства, разрыв чашечно-лоханочного аппарата	5
	b)	удаление части почки	20
	c)	удаление почки	50
32	Повреждение органов мочевыделительной системы (почек, мочеточников, мочевого пузыря, мочеиспускательного канала), повлекшее за собой:		
	a)	острую почечную недостаточность	10
	b)	синдром длительного раздавливания (травматический токсикоз, краш-синдром, синдром разможнения), хроническую почечную недостаточность	30
	c)	непроходимость мочеточника, мочеиспускательного канала, мочеполовые свищи	40
	Примечание: Страховая выплата по ст.32 производится не ранее 3 месяцев с момента получения травмы на основании заключения врача специалиста.		
33	Оперативные вмешательства, произведенные в связи с травмой органов мочевыделительной системы:		
	a)	цистостомия/пиелостомия	5
	b)	лапаротомия при подозрении на повреждение органов	10
	c)	лапаротомия при повреждении органов	15
	d)	повторные лапаротомии, произведенные в связи с травмой (независимо от их количества)	10
	Примечание: Если в связи с травмой было произведено удаление почки или ее части, страховая выплата производится по ст.31b),c); ст.33 при этом не применяется.		
34	Повреждение половой системы, повлекшее за собой:		
	a)	удаление одного яичника, одной маточной трубы, одного яичка	15
	b)	удаление обоих яичников, обеих маточных труб, обоих яичек, части полового члена	25
	c)	потерю матки, потерю полового члена и обоих яичек	50
Раздел VIII.			
Мягкие ткани			
35	Повреждение (кроме ожогов) мягких тканей лица, передне-боковой поверхности		

Статья	Пункт	Характер повреждения	Размер выплаты в % от страховой суммы
	шеи, подчелюстной области, ушных раковин, повлекшее за собой после заживления:		
	a)	образование рубцов площадью более 5,0 кв.см до 10,0 кв.см включительно	5
	b)	образование рубцов площадью более 10,0 кв.см до 20,0 кв.см включительно	10
	c)	образование рубцов площадью более 20,0 кв.см до 30,0 кв.см включительно	15
	d)	образование рубцов площадью более 30,0 кв.см	20
	Примечание: Послеоперационные рубцы не дают основания для страховой выплаты, за исключением случаев оперативного вмешательства в связи с полученной травмой лица и (или) шеи.		
36	Повреждение (кроме ожогов) мягких тканей волосистой части головы, туловища, конечностей, повлекшее за собой после заживления образование рубцов площадью от 5,0 см² или длиной 7 см и более:		5
	Примечания: 1. При определении площади рубцов следует учитывать и рубцы, образовавшиеся на месте взятия кожного трансплантата для замещения дефекта пораженного участка кожи. 2. Если страховая выплата производится за оперативное вмешательство, ст.36 не применяется. 3. Решение о выплате страховой суммы по ст.35, 36 принимается с учетом данных освидетельствования, проведенного после заживления раневых поверхностей, но не ранее 1 месяца после травмы.		
37	Ожоги – см. Страховые выплаты при ожогах (см. Таблицу страховых выплат при ожогах).		
Раздел IX.			
Позвоночник			
38	Перелом, перелома-вывих тел, дужек и суставных отростков позвонков (за исключением крестца и копчика):		
	a)	одного-двух	15
	b)	трех-пяти	20
	c)	шести и более	30
39	Перелом каждого поперечного или остистого отростка		
	a)	одного	3
	b)	двух-трех	5
	c)	четырех и более	10
	Примечание: Если предусмотрена выплата по ст.38, то ст.39 не применяется.		
40	Перелом крестца		10
41	Повреждения копчика: перелом копчиковых позвонков		5
	Примечания: 1. В том случае, если в результате одной травмы произойдет перелом тела позвонка, перелом поперечных или остистых отростков, страховая выплата производится по статье, предусматривающей наиболее тяжелое повреждение, однократно. 2. Повреждения позвоночника, наступившие без внешнего воздействия – травмы, например, явившихся следствием подъема тяжестей, не являются основанием для страховой выплаты.		
Верхняя конечность:			
Раздел X.			
Лопатка, ключица			
42	Перелом лопатки, ключицы:		
	a)	перелом одной кости	5
	b)	перелом двух костей, двойной перелом одной кости, перелома-вывих ключицы	10
	c)	несросшийся перелом (ложный сустав)	15
	Примечания: 1. Страховая выплата по ст.42с) производится на основании заключения врача специалиста, полученного по истечении 9 месяцев после травмы, и не зависит от произведенной ранее выплаты по ст.42а),b). 2. К двойным переломам не относятся оскольчатые переломы (независимо от числа осколков).		
Раздел XI.			
Плечевой сустав			
43	Повреждения области плечевого сустава (суставной впадины лопатки, головки плечевой кости, анатомической, хирургической шейки, бугорков, суставной сумки):		

Статья	Пункт		Характер повреждения	Размер выплаты в % от страховой суммы
	a)	разрыв капсулы сустава, отрыв костного фрагмента (фрагментов), в том числе большого бугорка		3
	b)	перелом большого бугорка, перелом суставной впадины лопатки		5
	c)	перелом двух костей		10
	d)	перелом плеча (головки, анатомической, хирургической шейки), перелоμο-вывих плеча		15
	Примечание: Страховая выплата в связи с разрывом капсулы сустава производится при условии непрерывного срока лечения не менее 14 дней, включающего иммобилизацию (гипсовой повязкой или ее аналогом) на срок не менее 10 дней и/или оперативное лечение.			
Раздел XII.				
Плечо				
44	Перелом плечевой кости:			
	a)	на любом уровне (верхняя, средняя, нижняя треть)		15
	b)	двойной перелом		20
	Примечание: К двойным переломам не относятся оскольчатые переломы (независимо от числа осколков).			
45	Травматическая ампутация верхней конечности или тяжелое повреждение, приведшее к ампутации:			
	a)	с лопаткой, ключицей или их частью		80
	b)	плеча на любом уровне		70
	c)	единственной конечности на уровне плеча		100
Раздел XIII.				
Локтевой сустав				
46	Повреждения области локтевого сустава:			
	a)	перелом лучевой или локтевой кости		5
	b)	перелом лучевой и локтевой кости		10
	c)	перелом плечевой кости		15
	d)	перелом плечевой кости с лучевой (или локтевой) костью		20
	e)	перелом плечевой кости с лучевой и локтевой костями		25
Раздел XIV.				
Предплечье				
47	Перелом костей предплечья на любом уровне, за исключением области суставов (верхняя, средняя, нижняя треть):			
	a)	перелом одной кости		5
	b)	перелом двух костей, двойной перелом одной кости		10
	Примечание: К двойным переломам не относятся оскольчатые переломы (независимо от числа осколков).			
48	Несросшийся перелом (ложный сустав) костей предплечья:			
	a)	одной кости		15
	b)	двух костей		30
	Примечание: Страховая выплата по ст.48 производится на основании заключения лечебного учреждения по истечении 9 месяцев после травмы.			
49	Травматическая ампутация или тяжелое повреждение, приведшее:			
	a)	к ампутации предплечья на любом уровне		50
	b)	к экзартикуляции в локтевом суставе		55
	c)	к ампутации единственной конечности на уровне предплечья		100
Раздел XV.				
Лучезапястный сустав				
50	Повреждения области лучезапястного сустава:			
	a)	отрыв шиловидного отростка (отростков), отрыв костного фрагмента (фрагментов)		3
	b)	перелом одной кости предплечья		5
	c)	перелом двух костей предплечья		10
Раздел XVI.				
Кисть				
51	Перелом костей запястья, пястных костей одной кисти:			
	a)	отрыв костного фрагмента (фрагментов) (отрывной перелом), краевой перелом одной кости		3
	b)	перелом (за исключением краевого, отрывного переломов) одной кости		5

Статья	Пункт	Характер повреждения	Размер выплаты в % от страховой суммы
		(кроме ладьевидной)	
	c)	отрыв костного фрагмента (фрагментов) (отрывной перелом), краевой перелом двух и более костей (кроме ладьевидной)	5
	d)	перелом (за исключением краевого, отрывного переломов) двух и более костей (кроме ладьевидной)	10
	e)	перелом (за исключением краевого, отрывного переломов) ладьевидной кости	10
Примечание: При переломе в результате одной травмы костей запястья (пястных костей) и ладьевидной кости страховая выплата производится с учетом каждого повреждения путем суммирования.			
Раздел XVII.			
Пальцы кисти - первый палец			
52	Повреждение пальца, повлекшее за собой:		
	a)	отрыв костного фрагмента (фрагментов) (отрывной перелом), краевой перелом фаланги (фаланг)	3
	b)	перелом (кроме отрывного, краевого) фаланги (фаланг)	5
53	Повреждение пальца, повлекшее за собой:		
	a)	ампутацию на уровне межфалангового сустава (потеря ногтевой фаланги)	10
	b)	ампутацию на уровне основной фаланги, пястно-фалангового сустава (потеря пальца)	15
	c)	ампутацию пальца с пястной костью или частью ее	20
Раздел XVIII.			
Пальцы кисти - второй, третий, четвертый, пятый пальцы			
54	Повреждение одного пальца, повлекшее за собой:		
	a)	отрыв костного фрагмента (фрагментов) (отрывной перелом), краевой перелом фаланги (фаланг)	3
	b)	перелом (кроме отрывного, краевого) фаланги (фаланг)	5
55	Повреждение пальца, повлекшее за собой:		
	a)	ампутацию на уровне средней фаланги, потерю двух фаланг	5
	b)	ампутацию на уровне основной фаланги, потерю пальца	10
	d)	потерю пальца с пястной костью или частью ее	15
Примечание: При повреждении нескольких пальцев кисти в период действия одного договора страхования страховая выплата производится с учетом каждого повреждения путем суммирования. Однако размер ее не должен превышать 60% для одной кисти и 100% для обеих кистей.			
Нижняя конечность:			
Раздел XIX.			
Таз			
56	Повреждения таза:		
	a)	перелом одной кости	5
	b)	перелом двух костей, двойной перелом одной кости, вертлужной впадины	10
	c)	перелом трех и более костей	15
Примечание: К двойным переломам не относятся оскольчатые переломы (независимо от числа осколков).			
Раздел XX.			
Тазобедренный сустав			
57	Повреждения тазобедренного сустава:		
	a)	отрыв костного фрагмента (фрагментов), перелом вертела (вертелов)	5
	b)	изолированный отрыв вертела (вертелов)	10
	c)	перелом головки, шейки, проксимального метафиза бедра	25
Раздел XXI.			
Бедро			
58	Перелом бедра:		
	a)	на любом уровне, за исключением области суставов (верхняя, средняя, нижняя треть)	25
	b)	двойной перелом бедренной кости	30
Примечание: К двойным переломам не относятся оскольчатые переломы (независимо от числа осколков).			
59	Травматическая ампутация или тяжелое повреждение, приведшее к ампутации		

Статья	Пункт	Характер повреждения	Размер выплаты в % от страховой суммы
	конечности на любом уровне бедра:		
	a)	одной конечности	70
	b)	единственной конечности	100
Раздел XXII.			
Коленный сустав			
60	Повреждения области коленного сустава:		
	a)	гемартроз, повреждение связки (связок), мениска (менисков) при непрерывном консервативном лечении от 10 до 15 дней включительно	2
	b)	гемартроз при непрерывном консервативном лечении свыше 15 дней либо оперативном лечении	3
	c)	повреждение связки (связок), мениска (менисков) при непрерывном консервативном лечении свыше 15 дней, импрессионный, краевой, хондральный перелом мыщелка (мышцелков) большеберцовой и/или бедренной костей	3
	d)	отрыв костного фрагмента (фрагментов) (отрывной перелом), перелом надмыщелка (надмыщелков) бедренной кости, перелом головки малоберцовой кости	5
	e)	полный разрыв связки (связок), повреждение мениска (менисков) при оперативном лечении (артроскопия, артротомия)	5
	f)	перелом межмыщелкового возвышения, мыщелка большеберцовой кости (кроме импрессионного, краевого, хондрального переломов)	5
	g)	перелом: надколенника, межмыщелкового возвышения, перелом (кроме импрессионного, краевого, хондрального) мыщелков большеберцовой кости, перелом проксимального метафиза большеберцовой кости, перелом (кроме импрессионного, краевого, хондрального) мыщелка бедренной кости, проксимального метафиза большеберцовой кости	10
	h)	перелом проксимального метафиза большеберцовой кости с головкой малоберцовой	15
	i)	перелом (кроме импрессионного, краевого, хондрального) мыщелков бедренной кости	20
	j)	перелом дистального метафиза бедренной кости	20
	k)	перелом дистального метафиза, мыщелков бедренной кости с проксимальными отделами одной или обеих берцовых костей	25
Примечание: Диагноз повреждения менисков, связок должен быть подтвержден ультразвуковым исследованием и/или компьютерной томографией и/или магнито-резонансной томографией и/или артроскопией.			
Раздел XXIII.			
Голень			
61	Перелом костей голени (за исключением области суставов):		
	a)	малоберцовой, отрыв костного фрагмента (фрагментов)	5
	b)	большеберцовой, двойной перелом малоберцовой	10
	c)	обеих костей, двойной перелом большеберцовой	15
Примечания: 1. Страховая выплата по ст.61 определяется при: - переломах малоберцовой кости в верхней и средней трети; - переломах диафиза большеберцовой кости на любом уровне; - переломах большеберцовой кости в области диафиза (верхняя, средняя, нижняя треть) и переломах малоберцовой кости в верхней или средней трети. 2. Если в результате травмы наступил внутрисуставной перелом большеберцовой кости в коленном или голеностопном суставе и перелом малоберцовой кости на уровне диафиза, страховая выплата производится по ст.60 и 61 или ст.63 и 61 путем суммирования. 3. К двойным переломам не относятся оскольчатые переломы (независимо от числа осколков).			
62	Травматическая ампутация или тяжелое повреждение, повлекшее за собой:		
	a)	ампутацию голени на любом уровне	50
	b)	экзартикуляцию в коленном суставе	55
	c)	ампутацию единственной конечности на любом уровне голени	100
Раздел XXIV.			
Голеностопный сустав			
63	Повреждения области голеностопного сустава:		

Статья	Пункт	Характер повреждения	Размер выплаты в % от страховой суммы
	a)	перелом одной лодыжки, нижней трети диафиза малоберцовой кости, заднего края большеберцовой кости, изолированный разрыв межберцового синдесмоза	5
	b)	перелом двух лодыжек или перелом одной лодыжки с краем большеберцовой кости (двухлодыжечный перелом)	10
	c)	перелом обеих лодыжек с краем большеберцовой кости (трехлодыжечный перелом)	15
Раздел XXV.			
Стопа			
64	Повреждения стопы:		
	a)	перелом одной кости (за исключением пяточной и таранной)	5
	b)	перелом двух костей, перелом таранной кости	10
	c)	перелом трех и более костей, перелом пяточной кости	15
65	Повреждения стопы, повлекшие за собой:		
	a)	ампутацию на уровне плюсне-фаланговых суставов (отсутствие всех пальцев стопы)	30
	b)	ампутацию на уровне плюсневых костей или предплюсны	40
	c)	ампутацию на уровне таранной, пяточной костей (потеря стопы)	50
<i>Примечание: Страховая выплата в связи с осложнениями травмы стопы, предусмотренными ст.65 производится независимо от срока, прошедшего со дня травмы.</i>			
Раздел XXVI.			
Пальцы стопы			
66	Перелом фаланги (фаланг)		
	a)	одного пальца (кроме первого)	1
	b)	одного первого пальца	3
	c)	двух и более пальцев (без первого)	3
	d)	двух и более пальцев (включая первый)	5
67	Травматическая ампутация или повреждение пальцев стопы, повлекшее за собой ампутацию:		
	первого пальца:		
	a)	на уровне ногтевой фаланги или межфалангового сустава	5
	b)	на уровне основной фаланги или плюсне-фалангового сустава	10
	второго, третьего, четвертого, пятого пальцев:		
	c)	одного-двух пальцев на уровне ногтевых или средних фаланг	5
	d)	одного-двух пальцев на уровне основных фаланг или плюсне-фаланговых суставов	10
	e)	трех-четырех пальцев на уровне ногтевых или средних фаланг	15
	f)	трех-четырех пальцев на уровне основных фаланг или плюсне-ногтевых суставов	20
<i>Примечание: Если в связи с травмой была произведена ампутация пальца с плюсневой костью или частью ее, дополнительно производится страховая выплата в размере 5% страховой суммы однократно.</i>			
Раздел XXVII.			
68	Травматический шок, ожоговый шок, геморрагический, анафилактический шок, развившийся в связи с травмой		5
69	Если какая-либо травма, происшедшая с Застрахованным в период действия договора страхования, не предусмотрена данной Таблицей, но потребовала непрерывного лечения в общей сложности не менее 5 дней, то производится разовое пособие в размере:		
	a)	при непрерывном лечении от 5 до 15 дней включительно	2
	b)	при непрерывном лечении свыше 15 дней	4
<i>Примечания: 1. Статья 69 не применяется, если в связи со страховым случаем будет назначена выплата по какой-либо статье/статьям данной Таблицы. 2. В том случае, если после осуществления выплаты по ст.69 возникнут основания для выплаты по иным статьям Таблицы, размер дополнительной выплаты уменьшается на размер ранее произведенной выплаты по ст.69. 3. Статья 69 не применяется, если срок непрерывного лечения не может быть установлен по предоставленным документам.</i>			

Статья	Пункт	Характер повреждения	Размер выплаты в % от страховой суммы
		<i>4. Если непрерывное лечение, указанное в ст. 69а),б), сопровождалось стационарным непрерывным лечением общей продолжительностью не менее 5 дней, дополнительно производится страховая выплата в размере 5% страховой суммы однократно.</i>	

**Страховые выплаты при ожогах
(в процентах от страховой суммы)**

Площадь ожога (% поверхности тела)	Степень ожога				
	I	II	IIIА	IIIБ	IV
от 0,5 до 5	-	5	10	13	15
свыше 5 до 10	-	10	15	17	20
свыше 10 до 20	-	15	20	25	35
свыше 20 до 30	-	20	25	45	55
свыше 30 до 40	-	25	30	70	75
свыше 40 до 50	-	30	40	85	90
свыше 50 до 60	-	35	50	95	95
свыше 60 до 70	-	45	60	100	100
свыше 70 до 80	-	55	70	100	100
свыше 80 до 90	-	70	80	100	100
более 90	-	90	95	100	100

1% поверхности тела пострадавшего равен площади ладонной поверхности его кисти и пальцев.

ТАБЛИЦА № 1
размеров страховых выплат при хирургических операциях в результате несчастного случая

Статья	Операция	Размер выплаты в % от страховой суммы
А	Нервная система	
A01	Объемное иссечение ткани мозга	60
A02	Иссечение пораженной ткани мозга	50
A03	Стереотаксическое удаление ткани мозга	70
A04	Дренаж поврежденной ткани мозга	30
A05	Создание оттока ликвора из желудочков головного мозга	50
A06	Операции на субарахноидальном пространстве мозга	20
A07	Трансплантат черепного нерва	30
A08	Внутричерепное рассечение черепного нерва	50
A09	Внечерепное удаление участка блуждающего нерва	20
A10	Внечерепное удаление других черепно-мозговых нервов	20
A11	Иссечение пораженного участка черепно-мозгового нерва	20
A12	Восстановление черепно-мозгового нерва	30
A13	Внутричерепное стереотаксическое снятие ущемления черепно-мозгового нерва	30
A14	Удаление пораженного участка мягких мозговых оболочек	40
A15	Восстановление твердой мозговой оболочки	40
A16	Дренаж экстрадурального пространства	30
A17	Дренаж субдурального пространства	30
A18	Частичное удаление спинного мозга	40
A19	Операции на корешках нерва спинного мозга	30
A20	Удаление периферического нерва	10
A21	Деструкция периферического нерва	10
A22	Удаление поврежденного участка периферического нерва	20
A23	Микрохирургическое восстановление периферического нерва	30
A24	Снятие ущемления периферического нерва запястья	10
A25	Снятие ущемления периферического нерва лодыжки	10
A26	Снятие ущемления периферического нерва других частей тела	20
A27	Ревизия при снятии ущемления периферического нерва	10
A28	Удаление симпатического нерва	20
В	Эндокринная система и грудная клетка	
B01	Иссечение гипофиза	50
B02	Деструкция гипофиза	50
B03	Операции на шишковидном теле	50
B04	Удаление щитовидной железы	30
B05	Операции на щитовидно-язычной ткани	20
B06	Удаление паращитовидной железы	30
B07	Удаление вилочковой железы	30
B08	Удаление надпочечника	40
B09	Радикальная мастэктомия	30
B10	Секторальная резекция молочной железы	10
С	Глаз	
C01	Энуклеация (эвисцерация) глазного яблока (в т.ч. с формированием опорно-двигательной культи с использованием имплантата)	40
C02	Удаление пораженного участка глазницы	40
C03	Формирование опорно-двигательной культи с использованием имплантата	20
C04	Орбитотомия	10
C05	Операции на углу глазной щели	5

Статья	Операция	Размер выплаты в % от страховой суммы
C06	Удаление пораженного участка века	10
C07	Реконструктивная операция на веке	20
C08	Наложение защитных швов на веке	5
C09	Операции на слезной железе	20
C10	Анастомоз между слезной железой и полостью носа	20
C11	Операции на носослезном протоке	20
C12	Рецессия мышцы глаза	20
C13	Резекция мышцы глаза	20
C14	Частичное разделение сухожилия мышцы глаза	20
C15	Удаление пораженного участка конъюнктивы	10
C16	Удаление пораженного участка роговицы	20
C17	Закрытие роговицы	10
C18	Удаление инородного тела из глубоких слоев роговицы	3
C19	Удаление пораженного участка склеры (глазного яблока)	10
C20	Операции по поводу отслойки сетчатки (цирклиж.пломбирование и т.п.)	30
C21	Рассечение склеры (склеротомия)	20
C22	Иссечение радужной оболочки глаза	30
C23	Фильтрующие операции на радужной оболочке глаза	30
C24	Удаление реснитчатого тела	20
C25	Экстракапсулярное удаление хрусталика	20
C26	Интракапсулярное удаление хрусталика	30
C27	Имплантиция ИОЛ, иридо-хрусталиковой диафрагмы	20
C28	Операции на стекловидном теле (кроме лазерных)	30
C29	Фотокоагуляция сетчатки глаза при ее отслойке и разрывах	20
C30	Деструкция поврежденного участка сетчатки	30
D	Ухо	
D01	Иссечение наружного уха	20
D02	Удаление пораженного участка наружного уха	10
D03	Экзентерация сосцевидных ячеек (височной кости)	20
D04	Восстановительные операции на барабанной перепонке	20
D05	Реконструкция слуховых косточек	30
D06	Удаление пораженного участка среднего уха	20
D07	Операции на евстахиевой трубе	30
D08	Операции на улитке (внутреннего уха)	30
D09	Операции на вестибулярном аппарате	30
E	Дыхательные пути	
E01	Иссечение в полости носа	5
E02	Операции на наружном носе	10
E03	Операции на верхнечелюстной пазухе	20
E04	Операции на лобной пазухе	30
E05	Операции на клиновидной (околоносовой) пазухе	30
E06	Иссечение в полости глотки	30
E07	Восстановительные операции в полости глотки	60
E08	Иссечение гортани	50
E09	Удаление пораженного участка гортани открытым доступом	40
E10	Реконструктивные операции гортани	60
E11	Частичное иссечение трахеи	30
E12	Протезирование трахеи открытым доступом	60
E13	Операции на киле трахеи открытым доступом	40
E14	Частичное удаление бронха	40

Статья	Операция	Размер выплаты в % от страховой суммы
E15	Трансплантация легкого	100
E16	Иссечение легкого	60
E17	Удаление пораженного участка легкого открытым доступом	60
E18	Полостные операции на средостении	50
F	Рот	
F01	Частичное иссечение губы	10
F02	Иссечение языка	40
F03	Удаление пораженного участка языка	20
F04	Удаление пораженного участка неба	10
F05	Коррекция дефекта неба	30
F06	Удаление другого поврежденного участка полости рта	20
F07	Удаление пораженного участка слюнной железы	15
F08	Транспозиция протока слюнной железы	20
G	Тонкий кишечник	
G01	Иссечение пищевода и желудка	80
G02	Полное удаление пищевода	80
G03	Частичное удаление пищевода	50
G04	Резекция пищевода трансторакальная (трансабдоминальная)	60
G05	Анастомоз пищевода	40
G06	Фиброэндоскопическое удаление пораженного участка пищевода	40
G07	Тотальная резекция желудка (гастрэктомия)	50
G08	Частичная/субтотальная резекция желудка	40
G09	Реконструктивные операции на желудке	40
G10	Гастродуоденостомия	30
G11	Гастроеюностомия	30
G12	Гастростомия	20
G13	Антрумэктомии	20
G14	Резекция двенадцатиперстной кишки	60
G15	Лапаротомическое удаление пораженного участка двенадцатиперстной кишки	50
G16	Анастомоз двенадцатиперстной кишки	30
G17	Резекция тощей кишки	70
G18	Удаление пораженного участка тощей кишки	30
G19	Еюностомия	10
G20	Анастомоз тощей кишки	20
G21	Лапароскопическая резекция тощей кишки	10
G22	Резекция подвздошной кишки	70
G23	Удаление пораженного участка подвздошной кишки	30
G24	Илеостомия	30
G25	Илеотрансверзостомия	30
G26	Создание соустья на подвздошной кишке	20
H	Толстый кишечник	
H01	Тотальная колэктомия	70
H02	Колэктомия	60
H03	Правосторонняя илеоколэктомия	50
H04	Резекция поперечной ободочной кишки	50
H05	Левосторонняя илеоколэктомия	50
H06	Резекция сигмовидной кишки	40
H07	Удаление пораженного участка толстой кишки	30
H08	Колостомия	30
H09	Цекостомия	20

Статья	Операция	Размер выплаты в % от страховой суммы
H10	Полостные эндоскопические операции на толстой кишке	10
H11	Экстирпация прямой кишки	50
H12	Удаление пораженных участков прямой кишки открытым доступом	40
H13	Операции на прямой кишке, проводимые через анальный сфинктер	30
H14	Иссечение заднего прохода	20
H15	Иссечение пораженного участка заднего прохода	10
H16	Деструкция пораженного участка ануса	10
J	Другие органы брюшной полости - преимущественно пищеварительные	
J01	Частичная резекция печени	10
J02	Экстирпация пораженного участка печени	60
J03	Реконструкция печени	60
J04	Холецистэктомия	30
J05	Реконструкция желчного пузыря	30
J06	Гепатикоеюностомия	30
J07	Холедохоэнтеростомия, холедоходуоденостомия	30
J08	Эндоскопическая папиллосфинктеротомия	20
J09	Эндоскопическое стентирование холедоха	20
J10	Панкреатоэктомия	80
J11	Резекция головки поджелудочной железы	70
J12	Наложение анастомоза на проток поджелудочной железы	50
J13	Полостная вирсунготомия	50
J14	Открытый дренаж пораженного участка протока поджелудочной железы	40
J15	Пакреатотомия	30
J16	Лапароскопическое оперативное лечение поджелудочной железы	30
J17	Спленэктомия	40
K	Сердце	
K01	Закрытые операции на перегородке сердца	70
K02	Хирургическое эндоскопическое лечение на перегородке сердца	60
K03	Эндоскопическое хирургическое лечение на клапане сердца	30
K04	Удаление инородного тела из тканей сердца	60
K05	Рассечение сердца	70
K06	Резекция перикарда	40
K07	Дренирование перикарда	30
L	Артерии и вены	
L01	Восстановление легочной артерии	70
L02	Другие операции на легочной артерии открытым доступом	60
L03	Транслюминальные операции на легочной артерии	50
L04	Пластика аорты	80
L05	Транслюминальные операции на аорте	60
L06	Реконструктивная операция на сонной артерии	80
L07	Транслюминальные операции на сонной артерии	30
L08	Транслюминальные операции на артерии головного мозга	30
L09	Реконструктивная операция на подключичной артерии	60
L10	Транслюминальные операции на подключичной артерии	30
L11	Реконструктивная операция на почечной артерии	70
L12	Транслюминальные операции на почечной артерии	40
L13	Реконструктивная операция на брюшной аорте	70
L14	Транслюминальные операции на брюшной аорте	40
L15	Реконструктивная операция на подвздошной артерии	60
L16	Транслюминальные операции на подвздошной артерии	30

Статья	Операция	Размер выплаты в % от страховой суммы
L17	Срочная пластическая операция при аневризме бедренной артерии	60
L18	Реконструкция бедренной артерии	60
L19	Транслюминальные операции на бедренной артерии	30
L20	Иссечение других артерий	40
L21	Восстановление других артерий	40
L22	Хирургическое транслюминальное лечение других артерий	30
L23	Другие операции на полую вену	45
L24	Хирургическое транслюминальное лечение на венах	5
М	Мочевая система	
M01	Нефрэктомия	60
M02	Частичная резекция почки	50
M03	Резекция пораженного участка почки открытым доступом	40
M04	Восстановление почки открытым доступом	60
M05	Нефротомия	30
M06	Иссечение мочеточника	30
M07	Эпицистотомия	40
M08	Наложение соустья на мочеточнике	40
M09	Восстановление мочеточника	40
M10	Нефроскопическое хирургическое лечение на мочеточнике	20
M11	Эндоскопическая уретролитэкстракция	20
M12	Пересадка мочеточника	20
M13	Цистэктомия	40
M14	Частичная резекция мочевого пузыря	30
M15	Восстановление мочевого пузыря	40
M16	Трансуретральная резекция мочевого пузыря	20
M17	Абдоминальная пластика на устье мочевого пузыря у женщин	60
M18	Вагинальная пластика на устье мочевого пузыря у женщин	60
M19	Открытая простатэктомия	30
M20	Трансуретральная резекция простаты	20
M21	Пластика уретры по Соловову	30
M22	Трансуретральная резекция шейки мочевого пузыря у мужчин	30
M23	Удаление уретры	25
M24	Восстановление уретры	25
M25	Трансуретральная операция на уретре	10
Н	Мужские половые органы	
N01	Экстирпация мошонки	20
N02	Двусторонняя орхэктомия	20
N03	Удаление пораженного участка яичка	10
N04	Протезирование яичка	10
N05	Операции на придатке яичка	10
N06	Восстановление семенного канатика	15
N07	Операции на промежности у мужчин	15
N08	Ампутация пениса	30
N09	Удаление пораженного участка пениса	10
N10	Пластика пениса	30
N11	Протезирование пениса	30
Р	Внешние половые органы у женщин	
P01	Операции на бартолиновых железах	10
P02	Удаление пораженных участков вульвы	15
P03	Пластика наружной вульвы	20

Статья	Операция	Размер выплаты в % от страховой суммы
P04	Удаление пораженных участков промежности у женщин	15
P05	Рассечение входа во влагалище	10
P06	Резекция влагалища	45
P07	Восстановительные операции на своде влагалища	20
Q	Внутренние половые органы у женщин	
Q01	Ампутация шейки матки	20
Q02	Деструкция пораженного участка шейки матки	10
Q03	Абдоминальное удаление матки	30
Q04	Влагалищное удаление матки	25
Q05	Эндоскопическое хирургическое лечение матки	10
Q06	Двусторонняя резекция придатков матки	40
Q07	Односторонняя резекция придатков матки	30
Q08	Туботомия	10
Q09	Резекция яичника открытым доступом	20
Q10	Деструкция пораженного участка яичника открытым доступом	15
Q11	Восстановление яичника	20
S	Кожные покровы	
S01	Дистальная пересадка кожного и мышечного лоскута	10
S02	Дистальная пересадка лоскута кожи и фасции	10
S03	Дистальная пересадка стебельчатого лоскута кожи	10
S04	Пересадка чувствительного кожного лоскута	10
S05	Лоскутные операции для снятия контрактуры кожи	20
S06	Местная пересадка кожи и мышцы	20
S07	Местная пересадка кожи и фасции	20
S08	Операция по местной подкожной пересадке стебельчатого лоскута кожи	20
S09	Пересадка лоскута слизистой оболочки	10
S10	Аутотрансплантация не на все слои кожи (расщепленный трансплантат)	10
S11	Пересадка слизистой оболочки	10
S12	Пересадка других тканей на кожу	10
T	Мягкие ткани	
T01	Частичное удаление тканей стенки грудной клетки	40
T02	Реконструктивные операции на стенке грудной клетки	40
T03	Вскрытие грудной клетки	30
T04	Иссечение плевры открытым способом	40
T05	Открытый дренаж плевры	20
T06	Эндоскопическое хирургическое лечение плевры	10
T07	Восстановительные операции при разрыве диафрагмы	60
T08	Лапаротомия	10
T09	Открытое удаление пораженного участка брюшины	20
T10	Лапаростомия	10
T11	Резекция большого сальника	10
T12	Операции на задней брюшной стенке	30
T13	Лапароскопическое дренирование брюшной полости	20
T14	Эндоскопические ассистированные операции брюшной полости	20
T15	Трансплантация фасции	10
T16	Иссечение фасции брюшины	10
T17	Иссечение других фасций	10
T18	Экстирпация пораженного участка фасции	10
T19	Транспозиция сухожилия	10
T20	Резекция сухожилия	10

Статья	Операция	Размер выплаты в % от страховой суммы
T21	Первичная восстановительная операция на сухожилии	10
T22	Вторичная восстановительная операция на сухожилии	10
T23	Мобилизация сухожилия	10
T24	Трансплантация мышцы	20
T25	Резекция мышцы	15
V	Кости, суставы черепа и позвоночника	
V01	Иссечение лицевых костей черепа	30
V02	Репозиция перелома верхней челюсти	20
V03	Репозиция перелома других костей лицевой части черепа	20
V04	Иммобилизация кости лицевого черепа	20
V05	Иссечение нижней челюсти	40
V06	Репозиция перелома нижней челюсти	20
V07	Иммобилизация нижней челюсти	10
V08	Первичная декомпрессия шейного отдела позвоночника	30
V09	Ревизионная декомпрессия шейного отдела позвоночника	40
V10	Декомпрессия грудного отдела позвоночника	30
V11	Первичная декомпрессия поясничного отдела позвоночника	30
V12	Ревизионная декомпрессия поясничного отдела позвоночника	40
V13	Декомпрессивная операция другого отдела позвоночника	30
V14	Первичное удаление межпозвоночного диска шейного отдела позвоночника	40
V15	Первичное удаление межпозвоночного диска грудного отдела позвоночника	30
V16	Первичное удаление межпозвоночного диска поясничного отдела позвоночника	30
V17	Иссечение неутонченного межпозвоночного диска	40
V18	Первичный артродез суставов шейных позвонков	40
V19	Первичный артродез других суставов позвонков	40
V20	Декомпрессия при переломе позвоночника	30
V21	Фиксация переломов позвоночника	40
W	Другие кости и суставы	
W01	Комплексные реконструктивные операции на первом пальце кисти	40
W02	Реконструктивные операции на кисти руки	40
W03	Реконструкция переднего отдела стопы	30
W04	Реконструкция заднего отдела стопы	30
W05	Протезирование кости	30
W06	Тотальное удаление кости	20
W07	Экстирпация пораженного участка кости	10
W08	Открытый хирургический перелом кости	20
W09	Остеотомия с целью исправления угловых деформаций сустава	20
W10	Остеотомия в области диафиза	10
W11	Остеотомия костей стопы	10
W12	Первичная открытая репозиция при переломе кости и интрамедуллярный остеосинтез	10
W13	Первичная открытая репозиция при переломе кости и накостный остеосинтез	10
W14	Первичная открытая репозиция при внутрисуставном переломе кости	10
W15	Вторичная открытая репозиция перелома кости	10
W16	Фиксация эпифиза	10
W17	Скелетное вытяжение	10
W18	Аутопластика кости	10
W19	Лечебная трепанация кости	10
W20	Тотальное эндопротезирование тазобедренного сустава с использованием костного цемента	40
W21	Тотальное эндопротезирование тазобедренного сустава без использования костного цемента	50

Статья	Операция	Размер выплаты в % от страховой суммы
W22	Тотальное эндопротезирование коленного сустава протезом с использованием костного цемента	40
W23	Тотальное эндопротезирование коленного сустава без использования костного цемента	50
W24	Тотальное эндопротезирование других суставов с использованием костного цемента	40
W25	Тотальное эндопротезирование других суставов без использования костного цемента	50
W26	Эндопротезирование головки бедра протезом с использованием костного цемента	30
W27	Эндопротезирование бедренной кости протезом без использования цемента	40
W28	Цементное эндопротезирование головки плеча	30
W29	Бесцементное эндопротезирование головки плеча	30
W30	Эндопротезирование суставов других костей с использованием костного цемента	30
W31	Эндопротезирование суставов других костей без использования костного цемента	40
W32	Интерпозиционная артропластика с использованием искусственных материалов	30
W33	Резекционная реконструкция сустава	30
W34	Восстановление целостности сустава стопы	10
W35	Артродез других суставов с использованием внесуставного костного трансплантата	20
W36	Артродез других суставов с использованием внутрисуставного костного трансплантата	20
W37	Первичное открытое вправление травматического вывиха сустава	20
W38	Первичное закрытое вправление травматического вывиха сустава	10
W39	Первичная репозиция при повреждении зоны роста (эпифизеолиз)	10
W40	Протезирование связки синтетическим материалом	20
W41	Открытое сшивание связки	10
W42	Артроскопические операции на хрящевых поверхностях суставов	10
X	Смешанные операции	
X01	Пересадка верхней конечности	70
X02	Пересадка нижней конечности	80
X03	Имплантация протеза в конечность	50
X04	Ампутация руки (верхней конечности)	40
X05	Ампутация кисти	30
X06	Ампутация ноги	50
X07	Ампутация стопы	30
X08	Ампутация пальца стопы	10

Примечание:

Если в результате одного несчастного случая, являющегося страховым, были задействованы несколько статей из вышеуказанной таблицы, выплата осуществляется по одной статье, предусматривающей наибольший процент выплаты.

ТАБЛИЦА № 2
размеров страховых выплат при хирургических операциях в результате несчастного случая

Статья	ТИП ОПЕРАЦИЙ	Размер выплаты в % от страховой суммы
	Операции на глазах, ставшие необходимыми в результате травматических повреждений	
1	Пластическая операция на конъюнктиве	30
2	Пластические операции на роговице	40
3	Ревизия и реконструкция глазницы и глазного яблока	40
4	Удаление глазного яблока (офтальмэктомия)	40
5	Операции по прикреплению сетчатки	40
	<i>При сочетании 2 операций на глазном яблоке из пяти, приведенных выше, выплата составляет не более 65%, при сочетании 3 операций из пяти, выплата составляет не более 75%, при сочетании четырех из пяти – 100%</i>	
	Операции на кровеносных сосудах, ставшие необходимыми в результате травматических повреждений	
6	Реконструктивная операция на легочной артерии	50
7	Пластика аорты	70
8	Пластика сонной артерии	50
9	Реконструктивная операция на подключичной артерии	50
10	Открытые операции на артерии головного мозга	70
11	Пластика почечной артерии	50
12	Реконструктивная операция на брюшной аорте	50
13	Реконструктивная операция на подвздошной артерии	50
14	Реконструктивная операция на бедренной артерии	50
15	Пластика, реконструкция позвоночных артерий	50
	Операции эндокринных железах и грудной клетке, ставшие необходимыми в результате травматических повреждений	
16	Адреналэктомия (одно-, двухсторонняя)	50
17	Реконструктивная операция на молочной железе	50
	Операция на дыхательных путях, грудной клетке, диафрагме, ставшие необходимыми в результате травматических повреждений	
18	Реконструктивные операции глотки	50
19	Реконструктивные операции гортани	50
20	Пластика трахеи	50
21	Частичное иссечение трахеи	50
22	Постоянная трахеостомия	50
23	Полостные операции на средостении	50
24	Пластическая реконструкция грудной стенки	40
25	Операции при разрыве диафрагмы	50
	Операции на почечном тракте, ставшие необходимыми в результате травматических повреждений	
26	Нефрэктомия	50
27	Восстановление почки открытым доступом	60
	Операции на органах малого таза, ставшие необходимыми в результате травматических повреждений	
28	Гистерэктомия с двусторонним удалением придатков матки	80
29	Радикальная простатомезикулоэктомия	40

30	Двусторонняя орхидэктомия	30
31	Ампутация пениса	30
	Операции на желудочно-кишечном тракте, ставшие необходимыми в результате травматических повреждений	
32	Частичная резекция пищевода	40
33	Резекция пищевода и желудка	75
34	Резекция двенадцатиперстной кишки	25
35	Панпроктоколэктомия	70
36	Частичная резекция толстой кишки	25
37	Резекция прямой кишки	40
38	Холецистэктомия	40
39	Спленэктомия	20
40	Полная панкреазэктомия	60
41	Частичная резекция поджелудочной железы	30
42	Частичная резекция печени не менее 2 сегментов	50
	Операции на сердце, ставшие необходимыми в результате травматических повреждений	
43	Открытые операции на сердце (ставшие необходимыми в результате травмы)	70
44	Операция при перфорациях, тампонаде сердца (ставшая необходимой в результате травмы)	70
	Операции на легких и бронхах, ставшие необходимыми в результате травматических повреждений	
45	Пневмозэктомия (не менее 2-х сегментов)	30
46	Реконструкция легких и бронхов	70
	Операции на головном мозге, ставшие необходимыми в результате травматических повреждений	
47	Краниотомия, краниопластика	30
48	Реконструкция мягких мозговых оболочек	40
49	Иссечение пораженной интракраниальной ткани	30
50	Операции на сосудах вертебробазиллярной системы	30
	Операции на спинном мозге, мозговых оболочках и позвоночном столбе, ставшие необходимыми в результате травматических повреждений	
51	Операции на внутриспинальных кровеносных сосудах	40
52	Иссечение пораженной ткани спинного мозга и мозговых оболочек	40
53	Пластические операции на спинном мозге и оболочках спинного мозга	40
54	Декомпрессия спинного мозга при переломе позвоночного столба	40
55	Открытая репозиция при травме грудного и поясничного отделов позвоночника	50
56	Спогдилодез	50
	Операции на ушах, ставшие необходимыми в результате травматических повреждений	
57	Формирование и восстановление наружного слухового канала	20
58	Пластическая реконструкция наружного уха в полном объеме	30
59	Тимпанопластика (закрытие перфорации барабанной перепонки, реконструкция слуховых косточек)	20
60	Реконструкция среднего уха	30
61	Операции на вестибулярном аппарате	40
	Челюстнолицевые операции, ставшие необходимыми в результате травматических повреждений	
62	Пластическая реконструкция верхней челюсти	40
63	Пластическая реконструкция нижней челюсти	40
64	Репозиция сложных переломов средней зоны лица (множественные переломы)	40

	Операции на прочих костях и суставах, ставшие необходимыми в результате травматических повреждений	
65	Артродез плеча/бедра/колена	30
66	Реплантация верхней конечности	75
67	Реплантация нижней конечности	75
68	Ампутация верхней конечности на уровне плеча	65
69	Ампутация нижней конечности на уровне бедра	65
70	Гемипельвэктомия	100
71	Гемикорпорэктомия	100
	Операции на мускулах, сухожилиях, фасциях, ставшие необходимыми в результате травматических повреждений	
72	Реконструкция мускулов, сухожилий и фасций	30
73	Пластическая реконструкция местными лоскутами на мышцах и фасциях	30
74	Эксплантация и трансплантация с микрокапиллярным анастомозом	50
	Комплексная реконструкция верхней и нижней конечности, ставшие необходимыми в результате травматических повреждений	
75	Комплексная реконструкция переднего отдела стопы	40
76	Комплексная реконструкция заднего отдела стопы	40
77	Комплексная реконструкция кисти	50
	<i>Под комплексной реконструкцией следует понимать восстановление поврежденных артерий, вен, мышц, нервов, костей</i>	

Примечание:

Если в результате одного несчастного случая, являющегося страховым, были задействованы несколько статей из вышеуказанной таблицы, выплата осуществляется по одной статье, предусматривающей наибольший процент выплаты.

ТАБЛИЦА
размеров страховых выплат при хирургических операциях в результате несчастного случая или болезни

Код операции	Операция	Размер выплаты в % от страховой суммы
А	Нервная система	
A01	Объемное иссечение ткани мозга	60
A02	Иссечение пораженной ткани мозга	50
A03	Стереотаксическое удаление ткани мозга	70
A04	Дренаж поврежденной ткани мозга	30
A05	Другие полостные операции на ткани мозга	50
A06	Другие виды биопсии поврежденной ткани мозга	30
A07	Другие операции на тканях мозга	30
A08	Создание оттока ликвора из желудочков головного мозга	50
A09	Другие операции по созданию соустья из желудочков головного мозга	30
A10	Другие полостные операции на желудочке головного мозга	30
A11	Другие операции на желудочках головного мозга	20
A12	Операции на субарахноидальном пространстве мозга	20
A13	Трансплантат черепного нерва	30
A14	Внутричерепное рассечение черепного нерва	50
A15	Другие методы внутричерепной деструкции черепного нерва	30
A16	Внечерепное удаление участка блуждающего нерва	20
A17	Внечерепное удаление других черепно-мозговых нервов	20
A18	Иссечение пораженного участка черепно-мозгового нерва	20
A19	Восстановление черепно-мозгового нерва	30
A20	Внутричерепное стереотаксическое снятие ущемления черепно-мозгового нерва	30
A21	Другие методы декомпрессии черепно-мозгового нерва	20
A22	Другие оперативные вмешательства на черепно-мозговом нерве	10
A23	Удаление пораженного участка мягких мозговых оболочек	40
A24	Восстановление твердой мозговой оболочки	40
A25	Дренаж экстрадурального пространства	30
A26	Дренаж субдурального пространства	30
A27	Другие оперативные вмешательства на мягких мозговых оболочках	20
A28	Частичное удаление спинного мозга	40
A29	Другие полостные операции на спинном мозге	40
A30	Другие методы деструкции спинного мозга	40
A31	Другие операции на спинном мозге	40
A32	Другие оперативные вмешательства на мягких оболочках спинного мозга	30
A33	Операции на корешках нерва спинного мозга	30
A34	Удаление периферического нерва	10
A35	Деструкция периферического нерва	10
A36	Удаление поврежденного участка периферического нерва	20
A37	Микрохирургическое восстановление периферического нерва	30
A38	Другие методы трансплантации периферического нерва	30
A39	Другие восстановительные операции на периферическом нерве	20
A40	Снятие ущемления периферического нерва запястья	10
A41	Снятие ущемления периферического нерва лодыжки	10
A42	Снятие ущемления периферического нерва других частей тела	20
A43	Ревизия при снятии ущемления периферического нерва	10
A44	Другие оперативные вмешательства на периферическом нерве	10

Код операции	Операция	Размер выплаты в % от страховой суммы
A45	Удаление симпатического нерва	20
A46	Химическая деструкция симпатического нерва	20
A47	Криотерапия симпатического нерва	20
A48	Тепловая деструкция симпатического нерва, проводимая под радиочастотным контролем	20
В	Эндокринная система и грудная клетка	
B01	Иссечение гипофиза	50
B02	Деструкция гипофиза	50
B03	Другие операции на гипофизе	50
B04	Операции на шишковидном теле	50
B05	Удаление щитовидной железы	30
B06	Операции на аномальной ткани щитовидной железы	30
B07	Операции на щитовидно-язычной ткани	20
B08	Другие операции на щитовидной железе	30
B09	Удаление паращитовидной железы	30
B10	Другие операции на паращитовидной железе	30
B11	Удаление вилочковой железы	30
B12	Другие операции на вилочковой железе	30
B13	Удаление надпочечника	40
B14	Операции на аномальной ткани надпочечника	40
B15	Другие операции на надпочечнике	40
B16	Радикальная мастэктомия	30
B17	Другие виды удаления молочной железы	20
B18	Секторальная резекция молочной железы	10
B19	Операции на протоках молочной железы	10
B20	Операции на соске молочной железы	10
B21	Другие операции на молочной железе	10
С	Глаз	
C01	Энуклеация (эвисцерация) глазного яблока (в т.ч. с формированием опорно-двигательной культи с использованием имплантата)	40
C02	Удаление пораженного участка глазницы	40
C03	Формирование опорно-двигательной культи с использованием имплантата	20
C04	Пластическая восстановительная операция на глазнице	20
C05	Орбитотомия	10
C06	Другие оперативные вмешательства на глазнице	10
C07	Операции на углу глазной щели	5
C08	Удаление пораженного участка века	10
C09	Реконструктивная операция на веке	20
C10	Устранение птоза (опущения верхнего) века	10
C11	Рассечение века	3
C12	Наложение защитных швов на веке	5
C13	Операции на слезной железе	20
C14	Анастомоз между слезной железой и полостью носа	20
C15	Другие операции на слезном мешке	10
C16	Операции на носослезном протоке	20
C17	Другие операции на слезных органах	10
C18	Комбинированные операции на мышцах глаза	30
C19	Рецессия мышцы глаза	20
C20	Резекция мышцы глаза	20
C21	Частичное разделение сухожилия мышцы глаза	20
C22	Другие корректирующие операции на мышце глаза	10

Код операции	Операция	Размер выплаты в % от страховой суммы
C23	Другие операции на мышце глаза	20
C24	Удаление пораженного участка конъюнктивы	10
C25	Восстановление конъюнктивы	5
C26	Рассечение конъюнктивы	5
C27	Другие операции на конъюктиве	5
C28	Удаление пораженного участка роговицы	20
C29	Пластические операции на роговице	30
C30	Закрытие роговицы	10
C31	Удаление инородного тела из глубоких слоев роговицы	3
C32	Рассечение роговицы	5
C33	Другие операции на роговице	10
C34	Удаление пораженного участка склеры (глазного яблока)	10
C35	Операции по поводу отслойки сетчатки (цирклиж.пломбирование и т.п.)	30
C36	Рассечение склеры (склеротомия)	20
C37	Другие операции на склере	10
C38	Иссечение радужной оболочки глаза	30
C39	Фильтрующие операции на радужной оболочке глаза	30
C40	Другие операции на трабекулярной сети глаза	30
C41	Рассечение радужной оболочки глаза	3
C42	Другие операции на радужной оболочке глаза	5
C43	Удаление реснитчатого тела	20
C44	Другие операции на реснитчатом теле	20
C45	Другие операции на передней камере глаза	30
C46	Экстракапсулярное удаление хрусталика	20
C47	Интракапсулярное удаление хрусталика	30
C48	Рассечение оболочки хрусталика	5
C49	Другие методы удаления хрусталика	20
C50	Имплантация ИОЛ, иридо-хрусталиковой диафрагмы	20
C51	Операции на стекловидном теле (кроме лазерных)	30
C52	Фотокоагуляция сетчатки глаза при ее отслойке и разрывах	20
C53	Деструкция поврежденного участка сетчатки	30
C54	Другие операции на сетчатке глаза	20
C55	Другие операции на глазе	20
D	Ухо	
D01	Иссечение наружного уха	20
D02	Удаление пораженного участка наружного уха	10
D03	Пластические операции на наружном ухе	20
D04	Другие операции на наружном ухе	10
D05	Экзентерация сосцевидных ячеек (височной кости)	20
D06	Другие операции на сосцевидном отростке	20
D07	Восстановительные операции на барабанной перепонке	20
D08	Реконструкция слуховых косточек	30
D09	Другие операции на слуховых косточках	30
D10	Удаление пораженного участка среднего уха	20
D11	Другие операции на среднем ухе	20
D12	Операции на евстахиевой трубе	30
D13	Операции на улитке (внутреннего уха)	30
D14	Операции на вестибулярном аппарате	30
D15	Другие операции на внутреннем ухе	30
E	Дыхательные пути	

Код операции	Операция	Размер выплаты в % от страховой суммы
E01	Иссечение в полости носа	5
E02	Другие операции на внутренней полости носа	10
E03	Операции на наружном носе	10
E04	Операции на верхнечелюстной пазухе	20
E05	Операции на лобной пазухе	30
E06	Операции на клиновидной (околоносовой) пазухе	30
E07	Операции на неспецифических пазухах носа	30
E08	Иссечение в полости глотки	30
E09	Операции на аденоидах	10
E10	Восстановительные операции в полости глотки	60
E11	Другие операции полости глотки открытым доступом	30
E12	Другие операции полости глотки	20
E13	Иссечение гортани	50
E14	Удаление пораженного участка гортани открытым доступом	40
E15	Реконструктивные операции гортани	60
E16	Другие операции на гортани открытым доступом	40
E17	Другие операции на гортани	30
E18	Частичное иссечение трахеи	30
E19	Пластические операции на трахее	60
E20	Протезирование трахеи открытым доступом	60
E21	Эксплантация трахеи	30
E22	Другие операции на трахее открытым доступом	30
E23	Операции на киле трахеи открытым доступом	40
E24	Частичное удаление бронха	40
E25	Другие операции на бронхе открытым доступом	30
E26	Другие операции на бронхах	10
E27	Трансплантация легкого	100
E28	Иссечение легкого	60
E29	Удаление пораженного участка легкого открытым доступом	60
E30	Другие операции на легком открытым доступом	50
E31	Другие операции на легком	40
E32	Полостные операции на средостении	50
F	Рот	
F01	Частичное иссечение губы	10
F02	Удаление пораженного участка губы	10
F03	Коррекция дефекта губы	10
F04	Другие реконструктивные операции на губе	10
F05	Операции на десне	5
F06	Иссечение языка	40
F07	Удаление пораженного участка языка	20
F08	Расщепление языка	10
F09	Другие операции на языке	10
F10	Удаление пораженного участка неба	10
F11	Коррекция дефекта неба	30
F12	Другие восстановительные операции на небе	20
F13	Другие операции на небе	10
F14	Удаление миндалин	10
F15	Удаление другого поврежденного участка полости рта	20
F16	Другие реконструктивные операции в полости рта	30
F17	Удаление слюнной железы	20

Код операции	Операция	Размер выплаты в % от страховой суммы
F18	Удаление пораженного участка слюнной железы	15
F19	Рассечение слюнной железы	10
F20	Другие операции на слюнной железе	10
F21	Транспозиция протока слюнной железы	20
F22	Наложение лигатуры на проток слюнной железы	5
F23	Другие полостные операции на слюнной железе	10
F24	Другие операции на протоках слюнной железы	10
G	Тонкий кишечник	
G01	Иссечение пищевода и желудка	80
G02	Полное удаление пищевода	80
G03	Частичное удаление пищевода	50
G04	Резекция пищевода трансторакальная (трансабдоминальная)	60
G05	Анастомоз пищевода	40
G06	Восстановление пищевода (пластика пищевода)	50
G07	Искусственное отверстие пищевода	30
G08	Рассечение пищевода	30
G09	Операции на венах пищевода открытым доступом	50
G10	Чрезбрюшинная пластика пищевода	60
G11	Другие операции на пищеводе открытым доступом	50
G12	Фиброэндоскопическое удаление пораженного участка пищевода	40
G13	Эндоскопическое удаление пораженного участка пищевода с использованием жесткого эзофагоскопа	20
G14	Другие операции на пищеводе	20
G15	Восстановительные операции по поводу грыжи диафрагмы	30
G16	Операции с целью устранения рефлюкса	30
G17	Ревизия антирефлюксных операций	10
G18	Тотальная резекция желудка (гастрэктомия)	50
G19	Частичная/субтотальная резекция желудка	40
G20	Атипичная резекция желудка	30
G21	Реконструктивные операции на желудке	40
G22	Гастродуоденостомия	30
G23	Гастроеюностомия	30
G24	Прочие гастроэнтеростомии	30
G25	Гастростомия	20
G26	Прочие операции при язве желудка	20
G27	Другие лапаротомические операции на желудке	30
G28	Пилоропластика	20
G29	Антрумэктомии	20
G30	Эндоскопическая полипэктомия	10
G31	Другие операции на желудке	20
G32	Резекция двенадцатиперстной кишки	60
G33	Лапаротомическое удаление пораженного участка двенадцатиперстной кишки	50
G34	Анастомоз двенадцатиперстной кишки	30
G35	Ушивание перфоративной язвы	30
G36	Другие лапаротомические операции на двенадцатиперстной кишке	30
G37	Другие операции на двенадцатиперстной кишке	20
G38	Резекция тощей кишки	70
G39	Удаление пораженного участка тощей кишки	30
G40	Еюностомия	10
G41	Анастомоз тощей кишки	20

Код операции	Операция	Размер выплаты в % от страховой суммы
G42	Лапароскопическая резекция тощей кишки	10
G43	Прочие открытые операции на тощей кишке	20
G44	Другие операции на тощей кишке	10
G45	Резекция подвздошной кишки	70
G46	Удаление пораженного участка подвздошной кишки	30
G47	Илеостомия	30
G48	Илеотрансверзостомия	30
G49	Создание соустья на подвздошной кишке	20
G50	Другие операции на подвздошной кишке открытым доступом	20
G51	Другие операции на подвздошной кишке	15
Н	Толстый кишечник	
H01	Аппендэктомия экстренная	30
H02	Аппендэктомия при хроническом аппендиците	20
H03	Тотальная колэктомия	70
H04	Колэктомия	60
H05	Правосторонняя илеоколэктомия	50
H06	Другие способы удаления правой половины подвздошной кишки	40
H07	Резекция поперечной ободочной кишки	50
H08	Левосторонняя илеоколэктомия	50
H09	Резекция сигмовидной кишки	40
H10	Другие виды резекции толстого кишечника	40
H11	Удаление пораженного участка толстой кишки	30
H12	Колостомия	30
H13	Цекостомия	20
H14	Другие операции эксплантации толстой кишки	20
H15	Рассечение толстой кишки	20
H16	Полостные эндоскопические операции на толстой кишке	10
H17	Другие операции на толстой кишке открытым доступом	20
H18	Эндоскопическая полипэктомия с использованием колоноскопа	10
H19	Эндоскопическая полипэктомия с использованием ретророманоскопа	10
H20	Эндоскопическое удаление пораженного участка сигмовидной кишки с использованием жесткого сигмоидоскопа	15
H21	Другие операции на толстой кишке	10
H22	Экстирпация прямой кишки	50
H23	Удаление пораженных участков прямой кишки открытым доступом	40
H24	Фиксирование прямой кишки при выпадении	20
H25	Другие операции на брюшине при выпадении прямой кишки	15
H26	Операции на прямой кишке, проводимые через анальный сфинктер	30
H27	Другие операции на прямой кишке, проводимые через задний проход	20
H28	Операции при выпадении прямой кишки, проводимые через промежность	10
H29	Другие операции на прямой кишке	10
H30	Иссечение заднего прохода	20
H31	Иссечение пораженного участка заднего прохода	10
H32	Деструкция пораженного участка ануса	10
H33	Восстановление ануса	20
H34	Резекция геморроидальных узлов	5
H35	Деструкция геморроидальных узлов	3
H36	Другие операции на геморроидальных узлах	5
H37	Другие операции в области промежности	10
H38	Другие операции на заднем проходе	10

Код операции	Операция	Размер выплаты в % от страховой суммы
H39	Дренаж, проводимый через область промежности	5
H40	Иссечение эпителиального копчикового хода	5
H41	Другие операции на нижнем отделе кишечника	20
J	Другие органы брюшной полости - преимущественно пищеварительные	
J01	Трансплантация печени	100
J02	Частичная резекция печени	10
J03	Экстирпация пораженного участка печени	60
J04	Реконструкция печени	60
J05	Рассечение печени	40
J06	Другие операции на печени открытым доступом	40
J07	Эмболизация сосудов печени	20
J08	Другие операции на печени	30
J09	Холецистэктомия	30
J10	Холецистостомия	30
J11	Реконструкция желчного пузыря	30
J12	Холецистотомия	20
J13	Другие полостные операции на желчном пузыре	20
J14	Эндоскопическая холецистэктомия	20
J15	Другие операции на желчном пузыре	15
J16	Иссечение желчных протоков	30
J17	Удаление пораженного участка желчного протока	20
J18	Гепатикоюностомия	30
J19	Холедохоэнтеростомия, холедоходуоденостомия	30
J20	Полостное протезирование на желчном протоке	20
J21	Восстановление желчного протока	20
J22	Холедохолитотомия	10
J23	Восстановительная пластика сфинктера Одди с использованием анастомоза с двенадцатиперстной кишки	40
J24	Рассечение сфинктера Одди с использованием анастомоза с двенадцатиперстной кишки	30
J25	Другие операции на фатеровой ампуле с наложением анастомоза с двенадцатиперстной кишкой	30
J26	Другие полостные операции на желчном протоке	30
J27	Эндоскопическая папиллосфинктеротомия	20
J28	Эндоскопическое стентирование холедоха	20
J29	Оперативное лапароскопическое лечение на желчных протоках	30
J30	Другие эндоскопические операции на желчных протоках	20
J31	Пересадка поджелудочной железы	100
J32	Панкреатэктомия	80
J33	Резекция головки поджелудочной железы	70
J34	Другие виды частичной резекции поджелудочной железы	60
J35	Наложение анастомоза на проток поджелудочной железы	50
J36	Полостная вирсунготомия	50
J37	Открытый дренаж пораженного участка протока поджелудочной железы	40
J38	Пакреатотомия	30
J39	Другие полостные операции на поджелудочной железе	40
J40	Лапароскопическое оперативное лечение поджелудочной железы	30
J41	Спленэктомия	40
J42	Другие виды удаления селезенки	40
J43	Другие операции на селезенке	40
K	Сердце	

Код операции	Операция	Размер выплаты в % от страховой суммы
K01	Трансплантация сердца и легкого	100
K02	Трансплантация сердца	100
K03	Закрытые операции на перегородке сердца	70
K04	Хирургическое эндоскопическое лечение на перегородке сердца	60
K05	Создание клапанного кардиального канала	60
K06	Шунтирование сердца	50
K07	Изменение формы предсердия	60
K08	Другие операции на стенке предсердия	50
K09	Другие операции на стенке сердца	50
K10	Пластика митрального клапана	70
K11	Пластика аортального клапана	70
K12	Пластика правого предсердно-желудочкового клапана	70
K13	Пластика клапана легочного ствола	70
K14	Пластика произвольного клапана сердца	70
K15	Ревизия пластической операции сердечного клапана	50
K16	Открытое рассечение клапана сердца	50
K17	Эндоскопическое рассечение клапана сердца	40
K18	Другие операции на клапане сердца открытым способом	40
K19	Эндоскопическое хирургическое лечение на клапане сердца	30
K20	Удаление инородного тела из тканей сердца	60
K21	Другие операции на эндокарде	60
K22	Пересадка участка подкожной вены ноги для создания соустья с венечной артерией сердца	70
K23	Другая аутопластика венечной артерии	70
K24	Аллотрансплантация венечной артерии	70
K25	Протезирование венечной артерии	70
K26	Другие пластические операции на венечной артерии	70
K27	Создание анастомоза между торакальной и венечной артериями	80
K28	Шунтирование венечной артерии	80
K29	Восстановление венечной артерии	60
K30	Другие полостные операции на венечной артерии	70
K31	Транслюминальная баллонная ангиопластика венечной артерии	50
K32	Другие виды хирургического транслюминального лечения венечной артерии	40
K33	Полостные операции на проводящей системе сердца	70
K34	Рассечение сердца	70
K35	Другие полостные операции на сердце	70
K36	Транслюминальные вспомогательные операции на сердце	50
K37	Другие транслюминальные операции на сердце	50
K38	Имплантация кардиостимулятора в вену	10
K39	Другие системы кардиостимуляции	10
K40	Другие операции на сердце	50
K41	Резекция перикарда	40
K42	Дренирование перикарда	30
K43	Рассечение перикарда	30
K44	Другие операции на перикарде	30
L	Артерии и вены	
L01	Наложение анастомоза между легочной артерией и аортой с помощью баллонного шунта	60
L02	Другие методы создания соустья между легочной артерией и аортой	50
L03	Создание анастомоза на легочной артерии через подключичную артерию с помощью баллонного шунта	30

Код операции	Операция	Размер выплаты в % от страховой суммы
L04	Другие методы наложения анастомоза между легочной и подключичной артериями	30
L05	Другие методы анастомоза на легочной артерии	30
L06	Восстановление легочной артерии	70
L07	Другие операции на легочной артерии открытым доступом	60
L08	Транслюминантные операции на легочной артерии	50
L09	Шунтирование аорты	80
L10	Срочная пересадка сегмента при аневризме аорты	100
L11	Другие операции сегмента при аневризме аорты	90
L12	Другие экстренные операции наложения шунта на аорте	90
L13	Другие виды шунтирования сегмента аорты	80
L14	Пластика аорты	80
L15	Другие операции на аорте открытым доступом	75
L16	Транслюминантные операции на аорте	60
L17	Реконструктивная операция на сонной артерии	80
L18	Другие операции на сонной артерии открытым доступом	70
L19	Транслюминантные операции на сонной артерии	30
L20	Операции при аневризме артерии головного мозга	60
L21	Другие операции на артерии головного мозга открытым доступом	50
L22	Транслюминантные операции на артерии головного мозга	30
L23	Реконструктивная операция на подключичной артерии	60
L24	Другие операции на подключичной артерии открытым доступом	50
L25	Транслюминантные операции на подключичной артерии	30
L26	Реконструктивная операция на почечной артерии	70
L27	Другие операции на почечной артерии открытым доступом	60
L28	Транслюминантные операции на почечной артерии	40
L29	Реконструктивная операция на брюшной аорте	70
L30	Другие операции на висцеральных ветвях брюшного отдела аорты открытым доступом	60
L31	Транслюминантные операции на брюшной аорте	40
L32	Срочная реконструктивная операция при аневризме подвздошной артерии	75
L33	Плановая реконструктивная операция при аневризме подвздошной артерии	65
L34	Другие срочные операции шунтирования подвздошной артерии	60
L35	Другие плановые операции шунтирования подвздошной артерии	50
L36	Реконструктивная операция на подвздошной артерии	60
L37	Другие операции на подвздошной артерии открытым доступом	40
L38	Транслюминальные операции на подвздошной артерии	30
L39	Срочная пластическая операция при аневризме бедренной артерии	60
L40	Плановая пластическая операция при аневризме бедренной артерии	50
L41	Срочные операции шунтирования бедренной артерии	40
L42	Плановая операция по шунтированию бедренной артерии	30
L43	Реконструкция бедренной артерии	60
L44	Другие операции на бедренной артерии открытым доступом	50
L45	Транслюминальные операции на бедренной артерии	30
L46	Ревизия реконструктивной операции на артерии	30
L47	Иссечение других артерий	40
L48	Восстановление других артерий	40
L49	Другие операции на других артериях открытым доступом	40
L50	Хирургическое транслюминальное лечение других артерий	30
L51	Артериально-венозное шунтирование	20
L52	Другие операции на артериях и венах	20

Код операции	Операция	Размер выплаты в % от страховой суммы
L53	Наложение анастомоза на полую вену или на разветвлениях полую вену	45
L54	Другие операции на полую вену	45
L55	Другие операции шунтирования на венах	35
L56	Реконструкция венозного клапана	30
L57	Другие операции при венозной недостаточности	30
L58	Перевязка варикозной вены нижней конечности	10
L59	Другие операции на варикозной вене ноги	10
L60	Удаление тромба из вены открытым доступом	20
L61	Другие операции на венах	10
L62	Хирургическое транслюминальное лечение на венах	5
L63	Другие операции на кровеносных сосудах	10
М	Мочевая система	
M01	Пересадка почки	90
M02	Нефрэктомия	60
M03	Частичная резекция почки	50
M04	Резекция пораженного участка почки открытым доступом	40
M05	Восстановление почки открытым доступом	60
M06	Нефротомия	30
M07	Другие операции на почках открытым доступом	30
M08	Эндоскопическое хирургическое лечение каменной болезни почек	20
M09	Другое эндоскопическое хирургическое лечение почек	20
M10	Нефростомия	30
M11	Пиелонефролитотомия	30
M12	Иссечение мочеточника	30
M13	Эпицистотомия	40
M14	Повторная пересадка мочеточника	40
M15	Наложение соустья на мочеточнике	40
M16	Восстановление мочеточника	40
M17	Рассечение мочеточника	20
M18	Другие операции на мочеточнике открытым доступом	20
M19	Нефроскопическое хирургическое лечение на мочеточнике	20
M20	Уретроскопическое хирургическое лечение на мочеточнике	20
M21	Эндоскопическая уретролитэкстракция	20
M22	Другие виды хирургического эндоскопического лечения мочеточника	20
M23	Пересадка мочеточника	20
M24	Цистэктомия	40
M25	Частичная резекция мочевого пузыря	30
M26	Увеличение объема мочевого пузыря	30
M27	Восстановление мочевого пузыря	40
M28	Другие операции направленные на изменение объема мочевого пузыря открытым доступом	20
M29	Другие операции на мочевом пузыре открытым доступом	20
M30	Трансуретральная резекция мочевого пузыря	20
M31	Эндоскопические операции с целью увеличения объема мочевого пузыря	20
M32	Цистолитотомия	30
M33	Другие операции на мочевом пузыре	10
M34	Сочетанная надвлагалищная и абдоминальная пластика на устье мочевого пузыря у женщин	70
M35	Абдоминальная пластика на устье мочевого пузыря у женщин	60
M36	Вагинальная пластика на устье мочевого пузыря у женщин	60
M37	Другие пластические операции на устье мочевого пузыря у женщин открытым	40

Код операции	Операция	Размер выплаты в % от страховой суммы
	методом	
M38	Другие эндоскопические пластические операции на устье мочевого пузыря у женщин	20
M39	Другие пластические операции на устье мочевого пузыря у женщин	20
M40	Открытая простатэктомия	30
M41	Трансуретральная резекция простаты	20
M42	Пластика уретры по Соловьеву	30
M43	Трансуретральная резекция шейки мочевого пузыря у мужчин	30
M44	Другие виды трансуретральных операций предстательной части уретры	20
M45	Другие виды трансуретральных операций на простате	20
M46	Другие операции на устье мочевого пузыря у мужчин	20
M47	Удаление уретры	25
M48	Восстановление уретры	25
M49	Другие операции на уретре (туннелизация) открытым доступом	20
M50	Трансуретральная операция на уретре	10
M51	Другие операции на уретре	10
M52	Миотомия	10
M53	Другие операции на органах мочевого тракта	15
N	Мужские половые органы	
N01	Экстирпация мошонки	20
N02	Другие операции на мошонке	15
N03	Двусторонняя орхэктомия	20
N04	Другие операции иссечения яичка	10
N05	Удаление пораженного участка яичка	10
N06	Двустороннее опущение яичек в мошонку	15
N07	Другие операции опущения яичка в мошонку	10
N08	Протезирование яичка	10
N09	Операции при водянке оболочек яичка	5
N10	Другие операции на яичке	10
N11	Операции на придатке яичка	10
N12	Восстановление семенного канатика	15
N13	Операции при варикозном расширении вен семенного канатика (по Иванисевичу)	10
N14	Другие операции на семенном канатике	5
N15	Операции на семенном пузырьке	15
N16	Операции на промежности у мужчин	15
N17	Ампутация пениса	30
N18	Удаление пораженного участка пениса	10
N19	Пластика пениса	30
N20	Протезирование пениса	30
N21	Циркумцизио	3
N22	Другие операции на пенисе	10
N23	Другие операции на половых органах у мужчин	10
P	Внешние половые органы у женщин	
P01	Операции на клиторе	10
P02	Операции на бартолиновых железах	10
P03	Вульвэктомия	25
P04	Удаление пораженных участков вульвы	15
P05	Пластика наружных вульвы	20
P06	Другие операции на вульве	15
P07	Удаление пораженных участков промежности у женщин	15
P08	Другие операции на промежности у женщин	10

Код операции	Операция	Размер выплаты в % от страховой суммы
P09	Рассечение входа во влагалище	10
P10	Другие операции на входе во влагалище	5
P11	Резекция влагалища	45
P12	Удаление складки влагалища	10
P13	Пластические операции на влагалище	25
P14	Манчестерская операция	30
P15	Другие восстановительные операции при выпадении стенки влагалища	20
P16	Восстановительные операции на своде влагалища	20
P17	Другие восстановительные операции на влагалище	15
P18	Другие операции на влагалище	10
P19	Операции на дугласовом пространстве	10
Q	Внутренние половые органы у женщин	
Q01	Ампутация шейки матки	20
Q02	Деструкция пораженного участка шейки матки	10
Q03	Другие операции на шейке матки	10
Q04	Абдоминальное удаление матки	30
Q05	Влагалищное удаление матки	25
Q06	Другие операции на матке открытым способом	30
Q07	Раздельное диагностическое выскабливание матки и цервикального канала	10
Q08	Другие методы выскабливания полости матки	5
Q09	Другие влагалищные операции на матке	20
Q10	Эндоскопическое хирургическое лечение матки	10
Q11	Другие операции на матке	10
Q12	Двусторонняя резекция придатков матки	40
Q13	Односторонняя резекция придатков матки	30
Q14	Другие методы резекции придатков матки	25
Q15	Частичное удаление фаллопиевой трубы	20
Q16	Установка протеза в фаллопиевой трубе	20
Q17	Другие реконструктивные операции маточных труб	20
Q18	Туботомия	10
Q19	Фимбриолизис	10
Q20	Другие операции на фаллопиевой трубе открытым способом	20
Q21	Другие способы эндоскопического хирургического лечения на фаллопиевой трубе	5
Q22	Другие операции на фаллопиевой трубе	5
Q23	Резекция яичника открытым доступом	20
Q24	Деструкция пораженного участка яичника открытым доступом	15
Q25	Восстановление яичника	20
Q26	Другие операции на яичнике открытым доступом	15
Q27	Эндоскопическое хирургическое лечение яичника	10
Q28	Операции на широкой связке матки	10
Q29	Операции на других связках матки	10
Q30	Другие операции на женских половых органах	20
S	Кожные покровы	
S01	Пластическое иссечение кожи головы или шеи	10
S02	Пластическое иссечение кожи брюшной стенки	10
S03	Другие пластические операции по иссечению участков кожи различной локализации других частей тела	10
S04	Деструкция (кроме фотодеструкции) пораженного участка кожи головы или шеи	10
S05	Деструкция (кроме фотодеструкции) пораженного участка кожи различной локализации других частей тела	10
S06	Дистальная пересадка кожного и мышечного лоскута	10

Код операции	Операция	Размер выплаты в % от страховой суммы
S07	Дистальная пересадка лоскута кожи и фасции	10
S08	Дистальная пересадка стебельчатого лоскута кожи	10
S09	Другие операции дистальной пересадки кожи	10
S10	Пересадка чувствительного кожного лоскута	10
S11	Лоскутные операции для снятия контрактуры кожи	20
S12	Местная пересадка кожи и мышцы	20
S13	Местная пересадка кожи и фасции	20
S14	Операция по местной подкожной пересадке стебельчатого лоскута кожи	20
S15	Другие операции местной пересадки лоскута кожи	20
S16	Пересадка лоскута слизистой оболочки	10
S17	Другие операции пересадки лоскута кожи на область головы или шеи	10
S18	Другие операции пересадки лоскута кожи на другие части тела	10
S19	Пересадка кожи с волосным покровом на волосистую часть кожи головы	10
S20	Пересадка кожи с волосным покровом на другие части тела	10
S21	Аутотрансплантация не на все слои кожи (расщепленный трансплантат)	10
S22	Другие виды аутотрансплантации кожи	10
S23	Другие виды трансплантации кожи	10
S24	Пересадка слизистой оболочки	10
S25	Пересадка других тканей на кожу	10
S26	Другие операции на подкожной ткани	10
Т	Мягкие ткани	
T01	Частичное удаление тканей стенки грудной клетки	40
T02	Реконструктивные операции на стенке грудной клетки	40
T03	Вскрытие грудной клетки	30
T04	Другие операции на стенке грудной клетки	30
T05	Иссечение плевры открытым способом	40
T06	Открытый дренаж плевры	20
T07	Другие операции на плевре открытым способом	20
T08	Эндоскопическое хирургическое лечение плевры	10
T09	Другие операции на плевре	20
T10	Восстановительные операции при разрыве диафрагмы	60
T11	Другие восстановительные операции на диафрагме	60
T12	Другие операции на диафрагме	50
T13	Простое иссечение пахового грыжевого мешка	10
T14	Первичное восстановление при паховой грыже	10
T15	Восстановление при рецидивирующей паховой грыже	20
T16	Первичная операция по бедренному грыжесечению	20
T17	Операция при рецидивной бедренной грыже	20
T18	Пупочное грыжесечение	10
T19	Первичная восстановительная операция при вентральной грыже	10
T20	Грыжесечение при рецидивирующей послеоперационной грыже	20
T21	Грыжесечение при других грыжах брюшной стенки	20
T22	Другие восстановительные операции на передней брюшной стенке (пластика сеткой)	10
T23	Операции на пупке	10
T24	Лапаротомия	10
T25	Другие операции на передней брюшной стенке	10
T26	Открытое удаление пораженного участка брюшины	20
T27	Лапаростомия	10
T28	Резекция большого сальника	10
T29	Удаление опухолей брыжейки тонкого кишечника	20

Код операции	Операция	Размер выплаты в % от страховой суммы
T30	Удаление опухолей брыжейки толстого кишечника	20
T31	Операции на задней брюшной стенке	30
T32	Другие операции на брюшной полости открытым способом	30
T33	Лапароскопическое дренирование брюшной полости	20
T34	Эндоскопические ассистированные операции брюшной полости	20
T35	Другие способы дренирования полости брюшины	10
T36	Другие операции на брюшине	10
T37	Трансплантация фасции	10
T38	Иссечение фасции брюшины	10
T39	Иссечение других фасций	10
T40	Экстирпация пораженного участка фасции	10
T41	Разделение фасции	10
T42	Мобилизация фасции	10
T43	Другие операции на фасциях	10
T44	Транспозиция сухожилия	10
T45	Резекция сухожилия	10
T46	Первичная восстановительная операция на сухожилии	10
T47	Вторичная восстановительная операция на сухожилии	10
T48	Мобилизация сухожилия	10
T49	Иссечение влагалища сухожилия	10
T50	Другие операции на влагалище сухожилия	10
T51	Другие операции на сухожилиях	10
T52	Трансплантация мышцы	20
T53	Резекция мышцы	15
T54	Восстановительные операции на мышце	20
T55	Мобилизация мышцы	10
T56	Другие операции на мышце	10
T57	Лимфоаденэктомия	30
T58	Иссечение лимфатического узла	10
T59	Дренирование пораженного участка лимфатического узла	5
T60	Операции на лимфатических протоках	30
T61	Другие операции на лимфатической ткани	10
T62	Операции на бранхиогенной щели	40
T63	Другие операции на мягких тканях	10
V	Кости, суставы черепа и позвоночника	
V01	Пластические восстановительные операции на черепе	20
V02	Апертура черепа	30
V03	Другие операции на черепе	30
V04	Иссечение лицевых костей черепа	30
V05	Репозиция перелома верхней челюсти	20
V06	Репозиция перелома других костей лицевой части черепа	20
V07	Вычленение лицевых костей	10
V08	Иммобилизация кости лицевого черепа	20
V09	Другие операции на кости лицевого черепа	20
V10	Иссечение нижней челюсти	40
V11	Репозиция перелома нижней челюсти	20
V12	Вычленение нижней челюсти	10
V13	Иммобилизация нижней челюсти	10
V14	Другие операции на нижней челюсти	10
V15	Другие операции на височно-нижнечелюстном суставе	10

Код операции	Операция	Размер выплаты в % от страховой суммы
V16	Первичная декомпрессия шейного отдела позвоночника	30
V17	Ревизионная декомпрессия шейного отдела позвоночника	40
V18	Декомпрессия грудного отдела позвоночника	30
V19	Первичная декомпрессия поясничного отдела позвоночника	30
V20	Ревизионная декомпрессия поясничного отдела позвоночника	40
V21	Декомпрессивная операция другого отдела позвоночника	30
V22	Первичное удаление межпозвоночного диска шейного отдела позвоночника	40
V23	Ревизионная операция по удалению межпозвоночного диска шейного отдела позвоночника	50
V24	Первичное удаление межпозвоночного диска грудного отдела позвоночника	30
V25	Ревизионная операция по удалению межпозвоночного диска грудного отдела позвоночника	40
V26	Первичное удаление межпозвоночного диска поясничного отдела позвоночника	30
V27	Ревизия межпозвоночного диска поясничного отдела позвоночника	40
V28	Иссечение неутонченного межпозвонкового диска	40
V29	Первичный артродез суставов шейных позвонков	40
V30	Первичный артродез других суставов позвонков	40
V31	Ревизионный артродез суставов позвонков	40
V32	Инструментальная коррекция при деформации позвоночника	25
V33	Другие коррекции при деформации позвоночника	25
V34	Удаление образований позвонков	40
V35	Декомпрессия при переломе позвоночника	30
V36	Другие вмешательства при переломе позвоночника	30
V37	Фиксация переломов позвоночника	40
V38	Денервация поверхности сустава позвонков	20
V39	Другие операции на межпозвоночном диске	30
V40	Другие операции на позвоночнике	30
W	Другие кости и суставы	
W01	Комплексные реконструктивные операции на первом пальце кисти	40
W02	Реконструктивные операции на кисти руки	40
W03	Реконструкция переднего отдела стопы	30
W04	Реконструкция заднего отдела стопы	30
W05	Протезирование кости	30
W06	Тотальное удаление кости	20
W07	Удаление эктопических оссификатов	10
W08	Другие операции удаления кости	10
W09	Экстирпация пораженного участка кости	10
W10	Открытый хирургический перелом кости	20
W11	Другой хирургический перелом кости	10
W12	Остеотомия с целью исправления угловых деформаций сустава	20
W13	Другие околоуставные остеотомии	20
W14	Остеотомия в области диафиза	10
W15	Остеотомия костей стопы	10
W16	Другие остеотомии	10
W17	Другие реконструктивные операции на костях	10
W18	Первичная открытая репозиция при переломе кости и интрамедуллярный остеосинтез	10
W19	Первичная открытая репозиция при переломе кости и накостный остеосинтез	10
W20	Первичная открытая репозиция при внутрисуставном переломе кости	10
W21	Другие первичные открытые репозиции переломов костей	10
W22	Вторичная открытая репозиция перелома кости	10
W23	Фиксация эпифиза	10

Код операции	Операция	Размер выплаты в % от страховой суммы
W24	Другие виды внутренней фиксации кости	10
W25	Скелетное вытяжение	10
W26	Другие виды внешней фиксации кости	10
W27	Аутопластика кости	10
W28	Другие виды костной пластики	10
W29	Другие открытые операции на костях	20
W30	Трансплантация костного мозга	20
W31	Лечебная трепанация кости	10
W32	Тотальное эндопротезирование тазобедренного сустава с использованием костного цемента	40
W33	Тотальное эндопротезирование тазобедренного сустава без использования костного цемента	50
W34	Другие виды эндопротезирования тазобедренного сустава	40
W35	Тотальное эндопротезирование коленного сустава протезом с использованием костного цемента	40
W36	Тотальное эндопротезирование коленного сустава без использования костного цемента	50
W37	Другие виды тотального эндопротезирования коленного сустава	40
W38	Тотальное эндопротезирование других суставов с использованием костного цемента	40
W39	Тотальное эндопротезирование других суставов без использования костного цемента	50
W40	Другие виды тотального эндопротезирования других суставов	40
W41	Эндопротезирование головки бедра протезом с использованием костного цемента	30
W42	Эндопротезирование бедренной кости протезом без использования цемента	40
W43	Другие виды эндопротезирования головки бедра	30
W44	Цементное эндопротезирование головки плеча	30
W45	Бесцементное эндопротезирование головки плеча	30
W46	Другие виды эндопротезирования головки плеча	30
W47	Эндопротезирование суставов других костей с использованием костного цемента	30
W48	Эндопротезирование суставов других костей без использования костного цемента	40
W49	Другие виды эндопротезирования суставов других костей	30
W50	Интерпозиционная артропластика с использованием искусственных материалов	30
W51	Другие виды интерпозиционной артропластики	30
W52	Резекционная реконструкция сустава	30
W53	Другие виды реконструкции сустава	30
W54	Восстановление целостности сустава стопы	10
W55	Артродез других суставов с использованием внесуставного костного трансплантата	20
W56	Артродез других суставов с использованием внутрисуставного костного трансплантата	20
W57	Другие виды первичного артродеза суставов	10
W58	Ревизионный артродез других суставов	20
W59	Переход к остеосинтезу на суставе	10
W60	Первичное открытое вправление травматического вывиха сустава	20
W61	Первичное закрытое вправление травматического вывиха сустава	10
W62	Вторичное вправление травматического вывиха сустава	20
W63	Первичная репозиция при повреждении зоны роста (эпифизеолиз)	10
W64	Открытые операции на синовиальной оболочке сустава	10
W65	Открытые операции на менисках	10
W66	Другие открытые операции на внутрисуставных структурах	10
W67	Протезирование связки синтетическим материалом	20
W68	Укрепление связки искусственным материалом	15
W69	Другие виды восстановления связок	10
W70	Открытое сшивание связки	10

Код операции	Операция	Размер выплаты в % от страховой суммы
W71	Другие операции на связках	10
W72	Стабилизирующие операции на суставах	10
W73	Мелкотканые операции на суставах пальца стопы	10
W74	Артроскопические операции на менисках коленного сустава	10
W75	Артроскопические операции на хрящевых поверхностях суставов	10
W76	Артроскопические операции на других структурах сустава	10
W77	Артроскопические операции на полости коленного сустава	10
W78	Артроскопические операции на полости других суставов	10
W79	Другие операции на суставах	10
X	Смешанные операции	
X01	Пересадка верхней конечности	70
X02	Пересадка нижней конечности	80
X03	Имплантация протеза в конечность	50
X04	Ампутация руки (верхней конечности)	40
X05	Ампутация кисти	30
X06	Ампутация ноги	50
X07	Ампутация стопы	30
X08	Ампутация пальца стопы	10
X09	Операция формирования культи	10

Примечание:

Если в результате одного несчастного случая или одной болезни, являющихся страховыми, были задействованы несколько статей из вышеуказанной таблицы, выплата осуществляется по одной статье, предусматривающей наибольший процент выплаты.

ТАБЛИЦА
размеров страховых выплат в связи с переломами и ожогами
в результате несчастного случая

Статья	Характер повреждения	Размер выплаты в % от страховой суммы
Кости черепа, нервная система		
1.	Переломы костей таза (кроме копчика):	
	а) Множественные переломы (по крайней мере один открытый и один полный)	100
	б) Все другие открытые переломы	50
	в) Множественные переломы (по крайней мере один полный)	30
	г) Все другие переломы	20
2.	Перелом бедренной кости или пятки:	
	а) Множественные переломы (по крайней мере один открытый и один полный)	50
	б) Все остальные открытые переломы	40
	в) Множественные переломы (по крайней мере один полный)	30
	г) Все другие переломы	20
3.	Перелом голени, ключицы, лодыжки, локтевого сустава, плечевой кости или предплечья (включая запястье, но исключая перелом лучевой кости в типичном месте):	
	а) Множественные переломы (по крайней мере один открытый и один полный)	40
	б) Все остальные открытые переломы	30
	в) Множественные переломы, по крайней мере, один полный	20
	г) Все другие переломы	12
4.	Переломы нижней челюсти:	
	а) Множественные переломы (по крайней мере один открытый и один полный)	30
	б) Все остальные открытые переломы	20
	в) Множественные переломы, по крайней мере, один полный	16
	г) Все другие переломы	8
5.	Переломы лопатки, надколенника, грудины, кисти (кроме пальцев и запястья), стопы (кроме пальцев и пятки):	
	а) Все открытые переломы	20
	б) Все другие переломы	10
6.	Перелом лучевой кости предплечья в типичном месте:	
	а) Только открытые переломы	20
	б) Все другие переломы	10
7.	Переломы позвоночного столба (все позвонки, кроме копчика):	
	а) Все компрессионные переломы	20
	б) Все переломы остистых, поперечных отростков или ножек	20
	в) Все другие переломы позвоночного столба	10
8.	Переломы одного или нескольких ребер, скуловой кости, копчика, верхней челюсти, костей носа, пальцев ног и рук:	
	а) Множественные переломы (по крайней мере один открытый и один полный)	16
	б) Все другие открытые переломы	12
	в) Множественные переломы, по крайней мере, один полный	8
	г) Все другие переломы	4
9.	Перелом черепа (исключая нос и зубы)	50

Примечания:

- 1) Общая сумма, выплачиваемая по данной таблице в отношении более чем одного перелома в результате одного и того же несчастного случая, будет рассчитываться сложением сумм выплат по каждому из переломов, но не должна превышать страховой суммы по данному риску.
- 2) В случае, если Застрахованное Лицо уже получило выплату по данному таблице, и те же самые телесные повреждения привели к постоянной нетрудоспособности, сумма, выплаченная по переломам будет вычтена из страховой суммы по риску «постоянная нетрудоспособность», и Страховщик произведет выплату только этой разницы, если это условие предусмотрено Договором.
- 3) Специальные определения:
 - Полный перелом – перелом, при котором кость разделяется на две или несколько частей.
 - Открытый перелом – перелом, при котором имеется рана в зоне перелома и область перелома сообщается с внешней средой.
 - Компрессионный перелом – перелом, при котором происходит разрушение, сминание костной ткани в результате сдавливания.
 - Множественные переломы – два и более перелома одной кости.

- Патологический перелом – перелом, возникающий при минимальном внешнем воздействии вследствие разрушения кости каким-нибудь патологическим процессом (например, туберкулезным, опухолевым или другим).

Площадь ожога (% поверхности тела)	Степень ожога				
	I	II	IIIА	IIIБ	IV
от 0,5 до 5	1	5	10	13	15
свыше 5 до 10	3	10	15	17	20
свыше 10 до 20	5	15	20	25	35
свыше 20 до 30	7	20	25	45	55
свыше 30 до 40	10	25	30	70	75
свыше 40 до 50	20	30	40	85	90
свыше 50 до 60	25	35	50	95	95
свыше 60 до 70	30	45	60	100	100
свыше 70 до 80	40	55	70	100	100
свыше 80 до 90	60	70	80	100	100
более 90	80	90	95	100	100

1. При ожогах дыхательных путей – дополнительно 30% от размера страховой выплаты.
2. При ожогах головы и (или) шеи размер страхового обеспечения увеличивается:
 - на 5% от размера страховой выплаты при площади ожога до 5% поверхности тела;
 - на 10% от размера страховой выплаты при площади ожога от 5 до 10% поверхности тела.
3. При ожогах промежности размер страхового обеспечения увеличивается на 10% от размера страховой выплаты.
4. Ожоговая болезнь (ожоговый шок) – +20% от размера страховой выплаты.
5. 1% поверхности тела пострадавшего равен площади ладонной поверхности его кисти и пальцев.

№ _____ код агента

Лицензия ЦБ РФ СЛ №3823 на осуществление страхования от 01.10.2015г.

[illegible]

улица		дом	корп.	кв.	дом. тел.
e-mail					
Адрес фактического проживания					
индекс	страна	область	регион	город	
улица		дом	корп.	кв.	дом. тел.
e-mail					
Дополнительные сведения о Застрахованном (обязательно к заполнению)					
Занимается ли Застрахованный на профессиональной основе и/или на любительской основе опасными видами спорта и/или хобби (в том числе разовые занятия), включая тренировки, подготовку и участие в соревнованиях и попытках установления рекорда? Если вы ответили положительно, укажите название хобби					
Устанавливалась ли Застрахованному когда-нибудь группа инвалидности? (какая, когда, в связи с чем была установлена)					
Является ли Застрахованный носителем ВИЧ или больным СПИДом, страдает ли онкологическим или хроническим сердечно-сосудистым заболеванием?					
Консультировался, лечился или находился под арестом в связи с употреблением алкоголя или наркотиков?					
Имеются ли какие-либо заявления о страховании жизни и здоровья, направленные в другие страховые компании?					
Действуют ли какие-либо договоры страхования/полисы ООО "СК "Ингосстрах-Жизнь" или других страховых компаний, предусматривающие выплаты в возмещение вреда жизни и здоровью Застрахованного? Если да, то укажите вид страхования, номер полиса, риски и размер страховых сумм, название страховой компании.					
Отказывали ли Застрахованному когда-либо в страховании жизни и здоровья. Если да, то какой причиной обусловлены были данные отказы.					
Планирует ли Застрахованный покинуть РФ более чем на 1 месяц в течение последующих 12 месяцев с момента подписания заявления? В какую страну и с какой целью?					
Подписи сторон					
Страхователь		Застрахованный/Родитель (опекун) Застрахованного			
подпись Ф.И.О.		подпись Ф.И.О.			
Представитель Страховщика		Доверенность № от			
подпись Ф.И.О.					
Дата		Город			

2	ПРОГРАММА СТРАХОВАНИЯ ОТ НЕСЧАСТНЫХ СЛУЧАЕВ И БОЛЕЗНЕЙ			
УСЛОВИЯ ОПЛАТЫ				
Срок страхования по умолчанию составляет 5 (пять) лет, если не указано другое. Другое лет Периодичность оплаты: раз в год.				
Страховые риски		Страховая сумма:	Страховой взнос:	
☐ Смерть в результате несчастного случая				
☐ Смерть в результате болезни и/или несчастного случая*				
☐ Инвалидность в результате несчастного случая				
☐ Инвалидность в результате болезни и/или несчастного случая*				
☐ Травма				
☐ Проведение хирургической операции в результате несчастного случая				
☐ Госпитализация в результате несчастного случая				
☐ Проведение хирургической операции в результате болезни и/или несчастного случая*				
☐ Госпитализация в результате болезни и/или несчастного случая*				
☐ Критические заболевания*				
Валюта договора (оплата производится в рублях по курсу ЦБ РФ на дату оплаты в банк)		☐ RUR ☐ USD ☐ EUR	Итого страховой взнос:	
* - к заявлению заполняется приложенная Анкета о состоянии здоровья				
3	ВЫГОДОПРИОБРЕТАТЕЛИ			
Фамилия, Имя, Отчество		Степень родства	Дата рождения	Доля, %
1.				
2.				
3.				
Сумма долей всех выгодоприобретателей не должна превышать 100%. Если не указаны выгодоприобретатели, выгодоприобретатели определяются по закону РФ.				
4	ЗАЯВЛЕНИЕ СТРАХОВАТЕЛЯ / ЗАСТРАХОВАННОГО			
Я, нижеподписавшийся, 1. Заявляю, что я получил полную информацию о специфике страховой программы, указанной в Заявлении. 2. Понимаю, что специфика Договора страхования в полном объеме отражена в Правилах страхования, являющихся неотъемлемой частью Полиса. Информация, переданная устно, имеет силу только в том случае, если она подтверждена Правилами страхования. 3. Заявляю, что информация, содержащаяся в Заявлении и дополнительных документах, достоверно отражает текущую ситуацию образа жизни, состояния здоровья, финансового положения и т.д. в отношении Страхователя и / или Застрахованного. Настоящим я подтверждаю, что все вопросы настоящей Анкеты мне понятны, а данные мной ответы на указанные вопросы являются правдивыми и соответствуют имеющимся у меня сведениям. Я понимаю, что предоставление мною неполных и/или ложных сведений, равно как и отказ в предоставлении информации, является умышленным предоставлением заведомо ложной информации и может повлечь за собой признание Договора страхования недействительным, при этом Страховщик освобождается от обязательств по данному Полису, и все произошедшие события будут являться нестраховыми. 4. Принимаю условия о том, что страховая сумма или взнос могут быть изменены по результатам оценки риска Страховщиком по данному Заявлению. При этом я имею право отказаться от заключения Договора страхования, если предложенные новые условия не соответствуют моим потребностям. 5. Осведомлен о том, что если я не получу выпущенный Полис по данному Заявлению на страхование в течение 60 (шестидесяти) календарных дней, я должен обратиться к Страховщику любым доступным для меня способом. 6. Понимаю, что внесение первого страхового взноса не означает заключение Договора страхования. Договор страхования может быть заключен только после оценки Страховщиком рисков по данному Заявлению. 7. Знаю, что ответственность Страховщика по выплате страхового обеспечения начинается действовать с момента выпуска Полиса, но не ранее дня поступления первого страхового взноса на счет Страховщика или внесения первого страхового взноса наличными в кассу Страховщика. 8. Я также уполномочиваю любого врача, медицинское учреждение, страховую организацию, владеющих знаниями о моем здоровье, передавать всю указанную выше информацию ООО "СК "Ингосстрах-Жизнь" или его перестраховщикам. Я отказываюсь от претензий по поводу передачи вышеуказанной информации. 9. Настоящим даю согласие на удержание Компанией ООО "СК "Ингосстрах-Жизнь" при возврате страхового взноса стоимости предстрахового медицинского обследования по данному заявлению, проведенного за счет Страховщика, в случае, если договор страхования не будет заключен по инициативе Страхователя. 10. Я Страхователь/Застрахованный подтверждаю свое согласие на использование и обработку Страховщиком моих персональных данных, поданных мною в настоящем заявлении, согласно ст.3 №152-ФЗ "О персональных данных" от 27.07.2006, для осуществления страхования, в т.ч. в целях осуществления оценки страхового риска, перестрахования и урегулирования убытков по Договору, администрирования Договора, а также в целях информирования меня о других продуктах и услугах Страховщика, в статистических целях и в целях проведения анализа. Страховщик имеет право во исполнение своих обязательств по Договору передавать мои персональные данные партнерам Страховщика, правоохранительным органам, медицинским учреждениям и другим предприятиям и организациям, располагающим информацией об обстоятельствах страхового случая, и получить от указанных учреждений и партнеров Страховщика данные обо мне, в том числе сведения, составляющие медицинскую тайну. При этом врачи данных медицинских учреждений и партнеры Страховщика освобождаются от обязательств конфиденциальности перед Страховщиком в отношении моих персональных данных.				
Подписи сторон				
Страхователь		Застрахованный/Родитель (опекун) Застрахованного		
подпись / Ф.И.О.		подпись / Ф.И.О.		
Представитель Страховщика		Доверенность № от		
подпись / Ф.И.О.				
Дата		Город		

АНКЕТА О СОСТОЯНИИ ЗДОРОВЬЯ ЗАСТРАХОВАННОГО

Анкета о состоянии здоровья является неотъемлемым приложением к заявлению на страхование № _____ от "___" "_____"

Рост _____ Вес _____ Изменение веса за последние 12 месяцев (кг) _____ Причина изменения
☐ см ☐ кг ☐ Плюс ☐ Минус

При положительных ответах на вопросы медицинской анкеты необходимо указывать диагнозы, даты постановки, проводимое лечение и его результаты, осложнения,

1. Лечились ли Вы когда-либо по нижеследующим показаниям, либо имеются ли у Вас или имелись ли у Вас в прошлом следующие заболевания, состояния, расстройства, отклонения:

(а) нарушения зрения, слуха или носоглотки? (тугоухость, выраженная близорукость или дальнозоркость, глаукома, катаракта и т.д.)

.. да .. нет

(б) головокружения, обмороки, конвульсии, головные боли, нарушение речи, паралич, потеря сознания, эпилепсия, мозговые, психические или невротические нарушения?

.. да .. нет

(в) повышенное артериальное давление, заболевания кровеносных сосудов, нарушения кровообращения, инсульт и другие нарушения кровеносной системы?

.. да .. нет

(г) боли в груди, ощущение нехватки воздуха, сердцебиение, сердечные шумы, заболевания коронарных артерий, ревматическая лихорадка, сердечный приступ, инфаркт, сердечная недостаточность, ишемическая болезнь сердца, нарушения дыхания, врожденная патология сердца, патология клапанов или другие нарушения сердечно-сосудистой системы?

.. да .. нет

(д) одышка, постоянные хрипы или кашель, кровохаркание, бронхит, плеврит, астма, эмфизема, пневмония, туберкулез или другие хронические заболевания дыхательных путей?

.. да .. нет

(е) гепатит, панкреатит, желчнокаменная болезнь, холецистит и другие заболевания желчного пузыря, печени или поджелудочной железы?

.. да .. нет

(ж) гастрит, кишечные кровотечения, язва желудка или двенадцатиперстной кишки, грыжа, колит, аппендицит, хроническая или повторяющаяся диарея/отрыжка/икота/изжога, запоры, дивертикулит, геморроиды или другие нарушения системы пищеварения?

.. да .. нет

(з) сахар, альбумин, кровь или гной в моче, венерические заболевания, простатит, пиелонефрит, гломерулонефрит, мочекаменная болезнь, камни или другие нарушения почек, мочевого пузыря, простаты или репродуктивных органов?

.. да .. нет

(и) диабет, заболевания щитовидной железы или другие нарушения эндокринной системы?

.. да .. нет

(к) остеохондроз, неврит, люмбо-сакральный радикулит, ишиас, люмбоишиалгия, грыжи межпозвоночного диска, смещение дисков, мышечная дистрофия, ревматизм, артрит, подагра, деформация, хромота, ампутация или другие нарушения костно-мышечного аппарата, включая позвоночник, конечности, мышцы, кости, суставы, связки, сухожилия?

.. да .. нет

(л) болезни кожи, лимфатических узлов, опухоли или рак?

.. да .. нет

(м) анемия, аллергия, лейкемия, лимфогранулематоз, гемофилия, неходжкинские лимфомы и другие заболевания крови?

.. да .. нет

(н) имели ли Вы какие-либо заболевания, психические или физические нарушения, неназванные выше?

.. да .. нет

2. Находитесь ли Вы в настоящее время под наблюдением врача на лечении, принимаете ли Вы какие-либо медикаменты регулярно, будь то по предписанию или без предписания врача (если да, то какие и в связи с чем)? Запланировано ли какое-либо лечение/операция/исследование в отношении Вас (какое, в связи с чем)? Планируете ли Вы обратиться к врачу по причине какого-либо заболевания/отклонения в ближайшее время?

.. да .. нет

3. Для женщин:

.. да .. нет

(а) беременны ли Вы? Если «да», то укажите срок _____ недель. Есть ли отклонения/осложнения в протекании беременности?

.. да .. нет

(б) есть ли у Вас в настоящее время или были заболевания женских органов (грудной железы, яичников, матки) или отклонения в протекании беременности и родов (кесарево сечение, выкидыши и т.д.)? Если «да», то укажите детально: когда и какой диагноз был Вам поставлен. _____

.. да .. нет

4. Ставился ли Вам диагноз заболевания, прямо или косвенно связанный с: гепатитом, ВИЧ-инфекцией, СПИДом или любым другим аналогичным синдромом?

.. да .. нет

5. Были ли у Вас отказы в приеме крови как донора?

.. да .. нет

6. Кроме того, укажите в течение последних пяти лет:

.. да .. нет

(а) проходили ли Вы медицинское обследование, получали ли Вы консультацию или имели ли Вы травмы, болезни, операции, периоды нетрудоспособности свыше 10 дней?

.. да .. нет

(б) находились ли Вы в больнице, клинике, санатории или другом медицинском учреждении, или советовали ли Вам обследоваться, лечь в больницу или сделать операцию, однако Вы не следовали этому совету?

.. да .. нет

(в) проводили ли Вам переливание крови?

.. да .. нет

(г) делали ли Вам электрокардиограмму, рентген, УЗИ, компьютерную или ядерно-магнитную томографию, эндоскопию, биопсию, цитологическое и другие исследования, проводились ли Вам курсы лучевой терапии (укажите, пожалуйста, по какой причине, когда, какие результаты)? Назначены ли Вам повторные/регулярные исследования, если да, то когда очередное?

.. да .. нет

7. Курите ли Вы? Если Вы ответили положительно, укажите количество сигарет в день _____

.. да .. нет

8. Употребляете ли Вы алкоголь? Если Вы ответили положительно, укажите примерное количество и вид алкоголя употребляемого в месяц _____

.. да .. нет

9. Принимаете (принимали) ли лекарственные препараты, которые не прописывал врач, употребляете (употребляли) ли Вы наркотики, токсические вещества с целью наркотического и токсического опьянения, страдаете (страдали) ли алкоголизмом, состоите (состояли) ли по любой из указанных причин на диспансерном учете?

.. да .. нет

10. Имели ли Ваши родители, братья или сестры когда-нибудь: диабет, сердечно-сосудистые заболевания, высокое кровяное давление, почечную недостаточность, рак или психические заболевания?

.. да .. нет

Пожалуйста, предоставьте название и адрес клиники, в которой Вы обычно наблюдаетесь, ФИО и адрес врача. Если Вы наблюдаетесь у этого врача менее 12 месяцев, пожалуйста, предоставьте аналогичные данные по Вашему предыдущему врачу. Если у Вас есть полис ДМС, укажите адрес поликлиники, где Вы обслуживаетесь:

Уточняющая информация

№ вопроса	Ответы Застрахованного	№ вопроса	Ответы Страхователя

Подписи сторон

Страхователь _____ / **Застрахованный/Родитель (опекун) Застрахованного** _____
подпись Ф.И.О. подпись Ф.И.О.

Представитель Страховщика _____ / **Доверенность № _____ от** ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐
подпись Ф.И.О.

Дата ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ **Город** _____

ООО «СК «Ингосстрах-Жизнь»

Юридический адрес: 125171, г. Москва, Ленинградское шоссе, д.16, стр.9

ИНН 7702501628

КПП 775001001

Р/счет 40701810200010000030

в Банке СОЮЗ (АО) г.Москва

К/счет 30101810845250000148

БИК (Банка) 044525148

ИНН (Банка) 7714056040

ОГРН 1037739872939

ОКПО 70239582

ЗАЯВЛЕНИЕ НА СТРАХОВАНИЕ ОТ НЕСЧАСТНЫХ СЛУЧАЕВ И / ИЛИ БОЛЕЗНЕЙ ("КРЕДИТНОЕ")

№ _____

СТРАХОВЩИК

Общество с ограниченной ответственностью "Страховая компания "Ингосстрах-Жизнь"

Лицензия ЦБ РФ №3823 на осуществление страхования от 01.10.2015г.

1 ПЕРСОНАЛЬНЫЕ ДАННЫЕ

СТРАХОВАТЕЛЬ (заполняется, если Страхователь - физическое лицо)

Фамилия _____ Имя _____ Отчество _____

Пол ☐ м ☐ ж Дата рождения _____ Гражданство _____ Паспортные данные _____

серия _____ номер _____ выдан _____

кем _____

ИНН _____ Место рождения _____ Налоговый идентификационный номер (TIN) СНИЛС _____

Страна налогового Резидентства _____

Данные документа, подтверждающего право иностранного гражданина/лица без гражданства на пребывание в РФ

тип _____ серия _____ номер _____ дата выдачи _____

Дата начала срока пребывания в РФ _____ Дата окончания срока пребывания в РФ _____

Данные миграционной карты

Серия _____ Номер _____ Номер визы _____

Дата начала срока пребывания в РФ _____ Дата окончания срока пребывания в РФ _____

Место работы

Название организации _____ служ. тел. _____ моб. тел. _____

должность _____ описание служебных обязанностей _____

Адрес регистрации

индекс _____ страна _____ область _____ регион _____ город _____

улица _____ дом _____ корп. _____ кв. _____ дом. тел. _____

e-mail _____

Адрес фактического проживания

индекс _____ страна _____ область _____ регион _____ город _____

улица _____ дом _____ корп. _____ кв. _____ дом. тел. _____

e-mail _____

СТРАХОВАТЕЛЬ (заполняется, если Страхователь - юридическое лицо)

Наименование юридического лица с указанием организационно-правовой формы _____ ИНН _____ БИК (если Страхователь - Банк) _____

Адрес местонахождения _____ Почтовый адрес _____

Телефон _____ Факс _____ Адрес электронной почты и страницы в интернете (при наличии) _____

ЗАСТРАХОВАННЫЙ (заполняется, если Страхователь и Застрахованный разные лица)

Фамилия _____ Имя _____ Отчество _____

Пол ☐ м ☐ ж Дата рождения _____ Гражданство _____ Паспортные данные _____

серия _____ номер _____ выдан _____

кем _____

ИНН _____ Место рождения _____ Налоговый идентификационный номер (TIN) СНИЛС _____

Страна налогового Резидентства _____

Данные документа, подтверждающего право иностранного гражданина/лица без гражданства на пребывание в РФ

тип _____ серия _____ номер _____ дата выдачи _____

Дата начала срока пребывания в РФ _____ Дата окончания срока пребывания в РФ _____

Данные миграционной карты

Серия _____ Номер _____ Номер визы _____

Дата начала срока пребывания в РФ _____ Дата окончания срока пребывания в РФ _____

Место работы

Название организации _____ служ. тел. _____ моб. тел. _____

должность _____ описание служебных обязанностей _____

Адрес для корреспонденции

индекс

страна

город

улица

дом

корп.

кв.

дом. тел.

e-mail

Адрес фактического проживания

индекс

страна

область

регион

город

улица

дом

корп.

кв.

дом. тел.

e-mail

2 ВЫГОДОПРИБРЕТАТЕЛИ**ВЫГОДОПРИБРЕТАТЕЛЬ 1**

Наименование юридического лица (Банк) / адрес местонахождения	Номер кредитного договора
	Кредитный договор
	№ _____
	от
(далее Кредитный договор)	

в части страховой суммы, соответствующей кредиторской задолженности по кредитному договору на дату наступления страхового события, увеличенной на _____ %.

ВЫГОДОПРИБРЕТАТЕЛЬ 2

Фамилия, Имя, Отчество	Степень родства	Дата рождения	Доля, %

в части страховой суммы по настоящему договору, соответствующей разнице между установленной договором страховой суммой и страховой выплатой Выгодоприобретателю 1 (Банку).

Сумма долей всех Выгодоприобретателей 2 не должна превышать 100%. Если не указаны Выгодоприобретатели 2, Выгодоприобретатели определяются по закону РФ.

Подписи сторон

Страхователь _____ подпись / Ф.И.О.	Застрахованный _____ подпись / Ф.И.О.
Представитель Страховщика _____ подпись / Ф.И.О.	Доверенность № _____ от
Дата	Город

3 УСЛОВИЯ СТРАХОВАНИЯ (выберите один вариант страхования)										
Вариант 1 Страхование от несчастных случаев Страховые риски: ☐ Смерть в результате несчастного случая ☐ Постоянная полная утрата трудоспособности (Инвалидность I, II группы), наступившая в результате несчастного случая							Страховая сумма ☐ ☐ убывающая неубывающая			
Вариант 2 Страхование от несчастных случаев и/или болезней Страховые риски: ☐ Смерть в результате несчастного случая и/или болезни ☐ Постоянная полная утрата трудоспособности (Инвалидность I, II группы), наступившая в результате несчастного случая и/или болезни							Страховая сумма ☐ ☐ убывающая неубывающая			
СРОК СТРАХОВАНИЯ							УСЛОВИЯ ОПЛАТЫ			
с по <i>настоящий договор вступает в силу с даты, указанной как начало срока страхования, но не ранее даты оплаты страхового взноса.</i>							Валюта договора ☐ RUR ☐ USD ☐ EUR Страховой взнос в размере должен быть уплачен до Условия оплаты страхового взноса: ☐ ежегодно ☐ единовременно <i>При неуплате страхового взноса в срок, установленный в договоре, договор считается не вступившим в силу</i>			
4 Дополнительные сведения о Застрахованном (обязательно к заполнению)										
Занимается ли Застрахованный на профессиональной основе и/или на любительской основе опасными видами спорта и/или хобби (в том числе разовые занятия), включая тренировки, подготовку и участие в соревнованиях и попытках установления рекорда? Если вы ответили положительно, укажите название хобби								☐	☐	нет
Устанавливалась ли Застрахованному когда-нибудь группа инвалидности? (какая, когда, в связи с чем была установлена)								☐	☐	нет
Является ли Застрахованный носителем ВИЧ или больным СПИДом, страдает ли онкологическим или хроническим сердечно-сосудистым заболеванием?								☐	☐	нет
Консультировался, лечился или находился под арестом в связи с употреблением алкоголя или наркотиков?								☐	☐	нет
Имеются ли какие-либо заявления о страховании жизни и здоровья, направленные в другие страховые компании?								☐	☐	нет
Действуют ли какие-либо договоры страхования/полисы ООО "СК "Ингосстрах-Жизнь" или других страховых компаний, предусматривающие выплаты в возмещение вреда жизни и здоровью Застрахованного? Если да, то укажите вид страхования, номер полиса, риски и размер страховых сумм, название страховой компании.								☐	☐	нет
Отказывали ли Застрахованному когда-либо в страховании жизни и здоровья. Если да, то какой причиной обусловлены были данные отказы.								☐	☐	нет
Планирует ли Застрахованный покинуть РФ более чем на 1 месяц в течение последующих 12 месяцев с момента подписания заявления? В какую страну и с какой целью?								☐	☐	нет
НЕОБХОДИМО ЗАПОЛНИТЬ ПРИЛОЖЕННУЮ АНКЕТУ О СОСТОЯНИИ ЗДОРОВЬЯ, КОТОРАЯ БУДЕТ ЯВЛЯТЬСЯ НЕОТЪЕМЛЕМОЙ ЧАСТЬЮ ДАННОГО ЗАЯВЛЕНИЯ										
5 ЗАЯВЛЕНИЕ СТРАХОВАТЕЛЯ / ЗАСТРАХОВАННОГО										
Я, нижеподписавшийся, 1. Заявляю, что я получил полную информацию о специфике страховой программы, указанной в Заявлении. 2. Понимаю, что специфика Договора страхования в полном объеме отражена в Правилах страхования, являющихся неотъемлемой частью Полиса. Информация, переданная устно, имеет силу только в том случае, если она подтверждена Правилами страхования. 3. Заявляю, что информация, содержащаяся в Заявлении и дополнительных документах, достоверно отражает текущую ситуацию образа жизни, состояния здоровья, финансового положения и т.д. в отношении Страхователя и / или Застрахованного. Настоящим я подтверждаю, что все вопросы настоящей Анкеты мне понятны, а данные мной ответы на указанные вопросы являются правдивыми и соответствуют имеющимся у меня сведениям. Я понимаю, что предоставление мною неполных и/или ложных сведений, равно как и отказ в предоставлении информации, является умышленным предоставлением заведомо ложной информации и может повлечь за собой признание Договора страхования недействительным, при этом Страховщик освобождается от обязательств по данному Полису, и все произошедшие события будут являться нестраховыми. 4. Принимаю условия о том, что страховая сумма или взнос могут быть изменены по результатам оценки риска Страховщиком по данному Заявлению. При этом я имею право отказаться от заключения Договора страхования, если предложенные новые условия не соответствуют моим потребностям. 5. Осведомлен о том, что если я не получу выпущенный Полис по данному Заявлению на страхование в течение 60 (шестидесяти) календарных дней, я должен обратиться к Страховщику любым доступным для меня способом. 6. Понимаю, что внесение первого страхового взноса не означает заключение Договора страхования. Договор страхования может быть заключен только после оценки Страховщиком рисков по данному Заявлению. 7. Знаю, что ответственность Страховщика по выплате страхового обеспечения начинается действовать с момента выпуска Полиса, но не ранее дня поступления первого страхового взноса на счет Страховщика или внесения первого страхового взноса наличными в кассу Страховщика. 8. Я также уполномочиваю любого врача, медицинское учреждение, страховую организацию, владеющих знаниями о моем здоровье, передавать всю указанную выше информацию ООО "СК "Ингосстрах-Жизнь" или его перестраховщикам. Я отказываюсь от претензий по поводу передачи вышеуказанной информации. 9. Настоящим даю согласие на удержание Компанией ООО "СК "Ингосстрах-Жизнь" при возврате страхового взноса стоимости предстрахового медицинского обследования по данному заявлению, проведенного за счет Страховщика, в случае, если договор страхования не будет заключен по инициативе Страхователя. 10 Я Страхователь/Застрахованный подтверждаю свое согласие на использование и обработку Страховщиком моих персональных данных, поданных мною в настоящем заявлении, согласно ст.3 №152-ФЗ "О персональных данных" от 27.07.2006, для осуществления страхования, в т.ч. в целях осуществления оценки страхового риска, перестрахования и урегулирования убытков по Договору, администрирования Договора, а также в целях информирования меня о других продуктах и услугах Страховщика, в статистических целях и в целях проведения анализа. Страховщик имеет право во исполнение своих обязательств по Договору передавать мои персональные данные партнерам Страховщика, правоохранительным органам, медицинским учреждениям и другим предприятиям и организациям, располагающим информацией об обстоятельствах страхового случая, и получить от указанных учреждений и партнеров Страховщика данные обо мне, в том числе сведения, составляющие медицинскую тайну. При этом врачи данных медицинских учреждений и партнеры Страховщика освобождаются от обязательств конфиденциальности перед Страховщиком в отношении моих персональных данных.										
Подписи сторон										
Страхователь _____ подпись Ф.И.О.					Застрахованный _____ подпись Ф.И.О.					
Представитель Страховщика _____ подпись Ф.И.О.					Доверенность № _____ от					
Дата					Город					

АНКЕТА О СОСТОЯНИИ ЗДОРОВЬЯ ЗАСТРАХОВАННОГО

Анкета о состоянии здоровья является неотъемлемым приложением к заявлению на страхование № _____ от "___" _____

Для Застрахованного:

Рост

Вес

Изменение веса за последние 12 месяцев (кг)

Причина изменения

□

см

□

кг

□

Плюс

□

Минус

При положительных ответах на вопросы медицинской анкеты необходимо указывать диагнозы, даты постановки, проводимое лечение и его результаты, осложнения, необходимость

1. Лечились ли Вы когда-либо по нижеследующим показаниям, либо имеются ли у Вас или имелись ли у Вас в прошлом следующие заболевания, состояния, расстройства, отклонения:

(а) нарушения зрения, слуха или носоглотки? (тугоухость, выраженная близорукость или дальнозоркость, глаукома, катаракта и т.д.)

"" да "" нет

(б) головокружения, обмороки, конвульсии, головные боли, нарушение речи, паралич, потеря сознания, эпилепсия, мозговые, психические или невротические нарушения?

"" да "" нет

(в) повышенное артериальное давление, заболевания кровеносных сосудов, нарушения кровообращения, инсульт и другие нарушения кровеносной системы?

"" да "" нет

(г) боли в груди, ощущение нехватки воздуха, сердцебиение, сердечные шумы, заболевания коронарных артерий, ревматическая лихорадка, сердечный приступ, инфаркт, сердечная недостаточность, ишемическая болезнь сердца, нарушения дыхания, врожденная патология сердца, патология клапанов или другие нарушения сердечно-сосудистой системы?

"" да "" нет

(д) одышка, постоянные хрипы или кашель, кровохаркание, бронхит, плеврит, астма, эмфизема, пневмония, туберкулез или другие хронические заболевания дыхательных путей?

"" да "" нет

(е) гепатит, панкреатит, желчнокаменная болезнь, холецистит и другие заболевания желчного пузыря, печени или поджелудочной железы?

"" да "" нет

(ж) гастрит, кишечные кровотечения, язва желудка или двенадцатиперстной кишки, грыжа, колит, аппендицит, хроническая или повторяющаяся диарея/отрыжка/икота/изжога, запоры, дивертикулит, геморроиды или другие нарушения системы пищеварения?

"" да "" нет

(з) сахар, альбумин, кровь или гной в моче, венерические заболевания, простатит, пиелонефрит, гломерулонефрит, мочекаменная болезнь, камни или другие нарушения почек, мочевого пузыря, простаты или репродуктивных органов?

"" да "" нет

(и) диабет, заболевания щитовидной железы или другие нарушения эндокринной системы?

"" да "" нет

(к) остеохондроз, неврит, люмбо-сакральный радикулит, ишиас, люмбоишиалгия, грыжи межпозвоночного диска, смещение дисков, мышечная дистрофия, ревматизм, артрит, подагра, деформация, хромота, ампутация или другие нарушения костно-мышечного аппарата, включая позвоночник, конечности, мышцы, кости, суставы, связки, сухожилия?

"" да "" нет

(л) болезни кожи, лимфатических узлов, опухоли или рак?

"" да "" нет

(м) анемия, аллергия, лейкопения, лимфогранулематоз, гемофилия, неходжкинские лимфомы и другие заболевания крови?

"" да "" нет

(н) имели ли Вы какие-либо заболевания, психические или физические нарушения, не названные выше?

"" да "" нет

2. Находитесь ли Вы в настоящее время под наблюдением врача на лечении, принимаете ли Вы какие-либо медикаменты регулярно, будь то по предписанию или без предписания врача (если да, то какие и в связи с чем)? Запланировано ли какое-либо лечение/операция/исследование в отношении Вас (какое, в связи с чем)? Планируете ли Вы обратиться к врачу по причине какого-либо заболевания/отклонения в ближайшее время?

"" да "" нет

3. Для женщин:

(а) беременны ли Вы? Если «да», то укажите срок _____ недель. Есть ли отклонения/осложнения в протекании беременности?

"" да "" нет

(б) есть ли у Вас в настоящее время или были заболевания женских органов (грудной железы, яичников, матки) или отклонения в протекании беременности и родов (кесарево сечение, выкидыши и т.д.)? Если «да», то укажите детально: когда и какой диагноз был Вам поставлен.

"" да "" нет

4. Ставился ли Вам диагноз заболевания, прямо или косвенно связанный с: гепатитом, ВИЧ-инфекцией, СПИДом или любым другим аналогичным синдромом?

"" да "" нет

5. Были ли у Вас отказы в приеме крови как донора?

"" да "" нет

6. Кроме того, укажите в течение последних пяти лет:

(а) проходили ли Вы медицинское обследование, получали ли Вы консультацию или имели ли Вы травмы, болезни, операции, периоды нетрудоспособности свыше 10 дней?

"" да "" нет

(б) находились ли Вы в больнице, клинике, санатории или другом медицинском учреждении, или советовали ли Вам обследоваться, лечь в больницу или сделать операцию, однако Вы не следовали этому совету?

"" да "" нет

(в) проводили ли Вам переливание крови?

"" да "" нет

(г) делали ли Вам электрокардиограмму, рентген, УЗИ, компьютерную или ядерно-магнитную томографию, эндоскопию, биопсию, цитологическое и другие исследования, проводились ли Вам курсы лучевой терапии (укажите, пожалуйста, по какой причине, когда, какие результаты)? Назначены ли Вам повторные/регулярные исследования, если да, то когда очередное?

"" да "" нет

7. Курите ли Вы? Если Вы ответили положительно, укажите количество сигарет в день _____

"" да "" нет

8. Употребляете ли Вы алкоголь? Если Вы ответили положительно, укажите примерное количество и вид алкоголя употребляемого в месяц _____

"" да "" нет

9. Принимаете (принимали) ли лекарственные препараты, которые не прописывал врач, употребляете (употребляли) ли Вы наркотики, токсические вещества с целью наркотического и токсического опьянения, страдаете (страдали) ли алкоголизмом, состоите (состояли) ли по любой из указанных причин на диспансерном учете?

"" да "" нет

10. Имели ли Ваши родители, братья или сестры когда-нибудь: диабет, сердечно-сосудистые заболевания, высокое кровяное давление, почечную недостаточность, рак или психические заболевания?

"" да "" нет

Пожалуйста, предоставьте название и адрес клиники, в которой Вы обычно наблюдаетесь, ФИО и адрес врача. Если Вы наблюдаетесь у этого врача менее 12 месяцев, пожалуйста, предоставьте аналогичные данные по Вашему предыдущему врачу. Если у Вас есть полис ДМС, укажите адрес поликлиники, где Вы обслуживаетесь:

Уточняющая информация

№ вопроса	Ответы Застрахованного	№ вопроса	Ответы Страхователя

Подписи сторон

Страхователь

_____/_____
подписьФ.И.О.

Застрахованный

_____/_____
подписьФ.И.О.

Представитель Страховщика

_____/_____
подписьФ.И.О.

Доверенность № _____ от

□□

□□

□□□□

Дата

□□

□□

□□□□

Город

179

ЗАЯВЛЕНИЕ НА СТРАХОВАНИЕ ОТ НЕСЧАСТНЫХ СЛУЧАЕВ И БОЛЕЗНЕЙ

1. Страховщик

ООО "СК "Ингосстрах-Жизнь"

ИНН 7702501628, КПП 775001001
Юридический адрес: 125171, г. Москва, Ленинградское шоссе, д.16, стр.9
Лицензия ЦБ РФ СЛ №3823 на осуществление страхования от 01.10.2015г.
Р/счет 40701810200010000030 в Банке СОЮЗ (АО) г.Москва
ИНН (банка) 7714056040
Корр.счет 30101810845250000148
БИК 044525148
ОГРН 1037739872939

2. Страхователь

Полное название юридического лица, ИНН _____
Юридический адрес _____
Основной вид деятельности _____
Телефон _____ Факс: _____
Банковские реквизиты _____ БИК _____

**Фамилия, имя, отчество лица, подписывающего договор страхования,
на основании какого документа это лицо действует:**

Контактное лицо в компании, занимающееся вопросами страхования, должность:

телефон:

3. Застрахованные: _____ человек

Список застрахованных с указанием страховых сумм по каждому риску прилагается на _____ листах

4. Время действия договора страхования: _____

5. Территория действия договора страхования: весь мир, исключая зоны военных конфликтов

6. Период действия договора страхования:

Дата начала действия договора страхования: 00 часов 00 минут
Дата окончания действия договора страхования: 24 часа 00 минут

число	месяц	год
число	месяц	год

7. Срок страхования _____

8. Данное Заявление действительно в течение трех месяцев с даты его заполнения

9. Примечания _____

С условиями страхования ознакомлен и согласен

Подпись представителя Страхователя

_____ должность _____ подпись _____ фамилия, и.о.
Дата заполнения Заявления _____
" _____ " _____ 20 _____ г.
Место печати _____

**ПЕРЕЧЕНЬ ДОКУМЕНТОВ
ДЛЯ ФИНАНСОВОГО АНДЕРРАЙТИНГА**

1. Подтверждение доходов по форме 2НДФЛ за 3 года (или сведения об объемах собственного бизнеса (ЗНДФЛ) или справка о подтверждении доходов из бухгалтерии за 3 года).
2. Копия паспорта (первая страница и страница с регистрацией).
3. Копия кредитного договора или решение кредитного комитета банка о предоставлении кредита, включая срок и размер кредита.
4. Копия справки о задолженности по кредиту из банка.
5. Балансовый отчет компании (за последние 3 года).
6. Годовой отчет компании (за последние 3 года).
7. Финансовая информация о компании при страховании ключевой фигуры (год основания, количество сотрудников, участие в других предприятиях (если таковые имеются), незаконченные судебные разбирательства и случаи банкротства (если таковые имеются)).
8. Финансовая информация при страховании жизни партнеров (распределение долей партнеров, инвестированный капитал, прибыль компании за последние 3 года).

ПЕРЕЧЕНЬ ДОКУМЕНТОВ ДЛЯ МЕДИЦИНСКОГО АНДЕРРАЙТИНГА

1. Заключение врача-терапевта (заверенное подписью врача и печатью мед.учреждения).
2. Заполненная форма № 125/у-ПЗ («Паспорт здоровья»), утвержденная приказом Минздрава России от 18.06.2013 № 382н (заверенная подписью врача и печатью мед.учреждения).
3. Анализ мочи (химический и микроскопический, заверенный подписью лаборанта и печатью мед.учреждения).
4. Анализ крови на СПИД (заверенный подписью лаборанта и печатью мед.учреждения).
5. ЭКГ в покое с расшифровкой (заверенная подписью врача и печатью мед.учреждения).
6. Полный клинический анализ крови (заверенный подписью лаборанта и печатью мед.учреждения).
7. Биохимический анализ крови (заверенный подписью лаборанта и печатью мед.учреждения).
8. ЭКГ с прекардиальными отклонениями в покое и с нагрузкой (заверенная подписью врача и печатью мед.учреждения).
9. Рентгенологическое обследование органов грудной полости (заверенное подписью врача и печатью мед.учреждения).
10. Выписка из амбулаторной карты (заверенная подписью врача и печатью мед.учреждения).
11. Выписной эпикриз по операции (заверенный подписью врача и печатью мед.учреждения).
12. Заключение врачей-специалистов на настоящее время (заверенное подписью врача и печатью мед.учреждения).
13. Результаты лабораторных исследований (заверенные подписью лаборанта и печатью мед.учреждения).
14. Заявление в свободной форме с описанием произошедшего страхового случая: обстоятельства, диагноз, лечение, состояние в настоящее время (в случае, если в течение предыдущих периодов страхования или действия предыдущих договоров страхования Застрахованный уведомил о событии, обладающем признаками страхового).

Согласие на обработку Страховщиком и партнерами Страховщика персональных данных Страхователя, Застрахованного, Выгодоприобретателя для осуществления страхования от несчастных случаев и болезней, страхования жизни и пенсионного страхования по всем договорам, заключенным с ООО «СК «Ингосстрах-Жизнь»

Я, _____, даю свое согласие ООО «СК «Ингосстрах-Жизнь» расположенному по адресу: г. Москва, Ленинградское шоссе, д. 16, стр. 9 на обработку моих персональных данных (фамилию, имя, отчество, дату рождения, адрес проживания, телефон, электронная почта, ИНН/его аналог, данные о состоянии здоровья, заболеваниях и случаях обращения в медицинские учреждения) включая сбор, запись, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), извлечение, использование, блокирование, удаление, уничтожение, передачу (предоставление, доступ) моих персональных данных третьим лицам (Перечень третьих лиц Страховщика указанным на сайте Страховщика www.lifeingos.ru), трансграничную передачу персональных данных, а также осуществление любых иных действий с моими персональными данными с учетом действующего законодательства. Указанные действия могут производиться Страховщиком с использованием средств автоматизации (автоматизированная обработка) и без использования таких средств (неавтоматизированная обработка). Целями предоставления мною персональных данных является заключение договора страхования.

Подтверждаю свое согласие на передачу моих Персональных данных, правоохранительным органам, медицинским учреждениям и другим предприятиям и организациям, располагающим информацией об обстоятельствах страхового случая, а также на получение от указанных учреждений Страховщиком моих персональных данных (в т.ч. сведений, составляющих медицинскую тайну), поданных мной в договоре страхования, согласно ст. 3 Федерального закона от 27.07.2006 №152-ФЗ «О персональных данных», для осуществления страхования, в т.ч. в целях осуществления оценки страхового риска, перестрахования и урегулирования убытков по договору страхования, администрирования Договора страхования.

Подтверждаю свое согласие на обновление информации с использованием Страховщиком единой системы идентификации и аутентификации физических лиц.

Подтверждаю свое согласие на использование номера мобильного телефона, адреса электронной почты и/или мобильного приложения, личного кабинета для направления Страховщиком запросов, в соответствии законодательством Российской Федерации, юридически значимых сообщений, поздравления с официальными праздниками, в целях информирования меня о других продуктах и услугах, маркетинговых исследованиях Страховщика.

Подтверждаю, что предоставленная информация в отношении меня и Выгодоприобретателя, включая финансовую информацию по заключенному договору страхования, являющегося налоговым резидентом иностранного государства (территории), может быть передана ООО «СК «Ингосстрах-Жизнь» в федеральный исполнительный орган, уполномоченный по контролю и надзору в области налогов и сборов в целях и они могут обмениваться ей с иностранным налоговым органом в соответствии с условиями межгосударственного соглашения по обмену информацией о финансовых счетах.

Подтверждаю свое согласие на использование моих персональных данных для статистических целей и в целях проведения анализа.

Передача моих персональных данных иным лицам или иное их разглашение могут осуществляться только с моего письменного согласия.

Я уведомлен, что перечень юридических лиц, которым Страховщик вправе передавать мои персональные данные, может быть изменен. Актуальный перечень юридических лиц, работающих по поручению Страховщика с моими персональными данными, расположен по адресу: www.lifeingos.ru.

Настоящее согласие дано в момент его подписания и действует в течение 15 лет с даты прекращения договора страхования.

Разрешаю любому медицинскому работнику или учреждению, имеющему информацию о моей истории болезни или истории болезни Застрахованного, физическом и психическом состоянии здоровья, предоставлять ее в случае необходимости ООО «СК «Ингосстрах-Жизнь», в т.ч. информацию и документацию, составляющую врачебную тайну. При этом работники данных медицинских учреждений и партнеры Страховщика освобождаются от обязательств конфиденциальности перед Страховщиком в отношении моих персональных данных. Настоящее согласие дано в момент его подписания и действует в течение 15 лет с даты прекращения договора страхования.

Я, уведомлен, что вправе отозвать свое согласие посредством составления соответствующего документа, который должен быть направлен в адрес Страховщика заказным письмом с уведомлением о вручении либо вручен лично под расписку представителю Страховщика.

Я уведомлен о том, что, Страховщик вправе продолжить обработку моих персональных данных без моего согласия в случаях, предусмотренных действующим законодательством.

Я, Застрахованный (его законный представитель), подтверждаю свое согласие с назначением Выгодоприобретателя (-ей) на случай смерти Застрахованного по Договору страхования.

СТРАХОВАТЕЛЬ / ЗАСТРАХОВАННЫЙ / ВЫГОДОПРИБОРЕТАТЕЛЬ (нужное подчеркнуть)

(ФИО полностью)
Паспорт _____ выданный _____
Адрес проживания (индекс обязателен) _____

Дата рождения ____/____/____ г., телефон _____

(подпись)

Дополнительное согласие на обработку Страховщиком и партнерами Страховщика персональных данных Страхователя, Застрахованного, Выгодоприобретателя для осуществления страхования от несчастных случаев и болезней, страхования жизни, добровольного медицинского и пенсионного страхования по всем договорам, заключенным с ООО «СК «Ингосстрах-Жизнь» (далее по тексту Согласие).

Я, _____
(Фамилия, имя, отчество)

Дата рождения: « _____ » 20 _____ г.

Пол: мужской ☐ женский ☐

Гражданство: _____

Документ, удостоверяющий личность: Серия _____ № _____
Выдан _____
_____ дата _____ к/п _____

даю свое согласие ООО «СК «Ингосстрах-Жизнь» расположенному по адресу: 125171, г. Москва, Ленинградское шоссе, д. 16, стр. 9 (далее – Страховщик) и иным указанным в настоящем Согласии лицам на обработку моих персональных данных (в т.ч. разрешенных для распространения), на условиях, изложенных в настоящем Согласии, и гарантирую наличие аналогичных согласий иных лиц, персональные данные которых могут быть сообщены Страховщику в связи с Договором страхования): персональные данные, указанные в Договоре страхования и сообщенные дополнительно в связи с Договором страхования, а также полученные Страховщиком, его партнёрами при обновлении или дополнении персональных данных (в том числе фамилия, имя, отчество; дата и место рождения; гражданство; адрес; номер телефона, адрес электронной почты и иные контактные данные; пол; семейное, социальное, имущественное положение; сведения о наличии детей и иных лиц на иждивении; страна налогового резидентства; сведения об образовании, профессии, роде занятий, доходах, сбережениях и расходах; данные документа, удостоверяющего личность; данные документов, подтверждающих право иностранного гражданина или лица без гражданства на пребывание в Российской Федерации; данные миграционной карты, визы; идентификационный номер налогоплательщика; реквизиты банковского счета; данные договора банковского счета; сведения о банковских операциях; страховой номер индивидуального лицевого счета; данные полисов добровольного и обязательного медицинского страхования; сведения о состоянии здоровья, полученные от медицинских работников, медицинских экспертов и медицинских организаций; иные сведения).

Под обработкой персональных данных понимают: сбор, запись, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), извлечение, использование, обезличивание, блокирование, удаление, уничтожение, передачу (предоставление, доступ).

Обязуюсь по требованию Страховщика в течение 1 (Одного) рабочего дня предоставить Страховщику вышеуказанные согласия на обработку персональных данных в виде отдельных документов, составленных и оформленных в соответствии с законодательством Российской Федерации, способом, соответствующим требованиям законодательства Российской Федерации.

Указанные действия могут производиться Страховщиком с использованием средств автоматизации (автоматизированная обработка) и без использования таких средств (неавтоматизированная обработка). Целями предоставления мною персональных данных является заключение и исполнение договора страхования, а также: формирование рекламных предложений услуг Страховщика и его аффилированных лиц; продвижение услуг Страховщика и его аффилированных лиц на рынке путем осуществления прямых контактов с потенциальным потребителем с помощью средств связи; определение размера убытков или ущерба; тестирование программного обеспечения; кредитный скоринг; направление рассылок в целях повышения уровня клиентоориентированности и лояльности (включая проведение исследований (опросов) в области сервисных услуг и их качества, предоставляемых Страховщиком и его аффилированными лицами), а также информации об условиях продления договоров со Страховщиком и его аффилированными лицами; статистика; продление Договора страхования; проведение анализа и оценки страховых рисков; обновление или дополнение персональных данных любыми сведениями из любых источников; совершенствование процесса оказания услуг Страховщиком и его аффилированными лицами.

Подтверждаю свое согласие на получение рекламы услуг Страховщика и его аффилированных лиц (включая указанных выше в настоящем пункте), в т.ч. по сетям электросвязи и посредством использования телефонной связи, а также согласие на трансграничную передачу персональных данных.

Подтверждаю свое согласие на передачу моих персональных данных, правоохранительным органам, медицинским учреждениям и другим предприятиям и организациям, располагающим информацией об обстоятельствах страхового случая, а также на получение от указанных учреждений Страховщиком моих персональных данных (в т.ч. сведений, составляющих медицинскую тайну), поданных мной в настоящем Договоре, согласно ст. 3 Федерального закона от 27.07.2006 № 152-ФЗ «О персональных данных», для осуществления страхования, в т.ч. в целях осуществления оценки страхового риска, перестрахования и урегулирования убытков по Договору, администрирования Договора.

Страховщик вправе передавать вышеуказанные персональные данные своим аффилированным лицам (в т.ч. СПАО «Ингосстрах» (115035, г. Москва, ул. Пятницкая, д. 12, стр. 2), ООО «СК «Ингосстрах-М» (117997, г. Москва, ул. Пятницкая, д. 12, стр. 2), АО УК «Ингосстрах- Инвестиции» (115035, г. Москва, ул. Пятницкая, д. 12, стр. 2), АО «НПФ «Социум» (119017, г. Москва, Голиковский пер., д. 7), ООО «Клиника ЛМС» (119146, г. Москва, Комсомольский пр-т, д. 28, эт. 1, 3 пом. III, VI), Банк СОЮЗ (АО) (127030, г. Москва, ул. Суховская, д. 27, стр. 1), АО «НПФ «Ингосстрах-Пенсия» (119017, г. Москва, Голиковский пер., д. 7), АО «ФРЕЙТ ЛИНК» (123308, г. Москва, пр-т Маршала Жукова, д. 4)), медицинским и иным учреждениям в рамках добровольного медицинского страхования, а

также компаниям, оказывающим Страховщику и аффилированным лицам Страховщика маркетинговые услуги (в т.ч. услуги рекламодателя), ИТ-услуги, иные услуги (перечень третьих лиц Страховщика указан на сайте Страховщика www.lifeingos.ru). Такая передача может быть осуществлена в т.ч. посредством электронной почты, API или на материальных носителях (бумажных или электронных).

Я уведомлен, что перечень юридических лиц, которым Страховщик вправе передавать мои персональные данные, может быть изменен.

Я уведомлен, что актуальный перечень юридических лиц, работающих по поручению Страховщика с моими персональными данными, расположен по адресу: www.lifeingos.ru.

Настоящее согласие дано в момент подписания Договора и действует 15 (Пятнадцать) лет с даты прекращения Договора.

Разрешаю любому медицинскому работнику или учреждению, имеющему информацию о моей истории болезни или истории болезни Застрахованного, физическом и психическом состоянии здоровья, предоставлять ее в случае необходимости ООО «СК «Ингосстрах-Жизнь», в т.ч. информацию и документацию, составляющую врачебную тайну. При этом работники данных медицинских учреждений и партнеры Страховщика освобождаются от обязательств конфиденциальности перед Страховщиком в отношении моих персональных данных. Настоящее согласие дано в момент подписания Договора страхования и действует 15 (Пятнадцать) лет с даты прекращения Договора.

Вышеуказанные согласия могут быть отозваны полностью или частично Страхователем и иными субъектами персональных данных посредством передачи Страховщику соответствующих заявлений. Такие заявления могут быть переданы как на бумажном носителе за собственноручной подписью заявителя, так и посредством электронной почты (с указанием сведений, обязательных для включения в запрос на получение информации, касающейся обработки персональных данных), мобильного приложения Страховщика, личного кабинета на официальном сайте Страховщика. В случае подписания заявления представителем к заявлению должен быть приложен документ, подтверждающий соответствующие полномочия представителя (его сканированный образ).

Я, Застрахованный (его законный представитель), подтверждаю свое согласие с назначением Выгодоприобретателя(-ей) на случай смерти Застрахованного по Договору.

СТРАХОВАТЕЛЬ / ЗАСТРАХОВАННЫЙ / ВЫГОДОПРИБРЕТАТЕЛЬ (нужное подчеркнуть)	
<i>(ФИО полностью)</i>	
<i>(подпись)</i>	<i>(дата)</i>

В ООО «Страховая компания «Ингосстрах-Жизнь»
от Страхователя

_____ (ФИО)

по Заявлению / Полису № _____

Паспортные данные:

Серия _____ номер _____

Паспорт выдан _____

Дата выдачи _____

ЗАЯВЛЕНИЕ

Я, _____,

(ФИО)

*готов предоставить в ООО «СК «Ингосстрах-Жизнь» любую информацию, требуемую для проведения
оценки риска по заявлению*

№ _____

Подпись Страхователя _____ (_____) Дата __. __. 20__ г.

Подпись представителя Страховщика _____ (_____) Дата __. __. 20__ г.

Форма распоряжения о назначении выгодоприобретателя

Кому: ООО «СК «Ингосстрах-Жизнь»
Тел. (495) 921-32-23
Факс (495) 725-73-40

От: _____
[Ф.И.О. Застрахованного лица полностью]

Дата рождения: _____
[дата рождения Застрахованного лица]

Дата заполнения: «___» _____ 20__ года

Кас: Договора страхования от несчастных случаев и болезней № _____ от __.__.20__ г.

Распоряжение о назначении выгодоприобретателя

Я являюсь Застрахованным лицом согласно Договору между ООО «СК «Ингосстрах-Жизнь» (далее «Страховщик») и _____ (далее «Страхователь»). Все используемые в данном Распоряжении термины имеют то же значение, что и в Договоре.

Я назначаю следующее(ие) лицо(а) в качестве выгодоприобретателя(ей) и прошу Страховщика произвести страховую выплату только данному(ым) лицу(ам) в случае моей смерти [далее указать Ф.И.О. выгодоприобретателя, дату его/ее рождения, степень родства, место жительства и контактный тел., полные паспортные данные. Если назначается несколько выгодоприобретателей, то указать долю каждого выгодоприобретателя в процентах от общей суммы страховой выплаты (сумма всех долей не может превышать 100%)]:

Ф.И.О.	Доля	Дата рождения	Степень родства	Место жительства, телефон	Паспорт (серия, номер, кем, когда выдан)
_____				_____	_____
_____				_____	_____
_____				_____	_____
_____				_____	_____
_____				_____	_____
_____				_____	_____
_____				_____	_____
_____				_____	_____
_____				_____	_____

Подписывая настоящее Распоряжение, Застрахованный тем самым подтверждает Страховщику, что Застрахованный получил согласие от Выгодоприобретателей, указанных в настоящем Распоряжении, на использование Страховщиком их персональных данных для целей осуществления Договора: фамилию, имя, отчество, дату рождения, паспортные данные, адрес места жительства, в том числе согласие на обработку Страховщиком их персональных данных, указанных в настоящем Распоряжении, включая распространение, использование, обезличивание и трансграничную передачу. Согласие получено на весь срок действия Договора страхования и может быть отозвано Застрахованным или Выгодоприобретателем в любой момент путем направления письменного уведомления в адрес.

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

_____ Ф.И.О. Застрахованного лица

_____ Подпись Застрахованного лица

Собственноручную подпись распорядителя удостоверяю (заполняется в отделе кадров Страхователя).

дата заверения
(соответствует дате заполнения)

МП _____
(подпись, Ф.И.О., должность)

ООО «Страховая компания «Ингосстрах-Жизнь»

от Страхователя _____
(ФИО)

по Заявлению/Полису _____

Паспортные данные:

Серия _____ номер _____

Паспорт выдан _____

Дата выдачи _____

ЗАЯВЛЕНИЕ

Прошу назначить Выгодоприобретателями по Заявлению на страхование № _____ от _____ 20__ г.
следующих лиц:

Ф.И.О./Название организации	Доля	Дата рождения	Степень родства	Место жительства, телефон/Адрес организации, телефон	Паспорт (серия, номер, кем, когда выдан)/ ИНН организации

В связи с тем, что _____.

Подпись Страхователя _____

Подпись Застрахованного _____

Дата _____ 20__ г.

ДОПОЛНИТЕЛЬНЫЙ ВОПРОСНИК

к Заявлению № _____ от _____.20__ г.

Заполняется Страхователем или Застрахованным в отношении Застрахованного

	ВОПРОСЫ	ОТВЕТЫ
1	Фамилия, имя, отчество	
	Дата и место рождения	
	Место работы (наименование и адрес предприятия)	
	Должность, описание служебных обязанностей, стаж работы	
2	Помимо занимаемой должности, имеется ли у Вас дополнительная работа, на которой существует риск возникновения несчастных случаев (например, исследования и т.п.)? Дайте подробное описание, укажите приблизительное время занятости на такой работе	
3	Какими видами спорта Вы занимаетесь? (горные лыжи, прыжки на лыжах с трамплина, бобслей, бобслей-рейсинг, альпинизм, ныряние под воду (с каким оборудованием), бокс, рестлинг, дзюдо, верховая езда, спортивная гимнастика, прыжки в воду, легкая и тяжелая атлетика и т.д.); командные виды спорта (футбол, хоккей, авторалли и т.д.); мотоспорт, полеты на летательных аппаратах (прыжки с парашютом, дельтапланеризм и т.д.)	
	По каждому виду спорта укажите:	
	Как часто Вы им занимаетесь (иногда, регулярно и т.д.)	
	Участвуете ли Вы в соревнованиях, гонках, ралли, др. подобных соревнованиях и т.д.; в каких размерах	
	Профессионально или на любительской основе	
4	Имеете ли Вы или используете с определенной регулярностью открытые или закрытые спортивные машины, гоночные автомобили, тяжелые или легкие мотоциклы, моторные лодки, парусные лодки, летательные аппараты с двигателем или без, частные самолеты? По каждому случаю дайте подробное описание	
5	Имеете ли Вы на регулярной основе занятия или увлечения, в которых существует риск возникновения несчастного случая (например, плотничные работы, работы с использованием электроинструментов)?	

Своей подписью Страхователь/Застрахованный подтверждает, что все сообщенные в настоящем заявлении сведения являются полными и достоверными. Страхователь/Застрахованный согласен с тем, что настоящий дополнительный вопросник совместно с любой другой предоставленной информацией составляет неотъемлемую часть договора страхования. Страхователь/Застрахованный информирован о том, что он несет ответственность за достоверность и полноту сообщаемых им сведений и в случае сообщения заведомо ложных сведений об обстоятельствах, имеющих существенное значение для суждения о степени риска, Страховщик вправе потребовать признания договора недействительным в отношении данного Застрахованного в соответствии с положениями ст.944 ГК РФ.

/ /	_____	/ /	_____
	Ф.И.О.		Ф.И.О.
Дата	Подпись Страхователя/Застрахованного	Дата	Подпись Представителя Страховщика

6	Что еще может иметь значение при оценке возникновения риска несчастного случая (<i>например, участие в экспедициях, экстремальный туризм, исследование пещер, операции по спасению</i>)?	
7	Имеется ли у Вас нарушение зрения? Если есть, то на сколько диоптрий?	
8	Имеется ли у Вас нарушение слуха?	
9	Были ли у Вас, имеются ли в настоящее время заболевания внутренних органов или позвоночника, наличие сахара в моче, инсульты, параличи, эпилепсия, гемофилия, нервные или психические нарушения или другие тяжелые болезни, инвалидность или какие-либо последствия несчастных случаев?	
10	Существуют ли договоры (<i>полисы</i>) страхования жизни, страхования от несчастных случаев (<i>и болезней</i>), по которым Вы являетесь застрахованным (<i>включая групповое страхование или страхование, в котором другие лица выплачивают страховые премии</i>)?	
	Если «Да», то ответьте, пожалуйста, на следующие вопросы:	
	В каких страховых компаниях Вы имеете полисы?	
	Каков размер страховых сумм по полисам (<i>укажите по каждому из рисков: смерть, инвалидность, травма</i>)?	
	Когда страховая защита вступила в силу?	
	Если Вы имеете полисы страхования жизни, то имеется ли по ним удвоение страховых сумм в случае смерти от несчастного случая?	
	Имеете ли Вы заявления на страхование жизни на рассмотрении?	
	Имеете ли Вы заявления/полисы, в которых Вам было отказано, или которые были прекращены, с какими компаниями и по каким причинам?	
11	Получали ли Вы когда-либо выплаты по несчастным случаям (какие, когда и в какой страховой компании)?	
12	Планируете ли Вы заключать новые договоры (<i>полисы</i>) страхования жизни и от несчастных случаев (<i>и болезней</i>)?	
13	Намереваетесь ли Вы совершать поездки за рубеж? Если «Да», укажите страну и цель пребывания.	

Своей подписью Страхователь/Застрахованный подтверждает, что все сообщенные в настоящем заявлении сведения являются полными и достоверными. Страхователь/Застрахованный согласен с тем, что настоящий дополнительный вопросник совместно с любой другой предоставленной информацией составляет неотъемлемую часть договора страхования. Страхователь/Застрахованный информирован о том, что он несет ответственность за достоверность и полноту сообщаемых им сведений и в случае сообщения заведомо ложных сведений об обстоятельствах, имеющих существенное значение для суждения о степени риска, Страховщик вправе потребовать признания договора недействительным в отношении данного Застрахованного в соответствии с положениями ст.944 ГК РФ.

/ /	_____	/ /	_____
Дата	Ф.И.О. Страхователя/Застрахованного	Дата	Ф.И.О. Представителя Страховщика
	Подпись		Подпись

ФИНАНСОВАЯ АНКЕТА (БИЗНЕС ПОКРЫТИЕ)

к Заявлению № _____ от _____ 20__ г.

Заполняется Страхователем или Застрахованным в отношении Застрахованного

Фамилия, имя, отчество		
Дата и место рождения		
Место работы (наименование и адрес предприятия)		
Должность, стаж работ		
Прежнее место работы, должность, описание служебных обязанностей, стаж работы		
1.	В связи с чем Вы обратились за страховой защитой (например, защита семьи; страхование жизни заемщика кредита; страхование жизни заемщика кредита для бизнес целей; страхование жизни ключевой фигуры; страхование жизни партнеров; страхование жизни акционеров и пр.)?	
2.	Обращались ли Вы за аналогичной страховой защитой в другие страховые компании? Если да, укажите результат вашего обращения	
3.	Если в данный момент у страхуемого лица есть действующая страховая защита, каков ее размер? Укажите также, для каких целей предназначена данная страховая защита.	
4.	Сколько времени существует компания?	
5.	Укажите название компании и род ее деятельности?	
6.	Какой годовой оборот компании, прибыль за последние три года (Пожалуйста, предоставьте, если есть, аудиторское заключение).	
7.	Если Вам необходимо страхование, покрывающее сумму кредита, приложите, пожалуйста, копию кредитного договора и укажите:	
	цель кредита	
	сумму кредита	
	срок предоставления кредита и условия его выплаты	
	название кредитной организации	

Своей подписью Страхователь/Застрахованный подтверждает, что все сообщенные в настоящем заявлении сведения являются полными и достоверными. Страхователь/Застрахованный согласен с тем, что настоящий дополнительный вопросник совместно с любой другой предоставленной информацией составляет неотъемлемую часть договора страхования. Страхователь/Застрахованный информирован о том, что он несет ответственность за достоверность и полноту сообщаемых им сведений и в случае сообщения заведомо ложных сведений об обстоятельствах, имеющих существенное значение для суждения о степени риска, Страховщик вправе потребовать признания договора недействительным в отношении данного Застрахованного в соответствии с положениями ст.944 ГК РФ.

/ / _____	/ / _____	/ / _____	/ / _____	/ / _____
Дата	Ф.И.О. Страхователя/Застрахованного	Подпись	Дата	Ф.И.О. Представителя Страховщика
				Подпись

8.	Имеются ли у Вас непогашенные кредиты, помимо указанного в п.7, по состоянию на дату, начиная с которой Вам требуется страховая защита ООО «СК «Ингосстрах-Жизнь»? Если «Да», то укажите суммы таких непогашенных кредитов	
9.	<i>Пожалуйста, предоставьте следующую информацию, если требуется страхование «ключевой фигуры»:</i>	
	а) почему человек, нуждающийся в покрытии, рассматривается как «ключевая фигура»	
	б) укажите основу, по которой рассчитывали страховую сумму	
	в) является ли «ключевая фигура» держателем акций компании. Если «Да», то сколько процентов акций ему принадлежит?	
	г) как долго «ключевая фигура» работает в компании	
	д) есть ли письменное решение членов правления данного предприятия на данный вид страхового покрытия этого человека	
	е) собирается ли данная компания заключить подобные договора страхования на других членов руководства или уже заключила	
	ж) причина выбора такого вида и срока покрытия	
10.	<i>Пожалуйста, укажите следующую информацию, если необходимо страхование жизни пайщика или товарища:</i>	
	а) каким процентом акций компании / товарищества владеет человек подавший заявление на страхование	
	б) какая ответственность возникает в случае смерти страхователя. Если существует договор «купли-продажи», пожалуйста, предъявите копию	
	в) какие существуют отношения между страхователем и подавшим заявление на страхование	
	г) какие средства вложены в предприятие (бизнес). Пожалуйста, предоставьте основу расчетов при оценке предприятия (бизнеса)	
	д) проводится ли страхование жизни других держателей акций компании / партнеров	

Своей подписью Страхователь/Застрахованный подтверждает, что все сообщенные в настоящем заявлении сведения являются полными и достоверными. Страхователь/Застрахованный согласен с тем, что настоящий дополнительный вопросник совместно с любой другой предоставленной информацией составляет неотъемлемую часть договора страхования. Страхователь/Застрахованный информирован о том, что он несет ответственность за достоверность и полноту сообщаемых им сведений и в случае сообщения заведомо ложных сведений об обстоятельствах, имеющих существенное значение для суждения о степени риска, Страховщик вправе потребовать признания договора недействительным в отношении данного Застрахованного в соответствии с положениями ст.944 ГК РФ.

/ /	_____	/ /	_____
Дата	Ф.И.О. Страхователя/Застрахованного	Дата	Ф.И.О. Представителя Страховщика
	Подпись		Подпись

ФИНАНСОВАЯ АНКЕТА ЗАСТРАХОВАННОГО

к Заявлению № _____ от _____ 20__ г.

Заполняется Страхователем или Застрахованным в отношении Застрахованного

Фамилия, имя, отчество							
Дата и место рождения							
Место работы (<i>наименование и адрес предприятия</i>)							
Должность, стаж работ							
Прежнее место работы, должность, описание служебных обязанностей, стаж работы							
1.	В связи с чем Вы обратились за страховой защитой (<i>например, защита семьи; страхование жизни заемщика кредита; страхование жизни заемщика кредита для бизнес целей; страхование жизни ключевой фигуры; страхование жизни партнеров; страхование жизни акционеров и пр.</i>)?						
2.	Обращались ли Вы за аналогичной страховой защитой в другие страховые компании? Если «Да», укажите результат вашего обращения.						
3.	Имеется ли в данный момент у Вас действующая страховая защита? Если да, то каков ее размер? Укажите также, для каких целей предназначена данная страховая защита.						
4.	<i>Если Вам необходимо страхование, покрывающее сумму кредита, приложите, пожалуйста, копию кредитного договора и укажите:</i> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 40%; padding: 5px;">цель кредита</td> <td></td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;">Сумму кредита</td> <td></td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;">Срок предоставления кредита и условия его выплаты</td> <td></td> </tr> </table>	цель кредита		Сумму кредита		Срок предоставления кредита и условия его выплаты	
цель кредита							
Сумму кредита							
Срок предоставления кредита и условия его выплаты							

	Название кредитной организации	
5.	Имеются ли у Вас непогашенные кредиты, помимо указанного в п.4, по состоянию на дату, начиная с которой Вам требуется страховая защита ООО «СК «Ингосстрах-Жизнь»? Если да, то укажите суммы таких непогашенных кредитов	
6.	<i>Укажите, пожалуйста, источники и размер имеющегося у Вас дохода (по каждому источнику размер дохода указывается отдельно):</i>	
	Собственная профессиональная деятельность (размер ежемесячной заработной платы после уплаты налогов и др. вычетов):	
	Другие источники, если таковые имеются, укажите источник и размер регулярного ежемесячного дохода (арендная плата за сдачу жилья, пенсия, стипендия, алименты, работа по контракту, собственный бизнес и пр.):	
	Инвестиции:	

Своей подписью Страхователь/Застрахованный подтверждает, что все сообщенные в настоящем заявлении сведения являются полными и достоверными. Страхователь/Застрахованный согласен с тем, что настоящий дополнительный вопросник совместно с любой другой предоставленной информацией составляет неотъемлемую часть договора страхования. Страхователь/Застрахованный информирован о том, что он несет ответственность за достоверность и полноту сообщаемых им сведений и в случае сообщения заведомо ложных сведений об обстоятельствах, имеющих существенное значение для суждения о степени риска, Страховщик вправе потребовать признания договора недействительным в отношении данного Застрахованного в соответствии с положениями ст.944 ГК РФ.

/ / _____	/ / _____
Ф.И.О.	Ф.И.О.
Подпись	Подпись
Дата	Дата
Страхователя/Застрахованного	Представителя Страховщика

ФИНАНСОВАЯ АНКЕТА ЗАСТРАХОВАННОГО (ИНДИВИДУАЛЬНОГО ПРЕДПРИНИМАТЕЛЯ)

к Заявлению № _____ от _____ 20__ г.

Заполняется Страхователем или Застрахованным в отношении Застрахованного

Фамилия, имя, отчество			
Дата и место рождения			
Место работы (наименование и адрес предприятия)			
Должность, описание служебных обязанностей, стаж работы			
1.	В связи с чем Вы обратились за страховой защитой (например, защита семьи; страхование жизни заемщика кредита; страхование жизни заемщика кредита для бизнес целей; страхование жизни ключевой фигуры; страхование жизни партнеров; страхование жизни акционеров и пр.)?		
2.	Обращались ли Вы за аналогичной страховой защитой в другие страховые компании? Если «Да», укажите результат вашего обращения.		
3.	Имеется ли в данный момент у Вас действующая страховая защита? Если «Да», каков ее размер? Укажите также, для каких целей предназначена данная страховая защита.		
4.	В чем заключается Ваш бизнес и где (на какой территории) Вы его осуществляете?		
5.	Укажите продолжительность Вашей работы в этом бизнесе.		
6.	Каковы Ваши непосредственные обязанности в этом бизнесе?		
7.	Сколько людей на Вас работает?		
	а) полный рабочий день:		
	б) неполный рабочий день:		
	в) сезонно:		
8.	Укажите, пожалуйста, годовой оборот, прибыль до налогообложения и чистую прибыль Вашего предприятия за последние три года:		
	2013	2014	2015
	Годовой оборот:		
	Прибыль до налогообложения:		
	Чистая прибыль:		
9.	Имеете ли Вы какие-либо дополнительные источники дохода? Если таковые имеются, укажите источник и размер регулярного ежемесячного дохода (собственная профессиональная деятельность, арендная плата за сдачу жилья, пенсия, стипендия, алименты, работа по контракту, собственный бизнес, инвестиции и пр.)		

Своей подписью Страхователь/Застрахованный подтверждает, что все сообщенные в настоящем заявлении сведения являются полными и достоверными. Страхователь/Застрахованный согласен с тем, что настоящий дополнительный вопросник совместно с любой другой предоставленной информацией составляет неотъемлемую часть договора страхования. Страхователь/Застрахованный информирован о том, что он несет ответственность за достоверность и полноту сообщаемых им сведений и в случае сообщения заведомо ложных сведений об обстоятельствах, имеющих существенное значение для суждения о степени риска, Страховщик вправе потребовать признания договора недействительным в отношении данного Застрахованного в соответствии с положениями ст.944 ГК РФ.

/ /	_____	/ /	_____
Дата	Ф.И.О. Страхователя/Застрахованного	Дата	Ф.И.О. Представителя Страховщика
	Подпись		Подпись

МЕДИЦИНСКИЙ АНАМНЕЗ ЗАСТРАХОВАННОГО ЛИЦА

ФИО _____ Дата рождения: _____

При положительных ответах на вопросы медицинской анкеты необходимо указывать диагнозы, даты постановки, продолжительность лечения, названия медицинских учреждений и другую уточняющую ответ информацию. Если Вам необходимо больше места, пожалуйста, дайте ответы на отдельном листе.

Ваш рост (см), вес (кг), изменения веса за последние 12 месяцев (кол-во кг) плюс минус

1. Проходили ли Вы когда-нибудь лечение по поводу нижеследующих заболеваний, либо были ли у Вас нижеследующие состояния:

- | | |
|---|--|
| (а) нарушения зрения, заболевания глаз, нарушение слуха или заболевания ЛОР органов? | ☐ Да ☐ Нет |
| (б) любые заболевания нервной системы (неврит, эпилепсия, эписиндром, судорожная готовность, парезы (параличи), рассеянный склероз, депрессия и др.), головокружения, обмороки (потеря сознания), конвульсии (судороги), головные боли, нарушение речи, мозговые или невротические нарушения и др.? | ☐ Да ☐ Нет |
| (в) болезни органов дыхания (бронхиальная астма, бронхит, плеврит, эмфизема, пневмония, туберкулез и т.п.), постоянные хрипы или кашель, кровохаркание? | ☐ Да ☐ Нет |
| (г) любое заболевание сердечно-сосудистой системы (эндокардит, миокардит, ишемическая болезнь сердца, стенокардия, инфаркт миокарда, инсульт, аневризма, гипертоническая болезнь (артериальная гипертония/артериальная гипертензия), порок сердца, васкулиты (воспаления сосудов), флебиты, атеросклероз сосудов (в том числе облитерирующий), хроническая венозная недостаточность и т.п.), шумы, боли в груди (за грудиной), тахикардия (учащенное сердцебиение), аритмия (нарушения сердечного ритма), повышенное кровяное (артериальное) давление, одышка, сердечный приступ или другие нарушения функций сердечно-сосудистой системы? | ☐ Да ☐ Нет |
| (д) любое заболевание пищеварительной системы, желчного пузыря или печени (ГЭРБ (гастроэзофагальная рефлюксная болезнь), язва желудка/двенадцатиперстной кишки, хронический гастрит/гастродуоденит, аппендицит, дивертикулит, колит, геморрой, гепатит (любой), цирроз печени, холецистит, желчно-каменная болезнь, панкреатит и т.п.), желтуха, изжога, отрыжка, кишечные кровотечения, повторяющаяся диарея, запоры, нарушения пищеварения или другие нарушения желудочно-кишечного тракта, печени или желчного пузыря? | ☐ Да ☐ Нет |
| (е) любые заболевания почек или мочеполовой системы (цистит, пиелонефрит, гломерулонефрит, мочекаменная болезнь (МКБ, камни в почках), простатит, аденома простаты, миома матки, заболевания передающиеся половым путем и т.п.), частые отеки, сахар, альбумин, кровь или гной в моче, другие нарушения функции почек, мочевого пузыря, простаты или репродуктивных органов? | ☐ Да ☐ Нет |
| (ж) любые заболевания эндокринной системы (диабет, заболевания щитовидной железы и др.), или другие нарушения функции эндокринной системы? | ☐ Да ☐ Нет |
| (з) любые заболевания опорно-двигательного аппарата – костей, суставов, мышц, связок (остеохондроз, грыжа позвоночника, радикулит, ишиас, люмбаго, артралгия, артрит, артроз, синовит и др.), подагра, нарушения опорно-двигательного аппарата (хромота, деформация, ампутированная культя и др.)? | ☐ Да ☐ Нет |
| (и) любые грыжи (ПОД (пищеводного отверстия диафрагмы), пупочная, паховая, бедренная, вентральная (в т.ч. послеоперационная), белой линии живота и др.)? | ☐ Да ☐ Нет |
| (к) любые новообразования (опухоли злокачественные (рак и др.) или доброкачественные), киста? | ☐ Да ☐ Нет |
| (л) любые болезни кожи, лимфатической системы, аллергии? | ☐ Да ☐ Нет |
| (м) любые заболевания крови и системы кроветворения, анемия, лейкоз (лейкемия, лимфома, лимфогранулематоз, миелома), тромбоцитопения, гемофилия? | ☐ Да ☐ Нет |
| (н) любые заболевания иммунной системы, в том числе аутоиммунные заболевания (ревматизм, первичные и вторичные иммунодефициты и др.)? | ☐ Да ☐ Нет |

Уточняющая информация по пунктам:

2. Находитесь ли Вы под наблюдением врача или получаете ли Вы какое-либо лечение в настоящее время? Намереваетесь ли Вы обратиться к врачу в течение ближайших 4 недель? ☐ Да ☐ Нет

3. Принимали ли Вы лекарственные препараты непрерывно более 4-х недель? ☐ Да ☐ Нет

4. Имеется ли у Вас группа инвалидности? ☐ Да ☐ Нет

5. Ставился ли Вам диагноз заболевания, прямо или косвенно связанного: с гепатитом В, ВИЧ-инфекцией, СПИДом или любым другим аналогичным синдромом? ☐ Да ☐ Нет
6. Вопрос для женщин: были ли у Вас какие-либо заболевания женских половых органов (например, придатков, матки и т.п.), молочных желез, осложненные беременности, роды или выкидыши? Беременны ли вы сейчас? ☐ Да ☐ Нет
7. Были ли у Вас отказы в приеме крови как донора? ☐ Да ☐ Нет
8. Ставился ли Вам диагноз или проводилось ли лечение какого-либо заболевания передающегося половым путем? ☐ Да ☐ Нет
9. Подвергались ли Вы радиационному воздействию? ☐ Да ☐ Нет
10. Кроме того, укажите в течение последних пяти лет:
- (а) имели ли Вы какие-либо заболевания, психические или физические нарушения, неназванные выше ☐ Да ☐ Нет
- (б) проходили ли Вы медицинское обследование, получали ли Вы консультацию или имели ли Вы травмы, болезни, операции? ☐ Да ☐ Нет
- (в) находились ли Вы в больнице, клинике, санатории или другом медицинском учреждении или советовали ли Вам обследоваться, лечь в больницу или сделать операцию, однако Вы не следовали этому совету? ☐ Да ☐ Нет
- (г) проводили ли Вам переливание крови? ☐ Да ☐ Нет
- (д) делали ли Вам электрокардиограмму, рентген, УЗИ, КТ, МРТ или другой диагностический тест / исследование? ☐ Да ☐ Нет
11. Устанавливалась ли Вам когда-нибудь группа инвалидности? ☐ Да ☐ Нет
12. Курите ли Вы, употребляете ли регулярно пиво, вино, крепкие спиртные напитки, лечились ли или находились ли под арестом в связи с употреблением алкоголя или наркотиков? ☐ Да ☐ Нет
13. Имели ли Ваши родители, братья или сестры когда-нибудь: диабет, высокое кровяное давление, инсульт, заболевания сердца или почек, рак или психические заболевания? ☐ Да ☐ Нет

Уточняющая информация по пунктам:

Настоящим я подтверждаю, что все вопросы настоящей Анкеты мне понятны, а данные мной ответы на указанные вопросы являются правдивыми и соответствуют имеющимся у меня сведениям. Мне известно, что дача мною ложных ответов на вышеуказанные вопросы ведет к признанию недействительным любого договора страхования, заключаемого ООО «СК «Ингосстрах-Жизнь» в отношении моей жизни и здоровья. Я также уполномочиваю любого зарегистрированного врача, медицинское учреждение, страховую организацию, владеющих записями или воспоминаниями о моем здоровье, передавать всю такую информацию, включая первичную медицинскую историю, ООО «СК «Ингосстрах-Жизнь» или его перестраховщикам. Я отказываюсь от каких-либо претензий по поводу передачи вышеназванной информации ООО «СК «Ингосстрах-Жизнь» и его перестраховщикам.

Место и дата

Застрахованный /ФИО/

/Подпись/

Страхователь /ФИО/

/Подпись/

УНИВЕРСАЛЬНЫЙ ОПРОСНЫЙ ЛИСТ ПО ЗАБОЛЕВАНИЮ

Эта анкета является частью Заявления № _____ от _____ г.

Заполняется Страхователем или Застрахованным в отношении Застрахованного

ФИО: _____

Дата рождения: _____ Адрес _____

1. Когда у Вас впервые проявились признаки заболевания?	
2. Опишите симптомы заболевания.	
3. Каков точный диагноз? На основании каких исследований он был поставлен? (По возможности приложите имеющиеся в Вашем распоряжении копии выписок из истории болезни, амбулаторной карты, данных лабораторных анализов и др.)	
4. Какое лечение Вы проходите в настоящее время / проходили ранее? Укажите, пожалуйста, процедуры, названия препаратов и т.п.	
5. Выполнялось ли ранее / планируется в будущем оперативное вмешательство? (ДА / НЕТ) Если «Да», то укажите, по какому поводу выполнялась операция и когда.	
6. Каков ближайший прогноз с учетом проведенного лечения и наблюдений?	
7. Вы страдаете какими-либо другими заболеваниями (например, сахарный диабет, гипертония, туберкулез, ревматические заболевания и др.)?	
8. Были ли Вы направлены на Экспертизу нетрудоспособности (для получения группы инвалидности) в связи с данным заболеванием? (ДА / НЕТ) Если «Да», укажите когда и результат заключения.	
По возможности приложите, пожалуйста, имеющиеся в Вашем распоряжении копии выписок из истории болезни, амбулаторной карты и/или данных лабораторных анализов.	

Своей подписью Страхователь/Застрахованный подтверждает, что все сообщенные в настоящем заявлении сведения являются полными и достоверными. Страхователь/Застрахованный согласен с тем, что настоящий дополнительный вопросник совместно с любой другой предоставленной информацией составляет неотъемлемую часть договора страхования. Страхователь/Застрахованный информирован о том, что он несет ответственность за достоверность и полноту сообщаемых им сведений и в случае сообщения заведомо ложных сведений об обстоятельствах, имеющих существенное значение для суждения о степени риска, Страховщик вправе потребовать признания договора недействительным в отношении данного Застрахованного в соответствии с положениями ст.944 ГК РФ.

/ /	_____	/ /	_____
	Ф.И.О.		Ф.И.О.
Дата	Подпись Страхователя/Застрахованного	Дата	Подпись Представителя Страховщика

ОПРОСНЫЙ ЛИСТ

АЛЛЕРГИЯ

Эта анкета является частью Заявления № _____ от _____ г.

Заполняется Страхователем или Застрахованным в отношении Застрахованного

ФИО: _____

Дата рождения: _____ Адрес: _____

1. Когда Вы почувствовали первые симптомы болезни?	
2. Как часто Вы испытываете приступы удушья? Есть ли какие-то особые причины, которые их вызывают? (<i>укажите подробнее</i>) Когда был последний приступ?	
3. Какова степень их тяжести и как долго они обычно длятся? Был ли у Вас анафилактический шок? (Укажите подробности: когда, сколько раз ...)	
4. Какое лечение Вы проходите в настоящее время?	
5. Когда был поставлен первоначальный диагноз? Где?	
6. Каков точный диагноз и на основании каких исследований он был поставлен? (По возможности приложите имеющиеся в Вашем распоряжении копии выписок из больничного листа или данных лабораторных анализов.)	
7. Имеются ли какие-либо дополнительные отягощающие факторы (<i>сердечно-сосудистые заболевания, курение и т.д.</i>)?	
8. Что Вы применяете для купирования состояния?	
9. Пожалуйста, опишите свое состояние на данный момент, включая ссылки на тяжесть заболевания и частоту проявления его симптомов.	
10. Сколько раз и сколько дней Вы находились на листе нетрудоспособности по причине данного заболевания за последний год? В предыдущие годы (<i>в среднем</i>)?	
11. Трудоспособны ли Вы сейчас? Если «Нет», то как долго это состояние продлится?	
<i>По возможности приложите, пожалуйста, имеющиеся в Вашем распоряжении копии выписок из больничного листа/карты и/или данных лабораторных анализов.</i>	

Своей подписью Страхователь/Застрахованный подтверждает, что все сообщенные в настоящем заявлении сведения являются полными и достоверными. Страхователь/Застрахованный согласен с тем, что настоящий дополнительный вопросник совместно с любой другой предоставленной информацией составляет неотъемлемую часть договора страхования. Страхователь/Застрахованный информирован о том, что он несет ответственность за достоверность и полноту сообщаемых им сведений и в случае сообщения заведомо ложных сведений об обстоятельствах, имеющих существенное значение для суждения о степени риска, Страховщик вправе потребовать признания договора недействительным в отношении данного Застрахованного в соответствии с положениями ст.944 ГК РФ.

/ /	_____	/ /	_____
Дата	Ф.И.О. Страхователя/Застрахованного	Дата	Ф.И.О. Представителя Страховщика
	Подпись		Подпись

ОПРОСНЫЙ ЛИСТ АРТРОЗ / ОСТЕОАРТРОЗ

Эта анкета является частью Заявления № _____ от _____ г.

Заполняется Страхователем или Застрахованным в отношении Застрахованного

ФИО: _____

Дата рождения: _____ Адрес: _____

1. Когда у Вас впервые проявились признаки заболевания?	
2. Укажите, пожалуйста, когда Вам впервые был поставлен диагноз?	
3. Каков точный диагноз? На основании каких исследований он был поставлен? <i>(По возможности приложите имеющиеся в Вашем распоряжении копии выписок из стационара, амбулаторной карты, копии данных лабораторных анализов и инструментальных исследований).</i>	
4. Опишите характер болей/симптомы заболевания.	
5. Когда последний раз наблюдались симптомы/боли?	
6. Какое лечение Вы получаете? Укажите название препаратов, длительность терапии, процедуры и др.	
7. Рекомендована / назначена <i>(нужное подчеркнуть)</i> ли Вам операция? Когда, где?	
8. Проводились ли Вам ранее операции на суставах? <i>(ДА / НЕТ)</i> Укажите характер операции дату и место, где она была выполнена.	
9. Были ли Вы направлены на Экспертизу нетрудоспособности (для получения группы инвалидности) в связи с данным заболеванием? <i>(ДА / НЕТ)</i> Если «ДА», укажите когда и результат заключения.	
10. Сколько раз и сколько дней Вы находились на листе нетрудоспособности по причине данного заболевания за последний год? В предыдущие годы <i>(в среднем)</i> ?	
По возможности приложите, пожалуйста, имеющиеся в Вашем распоряжении копии выписок из больничного листа/карты и/или данных лабораторных анализов.	

Своей подписью Страхователь/Застрахованный подтверждает, что все сообщенные в настоящем заявлении сведения являются полными и достоверными. Страхователь/Застрахованный согласен с тем, что настоящий дополнительный вопросник совместно с любой другой предоставленной информацией составляет неотъемлемую часть договора страхования. Страхователь/Застрахованный информирован о том, что он несет ответственность за достоверность и полноту сообщаемых им сведений и в случае сообщения заведомо ложных сведений об обстоятельствах, имеющих существенное значение для суждения о степени риска, Страховщик вправе потребовать признания договора недействительным в отношении данного Застрахованного в соответствии с положениями ст.944 ГК РФ.

/ / _____	/ / _____	_____	---	_____	
Дата	Ф.И.О.	Подпись	Дата	Ф.И.О.	
	Страхователя/Застрахованного			Представителя Страховщика	
					Подпись

**ОПРОСНЫЙ ЛИСТ
АТЕРОСКЛЕРОЗ**

Эта анкета является частью Заявления № _____ от _____ г.

Заполняется Страхователем или Застрахованным **в отношении Застрахованного**

ФИО: _____

Дата рождения: _____ Адрес _____

1. Укажите, пожалуйста, когда Вам впервые был установлен диагноз атеросклероз? Где? Какими были симптомы?	
2. Каков точный диагноз? На основании каких исследований он был поставлен? (По возможности приложите имеющиеся в Вашем распоряжении копии выписок из стационара, амбулаторной карты, электрокардиограммы, результаты холтеровского мониторирования, данных лабораторных анализов).	
3.Беспокоят ли Вас боли в области сердца, одышка, отеки нижних конечностей? (ДА / НЕТ) Если «НЕТ», укажите, как давно нет симптомов. Опишите характер болей в области сердца (например, колющие, давящие, жгучие и т.п.). Когда появляются боли, одышка? (при физической нагрузке, в покое)	
4. Отмечаете ли Вы перебои в работе сердца? (ДА / НЕТ) Был ли Вам поставлен диагноз аритмии? (ДА / НЕТ) Если «ДА», укажите точный диагноз и когда он был поставлен.	
5. Беспокоят ли Вас боли в мышцах нижних конечностей при физической нагрузке, перемежающаяся хромота?	
6. Какой объем физической активности Вам разрешен (если ограниченный, пожалуйста, укажите какой и предоставьте все детали возобновления активности)	
7. Отмечаете ли Вы повышение артериального давления? Укажите максимальные и минимальные показатели артериального давления? Укажите последние показатели артериального давления и дату, когда производилось их измерение	

Своей подписью Страхователь/Застрахованный подтверждает, что все сообщенные в настоящем заявлении сведения являются полными и достоверными. Страхователь/Застрахованный согласен с тем, что настоящий дополнительный вопросник совместно с любой другой предоставленной информацией составляет неотъемлемую часть договора страхования. Страхователь/Застрахованный информирован о том, что он несет ответственность за достоверность и полноту сообщаемых им сведений и в случае сообщения заведомо ложных сведений об обстоятельствах, имеющих существенное значение для суждения о степени риска, Страховщик вправе потребовать признания договора недействительным в отношении данного Застрахованного в соответствии с положениями ст.944 ГК РФ.

/ / _____	_____	/ / _____	_____
Дата	Ф.И.О. Страхователя/Застрахованного	Дата	Ф.И.О. Представителя Страховщика

8. Укажите, переносили ли вы ранее инфаркт миокарда, инсульт, тромбоэмболию легочной артерии? Был ли Вам установлен диагноз порока сердца, гипертонической болезни, ишемической болезни сердца, аневризмы аорты? (ДА / НЕТ) Если Вы ответили «ДА», укажите заболевание и когда был поставлен диагноз.	
9. Принимаете ли Вы в настоящее время лекарственные препараты в связи с данным заболеванием? Укажите название лекарственных препаратов и режим приема.	
10. Была ли Вам выполнена операция на сердце и/или сосудах? (ДА / НЕТ) Если «Да», укажите какая операция, когда и по какому поводу выполнена.	
11. Можно ли Ваше состояние рассматривать как устойчивое, улучшающееся или ухудшающееся?	
12. Были ли Вы направлены на Экспертизу нетрудоспособности (для получения группы инвалидности) в связи с данным заболеванием? (ДА / НЕТ) Если «ДА», укажите когда и результат заключения.	
По возможности приложите, пожалуйста, имеющиеся в Вашем распоряжении копии выписок из истории болезни, амбулаторной карты и/или данных лабораторных анализов.	

Своей подписью Страхователь/Застрахованный подтверждает, что все сообщенные в настоящем заявлении сведения являются полными и достоверными. Страхователь/Застрахованный согласен с тем, что настоящий дополнительный вопросник совместно с любой другой предоставленной информацией составляет неотъемлемую часть договора страхования. Страхователь/Застрахованный информирован о том, что он несет ответственность за достоверность и полноту сообщаемых им сведений и в случае сообщения заведомо ложных сведений об обстоятельствах, имеющих существенное значение для суждения о степени риска, Страховщик вправе потребовать признания договора недействительным в отношении данного Застрахованного в соответствии с положениями ст.944 ГК РФ.

/ /	_____	/ /	_____
	Ф.И.О.		Ф.И.О.
Дата	Подпись	Дата	Подпись
	Страхователя/Застрахованного		Представителя Страховщика

ОПРОСНЫЙ ЛИСТ БОЛЕЗНИ КРОВИ

Эта анкета является частью Заявления № _____ от _____ г.

Заполняется Страхователем или Застрахованным в отношении Застрахованного

ФИО: _____

Дата рождения: _____ Адрес: _____

1. Укажите, пожалуйста, когда Вам впервые было диагностировано заболевание крови? Где?	
2. Каков точный диагноз? На основании каких исследований он был поставлен? (По возможности приложите имеющиеся в Вашем распоряжении копии выписок из стационара, амбулаторной карты, копии данных лабораторных анализов и инструментальных исследований).	
3. Какое лечение Вы получаете? а) Пероральные препараты (ДА / НЕТ) Если «Да», укажите названия и дозировку препарата. б) Переливание крови или ее компонентов в) Химиотерапия г) Лучевая терапия д) Трансплантация костного мозга. (ДА / НЕТ) Если «Да», укажите, где и когда была выполнена операция	
4. Вы когда-нибудь отмечали следующие симптомы или заболевания: носовые кровотечения, желудочно-кишечные кровотечения, тромбозы сосудов, кровоизлияния в мозг, хронические язвы кожи, инфекции, например фурункулы и абсцессы, атрофия спинного мозга, атрофический гастрит, почечная недостаточность, язвенная болезнь желудка и/или 12-перстной кишки, язвенный колит. Если «Да», пожалуйста, укажите какие заболевания, дату диагностики и лечение.	
5. Проводились ли Вам операции на желудочно-кишечном тракте? Укажите характер, причину операции и дату, когда она была выполнена.	
6. Были ли Вы направлены на Экспертизу нетрудоспособности (для получения группы инвалидности) в связи с данным заболеванием? (ДА / НЕТ) Если «Да», укажите когда и результат заключения	
7. Сколько раз и сколько дней Вы находились на листе нетрудоспособности по причине данного заболевания за последний год? В предыдущие годы (в среднем)?	
По возможности приложите, пожалуйста, имеющиеся в Вашем распоряжении копии выписок из истории болезни, амбулаторной карты и/или данных лабораторных анализов.	

Своей подписью Страхователь/Застрахованный подтверждает, что все сообщенные в настоящем заявлении сведения являются полными и достоверными. Страхователь/Застрахованный согласен с тем, что настоящий дополнительный вопросник совместно с любой другой предоставленной информацией составляет неотъемлемую часть договора страхования. Страхователь/Застрахованный информирован о том, что он несет ответственность за достоверность и полноту сообщаемых им сведений и в случае сообщения заведомо ложных сведений об обстоятельствах, имеющих существенное значение для суждения о степени риска, Страховщик вправе потребовать признания договора недействительным в отношении данного Застрахованного в соответствии с положениями ст.944 ГК РФ.

/ /	_____	/ /	_____
Дата	Ф.И.О. Страхователя/Застрахованного	Дата	Ф.И.О. Представителя Страховщика
	Подпись		Подпись

ОПРОСНЫЙ ЛИСТ БОЛЕЗНИ ОПОРНО-ДВИГАТЕЛЬНОГО АППАРАТА

Эта анкета является частью Заявления № _____ от _____ г.

Заполняется Страхователем или Застрахованным в отношении Застрахованного

ФИО: _____

Дата рождения: _____ Адрес _____

1. Когда у Вас впервые проявились признаки заболевания?	
2. Опишите характер болей/симптомы заболевания.	
3. Когда последний раз наблюдались симптомы/боли?	
4. Когда был поставлен первоначальный диагноз? Где?	
5. Каков точный диагноз? На основании каких исследований он был поставлен? (<i>По возможности приложите имеющиеся в Вашем распоряжении копии выписок из больничного листа или данных лабораторных анализов</i>)	
6. Имеются ли какие-либо связанные с данным заболеванием или дополнительноотягощающие его факторы?	
7. Какое лечение Вы проходите в настоящее время? Какое лечение Вы проходили (<i>укажите, пожалуйста, процедуры, препараты и т.п.</i>).	
8. Рекомендована / назначена (<i>нужное подчеркнуть</i>) ли Вам операция? Когда, где?	
9. Проводились ли Вам ранее операции на опорно-двигательном аппарате? (<i>ДА / НЕТ</i>) Укажите характер операции дату и место, где она была выполнена.	
10. Ограничена ли Ваша двигательная активность?	
11. Бывали ли периоды нетрудоспособности, вследствие этого заболевания? (<i>ДА / НЕТ</i>) Как часто? Когда последний раз и какова продолжительность нахождения на больничном листе?	
12. Каков ближайший прогноз с учетом проведенного лечения и наблюдений?	
13. Вы страдаете какими-либо другими заболеваниями?	
14. Когда у Вас следующий плановый осмотр?	
По возможности приложите, пожалуйста, имеющиеся в Вашем распоряжении копии выписок из больничного листа/карты и/или данных лабораторных анализов.	

Своей подписью Страхователь/Застрахованный подтверждает, что все сообщенные в настоящем заявлении сведения являются полными и достоверными. Страхователь/Застрахованный согласен с тем, что настоящий дополнительный вопросник совместно с любой другой предоставленной информацией составляет неотъемлемую часть договора страхования. Страхователь/Застрахованный информирован о том, что он несет ответственность за достоверность и полноту сообщаемых им сведений и в случае сообщения заведомо ложных сведений об обстоятельствах, имеющих существенное значение для суждения о степени риска, Страховщик вправе потребовать признания договора недействительным в отношении данного Застрахованного в соответствии с положениями ст.944 ГК РФ.

/ /	_____	/ /	_____	---
Дата	Ф.И.О. Страхователя/Застрахованного	Дата	Ф.И.О. Представителя Страховщика	Подпись

ОПРОСНЫЙ ЛИСТ БОЛЕЗНИ ОРГАНОВ ДЫХАНИЯ

Эта анкета является частью Заявления № _____ от _____ г.

Заполняется Страхователем или Застрахованным в отношении Застрахованного

ФИО: _____

Дата рождения: _____ Адрес: _____

1. Когда Вы почувствовали первые симптомы болезни?	
2. Как часто Вы испытываете симптомы заболевания? Опишите симптомы заболевания.	
3. Когда последний раз наблюдались симптомы данного заболевания?	
4. Когда был поставлен первоначальный диагноз?	
5. Каков точный диагноз и на основании каких исследований он был поставлен? (По возможности приложите имеющиеся в Вашем распоряжении копии выписок из истории болезни, амбулаторной карты, данных лабораторных анализов.) Делали ли вы когда-нибудь рентгенограмму грудной клетки или какие-либо тесты функции легких? (ДА / НЕТ) Если «Да», пожалуйста, укажите дату и результат. Укажите, пожалуйста, объем форсированного выдоха.	
6. Отмечаются ли у Вас эпизоды кровохаркания? (ДА / НЕТ) Если «Да», укажите как часто.	
7. Подвергались ли Вы длительному воздействию токсических веществ? Связана ли Ваша работа в настоящее время (в прошлом) с профессиональными вредностями, например, асбестовое производство, угольная промышленность, работа с берриллием, кремнием?	
8. Какое лечение Вы проходили раньше / проходите в настоящее время? Укажите названия препаратов.	

Своей подписью Страхователь/Застрахованный подтверждает, что все сообщенные в настоящем заявлении сведения являются полными и достоверными. Страхователь/Застрахованный согласен с тем, что настоящий дополнительный вопросник совместно с любой другой предоставленной информацией составляет неотъемлемую часть договора страхования. Страхователь/Застрахованный информирован о том, что он несет ответственность за достоверность и полноту сообщаемых им сведений и в случае сообщения заведомо ложных сведений об обстоятельствах, имеющих существенное значение для суждения о степени риска, Страховщик вправе потребовать признания договора недействительным в отношении данного Застрахованного в соответствии с положениями ст.944 ГК РФ.

/ / _____ Ф.И.О.	_____ Подпись	/ / _____ Ф.И.О.	_____ Подпись
---------------------	------------------	---------------------	------------------

Дата Страхователя/Застрахованного	Дата Представителя Страховщика
--------------------------------------	-----------------------------------

9. Были ли Вы оперированы по поводу данного заболевания? (ДА / НЕТ) Если «Да», укажите какая операция и дату, когда она была выполнена.	
10. Каков ближайший прогноз с учетом проведенного лечения и наблюдений?	
11. Переносили ли Вы ранее туберкулез, пневмонию, абсцесс легкого? Если «Да», укажите, когда был поставлен диагноз.	
12. Сколько раз и сколько дней Вы находились на листе нетрудоспособности по причине данного заболевания за последний год? В предыдущие годы (в среднем)?	
13. Трудоспособны ли Вы сейчас? Если нет, то как долго это состояние продлится?	
14. Курите ли Вы? Если «Да», укажите, пожалуйста, что (сигареты (суперлегкие, легкие, обыкновенные...), сигары, трубка..) и сколько.	
15. Были ли Вы направлены на Экспертизу нетрудоспособности (для получения группы инвалидности) в связи с данным заболеванием? (ДА / НЕТ) Если «Да», укажите когда и результат заключения.	
По возможности приложите, пожалуйста, имеющиеся в Вашем распоряжении копии выписок из истории болезни/амбулаторной карты и/или данных лабораторных анализов.	

Своей подписью Страхователь/Застрахованный подтверждает, что все сообщенные в настоящем заявлении сведения являются полными и достоверными. Страхователь/Застрахованный согласен с тем, что настоящий дополнительный вопросник совместно с любой другой предоставленной информацией составляет неотъемлемую часть договора страхования. Страхователь/Застрахованный информирован о том, что он несет ответственность за достоверность и полноту сообщаемых им сведений и в случае сообщения заведомо ложных сведений об обстоятельствах, имеющих существенное значение для суждения о степени риска, Страховщик вправе потребовать признания договора недействительным в отношении данного Застрахованного в соответствии с положениями ст.944 ГК РФ.

/ /	_____	/ /	_____
Дата	Ф.И.О. Страхователя/Застрахованного	Дата	Ф.И.О. Представителя Страховщика
	Подпись		Подпись

**ОПРОСНЫЙ ЛИСТ
БОЛЕЗНИ ОРГАНОВ ЗРЕНИЯ**

Эта анкета является частью Заявления № _____ от _____ г.

Заполняется Страхователем или Застрахованным **в отношении Застрахованного**

ФИО: _____

Дата рождения: _____ Адрес _____

1. Когда у Вас впервые проявились признаки заболевания?	
2. Опишите симптомы заболевания.	
3. Каков точный диагноз? При наличии близорукости, дальнозоркости, укажите степень. На основании каких исследований он был поставлен? (По возможности приложите имеющиеся в Вашем распоряжении копии выписок из истории болезни, амбулаторной карты, данных лабораторных анализов и др.)	
4. Какое лечение Вы проходите в настоящее время / проходили ранее? Укажите, пожалуйста, процедуры, названия препаратов и т.п.	
5. Выполнялось ли ранее / планируется в будущем оперативное вмешательство на структурах глаза? (ДА / НЕТ) Если «Да», то укажите, по какому поводу выполнялась операция и когда.	
6. Каков ближайший прогноз с учетом проведенного лечения и наблюдений?	
7. Вы страдаете какими-либо другими заболеваниями (например, сахарный диабет, гипертония, туберкулез, ревматические заболевания и др.)?	
8. Были ли Вы направлены на Экспертизу нетрудоспособности (для получения группы инвалидности) в связи с данным заболеванием? (ДА/НЕТ) Если «ДА», укажите когда и результат заключения.	
По возможности приложите, пожалуйста, имеющиеся в Вашем распоряжении копии выписок из истории болезни, амбулаторной карты и/или данных лабораторных анализов.	

Своей подписью Страхователь/Застрахованный подтверждает, что все сообщенные в настоящем заявлении сведения являются полными и достоверными. Страхователь/Застрахованный согласен с тем, что настоящий дополнительный вопросник совместно с любой другой предоставленной информацией составляет неотъемлемую часть договора страхования. Страхователь/Застрахованный информирован о том, что он несет ответственность за достоверность и полноту сообщаемых им сведений и в случае сообщения заведомо ложных сведений об обстоятельствах, имеющих существенное значение для суждения о степени риска, Страховщик вправе потребовать признания договора недействительным в отношении данного Застрахованного в соответствии с положениями ст.944 ГК РФ.

/	/	_____	/	/	_____
		Ф.И.О.			Ф.И.О.
Дата		Страхователя/Застрахованного	Дата		Представителя Страховщика
		Подпись			Подпись

ОПРОСНЫЙ ЛИСТ БОЛЕЗНИ ОРГАНОВ СЛУХА

Эта анкета является частью Заявления № _____ от _____ г.

Заполняется Страхователем или Застрахованным в отношении Застрахованного

ФИО: _____

Дата рождения: _____ Адрес: _____

1. Когда у Вас впервые проявились признаки заболевания?	
2. Опишите симптомы заболевания.	
3. Каков точный диагноз? При наличии тугоухости, укажите ее степень. На основании каких исследований был поставлен диагноз? (По возможности приложите имеющиеся в Вашем распоряжении копии выписок из истории болезни, амбулаторной карты, данных лабораторных анализов и др.)	
4. Какое лечение Вы проходите в настоящее время / проходили ранее? Укажите, пожалуйста, процедуры, названия препаратов и т.п.	
5. Выполнялось ли ранее / планируется в будущем оперативное вмешательство на структурах органа слуха? (ДА / НЕТ) Если «Да», то укажите, по какому поводу выполнялась операция и когда.	
6. Каков ближайший прогноз с учетом проведенного лечения и наблюдений?	
7. Были ли Вы направлены на Экспертизу нетрудоспособности (для получения группы инвалидности) в связи с данным заболеванием? (ДА / НЕТ) Если «ДА», укажите когда и результат заключения.	
По возможности приложите, пожалуйста, имеющиеся в Вашем распоряжении копии выписок из истории болезни, амбулаторной карты и/или данных лабораторных анализов.	

Своей подписью Страхователь/Застрахованный подтверждает, что все сообщенные в настоящем заявлении сведения являются полными и достоверными. Страхователь/Застрахованный согласен с тем, что настоящий дополнительный вопросник совместно с любой другой предоставленной информацией составляет неотъемлемую часть договора страхования. Страхователь/Застрахованный информирован о том, что он несет ответственность за достоверность и полноту сообщаемых им сведений и в случае сообщения заведомо ложных сведений об обстоятельствах, имеющих существенное значение для суждения о степени риска, Страховщик вправе потребовать признания договора недействительным в отношении данного Застрахованного в соответствии с положениями ст.944 ГК РФ.

/ /	_____	/ /	_____
Дата	Ф.И.О. Страхователя/Застрахованного	Дата	Ф.И.О. Представителя Страховщика
	Подпись		Подпись

ОПРОСНЫЙ ЛИСТ БОЛЕЗНИ ПОЧЕК

Эта анкета является частью Заявления № _____ от _____ г.

Заполняется Страхователем или Застрахованным в отношении Застрахованного

ФИО: _____

Дата рождения: _____ Адрес _____

1. Когда у Вас впервые проявились признаки заболевания почек/мочевыводящих путей?	
2. Опишите характер болей/симптомы заболевания.	
3. Когда последний раз наблюдались симптомы/боли?	
4. Когда был поставлен первоначальный диагноз? Где?	
5. Каков точный диагноз На основании каких исследований он был поставлен? (<i>По возможности приложите имеющиеся в Вашем распоряжении копии выписок из истории болезни, амбулаторной карты, данных лабораторных анализов, ультразвуковой диагностики</i>)	
6. Имеются ли какие-либо связанные с данным заболеванием или дополнительно отягощающие его факторы, например, артериальная гипертензия, диабет, амилоидоз, ревматические заболевания (<i>системная красная волчанка, васкулит и др.</i>)?	
7. Были ли ранее диагностированы кисты почек, камни мочевыводящих путей, пиелонефрит, гломерулонефрит, расширение почечных лоханок, хроническая почечная недостаточность? Если «Да», то укажите когда.	
8. Какое лечение Вы проходите в настоящее время? Укажите названия препаратов и их суточную дозу.	
9. Переносили ли Вы ранее операции на мочевыводящих путях? Рекомендована ли Вам операция? Когда, где?	

Своей подписью Страхователь/Застрахованный подтверждает, что все сообщенные в настоящем заявлении сведения являются полными и достоверными. Страхователь/Застрахованный согласен с тем, что настоящий дополнительный вопросник совместно с любой другой предоставленной информацией составляет неотъемлемую часть договора страхования. Страхователь/Застрахованный информирован о том, что он несет ответственность за достоверность и полноту сообщаемых им сведений и в случае сообщения заведомо ложных сведений об обстоятельствах, имеющих существенное значение для суждения о степени риска, Страховщик вправе потребовать признания договора недействительным в отношении данного Застрахованного в соответствии с положениями ст.944 ГК РФ.

/ /	_____	/ /	_____
Дата	Ф.И.О. Страхователя/Застрахованного	Дата	Ф.И.О. Представителя Страховщика
	Подпись		Подпись

10. Укажите, пожалуйста, дату и результаты последних исследований мочи (белок, сахар, эритроциты, лейкоциты, соли, бактерии ...) крови (мочевина, креатинин, мочевая кислота, холестерин, триглицериды гематокрит, гемоглобин, ...) (по возможности, приложите копии результатов), данные измерения артериального давления	
11. Вы страдаете какими-либо другими заболеваниями?	
12. Страдали ли / страдают ли кто-либо из Ваших родственников (мать, отец, дедушки/бабушки, братья/сестры, тети/дяди ...) поликистозом почек, амилоидозом, ревматическими заболеваниями, другими хроническими заболеваниями почек?	
13. Были ли Вы направлены на Экспертизу нетрудоспособности (для получения группы инвалидности) в связи с данным заболеванием? (ДА / НЕТ) Если «ДА», укажите когда и результат заключения.	
По возможности приложите, пожалуйста, имеющиеся в Вашем распоряжении копии выписок из истории болезни, амбулаторной карты и/или данных лабораторных анализов.	

Своей подписью Страхователь/Застрахованный подтверждает, что все сообщенные в настоящем заявлении сведения являются полными и достоверными. Страхователь/Застрахованный согласен с тем, что настоящий дополнительный вопросник совместно с любой другой предоставленной информацией составляет неотъемлемую часть договора страхования. Страхователь/Застрахованный информирован о том, что он несет ответственность за достоверность и полноту сообщаемых им сведений и в случае сообщения заведомо ложных сведений об обстоятельствах, имеющих существенное значение для суждения о степени риска, Страховщик вправе потребовать признания договора недействительным в отношении данного Застрахованного в соответствии с положениями ст.944 ГК РФ.

/ /	_____	/ /	_____
	Ф.И.О.		Ф.И.О.
Дата	Подпись	Дата	Подпись
	Страхователя/Застрахованного		Представителя Страховщика

**ОПРОСНЫЙ ЛИСТ
БОЛЕЗНИ РЕПРОДУКТИВНОЙ СИСТЕМЫ**

Эта анкета является частью Заявления № _____ от _____ г.

Заполняется Страхователем или Застрахованным **в отношении Застрахованного**

ФИО: _____

Дата рождения: _____ Адрес _____

1. Когда у Вас впервые проявились признаки заболевания?	
2. Опишите симптомы заболевания.	
3. Когда последний раз наблюдались симптомы?	
4. Когда был поставлен первоначальный диагноз? Где?	
5. Каков точный диагноз На основании каких исследований он был поставлен? (По возможности приложите имеющиеся в Вашем распоряжении копии выписок из истории болезни, амбулаторной карты, данных лабораторных анализов, ультразвуковой диагностики)	
6. Какое лечение Вы проходите в настоящее время? Укажите названия препаратов, процедуры.	
7. Переносили ли Вы ранее операции по поводу данного заболевания? Рекомендована / назначена (нужное подчеркнуть) ли Вам операция? Когда, где?	
8. Каков ближайший прогноз с учетом проведенного лечения и наблюдений?	
9. Вы страдаете какими-либо другими заболеваниями?	
10. Сколько раз и сколько дней Вы находились на листе нетрудоспособности по причине данного заболевания за последний год? В предыдущие годы (в среднем)?	
11. Были ли Вы направлены на Экспертизу нетрудоспособности (для получения группы инвалидности) в связи с данным заболеванием? (ДА / НЕТ) Если «ДА», укажите когда и результат заключения.	
По возможности приложите, пожалуйста, имеющиеся в Вашем распоряжении копии выписок из истории болезни, амбулаторной карты и/или данных лабораторных анализов.	

Своей подписью Страхователь/Застрахованный подтверждает, что все сообщенные в настоящем заявлении сведения являются полными и достоверными. Страхователь/Застрахованный согласен с тем, что настоящий дополнительный вопросник совместно с любой другой предоставленной информацией составляет неотъемлемую часть договора страхования. Страхователь/Застрахованный информирован о том, что он несет ответственность за достоверность и полноту сообщаемых им сведений и в случае сообщения заведомо ложных сведений об обстоятельствах, имеющих существенное значение для суждения о степени риска, Страховщик вправе потребовать признания договора недействительным в отношении данного Застрахованного в соответствии с положениями ст.944 ГК РФ.

/ / _____	/ / _____	/ / _____	/ / _____	/ / _____
Дата	Ф.И.О. Страхователя/Застрахованного	Подпись	Дата	Ф.И.О. Представителя Страховщика
				Подпись

ОПРОСНЫЙ ЛИСТ БОЛЕЗНИ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ СИСТЕМЫ

Эта анкета является частью Заявления № _____ от _____ г.

Заполняется Страхователем или Застрахованным в отношении Застрахованного

ФИО: _____

Дата рождения: _____ Адрес _____

1. Укажите, пожалуйста, когда Вам впервые было диагностировано заболевание сердечно-сосудистой системы? Где? Какими были симптомы?	
2. Каков точный диагноз? На основании каких исследований он был поставлен? <i>(По возможности приложите имеющиеся в Вашем распоряжении копии выписок из стационара, амбулаторной карты, электрокардиограммы, результаты холтеровского мониторирования, данных лабораторных анализов).</i>	
3. Беспокоят ли Вас боли в области сердца, одышка, отеки нижних конечностей? <i>(ДА / НЕТ)</i> Если «НЕТ», укажите, как давно нет симптомов. Опишите характер болей <i>(например, колющие, давящие, жгучие и т.п.)</i>. Когда появляются боли, одышка? <i>(при физической нагрузке, в покое)</i>	
4. Отмечаете ли Вы перебои в работе сердца, сердцебиение? <i>(ДА / НЕТ)</i> Был ли Вам поставлен диагноз аритмии? <i>(ДА / НЕТ)</i> Если «ДА», укажите точный диагноз и когда он был поставлен.	
5. Отмечаете ли Вы повышение артериального давления? Укажите максимальные и минимальные показатели артериального давления? Укажите последние показатели артериального давления и дату, когда производилось их измерение	
6. Укажите, переносили ли вы ранее инфаркт миокарда, инсульт, тромбоэмболию легочной артерии, миокардит, перикардит, ревматические заболевания? Был ли Вам установлен диагноз порока сердца, гипертонической болезни, кардиомиопатии? <i>(ДА / НЕТ)</i> Если Вы ответили «ДА», укажите заболевание и когда был поставлен диагноз.	

Своей подписью Страхователь/Застрахованный подтверждает, что все сообщенные в настоящем заявлении сведения являются полными и достоверными. Страхователь/Застрахованный согласен с тем, что настоящий дополнительный вопросник совместно с любой другой предоставленной информацией составляет неотъемлемую часть договора страхования. Страхователь/Застрахованный информирован о том, что он несет ответственность за достоверность и полноту сообщаемых им сведений и в случае сообщения заведомо ложных сведений об обстоятельствах, имеющих существенное значение для суждения о степени риска, Страховщик вправе потребовать признания договора недействительным в отношении данного Застрахованного в соответствии с положениями ст. 944 ГК РФ.

/ /	_____	/ /	_____
Дата	Ф.И.О. Страхователя/Застрахованного	Дата	Ф.И.О. Представителя Страховщика
	Подпись		Подпись

7. Были ли у Вас выявлены атеросклеротические изменения сосудов сердца? Когда?	
8. Были ли ранее оперативные вмешательства на сердце, коронарных сосудах сердца, крупных (магистральных) сосудах. (ДА / НЕТ) Если Вы ответили «ДА», укажите характер операции, когда и в связи с чем она была выполнена.	
9. Принимаете ли Вы в настоящее время лекарственные препараты в связи с заболеванием сердечно-сосудистой системы? Укажите название лекарственных препаратов и режим приема.	
10. Можно ли Ваше состояние рассматривать как устойчивое, улучшающееся или ухудшающееся?	
11. Какой объем физической активности Вам разрешен (если ограниченный, пожалуйста, укажите какой и предоставьте все детали возобновления активности)	
12. Были ли Вы направлены на Экспертизу нетрудоспособности (для получения группы инвалидности) в связи с данным заболеванием? (ДА / НЕТ) Если «ДА», укажите когда и результат заключения.	
13. Сколько раз и сколько дней Вы находились на листе нетрудоспособности по причине данного заболевания за последний год? В предыдущие годы (в среднем)?	
14. Когда Вам назначено следующее плановое обследование в связи с данным заболеванием?	
По возможности приложите, пожалуйста, имеющиеся в Вашем распоряжении копии выписок из истории болезни, амбулаторной карты и/или данных лабораторных анализов.	

Своей подписью Страхователь/Застрахованный подтверждает, что все сообщенные в настоящем заявлении сведения являются полными и достоверными. Страхователь/Застрахованный согласен с тем, что настоящий дополнительный вопросник совместно с любой другой предоставленной информацией составляет неотъемлемую часть договора страхования. Страхователь/Застрахованный информирован о том, что он несет ответственность за достоверность и полноту сообщаемых им сведений и в случае сообщения заведомо ложных сведений об обстоятельствах, имеющих существенное значение для суждения о степени риска, Страховщик вправе потребовать признания договора недействительным в отношении данного Застрахованного в соответствии с положениями ст.944 ГК РФ.

/ /	_____	/ /	_____
Дата	Ф.И.О. Страхователя/Застрахованного	Дата	Ф.И.О. Представителя Страховщика
	Подпись		Подпись

ОПРОСНЫЙ ЛИСТ БОЛЕЗНИ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Эта анкета является частью Заявления № _____ от _____ г.

Заполняется Страхователем или Застрахованным в отношении Застрахованного

ФИО: _____

Дата рождения: _____ Адрес: _____

1. Когда у Вас впервые проявились признаки заболевания щитовидной железы?	
2. Опишите симптомы заболевания.	
3. Когда был поставлен первоначальный диагноз? Где?	
4. Каков точный диагноз На основании каких исследований он был поставлен? <i>(По возможности приложите имеющиеся в Вашем распоряжении копии выписок из истории болезни, амбулаторной карты, данных лабораторных анализов, инструментальных и ультразвуковых исследований)</i>	
5. Имеются ли у Вас другие эндокринные заболевания (<i>сахарный диабет, болезнь Аддисона и др.</i>) или ревматические заболевания (<i>системная красная волчанка, ревматоидный артрит и др.</i>)?	
6. Отмечается ли у Вас повышение / понижение (нужное подчеркнуть) артериального давления? <i>(Пожалуйста, приведите самые высокие и самые низкие показатели)</i> Стабилен ли Ваш вес? (<i>ДА / НЕТ</i>)	
7. Беспокоят ли Вас приступы сердцебиения?	
8. Отмечались ли у Вас отклонения в анализах крови на гормоны щитовидной железы? Увеличение размеров щитовидной железы? (<i>ДА / НЕТ</i>) Если «Да», укажите отклонения.	
9. Какое лечение Вы проходите в настоящий момент? Укажите названия препаратов.	
10. Оперированы ли Вы по поводу данного заболевания? (<i>ДА / НЕТ</i>) Если «Да», то укажите когда.	
11. Рекомендована ли Вам операция на щитовидной железе? Когда, где?	
12. Когда Вам назначено следующее плановое обследование в связи с данным заболеванием?	
По возможности приложите, пожалуйста, имеющиеся в Вашем распоряжении копии выписок из истории болезни, амбулаторной карты и/или данных лабораторных анализов.	

Своей подписью Страхователь/Застрахованный подтверждает, что все сообщенные в настоящем заявлении сведения являются полными и достоверными. Страхователь/Застрахованный согласен с тем, что настоящий дополнительный вопросник совместно с любой другой предоставленной информацией составляет неотъемлемую часть договора страхования. Страхователь/Застрахованный информирован о том, что он несет ответственность за достоверность и полноту сообщаемых им сведений и в случае сообщения заведомо ложных сведений об обстоятельствах, имеющих существенное значение для суждения о степени риска, Страховщик вправе потребовать признания договора недействительным в отношении данного Застрахованного в соответствии с положениями ст.944 ГК РФ.

/ /	_____	/ /	_____	
Дата	Ф.И.О. Страхователя/Застрахованного	Дата	Ф.И.О. Представителя Страховщика	Подпись

**ОПРОСНЫЙ ЛИСТ
БОЛЕЗНИ ЭНДОКРИННОЙ СИСТЕМЫ**

Эта анкета является частью Заявления № _____ от _____ г.

Заполняется Страхователем или Застрахованным **в отношении Застрахованного**

ФИО: _____

Дата рождения: _____ Адрес _____

1. Когда у Вас впервые проявились признаки заболевания?	
2. Опишите симптомы заболевания.	
3. Когда был поставлен первоначальный диагноз? Где?	
4. Каков точный диагноз На основании каких исследований он был поставлен? (По возможности приложите имеющиеся в Вашем распоряжении копии выписок из истории болезни, амбулаторной карты, данных лабораторных анализов, инструментальных и ультразвуковых исследований)	
5. Страдаете ли Вы другими заболеваниями?	
6. Отмечается ли у Вас повышение / понижение (нужное подчеркнуть) артериального давления? (Пожалуйста, приведите самые высокие и самые низкие показатели)	
7. Стабилен ли Ваш вес? (ДА / НЕТ)	
8. Какое лечение Вы проходите в настоящий момент? Укажите названия препаратов.	

Своей подписью Страхователь/Застрахованный подтверждает, что все сообщенные в настоящем заявлении сведения являются полными и достоверными. Страхователь/Застрахованный согласен с тем, что настоящий дополнительный вопросник совместно с любой другой предоставленной информацией составляет неотъемлемую часть договора страхования. Страхователь/Застрахованный информирован о том, что он несет ответственность за достоверность и полноту сообщаемых им сведений и в случае сообщения заведомо ложных сведений об обстоятельствах, имеющих существенное значение для суждения о степени риска, Страховщик вправе потребовать признания договора недействительным в отношении данного Застрахованного в соответствии с положениями ст.944 ГК РФ.

/ /	_____	/ /	_____
	Ф.И.О.		Ф.И.О.
Дата	Страхователя/Застрахованного	Дата	Представителя Страховщика
	Подпись		Подпись

9. Оперированы ли Вы по поводу данного заболевания? (ДА / НЕТ) Если «Да», то укажите когда.	
10. Рекомендована ли Вам операция по поводу данного заболевания? Когда, где?	
11. Каков ближайший прогноз с учетом проведенного лечения и наблюдений?	
12. Сколько раз и сколько дней Вы находились на листе нетрудоспособности по причине данного заболевания за последний год? В предыдущие годы (в среднем)?	
13. Были ли Вы направлены на Экспертизу нетрудоспособности (для получения группы инвалидности) в связи с данным заболеванием? (ДА / НЕТ) Если «ДА», укажите когда и результат заключения.	
По возможности приложите, пожалуйста, имеющиеся в Вашем распоряжении копии выписок из истории болезни, амбулаторной карты и/или данных лабораторных анализов.	

Своей подписью Страхователь/Застрахованный подтверждает, что все сообщенные в настоящем заявлении сведения являются полными и достоверными. Страхователь/Застрахованный согласен с тем, что настоящий дополнительный вопросник совместно с любой другой предоставленной информацией составляет неотъемлемую часть договора страхования. Страхователь/Застрахованный информирован о том, что он несет ответственность за достоверность и полноту сообщаемых им сведений и в случае сообщения заведомо ложных сведений об обстоятельствах, имеющих существенное значение для суждения о степени риска, Страховщик вправе потребовать признания договора недействительным в отношении данного Застрахованного в соответствии с положениями ст.944 ГК РФ.

/ /	_____	/ /	_____
Дата	Ф.И.О. Страхователя/Застрахованного	Дата	Ф.И.О. Представителя Страховщика
	Подпись		Подпись

ОПРОСНЫЙ ЛИСТ БРОНХИАЛЬНАЯ АСТМА

Эта анкета является частью Заявления № _____ от _____ г.

Заполняется Страхователем или Застрахованным в отношении Застрахованного

ФИО: _____

Дата рождения: _____ Адрес: _____

1. В каком возрасте было диагностировано заболевание?	
2. Есть ли у Вас врач, к которому Вы обращаетесь на постоянной основе?	
3. Если Вы ответили «Да» на предыдущий вопрос, то укажите: Пользуетесь ли Вы пикфлоуметром (<i>устройством для определения объемной скорости выдоха</i>)	
4. Имеется ли у Вас схема лечения в письменном виде (если «ДА», предоставьте копию)	
5. Содержатся ли в Вашей схеме инструкции по действиям во время приступа	
6. Какое лечение проводится в настоящее время?	
7. Укажите частоту приступов: (<i>раз в неделю, два раза в неделю, раз в месяц и т.д.</i>)	в ночное время _____ днем _____
8. Изменялась ли частота приступов за последний обозримый временной промежуток (<i>полгода, год, два года, три года</i>)	
9. Укажите все госпитализации, целью которых было лечение астмы, за последние три года (дата, место, продолжительность госпитализации)	
По возможности приложите, пожалуйста, имеющиеся в Вашем распоряжении копии выписок из истории болезни/амбулаторной карты и/или данных лабораторных анализов.	

Своей подписью Страхователь/Застрахованный подтверждает, что все сообщенные в настоящем заявлении сведения являются полными и достоверными. Страхователь/Застрахованный согласен с тем, что настоящий дополнительный вопросник совместно с любой другой предоставленной информацией составляет неотъемлемую часть договора страхования. Страхователь/Застрахованный информирован о том, что он несет ответственность за достоверность и полноту сообщаемых им сведений и в случае сообщения заведомо ложных сведений об обстоятельствах, имеющих существенное значение для суждения о степени риска, Страховщик вправе потребовать признания договора недействительным в отношении данного Застрахованного в соответствии с положениями ст.944 ГК РФ.

/ /	_____	/ /	_____
Дата	Ф.И.О. Страхователя/Застрахованного	Дата	Ф.И.О. Представителя Страховщика
	Подпись		Подпись

ОПРОСНЫЙ ЛИСТ ВЕНЕРИЧЕСКИЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ

Эта анкета является частью Заявления № _____ от _____ г.

Заполняется Страхователем или Застрахованным в отношении Застрахованного

ФИО: _____

Дата рождения: _____ Адрес _____

1. Когда у Вас впервые проявились признаки заболевания?	
2. Опишите симптомы заболевания.	
3. Когда последний раз наблюдались симптомы?	
4. Когда был поставлен первоначальный диагноз? Где?	
5. Каков точный диагноз На основании каких исследований он был поставлен? <i>(По возможности приложите имеющиеся в Вашем распоряжении копии выписок из истории болезни, амбулаторной карты, данных лабораторных анализов, ультразвуковой диагностики)</i>	
6. Какое лечение Вы проходите в настоящее время? Укажите названия препаратов, процедуры.	
7. Укажите форму заболевания, с осложнениями или без? Острая или хроническая? Без распространения на прилегающие органы или с распространением (указать на какие)?	
8. Каков ближайший прогноз с учетом проведенного лечения и наблюдений?	
9. Вы страдаете какими-либо другими заболеваниями?	
10. Сколько раз и сколько дней Вы находились на листе нетрудоспособности по причине данного заболевания за последний год? В предыдущие годы <i>(в среднем)</i> ?	
11. Были ли Вы направлены на Экспертизу нетрудоспособности <i>(для получения группы инвалидности)</i> в связи с данным заболеванием? <i>(ДА / НЕТ)</i> Если «ДА», укажите когда и результат заключения.	
По возможности приложите, пожалуйста, имеющиеся в Вашем распоряжении копии выписок из истории болезни, амбулаторной карты и/или данных лабораторных анализов.	

Своей подписью Страхователь/Застрахованный подтверждает, что все сообщенные в настоящем заявлении сведения являются полными и достоверными. Страхователь/Застрахованный согласен с тем, что настоящий дополнительный вопросник совместно с любой другой предоставленной информацией составляет неотъемлемую часть договора страхования. Страхователь/Застрахованный информирован о том, что он несет ответственность за достоверность и полноту сообщаемых им сведений и в случае сообщения заведомо ложных сведений об обстоятельствах, имеющих существенное значение для суждения о степени риска, Страховщик вправе потребовать признания договора недействительным в отношении данного Застрахованного в соответствии с положениями ст.944 ГК РФ.

/ /	_____	/ /	_____	_____
	Ф.И.О.		Ф.И.О.	
Дата	Страхователя/Застрахованного	Дата	Представителя Страховщика	Подпись

ОПРОСНЫЙ ЛИСТ ГИПЕРТЕНЗИЯ

Эта анкета является частью Заявления № _____ от _____ г.

Заполняется Страхователем или Застрахованным в отношении Застрахованного

ФИО: _____

Дата рождения: _____ Адрес: _____

1. Когда Вы впервые обнаружили повышение артериального давления?	
2. Каковы были цифры артериального давления в то время? (Пожалуйста, приведите самые высокие и самые низкие показатели до лечения).	
3. Проводилось ли обследование по этому поводу? Каковы были его результаты? Какой диагноз был установлен (тип гипертонии, степень и т.д.)?	
4. Какое лечение было назначено. Каким был эффект лечения?	
5. С какого момента Вы наблюдаетесь врачом по поводу гипертонии на постоянной основе? Как часто получаете консультации, обследуетесь или меняете схему лечения?	
6. Были ли отмечены офтальмоскопические (зрительные) нарушения? (ДА/НЕТ) Если «Да», пожалуйста, укажите детали. Имеются ли какие-либо дополнительные отягощающие факторы, например, Семейный анамнез (гипертония, ИБС и т.п. у родственников), тучность, курение, и т.д.?	
7. Укажите показатели Вашего АД в настоящее время. Какое лечение Вы принимаете в настоящее время?	
8. Пожалуйста, опишите свое состояние на данный момент, включая ссылки на тяжесть заболевания и частоту проявления его симптомов.	
9. Можно ли Ваше состояние рассматривать как устойчивое, улучшающееся или ухудшающееся?	
10. Сколько раз и сколько дней Вы находились на листе нетрудоспособности по причине данного заболевания за последний год? В предыдущие годы (в среднем)?	
11. Трудоспособны ли Вы сейчас? Если «Нет», то как долго это состояние продлится?	
По возможности приложите, пожалуйста, имеющиеся в Вашем распоряжении копии выписок из истории болезни, амбулаторной карты и/или данных лабораторных анализов.	

Своей подписью Страхователь/Застрахованный подтверждает, что все сообщенные в настоящем заявлении сведения являются полными и достоверными. Страхователь/Застрахованный согласен с тем, что настоящий дополнительный вопросник совместно с любой другой предоставленной информацией составляет неотъемлемую часть договора страхования. Страхователь/Застрахованный информирован о том, что он несет ответственность за достоверность и полноту сообщаемых им сведений и в случае сообщения заведомо ложных сведений об обстоятельствах, имеющих существенное значение для суждения о степени риска, Страховщик вправе потребовать признания договора недействительным в отношении данного Застрахованного в соответствии с положениями ст.944 ГК РФ.

/ /	_____	/ /	_____
Дата	Ф.И.О. Страхователя/Застрахованного	Дата	Ф.И.О. Представителя Страховщика
	Подпись		Подпись

ОПРОСНЫЙ ЛИСТ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ

Эта анкета является частью Заявления № _____ от _____ г.

Заполняется Страхователем или Застрахованным в отношении Застрахованного

ФИО: _____

Дата рождения: _____ Адрес: _____

1. Когда у Вас впервые проявились признаки заболевания?	
2. Опишите характер болей/симптомы заболевания.	
3. Когда последний раз наблюдались симптомы/боли? Как часто они повторяются?	
4. Когда был поставлен первоначальный диагноз? Где?	
5. Каков точный диагноз? На основании каких исследований он был поставлен? <i>(По возможности приложите имеющиеся в Вашем распоряжении копии выписок из истории болезни, амбулаторной карты, данных лабораторных анализов)</i>	
6. Имеются ли какие-либо связанные с данным заболеванием или дополнительноотягощающие его факторы (например, панкреатит)?	
7. Вы когда-нибудь были на диете из-за этого заболевания? (Да/Нет)	
8. Проводились ли Вам когда-нибудь какие-либо из следующих обследований желудочно-кишечного тракта или желчного пузыря? <i>(ДА / НЕТ)</i> Если «Да», пожалуйста, укажите дату и результат. Рентгенологическое исследование желудка, кишечника с барием, гастроскопия, бариевая клизма <i>(ирригоскопия)</i> , колоноскопия, холецистограмма, УЗИ органов брюшной полости?	
9. Какое лечение Вы проходили раньше / проходите в настоящее время? Укажите названия препаратов.	
10. Рекомендована / назначена (нужное подчеркнуть) ли Вам операция? Когда, где?	
11. Если Вам уже была сделана операция, укажите где и когда, результат. Есть ли рецидивы?	
12. Были ли Вы направлены на Экспертизу нетрудоспособности (для получения группы инвалидности) в связи с данным заболеванием? (Да/Нет) Если «ДА», укажите когда и результат заключения.	
13. Вы страдаете какими-либо другими заболеваниями?	
По возможности приложите, пожалуйста, имеющиеся в Вашем распоряжении копии выписок из больничного листа/карты и/или данных лабораторных анализов.	

Своей подписью Страхователь/Застрахованный подтверждает, что все сообщенные в настоящем заявлении сведения являются полными и достоверными. Страхователь/Застрахованный согласен с тем, что настоящий дополнительный вопросник совместно с любой другой предоставленной информацией составляет неотъемлемую часть договора страхования. Страхователь/Застрахованный информирован о том, что он несет ответственность за достоверность и полноту сообщаемых им сведений и в случае сообщения заведомо ложных сведений об обстоятельствах, имеющих существенное значение для суждения о степени риска, Страховщик вправе потребовать признания договора недействительным в отношении данного Застрахованного в соответствии с положениями ст.944 ГК РФ.

/ /	_____	/ /	_____
Дата	Ф.И.О. Страхователя/Застрахованного	Дата	Ф.И.О. Представителя Страховщика
	Подпись		Подпись

ОПРОСНЫЙ ЛИСТ
ЗАБОЛЕВАНИЯ ПОЗВОНОЧНИКА

Эта анкета является частью Заявления № _____ от _____ г.

Заполняется Страхователем или Застрахованным **в отношении Застрахованного**

ФИО: _____

Дата рождения: _____ Адрес _____

1. Когда у Вас впервые проявились признаки заболевания?	
2. Опишите характер болей/симптомы заболевания (например, боли в спине, раздражение нерва, нарушение походки, использование приспособлений при ходьбе, позиционные нарушения с деформацией грудной клетки).	
3. Когда последний раз наблюдались симптомы/боли?	
4. Когда был поставлен первоначальный диагноз? Где?	
5. Каков точный диагноз? На основании каких исследований он был поставлен? (По возможности приложите имеющиеся в Вашем распоряжении копии выписок из больничного листа или данных лабораторных анализов).	
6. Имеются ли какие-либо связанные с данным заболеванием или дополнительно отягощающие его факторы (например, нарушение функции сердечно-сосудистой системы или легких, а именно одышка).	

Своей подписью Страхователь/Застрахованный подтверждает, что все сообщенные в настоящем заявлении сведения являются полными и достоверными. Страхователь/Застрахованный согласен с тем, что настоящий дополнительный вопросник совместно с любой другой предоставленной информацией составляет неотъемлемую часть договора страхования. Страхователь/Застрахованный информирован о том, что он несет ответственность за достоверность и полноту сообщаемых им сведений и в случае сообщения заведомо ложных сведений об обстоятельствах, имеющих существенное значение для суждения о степени риска, Страховщик вправе потребовать признания договора недействительным в отношении данного Застрахованного в соответствии с положениями ст.944 ГК РФ.

/ /	_____	/ /	_____
	Ф.И.О.		Ф.И.О.
Дата	Страхователя/Застрахованного	Дата	Представителя Страховщика
	Подпись		Подпись

7. Какое лечение Вы проходили (укажите, пожалуйста, процедуры, препараты и т.п., например физиотерапия или наложение корсета, постоянное ношение корсета). Какое лечение Вы проходите в настоящее время?	
8. Рекомендована / назначена (нужное подчеркнуть) ли Вам операция? Когда, где?	
9. Проводились ли Вам ранее операции на опорно-двигательном аппарате? (ДА / НЕТ) Укажите характер операции дату и место, где она была выполнена.	
10. Ограничена ли Ваша двигательная активность?	
11. Бывали ли периоды нетрудоспособности, вследствие этого заболевания? (ДА / НЕТ) Как часто? Когда последний раз и какова продолжительность нахождения на больничном листе?	
12. Каков ближайший прогноз с учетом проведенного лечения и наблюдений?	
13. Вы страдаете какими-либо другими заболеваниями?	
<i>По возможности приложите, пожалуйста, имеющиеся в Вашем распоряжении копии выписок из больничного листа/карты и/или данных лабораторных анализов.</i>	

Своей подписью Страхователь/Застрахованный подтверждает, что все сообщенные в настоящем заявлении сведения являются полными и достоверными. Страхователь/Застрахованный согласен с тем, что настоящий дополнительный вопросник совместно с любой другой предоставленной информацией составляет неотъемлемую часть договора страхования. Страхователь/Застрахованный информирован о том, что он несет ответственность за достоверность и полноту сообщаемых им сведений и в случае сообщения заведомо ложных сведений об обстоятельствах, имеющих существенное значение для суждения о степени риска, Страховщик вправе потребовать признания договора недействительным в отношении данного Застрахованного в соответствии с положениями ст.944 ГК РФ.

/ /	_____	/ /	_____
Дата	Ф.И.О. Страхователя/Застрахованного	Дата	Ф.И.О. Представителя Страховщика
	Подпись		Подпись

ОПРОСНЫЙ ЛИСТ ИШЕМИЧЕСКАЯ БОЛЕЗНЬ СЕРДЦА

Эта анкета является частью Заявления № _____ от _____ г.

Заполняется Страхователем или Застрахованным в отношении Застрахованного

ФИО: _____

Дата рождения: _____ Адрес: _____

1. Укажите, пожалуйста, когда Вам впервые был установлен диагноз? Где? Какими были симптомы?	
2. Каков точный диагноз? На основании каких исследований он был поставлен? (По возможности приложите имеющиеся в Вашем распоряжении копии выписок из стационара, амбулаторной карты, электрокардиограммы, результаты холтеровского мониторирования, или данных лабораторных анализов).	
3.Беспокоят ли Вас боли в области сердца, одышка? (ДА / НЕТ) Если «НЕТ», укажите, как давно нет симптомов ишемической болезни сердца. Опишите характер болей (например, колющие, давящие, жгучие и т.п.) Когда появляются боли? (при физической нагрузке, в покое)	
4. Отмечаете ли Вы перебои в работе сердца? (ДА / НЕТ) Был ли Вам поставлен диагноз аритмии? (ДА / НЕТ) Если «ДА», укажите точный диагноз и когда он был поставлен.	

Своей подписью Страхователь/Застрахованный подтверждает, что все сообщенные в настоящем заявлении сведения являются полными и достоверными. Страхователь/Застрахованный согласен с тем, что настоящий дополнительный вопросник совместно с любой другой предоставленной информацией составляет неотъемлемую часть договора страхования. Страхователь/Застрахованный информирован о том, что он несет ответственность за достоверность и полноту сообщаемых им сведений и в случае сообщения заведомо ложных сведений об обстоятельствах, имеющих существенное значение для суждения о степени риска, Страховщик вправе потребовать признания договора недействительным в отношении данного Застрахованного в соответствии с положениями ст.944 ГК РФ.

/ /	_____	/ /	_____
Дата	Ф.И.О. Страхователя/Застрахованного	Дата	Ф.И.О. Представителя Страховщика
	Подпись		Подпись

5. Отмечаете ли Вы повышение артериального давления? Укажите максимальные и минимальные показатели артериального давления? Укажите последние показатели артериального давления и дату, когда производилось их измерение	
6. Укажите, переносили ли вы ранее инфаркт миокарда, инсульт, тромбоэмболию легочной артерии, был ли Вам установлен диагноз порока сердца, гипертонической болезни? (ДА / НЕТ) Если Вы ответили «ДА», укажите заболевание и когда был поставлен диагноз.	
7. Были ли у Вас выявлены атеросклеротические изменения сосудов сердца? Когда?	
8. Принимаете ли Вы в настоящее время лекарственные препараты в связи с ишемической болезнью сердца? Укажите название лекарственных препаратов и режим приема.	
9. Можно ли Ваше состояние рассматривать как устойчивое, улучшающееся или ухудшающееся?	
10. Какой объем физической активности Вам разрешен (если ограниченный, пожалуйста, укажите какой и предоставьте все детали возобновления активности).	
11. Были ли Вы направлены на Экспертизу нетрудоспособности (для получения группы инвалидности) в связи с данным заболеванием? (ДА / НЕТ) Если «ДА», укажите когда и результат заключения.	
12. Сколько раз и сколько дней Вы находились на листе нетрудоспособности по причине данного заболевания за последний год? В предыдущие годы (в среднем)?	
13. Когда Вам назначено следующее плановое обследование в связи с данным заболеванием?	
По возможности приложите, пожалуйста, имеющиеся в Вашем распоряжении копии выписок из больничного листа/карты и/или данных лабораторных анализов.	

Своей подписью Страхователь/Застрахованный подтверждает, что все сообщенные в настоящем заявлении сведения являются полными и достоверными. Страхователь/Застрахованный согласен с тем, что настоящий дополнительный вопросник совместно с любой другой предоставленной информацией составляет неотъемлемую часть договора страхования. Страхователь/Застрахованный информирован о том, что он несет ответственность за достоверность и полноту сообщаемых им сведений и в случае сообщения заведомо ложных сведений об обстоятельствах, имеющих существенное значение для суждения о степени риска, Страховщик вправе потребовать признания договора недействительным в отношении данного Застрахованного в соответствии с положениями ст.944 ГК РФ.

/ /	_____	/ /	_____
	Ф.И.О.		Ф.И.О.
Дата	Подпись	Дата	Подпись
	Страхователя/Застрахованного		Представителя Страховщика

**ОПРОСНЫЙ ЛИСТ
МОЧЕКАМЕННАЯ БОЛЕЗНЬ**

Эта анкета является частью Заявления № _____ от _____ г.

Заполняется Страхователем или Застрахованным **в отношении Застрахованного**

ФИО: _____

Дата рождения: _____ Адрес _____

1. Когда у Вас впервые проявились признаки заболевания?	
2. Когда последний раз наблюдались симптомы/боли?	
3. Когда был поставлен первоначальный диагноз? Где?	
4. Каков точный диагноз На основании каких исследований он был поставлен? (По возможности приложите имеющиеся в Вашем распоряжении копии выписок из истории болезни, амбулаторной карты, данных лабораторных анализов, ультразвуковой диагностики).	
5. Имеются ли какие-либо связанные с данным заболеванием или дополнительно отягощающие его факторы, например, артериальная гипертензия, диабет, ревматические заболевания?	
6. Укажите количество конкрементов (камней) в каждой почке.	
7. Укажите размеры конкрементов.	
8. Какое лечение Вы проходите в настоящее время? Укажите названия препаратов.	

Своей подписью Страхователь/Застрахованный подтверждает, что все сообщенные в настоящем заявлении сведения являются полными и достоверными. Страхователь/Застрахованный согласен с тем, что настоящий дополнительный вопросник совместно с любой другой предоставленной информацией составляет неотъемлемую часть договора страхования. Страхователь/Застрахованный информирован о том, что он несет ответственность за достоверность и полноту сообщаемых им сведений и в случае сообщения заведомо ложных сведений об обстоятельствах, имеющих существенное значение для суждения о степени риска, Страховщик вправе потребовать признания договора недействительным в отношении данного Застрахованного в соответствии с положениями ст.944 ГК РФ.

/ /	_____	/ /	_____
Дата	Ф.И.О. Страхователя/Застрахованного	Дата	Ф.И.О. Представителя Страховщика
	Подпись		Подпись

9. Переносили ли Вы ранее операции на мочевыводящих путях по поводу мочекаменной болезни? Рекомендована ли Вам операция? Когда, где?	
10. Отмечались ли повторные образования камней в мочевыводящих путях (после их удаления / выведения)? (ДА / НЕТ) Если «Да», укажите сколько было рецидивов.	
11. Укажите, пожалуйста, дату и результаты последних исследований мочи (белок, сахар, эритроциты, лейкоциты, соли, бактерии ...) и крови (мочевина, креатинин, мочевая кислота, холестерин, триглицериды гематокрит, гемоглобин ...) (по возможности, приложите копии результатов) данные измерения артериального давления.	
12. Вы страдаете какими-либо другими заболеваниями?	
13. Страдали ли / страдают ли кто-либо из Ваших родственников (мать, отец, дедушки/бабушки, братья/сестры, тети/дяди ...) поликистозом почек, мочекаменной болезнью, другими хроническими заболеваниями почек?	
14. Были ли Вы направлены на Экспертизу нетрудоспособности (для получения группы инвалидности) в связи с данным заболеванием? (ДА / НЕТ) Если «ДА», укажите когда и результат заключения.	
По возможности приложите, пожалуйста, имеющиеся в Вашем распоряжении копии выписок из истории болезни, амбулаторной карты и/или данных лабораторных анализов.	

Своей подписью Страхователь/Застрахованный подтверждает, что все сообщенные в настоящем заявлении сведения являются полными и достоверными. Страхователь/Застрахованный согласен с тем, что настоящий дополнительный вопросник совместно с любой другой предоставленной информацией составляет неотъемлемую часть договора страхования. Страхователь/Застрахованный информирован о том, что он несет ответственность за достоверность и полноту сообщаемых им сведений и в случае сообщения заведомо ложных сведений об обстоятельствах, имеющих существенное значение для суждения о степени риска, Страховщик вправе потребовать признания договора недействительным в отношении данного Застрахованного в соответствии с положениями ст.944 ГК РФ.

/ /			/ /	
	Ф.И.О.	Подпись		Ф.И.О.
Дата	Страхователя/Застрахованного		Дата	Представителя Страховщика
				Подпись

ОПРОСНЫЙ ЛИСТ
НЕВРАЛГИЯ

Эта анкета является частью Заявления № _____ от _____ г.

Заполняется Страхователем или Застрахованным **в отношении Застрахованного**

ФИО: _____

Дата рождения: _____ Адрес: _____

1. Когда у Вас впервые проявились признаки заболевания?	
2. Опишите характер болей/симптомы заболевания.	
3. Когда последний раз наблюдались симптомы/боли? Сколько приступов болей отмечалось за последний год?	
4. Когда был поставлен первоначальный диагноз?	
5. Каков точный диагноз? и на основании каких исследований он был поставлен? (По возможности приложите имеющиеся в Вашем распоряжении копии выписок из истории болезни, амбулаторной карты, данных лабораторных анализов, инструментальных, рентгенологических исследований, компьютерной томографии и др.)	
6. Подвергались ли Вы длительному воздействию токсических веществ? (ДА / НЕТ) Если «Да» укажите подробности	
7. Переносили ли Вы ранее инсульт, менингит, энцефалит, полиомиелит, черепно-мозговую травму, травматические повреждения нервов? (ДА / НЕТ) Если «Да», укажите когда. Отмечается ли у Вас в настоящее время (отмечались ли в прошлом) нарушение речи, походки, мышечная слабость, частые головные боли, параличи?	

Своей подписью Страхователь/Застрахованный подтверждает, что все сообщенные в настоящем заявлении сведения являются полными и достоверными. Страхователь/Застрахованный согласен с тем, что настоящий дополнительный вопросник совместно с любой другой предоставленной информацией составляет неотъемлемую часть договора страхования. Страхователь/Застрахованный информирован о том, что он несет ответственность за достоверность и полноту сообщаемых им сведений и в случае сообщения заведомо ложных сведений об обстоятельствах, имеющих существенное значение для суждения о степени риска, Страховщик вправе потребовать признания договора недействительным в отношении данного Застрахованного в соответствии с положениями ст. 944 ГК РФ.

/ /	_____	/ /	_____
Дата	Ф.И.О. Страхователя/Застрахованного	Дата	Ф.И.О. Представителя Страховщика
	Подпись		Подпись

8. Какое лечение Вы проходите в настоящее время? Укажите, пожалуйста, названия препаратов, процедуры и т.п.	
9. Были ли ранее оперативные вмешательства на головном/спинном мозге, периферических нервах? (ДА / НЕТ) Если «Да», то укажите по поводу какого заболевания проводилась операция и когда.	

10. Отмечались ли периоды нетрудоспособности, вследствие этого заболевания? (ДА / НЕТ) Как часто? Когда последний раз и какова продолжительность нахождения на больничном листе?	
11. Каков ближайший прогноз с учетом проведенного лечения и наблюдений?	
12. Вы страдаете какими-либо другими заболеваниями?	
По возможности приложите, пожалуйста, имеющиеся в Вашем распоряжении копии выписок из истории болезни, амбулаторной карты и/или данных лабораторных анализов.	

Своей подписью Страхователь/Застрахованный подтверждает, что все сообщенные в настоящем заявлении сведения являются полными и достоверными. Страхователь/Застрахованный согласен с тем, что настоящий дополнительный вопросник совместно с любой другой предоставленной информацией составляет неотъемлемую часть договора страхования. Страхователь/Застрахованный информирован о том, что он несет ответственность за достоверность и полноту сообщаемых им сведений и в случае сообщения заведомо ложных сведений об обстоятельствах, имеющих существенное значение для суждения о степени риска, Страховщик вправе потребовать признания договора недействительным в отношении данного Застрахованного в соответствии с положениями ст. 944 ГК РФ.

/ /			/ /		
Дата	Ф.И.О.	Подпись	Дата	Ф.И.О.	Подпись
	Страхователя/Застрахованного			Представителя Страховщика	

**ОПРОСНЫЙ ЛИСТ
НОВООБРАЗОВАНИЯ**

Эта анкета является частью Заявления № _____ от _____ г.

Заполняется Страхователем или Застрахованным **в отношении Застрахованного**

ФИО: _____

Дата рождения: _____ Адрес _____

1. Какова локализация опухоли и/или какие органы вовлечены в процесс?	
2. Каков точный диагноз на основе гистологии/цитологии?	
3. Определите природу опухоли: • Доброкачественная • Злокачественная	
4. Когда был поставлен первоначальный диагноз? Где?	
5. Какова была стадия заболевания на дату диагностирования? (Пожалуйста, опишите стадию, используя общепризнанную классификацию).	
6. Была ли/есть ли (если в настоящий момент) опухоль полностью локализована?: Есть ли другие опухоли?	
7. Было ли/есть ли прорастание в соседние ткани?	

Своей подписью Страхователь/Застрахованный подтверждает, что все сообщенные в настоящем заявлении сведения являются полными и достоверными. Страхователь/Застрахованный согласен с тем, что настоящий дополнительный вопросник совместно с любой другой предоставленной информацией составляет неотъемлемую часть договора страхования. Страхователь/Застрахованный информирован о том, что он несет ответственность за достоверность и полноту сообщаемых им сведений и в случае сообщения заведомо ложных сведений об обстоятельствах, имеющих существенное значение для суждения о степени риска, Страховщик вправе потребовать признания договора недействительным в отношении данного Застрахованного в соответствии с положениями ст.944 ГК РФ.

/ / _____	_____	/ / _____	_____
Ф.И.О.	Подпись	Ф.И.О.	Подпись
Дата	Страхователя/Застрахованного	Дата	Представителя Страховщика

8. Были ли/есть ли затронуты региональные лимфатические узлы? Если «да», насколько?	
9. Были ли/есть ли отдаленные метастазы?	
10. Какое лечение применялось/применяется? (Укажите, пожалуйста, название, дата, продолжительность терапии).	
11. Наблюдались ли рецидивы заболевания? Если «да», пожалуйста, укажите подробности, включая дату каждого рецидива.	
12. Проводились ли / проводятся ли последующие гистологические исследования, исследования на маркеры опухоли, серологические исследования? (Укажите, пожалуйста, дату и результат).	
13. Насколько это возможно, оцените, пожалуйста, степень излеченности заболевания?	
14. Каков ближайший прогноз с учетом проведенного лечения и наблюдений?	
15. Рекомендована / назначена (нужное подчеркнуть) ли Вам операция? Когда, где?	
16. Известно ли Вам о каких-либо случаях злокачественных новообразований или генетической предрасположенности к ним в Вашей семейной истории?	
17. Когда у Вас следующий плановый осмотр?	
По возможности приложите, пожалуйста, имеющиеся в Вашем распоряжении копии выписок из больничного листа/карты и/или данных лабораторных анализов.	

Своей подписью Страхователь/Застрахованный подтверждает, что все сообщенные в настоящем заявлении сведения являются полными и достоверными. Страхователь/Застрахованный согласен с тем, что настоящий дополнительный вопросник совместно с любой другой предоставленной информацией составляет неотъемлемую часть договора страхования. Страхователь/Застрахованный информирован о том, что он несет ответственность за достоверность и полноту сообщаемых им сведений и в случае сообщения заведомо ложных сведений об обстоятельствах, имеющих существенное значение для суждения о степени риска, Страховщик вправе потребовать признания договора недействительным в отношении данного Застрахованного в соответствии с положениями ст.944 ГК РФ.

/ /	_____	/ /	_____
	Ф.И.О.		Ф.И.О.
Дата	Подпись	Дата	Подпись
	Страхователя/Застрахованного		Представителя Страховщика

ОПРОСНЫЙ ЛИСТ
ПИЕЛОНЕФРИТ

Эта анкета является частью Заявления № _____ от _____ г.

Заполняется Страхователем или Застрахованным **в отношении Застрахованного**

ФИО: _____

Дата рождения: _____ Адрес _____

1. Когда у Вас впервые проявились признаки заболевания?	
2. Опишите симптомы заболевания.	
3. Когда последний раз наблюдались симптомы?	
4. Когда был поставлен первоначальный диагноз? Где?	
5. Каков точный диагноз На основании каких исследований он был поставлен? (По возможности приложите имеющиеся в Вашем распоряжении копии выписок из истории болезни, амбулаторной карты, данных лабораторных анализов, ультразвуковой диагностики).	
6. Имеются ли какие-либо связанные с данным заболеванием или дополнительно отягощающие его факторы, например, артериальная гипертензия, диабет, ревматические заболевания? Укажите последние показатели артериального давления и дату исследования.	

Своей подписью Страхователь/Застрахованный подтверждает, что все сообщенные в настоящем заявлении сведения являются полными и достоверными. Страхователь/Застрахованный согласен с тем, что настоящий дополнительный вопросник совместно с любой другой предоставленной информацией составляет неотъемлемую часть договора страхования. Страхователь/Застрахованный информирован о том, что он несет ответственность за достоверность и полноту сообщаемых им сведений и в случае сообщения заведомо ложных сведений об обстоятельствах, имеющих существенное значение для суждения о степени риска, Страховщик вправе потребовать признания договора недействительным в отношении данного Застрахованного в соответствии с положениями ст.944 ГК РФ.

/ / _____	/ / _____
Ф.И.О.	Ф.И.О.
Дата	Дата
Страхователя/Застрахованного	Представителя Страховщика
Подпись	Подпись

7. Какое лечение Вы проходите в настоящее время? Укажите названия препаратов.	
8. Переносили ли Вы ранее операции на мочевыводящих путях? Укажите когда и по какому поводу проводилась операция.	
9. Укажите, пожалуйста, дату и результаты последних исследований мочи (<i>белок, сахар, эритроциты, лейкоциты, соли, бактерии ...</i>) и крови (<i>мочевина, креатинин, мочевая кислота, холестерин, триглицериды гематокрит, гемоглобин ...</i>) (по возможности, приложите копии результатов) данные измерения артериального давления	
10. Страдаете ли Вы какими-либо другими заболеваниями?	
11. Страдали ли / страдают ли кто-либо из Ваших родственников (<i>мать, отец, бабушки/дедушки, братья/сестры, тети/дяди...</i>) поликистозом почек, другими хроническими заболеваниями почек, амилоидозом, ревматическими заболеваниями?	
12. Сколько раз и сколько дней Вы находились на листе нетрудоспособности по причине данного заболевания за последний год? В предыдущие годы (<i>в среднем</i>)?	
13. Были ли Вы направлены на Экспертизу нетрудоспособности (для получения группы инвалидности) в связи с данным заболеванием? (<i>ДА / НЕТ</i>) Если «ДА», укажите когда и результат заключения.	
По возможности приложите, пожалуйста, имеющиеся в Вашем распоряжении копии выписок из истории болезни, амбулаторной карты и/или данных лабораторных анализов.	

Своей подписью Страхователь/Застрахованный подтверждает, что все сообщенные в настоящем заявлении сведения являются полными и достоверными. Страхователь/Застрахованный согласен с тем, что настоящий дополнительный вопросник совместно с любой другой предоставленной информацией составляет неотъемлемую часть договора страхования. Страхователь/Застрахованный информирован о том, что он несет ответственность за достоверность и полноту сообщаемых им сведений и в случае сообщения заведомо ложных сведений об обстоятельствах, имеющих существенное значение для суждения о степени риска, Страховщик вправе потребовать признания договора недействительным в отношении данного Застрахованного в соответствии с положениями ст.944 ГК РФ.

/ /	_____	/ /	_____
Дата	Ф.И.О. Страхователя/Застрахованного	Дата	Ф.И.О. Представителя Страховщика
	Подпись		Подпись

ОПРОСНЫЙ ЛИСТ
САХАРНЫЙ ДИАБЕТ

Эта анкета является частью Заявления № _____ от _____ г.

Заполняется Страхователем или Застрахованным **в отношении Застрахованного**

ФИО: _____

Дата рождения: _____ Адрес _____

1. Укажите, пожалуйста, когда Вам впервые был диагностирован диабет? Где?	
2. Каков точный диагноз (тип диабета, стадия заболевания)? На основании каких исследований он был поставлен? (По возможности приложите имеющиеся в Вашем распоряжении копии выписок из стационара, амбулаторной карты, копии электрокардиограммы, или данных лабораторных анализов).	
3. Вы находитесь под регулярным медицинским наблюдением по поводу диабета? (ДА / НЕТ) Если «Да», пожалуйста, укажите имя и адрес врача. Как часто Вы консультируетесь у врача?	
4. Какое лечение Вы получаете? а) соблюдение диеты / регулярные упражнения? (ДА / НЕТ) б) Пероральные препараты? (ДА / НЕТ) в) Инсулин? (ДА / НЕТ) Если «Да», укажите вид/дозировку и полную суточную дозу.	

Своей подписью Страхователь/Застрахованный подтверждает, что все сообщенные в настоящем заявлении сведения являются полными и достоверными. Страхователь/Застрахованный согласен с тем, что настоящий дополнительный вопросник совместно с любой другой предоставленной информацией составляет неотъемлемую часть договора страхования. Страхователь/Застрахованный информирован о том, что он несет ответственность за достоверность и полноту сообщаемых им сведений и в случае сообщения заведомо ложных сведений об обстоятельствах, имеющих существенное значение для суждения о степени риска, Страховщик вправе потребовать признания договора недействительным в отношении данного Застрахованного в соответствии с положениями ст.944 ГК РФ.

/ / _____	/ / _____
Ф.И.О.	Ф.И.О.
Дата	Дата
Страхователя/Застрахованного	Представителя Страховщика
Подпись	Подпись

5. Вы проводите тесты дома? (ДА / НЕТ) Если «Да», пожалуйста, укажите даты и результаты последних трёх измерений сахара в крови и в моче. а) Исследование сахара в крови глюкометром б) Исследование мочи с помощью индикатора	
6. Вы когда-нибудь страдали следующими заболеваниями? Если «Да», пожалуйста, укажите какие заболевания, дату диагностики и лечение. Инфекции, например фурункулы и абсцессы, заболевание глаз, заболевание сердца, повышение артериального давления, заболевание почек, включая белок в моче, боль или жжение в ногах и стопах, снижение кровообращения в ногах.	
7. Была ли у Вас когда-нибудь диабетическая кома? (ДА / НЕТ) Если «Да», пожалуйста, укажите тип и частоту (количество ком за 1 год). • Гипогликемическая (инсулиновая кома) • Кетоацидозная (диабетическая кома) Дата последней комы	
8. Вы когда-нибудь проводили какую-либо из нижеприведенных процедур? Если «Да», пожалуйста, укажите дату и результат исследования. Электрокардиограмма, рентген грудной клетки, липидный спектр, гликозилированный гемоглобин (HbA1c)	
9. Были ли Вы направлены на Экспертизу нетрудоспособности (для получения группы инвалидности) в связи с данным заболеванием? (ДА / НЕТ) Если «ДА», укажите когда и результат заключения.	
10. Сколько раз и сколько дней Вы находились на листе нетрудоспособности по причине данного заболевания за последний год? В предыдущие годы (в среднем)?	
По возможности приложите, пожалуйста, имеющиеся в Вашем распоряжении копии выписок из истории болезни, амбулаторной карты и/или данных лабораторных анализов.	

Своей подписью Страхователь/Застрахованный подтверждает, что все сообщенные в настоящем заявлении сведения являются полными и достоверными. Страхователь/Застрахованный согласен с тем, что настоящий дополнительный вопросник совместно с любой другой предоставленной информацией составляет неотъемлемую часть договора страхования. Страхователь/Застрахованный информирован о том, что он несет ответственность за достоверность и полноту сообщаемых им сведений и в случае сообщения заведомо ложных сведений об обстоятельствах, имеющих существенное значение для суждения о степени риска, Страховщик вправе потребовать признания договора недействительным в отношении данного Застрахованного в соответствии с положениями ст.944 ГК РФ.

/ /	_____	/ /	_____
	Ф.И.О.		Ф.И.О.
Дата	Подпись	Дата	Подпись
	Страхователя/Застрахованного		Представителя Страховщика

ОПРОСНЫЙ ЛИСТ
СЕРДЕЧНАЯ НЕДОСТАТОЧНОСТЬ

Эта анкета является частью Заявления № _____ от _____ г.

Заполняется Страхователем или Застрахованным **в отношении Застрахованного**

ФИО: _____

Дата рождения: _____ Адрес _____

1. Укажите, пожалуйста, когда Вам впервые был установлен диагноз сердечная недостаточность? Где?	
2. Каков точный диагноз? На основании каких исследований он был поставлен? (По возможности приложите имеющиеся в Вашем распоряжении копии выписок из стационара, амбулаторной карты, копии электрокардиограммы, или данных лабораторных анализов).	
3. Отмечаются ли у вас отеки нижних конечностей, и/или одышка при ходьбе? (ДА / НЕТ) Если Вы ответили «ДА», укажите подробности (носит ли одышка постоянный характер, в связи с чем она появляется)	
4. Отмечаются ли у Вас боли в области сердца? Укажите частоту появления болей в области сердца, их характер и причину появления. Беспокоят ли Вас боли в области сердца при отсутствии физической нагрузки?	
5. Были ли ранее оперативные вмешательства на сердце, коронарных сосудах сердца, крупных (магистральных) сосудах. (ДА / НЕТ) Если Вы ответили «ДА», укажите характер операции, когда и в связи с чем она была выполнена.	

Своей подписью Страхователь/Застрахованный подтверждает, что все сообщенные в настоящем заявлении сведения являются полными и достоверными. Страхователь/Застрахованный согласен с тем, что настоящий дополнительный вопросник совместно с любой другой предоставленной информацией составляет неотъемлемую часть договора страхования. Страхователь/Застрахованный информирован о том, что он несет ответственность за достоверность и полноту сообщаемых им сведений и в случае сообщения заведомо ложных сведений об обстоятельствах, имеющих существенное значение для суждения о степени риска, Страховщик вправе потребовать признания договора недействительным в отношении данного Застрахованного в соответствии с положениями ст.944 ГК РФ.

/ /	_____	/ /	_____
	Ф.И.О.		Ф.И.О.
Дата	Страхователя/Застрахованного	Дата	Представителя Страховщика
	Подпись		Подпись

6. Укажите, переносили ли вы ранее инфаркт миокарда, инсульт, тромбоэмболию легочной артерии, отмечается ли у вас нарушение сердечного ритма, был ли Вам установлен диагноз порока сердца, гипертонической болезни? (ДА / НЕТ) Если Вы ответили «ДА», укажите заболевание и когда был поставлен диагноз.	
7. Какой объем физической активности Вам разрешен (если ограниченный, пожалуйста, укажите какой и предоставьте все детали возобновления активности)	
8. Какие лекарственные препараты вы принимаете для лечения сердечной недостаточности? Укажите название препарата, дозировку и режим приема лекарств.	
9. Можно ли Ваше состояние рассматривать как устойчивое, улучшающееся или ухудшающееся?	
10. Были ли Вы направлены на Экспертизу нетрудоспособности (для получения группы инвалидности) в связи с данным заболеванием? (ДА / НЕТ) Если «ДА», укажите когда и результат заключения.	
11. Сколько раз и сколько дней Вы находились на листе нетрудоспособности по причине данного заболевания за последний год? В предыдущие годы (в среднем)?	
По возможности приложите, пожалуйста, имеющиеся в Вашем распоряжении копии выписок из больничного листа/карты и/или данных лабораторных анализов.	

Своей подписью Страхователь/Застрахованный подтверждает, что все сообщенные в настоящем заявлении сведения являются полными и достоверными. Страхователь/Застрахованный согласен с тем, что настоящий дополнительный вопросник совместно с любой другой предоставленной информацией составляет неотъемлемую часть договора страхования. Страхователь/Застрахованный информирован о том, что он несет ответственность за достоверность и полноту сообщаемых им сведений и в случае сообщения заведомо ложных сведений об обстоятельствах, имеющих существенное значение для суждения о степени риска, Страховщик вправе потребовать признания договора недействительным в отношении данного Застрахованного в соответствии с положениями ст.944 ГК РФ.

/ /	_____	/ /	_____	
	Ф.И.О.		Ф.И.О.	
Дата	Подпись	Дата	Подпись	
	Страхователя/Застрахованного		Представителя Страховщика	

ОПРОСНЫЙ ЛИСТ
ХРОНИЧЕСКИЙ БРОНХИТ /
ЭМФИЗЕМА ЛЕГКИХ /
ПНЕВМОСКЛЕРОЗ

Эта анкета является частью Заявления № _____ от _____ г.

Заполняется Страхователем или Застрахованным **в отношении Застрахованного**

ФИО: _____

Дата рождения: _____ Адрес _____

1. Когда Вы почувствовали первые симптомы болезни?	
2. Как часто Вы испытываете приступы/симптомы заболевания? Укажите кол-во за год. Есть ли какие-то особые причины, которые их вызывают? (укажите подробнее)	
3. Когда последний раз наблюдались симптомы данного заболевания?	
4. Когда был поставлен первоначальный диагноз?	
5. Каков точный диагноз? На основании каких исследований он был поставлен? (По возможности приложите имеющиеся в Вашем распоряжении копии выписок из больничного листа или данных лабораторных анализов). Делали ли вы когда-нибудь рентгенограмму грудной клетки или какие-либо тесты функции легких? (ДА / НЕТ) Если «Да», пожалуйста, укажите дату и результат. Укажите, пожалуйста, объем форсированного выдоха.	

Своей подписью Страхователь/Застрахованный подтверждает, что все сообщенные в настоящем заявлении сведения являются полными и достоверными. Страхователь/Застрахованный согласен с тем, что настоящий дополнительный вопросник совместно с любой другой предоставленной информацией составляет неотъемлемую часть договора страхования. Страхователь/Застрахованный информирован о том, что он несет ответственность за достоверность и полноту сообщаемых им сведений и в случае сообщения заведомо ложных сведений об обстоятельствах, имеющих существенное значение для суждения о степени риска, Страховщик вправе потребовать признания договора недействительным в отношении данного Застрахованного в соответствии с положениями ст.944 ГК РФ.

/ / _____	/ / _____
Ф.И.О.	Ф.И.О.
Дата	Дата
Страхователя/Застрахованного	Представителя Страховщика
Подпись	Подпись

6. Проходили ли Вы лечение по поводу данного заболевания? (ДА / НЕТ) Если «ДА», пожалуйста, укажите характер лечения (антибактериальные препараты, бронходилататоры, аэрозольные ингаляторы, стероидная терапия...)	
7. Подвергались ли Вы длительному воздействию токсических веществ? Связана ли Ваша работа в настоящее время (в прошлом) с профессиональными вредностями, например, асбестовое производство, угольная промышленность, работа с бериллием, кремнием?	
8. Сколько раз и сколько дней Вы находились на листе нетрудоспособности по причине данного заболевания за последний год? В предыдущие годы (в среднем)?	
9. Трудоспособны ли Вы сейчас? (ДА / НЕТ) Если «НЕТ», то как долго это состояние продлится?	
10. Курите ли Вы? (ДА / НЕТ) Если «Да», укажите, пожалуйста, что именно (сигареты (суперлегкие, легкие, обыкновенные...), сигары, трубка..) и сколько.	
11. Были ли Вы направлены на Экспертизу нетрудоспособности (для получения группы инвалидности) в связи с данным заболеванием? (ДА/НЕТ) Если «ДА», укажите когда и результат заключения.	
По возможности приложите, пожалуйста, имеющиеся в Вашем распоряжении копии выписок из истории болезни, амбулаторной карты и/или данных лабораторных анализов.	

Своей подписью Страхователь/Застрахованный подтверждает, что все сообщенные в настоящем заявлении сведения являются полными и достоверными. Страхователь/Застрахованный согласен с тем, что настоящий дополнительный вопросник совместно с любой другой предоставленной информацией составляет неотъемлемую часть договора страхования. Страхователь/Застрахованный информирован о том, что он несет ответственность за достоверность и полноту сообщаемых им сведений и в случае сообщения заведомо ложных сведений об обстоятельствах, имеющих существенное значение для суждения о степени риска, Страховщик вправе потребовать признания договора недействительным в отношении данного Застрахованного в соответствии с положениями ст.944 ГК РФ.

/ /	_____	/ /	_____
Дата	Ф.И.О. Страхователя/Застрахованного	Дата	Ф.И.О. Представителя Страховщика
	Подпись		Подпись

АНКЕТА ВЫЕЗД ЗА РУБЕЖ

к Заявлению № _____ от ____ . ____ . 20__ г.

Заполняется Страхователем или Застрахованным в отношении Застрахованного

	ВОПРОСЫ	ОТВЕТЫ
1.	Фамилия, имя, отчество	
	Дата рождения	
2.	В какую страну / страны Вы собираетесь поехать?	
3.	Сколько раз в год Вы намереваетесь совершать выезды за границу?	
4.	Как долго Вы собираетесь там оставаться?	☐ < 4 недель ☐ от 4 недель до 12 месяцев ☐ > 12 месяцев
5.	Вы собираетесь подать документы на постоянное место жительства за границей? Если известно, пожалуйста, предоставьте Ваш новый адрес	☐ да ☐ нет
6.	Где Вы преимущественно будете проводить время в этой / этих странах?	☐ в крупных городах или другой местности с особенно благоприятными условиями пребывания ☐ в других местностях с хорошими и организованными условиями, которые, однако, отражают местные особенности (напр., мелкие и средние города) ☐ в другой местности, в которой условия проживания и работы оцениваются как трудные (напр., сельская местность)
Ответьте, пожалуйста, на следующие вопросы, если Вы предполагаете работать во время пребывания на территории других стран (например, в командировке).		
7.	Какова Ваша профессия? Пожалуйста, опишите Ваши служебные обязанности	
8.	Приблизительно, какой процент Вашей деятельности составляют: ☐ офисная, административная, преподавательская деятельность ☐ небольшие физические нагрузки ☐ значительные физические нагрузки	_____ % _____ % _____ %
9.	Подвержены ли Вы специфическим рискам в Вашей профессии? Если да, укажите подробнее	☐ да ☐ нет

Своей подписью Страхователь/Застрахованный подтверждает, что все сообщенные в настоящем заявлении сведения являются полными и достоверными. Страхователь/Застрахованный согласен с тем, что настоящий дополнительный вопросник совместно с любой другой предоставленной информацией составляет неотъемлемую часть договора страхования. Страхователь/Застрахованный информирован о том, что он несет ответственность за достоверность и полноту сообщаемых им сведений и в случае сообщения заведомо ложных сведений об обстоятельствах, имеющих существенное значение для суждения о степени риска, Страховщик вправе потребовать признания договора недействительным в отношении данного Застрахованного в соответствии с положениями ст.944 ГК РФ.

/ /	_____	/ /	_____
	Ф.И.О.		Ф.И.О.
Дата	Подпись Страхователя/Застрахованного	Дата	Подпись Представителя Страховщика

**АНКЕТА
РОД ДЕЯТЕЛЬНОСТИ**

к Заявлению № _____ от _____ 20__ г.

Заполняется Страхователем или Застрахованным в отношении Застрахованного

Фамилия, имя, отчество		
Дата и место рождения		
Образование		
1.	Наименование компании, в которой Вы работаете. (название / юр. адрес / факт. адрес)	
	Укажите сферу деятельности компании.	
	Когда была организована компания?	
2.	Тип занятости	☐ постоянно работаете ☐ временно работаете ☐ работаете по договору об оказании услуг
3.	С какого времени Вы работаете в компании? Стаж работы?	
4.	В какой должности Вы работаете в компании в данный момент? С какого времени?	
	Опишите ваши основные обязанности, род занятий, характер работы	
5.	Пожалуйста, опишите кратко основные этапы вашей карьеры в компании	
6.	Какой процент Вашего времени занимают:	
	- административная деятельность	☐ ☐ %
	- творческая работа	☐ ☐ %
	- путешествия и переезды, командировки (укажите города, страны, регионы)	☐ ☐ %
	- ручной (физический труд)	☐ ☐ %
7.	Заняты ли Вы на другой работе, помимо основной? Если «Да», опишите характер работы	

Своей подписью Страхователь/Застрахованный подтверждает, что все сообщенные в настоящем заявлении сведения являются полными и достоверными. Страхователь/Застрахованный согласен с тем, что настоящий дополнительный вопросник совместно с любой другой предоставленной информацией составляет неотъемлемую часть договора страхования. Страхователь/Застрахованный информирован о том, что он несет ответственность за достоверность и полноту сообщаемых им сведений и в случае сообщения заведомо ложных сведений об обстоятельствах, имеющих существенное значение для суждения о степени риска, Страховщик вправе потребовать признания договора недействительным в отношении данного Застрахованного в соответствии с положениями ст.944 ГК РФ.

/ /	_____	/ /	_____
	Ф.И.О.		Ф.И.О.
Дата	Подпись Страхователя/Застрахованного	Дата	Подпись Представителя Страховщика

Подвергаетесь ли Вы какой-либо опасности во время выполнения ваших профессиональных обязанностей?		
8.	Подъем или перемещение тяжелых грузов?	☐ Да Детали: ☐ Нет
	Работа под землей, водой или на высоте? Если «Да», >15 м или <15 м?	☐ Да Детали: ☐ Нет
	Работа с химикатами или газами?	☐ Да Детали: ☐ Нет
	Работа с радиоактивными веществами?	☐ Да Детали: ☐ Нет
	Работа со взрывчатыми веществами?	☐ Да Детали: ☐ Нет
	Работа с высоким напряжением?	☐ Да Детали: ☐ Нет
	Регулярная смена или плавающий рабочий график?	☐ Да Детали: ☐ Нет
	Ненормированный рабочий день?	☐ Да Детали: ☐ Нет
9.	Переносили ли Вы какое-либо заболевание или получали ли травму в результате Вашей работы?	
10.	Приходилось ли Вам менять место работы за последние 5 лет? <i>Укажите название компаний, сферу деятельности, род Ваших занятий в этих компаниях, должность, стаж</i>	
11.	Намереваетесь ли Вы сменить работу в ближайшие двенадцать месяцев? По какой причине?	

Своей подписью Страхователь/Застрахованный подтверждает, что все сообщенные в настоящем заявлении сведения являются полными и достоверными. Страхователь/Застрахованный согласен с тем, что настоящий дополнительный вопросник совместно с любой другой предоставленной информацией составляет неотъемлемую часть договора страхования. Страхователь/Застрахованный информирован о том, что он несет ответственность за достоверность и полноту сообщаемых им сведений и в случае сообщения заведомо ложных сведений об обстоятельствах, имеющих существенное значение для суждения о степени риска, Страховщик вправе потребовать признания договора недействительным в отношении данного Застрахованного в соответствии с положениями ст.944 ГК РФ.

/ /	_____	/ /	_____
Дата	Ф.И.О. Страхователя/Застрахованного	Дата	Ф.И.О. Представителя Страховщика
	Подпись		Подпись

**АНКЕТА
ИНДИВИДУАЛЬНЫЙ ПРЕДПРИНИМАТЕЛЬ**

к Заявлению № _____ от ____ . ____ . 20__ г.

*Заполняется Страхователем или Застрахованным **в отношении Застрахованного***

Фамилия, имя, отчество		
Дата и место рождения		
Место работы (наименование и адрес предприятия)		
Должность, описание служебных обязанностей, стаж работы		
Прежнее место работы, должность, описание служебных обязанностей, стаж работы		
1.	В чем заключается Ваш бизнес?	
2.	Где (на какой территории) Вы его осуществляете?	
3.	Укажите продолжительность Вашей работы в этом бизнесе.	
4.	Каковы Ваши непосредственные обязанности в этом бизнесе?	
5.	Сколько людей на Вас работает?	
	а) полный рабочий день:	
	б) неполный рабочий день:	
	в) сезонно:	

Своей подписью Страхователь/Застрахованный подтверждает, что все сообщенные в настоящем заявлении сведения являются полными и достоверными. Страхователь/Застрахованный согласен с тем, что настоящий дополнительный вопросник совместно с любой другой предоставленной информацией составляет неотъемлемую часть договора страхования. Страхователь/Застрахованный информирован о том, что он несет ответственность за достоверность и полноту сообщаемых им сведений и в случае сообщения заведомо ложных сведений об обстоятельствах, имеющих существенное значение для суждения о степени риска, Страховщик вправе потребовать признания договора недействительным в отношении данного Застрахованного в соответствии с положениями ст.944 ГК РФ.

/ / _____	/ / _____
Ф.И.О.	Ф.И.О.
Подпись	Подпись
Дата	Дата
Страхователя/Застрахованного	Представителя Страховщика

АНКЕТА ВОДИТЕЛЬ

к Заявлению № _____ от ____ . ____ .20__ г.

Заполняется Страхователем или Застрахованным в отношении Застрахованного

Фамилия, имя, отчество		
Дата и место рождения		
Место работы (наименование и адрес предприятия)		
Должность, описание служебных обязанностей		
Прежнее место работы, должность, описание служебных обязанностей, стаж работы		
1.	Как долго Вы работаете водителем, стаж работы?	
2.	Водительский стаж (лет, месяцев)? Категории транспортных средств, на управление которыми выдано удостоверение?	
3.	Тип автотранспорта, на котором Вы работаете в настоящее время?	☐ легковой ☐ грузовой ☐ другой (указать какой именно)
4.	Были ли ДТП с Вашим участием в последние 3 года? Укажите последствия (травма, нахождение на больничном листе и др.)	☐ Ваша вина ☐ иное
5.	Тип занятости на работе.	☐ нормированный рабочий день ☐ ненормированный рабочий день
6.	Место работы (название, адрес):	☐ автотранспортное предприятие ☐ предприятие / организация, связанное(ая) с автоперевозками ☐ личный водитель ☐ другое
7.	Связана ли Ваша деятельность с пассажирскими перевозками? Связана ли Ваша деятельность с перевозкой химических веществ, газов, радиоактивных продуктов, взрывчатых, огнеопасных веществ?	
8.	Территория, в пределах которой Вы осуществляете перевозки?	☐ Россия ☐ СНГ ☐ Другие страны
9.	Имелись ли у Вас травмы/болезни, связанные с выполнением профессиональных обязанностей? Если «ДА», укажите какие именно	

Своей подписью Страхователь/Застрахованный подтверждает, что все сообщенные в настоящем заявлении сведения являются полными и достоверными. Страхователь/Застрахованный согласен с тем, что настоящий дополнительный вопросник совместно с любой другой предоставленной информацией составляет неотъемлемую часть договора страхования. Страхователь/Застрахованный информирован о том, что он несет ответственность за достоверность и полноту сообщаемых им сведений и в случае сообщения заведомо ложных сведений об обстоятельствах, имеющих существенное значение для суждения о степени риска, Страховщик вправе потребовать признания договора недействительным в отношении данного Застрахованного в соответствии с положениями ст.944 ГК РФ.

/ /	_____	/ /	_____
	Ф.И.О.		Ф.И.О.
Дата	Подпись Страхователя/Застрахованного	Дата	Подпись Представителя Страховщика

АНКЕТА КОМАНДИРОВКИ

к Заявлению № _____ от _____ 20__ г.

Заполняется Страхователем или Застрахованным в отношении Застрахованного

Фамилия, имя, отчество		
Дата и место рождения		
Место работы (наименование и адрес предприятия)		
Должность, стаж работ		
Прежнее место работы, должность, описание служебных обязанностей, стаж работы		
1.	Опишите Ваши основные служебные обязанности?	
2.	Какой процент Вашего времени занимают:	☐ % – административная деятельность ☐ % – путешествия и переезды ☐ % – ручной (физический труд)
3.	Как часто Вы ездите в командировки?	
4.	В какие города?	
	Страны?	
5.	Цели командировок?	
6.	Имелись ли у Вас травмы/болезни, связанные с выполнением профессиональных обязанностей? Если «ДА», укажите какие именно.	

Своей подписью Страхователь/Застрахованный подтверждает, что все сообщенные в настоящем заявлении сведения являются полными и достоверными. Страхователь/Застрахованный согласен с тем, что настоящий дополнительный вопросник совместно с любой другой предоставленной информацией составляет неотъемлемую часть договора страхования. Страхователь/Застрахованный информирован о том, что он несет ответственность за достоверность и полноту сообщаемых им сведений и в случае сообщения заведомо ложных сведений об обстоятельствах, имеющих существенное значение для суждения о степени риска, Страховщик вправе потребовать признания договора недействительным в отношении данного Застрахованного в соответствии с положениями ст.944 ГК РФ.

/ /	_____	/ /	_____
	Ф.И.О.		Ф.И.О.
Дата	Подпись Страхователя/Застрахованного	Дата	Подпись Представителя Страховщика

**АНКЕТА
МЕЖДУНАРОДНЫЕ КОМАНДИРОВКИ**

к Заявлению № _____ от _____ 20__ г.

Заполняется Страхователем или Застрахованным в отношении Застрахованного

	ВОПРОСЫ	ОТВЕТЫ
1.	Фамилия, имя, отчество	
	Дата и место рождения	
	Место работы (наименование и адрес предприятия)	
2.	В какую страну / страны Вы собираетесь поехать?	
3.	Сроки пребывания в стране / странах?	
4.	Наименование приглашающей организации?	
5.	Вы собираетесь подать документы на постоянное место жительства за границей? Если известно, пожалуйста, предоставьте Ваш новый адрес	☐ Да ☐ Нет
6.	Где Вы преимущественно будете находиться в этой/этих странах?	☐ в крупных городах или другой местности с особенно благоприятными условиями пребывания ☐ в других местностях с хорошими и организованными условиями, которые, однако, отражают местные особенности (напр., мелкие и средние города) ☐ в другой местности, в которой условия проживания и работы оцениваются как трудные (напр., сельская местность)
7.	Какова Ваша профессия? Пожалуйста, опишите Ваши служебные обязанности:	
8.	Приблизительно, какой процент Вашей деятельности будут составлять:	☐ % – офисная, административная, преподавательская деятельность ☐ % – небольшие физические нагрузки ☐ % – значительные физические нагрузки
9.	Подвержены ли Вы специфическим рискам в Вашей профессии? Если «Да», укажите подробнее.	☐ Да ☐ Нет

Своей подписью Страхователь/Застрахованный подтверждает, что все сообщенные в настоящем заявлении сведения являются полными и достоверными. Страхователь/Застрахованный согласен с тем, что настоящий дополнительный вопросник совместно с любой другой предоставленной информацией составляет неотъемлемую часть договора страхования. Страхователь/Застрахованный информирован о том, что он несет ответственность за достоверность и полноту сообщаемых им сведений и в случае сообщения заведомо ложных сведений об обстоятельствах, имеющих существенное значение для суждения о степени риска, Страховщик вправе потребовать признания договора недействительным в отношении данного Застрахованного в соответствии с положениями ст.944 ГК РФ.

/ / _____	/ / _____	/ / _____	/ / _____
Дата	Ф.И.О. Страхователя/Застрахованного	Подпись	Ф.И.О. Представителя Страховщика
		Дата	Подпись

**АНКЕТА
НЕФТЕ- И ГАЗОДОБЫВАЮЩИЕ ПРОИЗВОДСТВА**

к Заявлению № _____ от _____ 20__ г.

Заполняется Страхователем или Застрахованным в отношении Застрахованного

Фамилия, имя, отчество	
Дата и место рождения	
Место работы (полное наименование и адрес предприятия)	
Прежнее место работы, должность, описание служебных обязанностей, стаж работы	
1. Пожалуйста, укажите род занятий, должность и Ваши непосредственные должностные обязанности:	
2. Сколько лет Вы занимаетесь данным видом работ?	
3. В каком регионе мира Вы обычно работаете?	
Собираетесь ли Вы в будущем работать в другом регионе? Если «Да», то в каком именно?	
4. Сколько времени Вы обычно проводите на буровой установке?	
5. Укажите, пожалуйста, способ, которым Вы обычно добираетесь до буровой установки?	
6. Применяете ли Вы или, вероятно, будете применять в своей работе взрывчатые вещества?	
Если Вы связаны с подземным / подводным бурением:	
Сколько лет Вы занимаетесь подземными работами?	
Вы когда-либо проходили медицинское обследование по установлению пригодности к работе под землей? Если «Да», пожалуйста, укажите когда, у кого и результат обследования:	
Укажите, пожалуйста, при каком атмосферном давлении Вы работаете или планируете работать?	
Имеете ли Вы свободный доступ к декомпрессионным средствам?	
Сколько раз в год Вы обычно подвергаетесь декомпрессии?	
8. Страдаете ли Вы остеонекрозом или любым др. заболеванием костной ткани?	
9. Пожалуйста, опишите подробно любое другое полученное Вами производственное заболевание или травму:	
10. Вы собираетесь работать за границей?	

Своей подписью Страхователь/Застрахованный подтверждает, что все сообщенные в настоящем заявлении сведения являются полными и достоверными. Страхователь/Застрахованный согласен с тем, что настоящий дополнительный вопросник совместно с любой другой предоставленной информацией составляет неотъемлемую часть договора страхования. Страхователь/Застрахованный информирован о том, что он несет ответственность за достоверность и полноту сообщаемых им сведений и в случае сообщения заведомо ложных сведений об обстоятельствах, имеющих существенное значение для суждения о степени риска, Страховщик вправе потребовать признания договора недействительным в отношении данного Застрахованного в соответствии с положениями ст.944 ГК РФ.

/ /	_____	/ /	_____
Дата	Ф.И.О. Страхователя/Застрахованного	Дата	Ф.И.О. Представителя Страховщика
	Подпись		Подпись

**АНКЕТА
ДЛЯ СОТРУДНИКОВ ОХРАННЫХ ПРЕДПРИЯТИЙ**

к Заявлению № _____ от _____ 20__ г.

Заполняется Страхователем или Застрахованным в отношении Застрахованного

Фамилия, имя, отчество	
Дата и место рождения	
Место работы (наименование и адрес предприятия)	
Должность, описание служебных обязанностей:	
Прежнее место работы, должность, описание служебных обязанностей, стаж работы	
1. Как долго Вы работаете охранником, стаж работы?	
2. Есть ли у Вас спортивный разряд? Если «ДА», то укажите какой именно	
3. Полное название охранного агентства и охраняемого объекта (если это физ. лицо, укажите его ФИО, род деятельности, название организации или фирмы, на которой работает охраняемый)	
Оtrasлевая принадлежность охраняемого объекта	
Как долго Вы охраняете данный объект / лицо?	
4. Имеется ли на охраняемом объекте в пределах досягаемости охранника кнопка экстренной связи с полицией? <i>Укажите другие средства связи</i>	
5. Время и периодичность Вашего дежурства	
6. Имеете ли Вы разрешение на владение оружием? Если «ДА», то укажите номер документа	
7. Имеете ли Вы при себе оружие во время дежурства? Если «ДА», то разрешено ли Вам носить или хранить табельное оружие вне пределов охраняемого объекта?	
Имелись ли случаи применения силы, включая применение оружия во время охраны данного объекта (лица) без Вашего участия?	
8. Участвовали ли Вы лично в подобных инцидентах? Приходилось ли Вам применять оружие во время несения дежурства? Имелись ли пострадавшие в результате подобных инцидентов?	
9. Имелись ли у Вас травмы/болезни, связанные с выполнением профессиональных обязанностей охранника? Если «ДА», то укажите какие:	

Своей подписью Страхователь/Застрахованный подтверждает, что все сообщенные в настоящем заявлении сведения являются полными и достоверными. Страхователь/Застрахованный согласен с тем, что настоящий дополнительный вопросник совместно с любой другой предоставленной информацией составляет неотъемлемую часть договора страхования. Страхователь/Застрахованный информирован о том, что он несет ответственность за достоверность и полноту сообщаемых им сведений и в случае сообщения заведомо ложных сведений об обстоятельствах, имеющих существенное значение для суждения о степени риска, Страховщик вправе потребовать признания договора недействительным в отношении данного Застрахованного в соответствии с положениями ст.944 ГК РФ.

/ /	_____	/ /	_____
Дата	Ф.И.О. Страхователя/Застрахованного	Дата	Ф.И.О. Представителя Страховщика
	Подпись		Подпись

АНКЕТА АВИАЦИЯ

к Заявлению № _____ от _____ 20__ г.

Заполняется Страхователем или Застрахованным в отношении Застрахованного

Фамилия, имя, отчество	
Дата и место рождения	
Место работы (наименование и адрес предприятия)	
Должность, стаж работ	
Прежнее место работы, должность, описание служебных обязанностей, стаж работы	

1.	Когда и где Вы учились летать (получили летное образование)?	
	Сколько лет Вы летаете:	
	на текущую дату, начиная с последнего перерыва всего	
2.	Какой лицензией Вы обладаете?	
	Укажите, пожалуйста, Ваш рейтинг (например, право на ночные полеты и т.п.)	
	Укажите, пожалуйста, даты, когда Вами были получены лицензия / сертификат?	
3.	Была ли Ваша лицензия когда-либо приостановлена / отозвана? (укажите, пожалуйста, подробности)	
4.	Вы являетесь:	☐ частным пилотом ☐ коммерческим пилотом ☐ военным пилотом (Полиция) ☐ член экипажа (укажите подробности) ☐ другое (укажите подробности)
5.	Укажите, пожалуйста, количество налетанных часов:	
	общее на текущую дату	
	за прошлый год	
	общее ожидаемое кол-во часов/год в будущем	
6.	Укажите, пожалуйста, среднюю продолжительность обычного Вашего полета	
7.	В том случае, если Вы являетесь пилотом или членом экипажа частной авиакомпании, укажите, пожалуйста, полное имя Вашего работодателя. Как давно Вы работаете в этой компании, стаж работы?	

Своей подписью Страхователь/Застрахованный подтверждает, что все сообщенные в настоящем заявлении сведения являются полными и достоверными. Страхователь/Застрахованный согласен с тем, что настоящий дополнительный вопросник совместно с любой другой предоставленной информацией составляет неотъемлемую часть договора страхования. Страхователь/Застрахованный информирован о том, что он несет ответственность за достоверность и полноту сообщаемых им сведений и в случае сообщения заведомо ложных сведений об обстоятельствах, имеющих существенное значение для суждения о степени риска, Страховщик вправе потребовать признания договора недействительным в отношении данного Застрахованного в соответствии с положениями ст.944 ГК РФ.

/ /	/ /
Дата	Дата
Ф.И.О.	Ф.И.О.
Подпись	Подпись

Страхователя/Застрахованного

Представителя Страховщика

8.	Происходили ли с Вами несчастные случаи / травмы / болезни, связанные с полетами? Если «Да», укажите, пожалуйста, подробности.	
9.	На каком типе самолетов Вы летаете в настоящее время? Приходится ли / придется ли в будущем Вам менять этот тип? (укажите, пожалуйста, подробности (тип, модель и т.п.))	
10.	Тип перевозок:	☐ пассажирские ☐ грузы ☐ аэротакси ☐ спасательные работы ☐ иное (укажите подробности)
11.	Пожалуйста, укажите маршруты, по которым Вы летали / летаете.	
12.	Вас привлекают или, вероятно, собираются привлечь к любому из следующих типов полетов:	☐ Экспериментальный или испытательный полет (укажите, является ли это плановой проверкой пригодности самолета к полету или испытание опытного образца). ☐ Соревнования, попытки установить рекорд, высший пилотаж или выставки. ☐ Инструкторские полеты (укажите, являются ли они клубными или коммерческими, начальными или продвинутыми).
13.	Если Вы уже задействованы или, вероятно, будете задействованы в полетах в составе Вооруженных сил, пожалуйста, укажите:	
	Род войск, в которых Вы служите:	
	Ваше звание	
	Должность, в которой Вы летаете или собираетесь летать (командир или другой член экипажа)	
	Характер (режим) и протяженность (число налетанных часов в год) Ваших настоящих или ожидаемых полетов:	
14.	Специальные комментарии	

Своей подписью Страхователь/Застрахованный подтверждает, что все сообщенные в настоящем заявлении сведения являются полными и достоверными. Страхователь/Застрахованный согласен с тем, что настоящий дополнительный вопросник совместно с любой другой предоставленной информацией составляет неотъемлемую часть договора страхования. Страхователь/Застрахованный информирован о том, что он несет ответственность за достоверность и полноту сообщаемых им сведений и в случае сообщения заведомо ложных сведений об обстоятельствах, имеющих существенное значение для суждения о степени риска, Страховщик вправе потребовать признания договора недействительным в отношении данного Застрахованного в соответствии с положениями ст.944 ГК РФ.

/ /	/ /	/ /	/ /
Дата	Ф.И.О.	Подпись	Подпись
Страхователя/Застрахованного		Представителя Страховщика	

**АНКЕТА
ПРОДАВЕЦ**

к Заявлению № _____ от _____ 20__ г.

*Заполняется Страхователем или Застрахованным **в отношении Застрахованного***

Фамилия, имя, отчество		
Дата и место рождения		
Место работы (<i>наименование и адрес предприятия</i>)		
Должность, стаж работ		
Прежнее место работы, должность, описание служебных обязанностей, стаж работы		
1.	Каким видом продукции торгует магазин?	
2.	С какого времени Вы работаете в нем? Стаж работы?	
3.	Опишите Ваши основные обязанности (<i>подробно</i>)	
4.	Какой процент Вашего времени занимают?	☐ % – административная деятельность ☐ % – Переезды и путешествия, командировки ☐ % – ручной (<i>физический труд</i>)
5.	Заняты ли Вы на другой работе, помимо основной? (<i>Укажите детали</i>)	
6.	Приходилось ли Вам менять место работы в последние 10 лет? (<i>Укажите название компаний, сферу деятельности, род Ваших занятий в этих компаниях</i>)	
7.	Опишите условия труда, в которых Вы работаете	

Своей подписью Страхователь/Застрахованный подтверждает, что все сообщенные в настоящем заявлении сведения являются полными и достоверными. Страхователь/Застрахованный согласен с тем, что настоящий дополнительный вопросник совместно с любой другой предоставленной информацией составляет неотъемлемую часть договора страхования. Страхователь/Застрахованный информирован о том, что он несет ответственность за достоверность и полноту сообщаемых им сведений и в случае сообщения заведомо ложных сведений об обстоятельствах, имеющих существенное значение для суждения о степени риска, Страховщик вправе потребовать признания договора недействительным в отношении данного Застрахованного в соответствии с положениями ст.944 ГК РФ.

/ /	_____	/ /	_____
Дата	Ф.И.О. Страхователя/Застрахованного	Дата	Ф.И.О. Представителя Страховщика
	Подпись		Подпись

АНКЕТА СЛУЖБА В ВС

к Заявлению № _____ от _____ 20__ г.

Заполняется Страхователем или Застрахованным в отношении Застрахованного

Фамилия, имя, отчество		
Дата и место рождения		
Место работы (наименование и адрес предприятия)		
Должность, стаж работ		
Прекращение места работы, должность, описание служебных обязанностей, стаж работы		
1.	В каких родах войск Вы служите?	
2.	С какого времени Вы работаете в организации? Стаж работы?	
3.	Какое у Вас военное звание?	
4.	Каковы в настоящее время Ваши служебные обязанности?	
5.	Укажите, пожалуйста, участвуете ли Вы / собираетесь ли участвовать в особо опасных военных операциях (например, саперных работах) и имеете ли Вы отношение к авиации или подводному флоту. Если «Да», Вам будет выслана специальная анкета для заполнения.	
6.	Проходите ли Вы службу или готовитесь к отправке в одну из горячих точек?	
7.	Имелись ли у Вас травмы / болезни, связанные с выполнением профессиональных обязанностей? Если «ДА», то укажите какие именно	

Своей подписью Страхователь/Застрахованный подтверждает, что все сообщенные в настоящем заявлении сведения являются полными и достоверными. Страхователь/Застрахованный согласен с тем, что настоящий дополнительный вопросник совместно с любой другой предоставленной информацией составляет неотъемлемую часть договора страхования. Страхователь/Застрахованный информирован о том, что он несет ответственность за достоверность и полноту сообщаемых им сведений и в случае сообщения заведомо ложных сведений об обстоятельствах, имеющих существенное значение для суждения о степени риска, Страховщик вправе потребовать признания договора недействительным в отношении данного Застрахованного в соответствии с положениями ст.944 ГК РФ.

/ /	_____	/ /	_____
Дата	Ф.И.О. Страхователя/Застрахованного	Дата	Ф.И.О. Представителя Страховщика
	Подпись		Подпись

АНКЕТА ТОРГОВЫЙ ФЛОТ

к Заявлению № _____ от _____ 20__ г.

Заполняется Страхователем или Застрахованным в отношении Застрахованного

Фамилия, имя, отчество		
Дата и место рождения		
Место работы (наименование и адрес предприятия)		
Должность, стаж работ		
Прежнее место работы, должность, описание служебных обязанностей, стаж работы		
1.	Пожалуйста, укажите Вашу должность (например, капитан, механик)	
2.	Сформулируйте свои обязанности	
3.	Пожалуйста, укажите размер (т.е. тоннаж брутто) и тип судна, на котором Вы работаете	
4.	В какой стране судно зарегистрировано и кто его владелец?	
5.	В каких водах и между какими портами ходит судно?	
6.	Существует ли вероятность использования судна в каком-либо политически нестабильном регионе?	
7.	Имелись ли у Вас травмы/болезни, связанные с выполнением профессиональных обязанностей? Если «ДА», то укажите какие:	

Своей подписью Страхователь/Застрахованный подтверждает, что все сообщенные в настоящем заявлении сведения являются полными и достоверными. Страхователь/Застрахованный согласен с тем, что настоящий дополнительный вопросник совместно с любой другой предоставленной информацией составляет неотъемлемую часть договора страхования. Страхователь/Застрахованный информирован о том, что он несет ответственность за достоверность и полноту сообщаемых им сведений и в случае сообщения заведомо ложных сведений об обстоятельствах, имеющих существенное значение для суждения о степени риска, Страховщик вправе потребовать признания договора недействительным в отношении данного Застрахованного в соответствии с положениями ст.944 ГК РФ.

/ /	_____	/ /	_____
Дата	Ф.И.О. Страхователя/Застрахованного	Дата	Ф.И.О. Представителя Страховщика
	Подпись		Подпись

УНИВЕРСАЛЬНАЯ АНКЕТА ПО СПОРТУ

к Заявлению № _____ от _____ 20__ г.

Заполняется Страхователем или Застрахованным в отношении Застрахованного

Фамилия, имя, отчество		
Дата и место рождения		
Место работы (наименование и адрес предприятия)		
Должность, стаж работ		
Прежнее место работы, должность, описание служебных обязанностей, стаж работы		
1.	Являетесь ли Вы любителем или профессионалом в данном виде спорта? Если Вы профессионал, укажите, пожалуйста, характер Вашей работы.	
2.	Как долго Вы занимаетесь данным видом спорта?	
	Какую Вы имеете квалификацию, прошли ли Вы соответствующее обучение (если «Да», то укажите, пожалуйста, какое именно)?	
	Являетесь ли Вы членом какого-либо клуба или профессиональной организации (если «Да», то укажите, пожалуйста, какой именно)?	
3.	Участвуете ли Вы или собираетесь участвовать в каких-либо соревнованиях, чемпионатах, спортивных выступлениях, экспедициях и т.п.?	
4.	Укажите, пожалуйста, уровень сложности / частоту занятий и т.п.?	
5.	Укажите, пожалуйста, место, где и с какой целью Вы обычно занимаетесь данным видом спорта?	
	Где и с какой целью Вы собираетесь делать это в будущем?	
6.	Вы когда-либо проходили специальное медицинское обследование по установлению пригодности к данному виду спорта? Если «Да», пожалуйста, укажите, когда и у кого.	
7.	Являлась ли какая-либо болезнь / травма / несчастный случай следствием Ваших занятий данным видом спорта?	
8.	Применяете ли Вы специальное оборудование / вещества при занятиях данным видом спорта?	

Своей подписью Страхователь/Застрахованный подтверждает, что все сообщенные в настоящем заявлении сведения являются полными и достоверными. Страхователь/Застрахованный согласен с тем, что настоящий дополнительный вопросник совместно с любой другой предоставленной информацией составляет неотъемлемую часть договора страхования. Страхователь/Застрахованный информирован о том, что он несет ответственность за достоверность и полноту сообщаемых им сведений и в случае сообщения заведомо ложных сведений об обстоятельствах, имеющих существенное значение для суждения о степени риска, Страховщик вправе потребовать признания договора недействительным в отношении данного Застрахованного в соответствии с положениями ст.944 ГК РФ.

/ /	_____	/ /	_____
	Ф.И.О.		Ф.И.О.
Дата	Подпись	Дата	Подпись
	Страхователя/Застрахованного		Представителя Страховщика

**АНКЕТА
АВТО / МОТО ГОНКИ**

к Заявлению № _____ от _____ 20__ г.

Заполняется Страхователем или Застрахованным в отношении Застрахованного

Фамилия, имя, отчество		
Дата и место рождения:		
Место работы (наименование и адрес предприятия)		
Должность, описание служебных обязанностей, стаж работы:		
1.	Являетесь ли Вы любителем или профессиональным гонщиком? Если Вы профессионал, укажите, пожалуйста, характер Вашей работы.	
2.	Являетесь ли Вы членом какого-либо клуба или профессиональной организации (если "да", то укажите, пожалуйста, какой именно)?	
3.	Как долго Вы занимаетесь данным видом спорта?	
4.	Какую Вы имеете квалификацию, прошли ли Вы соответствующее обучение (если «Да», то укажите, пожалуйста, какое именно)? Укажите детально полученные навыки или перечислите специальные курсы (вождение автомобиля на льду, мокром грунтовом покрытии, песке и т.п.).	
5.	Обладаете ли Вы лицензией на участие в соревнованиях?	
6.	Где и как часто Вы принимаете участие в соревнованиях? Пожалуйста, укажите:	
	Местные или международные соревнования:	
	Длина трассы (км):	
	Число кругов:	
	Максимальная скорость (км/ч):	
	Длительность гонки:	
	Покрытие поверхности трассы:	
	Общее число гонок, в которых Вы участвовали за последние 12 месяцев:	
7.	Пожалуйста, опишите используемый Вами автомобиль / мотоцикл (марка, год выпуска, тип кузова, тормоза, подвеска, максимальная скорость, объем двигателя)	
	Является ли этот автомобиль / мотоцикл Вашей собственностью?	
8.	Вы когда-либо получали травму во время гонок?	

Своей подписью Страхователь/Застрахованный подтверждает, что все сообщенные в настоящем заявлении сведения являются полными и достоверными. Страхователь/Застрахованный согласен с тем, что настоящий дополнительный вопросник совместно с любой другой предоставленной информацией составляет неотъемлемую часть договора страхования. Страхователь/Застрахованный информирован о том, что он несет ответственность за достоверность и полноту сообщаемых им сведений и в случае сообщения заведомо ложных сведений об обстоятельствах, имеющих существенное значение для суждения о степени риска, Страховщик вправе потребовать признания договора недействительным в отношении данного Застрахованного в соответствии с положениями ст.944 ГК РФ.

/ /	_____	/ /	_____
Дата	Ф.И.О. Страхователя/Застрахованного	Дата	Ф.И.О. Представителя Страховщика
	Подпись		Подпись

**АНКЕТА
АЛЬПИНИЗМ**

к Заявлению № _____ от _____ 20__ г.

Заполняется Страхователем или Застрахованным в отношении Застрахованного

Фамилия, имя, отчество		
Дата и место рождения:		
Место работы (наименование и адрес предприятия)		
Должность, описание служебных обязанностей, стаж работы		
1.	Являетесь ли Вы любителем или профессиональным альпинистом? Если Вы профессионал, укажите, пожалуйста, характер Вашей работы.	
2.	Как долго Вы занимаетесь данным видом спорта?	
	Какую Вы имеете квалификацию, прошли ли Вы соответствующее обучение (если «Да», то укажите, пожалуйста, какое именно)?	
	Являетесь ли Вы членом какого-либо клуба или профессиональной организации альпинистов (если «Да», то укажите, пожалуйста, какой именно)?	
3.	Используете ли Вы веревки и другие вспомогательные средства?	
4.	Укажите, пожалуйста, место, где и с какой целью Вы обычно совершаете восхождение?	
	Где и с какой целью собираетесь делать это в будущем?	
5.	Укажите, пожалуйста, уровень высоты (например, легкий, средний, сложный, очень сложный, тяжелый, очень тяжелый), на который Вы поднимаетесь?	
	Пожалуйста, укажите:	
	Обычную высоту восхождения:	
	Максимальную высоту восхождения:	
6.	Вы были или собираетесь стать членом какой-либо специальной экспедиции?	
7.	Вы когда-либо получали травму в процессе восхождения? Являлась ли какая-либо болезнь следствием производимых Вами восхождений?	

Своей подписью Страхователь/Застрахованный подтверждает, что все сообщенные в настоящем заявлении сведения являются полными и достоверными. Страхователь/Застрахованный согласен с тем, что настоящий дополнительный вопросник совместно с любой другой предоставленной информацией составляет неотъемлемую часть договора страхования. Страхователь/Застрахованный информирован о том, что он несет ответственность за достоверность и полноту сообщаемых им сведений и в случае сообщения заведомо ложных сведений об обстоятельствах, имеющих существенное значение для суждения о степени риска, Страховщик вправе потребовать признания договора недействительным в отношении данного Застрахованного в соответствии с положениями ст.944 ГК РФ.

/ /	_____	/ /	_____
Дата	Ф.И.О. Страхователя/Застрахованного	Дата	Ф.И.О. Представителя Страховщика
	Подпись		Подпись

**АНКЕТА
БОЕВЫЕ ИСКУССТВА**

к Заявлению № _____ от _____ 20__ г.

Заполняется Страхователем или Застрахованным в отношении Застрахованного

Фамилия, имя, отчество		
Дата и место рождения:		
Место работы (наименование и адрес предприятия)		
Должность, описание служебных обязанностей, стаж работы:		
1.	Каким видом боевых единоборств Вы занимаетесь?	
2.	Занимаетесь ли Вы как любитель или профессионально, являетесь инструктором?	
3.	Проводятся ли занятия: с полным контактом, бесконтактно, с частичным контактом?	
4.	Участвуете ли Вы в соревнованиях?	
5.	Используете ли оружие? Если «Да», то какое.	
6.	В случае если Вы являетесь профессиональным спортсменом, укажите, пожалуйста, имеется ли у Вас действующая лицензия?	
	Если Вы спортсмен-профессионал, укажите, пожалуйста, другой род занятий, если такой у Вас имеется?	
7.	Если Вы занимаетесь как любитель, укажите, собираетесь ли Вы на определенном этапе в будущем стать профессионалом в данном виде спорта?	
8.	Когда и у кого Вы последний раз проходили медицинское обследование по установлению пригодности к занятиям данным видом спорта?	
	Укажите, пожалуйста, все результаты обследования, если они Вам известны	
9.	Была ли Вами когда-либо получена серьезная травма или заболевание вследствие занятий? Если «Да», изложите, пожалуйста, детали; отметьте, не привела ли данная травма / болезнь к потере трудоспособности в той или иной форме.	

Своей подписью Страхователь/Застрахованный подтверждает, что все сообщенные в настоящем заявлении сведения являются полными и достоверными. Страхователь/Застрахованный согласен с тем, что настоящий дополнительный вопросник совместно с любой другой предоставленной информацией составляет неотъемлемую часть договора страхования. Страхователь/Застрахованный информирован о том, что он несет ответственность за достоверность и полноту сообщаемых им сведений и в случае сообщения заведомо ложных сведений об обстоятельствах, имеющих существенное значение для суждения о степени риска, Страховщик вправе потребовать признания договора недействительным в отношении данного Застрахованного в соответствии с положениями ст.944 ГК РФ.

/ /	_____	/ /	_____
Дата	Ф.И.О. Страхователя/Застрахованного	Дата	Ф.И.О. Представителя Страховщика
	Подпись		Подпись

**АНКЕТА
БОКС**

к Заявлению № _____ от _____ 20__ г.

Заполняется Страхователем или Застрахованным в отношении Застрахованного

Фамилия, имя, отчество		
Дата и место рождения:		
Место работы (наименование и адрес предприятия)		
Должность, описание служебных обязанностей, стаж работы		
1.	Занимаетесь ли Вы любительским или профессиональным боксом?	
2.	В случае если Вы являетесь профессиональным спортсменом, укажите, пожалуйста, имеется ли у Вас действующая лицензия?	
	Если Вы спортсмен-профессионал, укажите, пожалуйста, другой род занятий, если такой у Вас имеется?	
3.	Если Вы занимаетесь любительским боксом, укажите, собираетесь ли Вы на определенном этапе в будущем стать профессионалом в данном виде спорта?	
4.	Участвуете ли Вы или собираетесь участвовать в соревнованиях? Если «Да», укажите, пожалуйста, детали (как часто, уровень соревнований и пр.):	
5.	Когда и у кого Вы последний раз проходили медицинское обследование по установлению пригодности к занятиям данным видом спорта? Укажите, пожалуйста, все его результаты, если они Вам известны	
6.	Была ли Вами когда-либо получена серьезная травма или заболевание вследствие занятий боксом? Если «Да», изложите, пожалуйста, детали; отметьте, не привела ли данная травма / болезнь к потере трудоспособности в той или иной форме	

Своей подписью Страхователь/Застрахованный подтверждает, что все сообщенные в настоящем заявлении сведения являются полными и достоверными. Страхователь/Застрахованный согласен с тем, что настоящий дополнительный вопросник совместно с любой другой предоставленной информацией составляет неотъемлемую часть договора страхования. Страхователь/Застрахованный информирован о том, что он несет ответственность за достоверность и полноту сообщаемых им сведений и в случае сообщения заведомо ложных сведений об обстоятельствах, имеющих существенное значение для суждения о степени риска, Страховщик вправе потребовать признания договора недействительным в отношении данного Застрахованного в соответствии с положениями ст.944 ГК РФ.

/ / _____	/ / _____	/ / _____	/ / _____	/ / _____
Дата	Ф.И.О. Страхователя/Застрахованного	Подпись	Дата	Ф.И.О. Представителя Страховщика
				Подпись

**АНКЕТА
ДАЙВИНГ**

к Заявлению № _____ от _____ 20__ г.

Заполняется Страхователем или Застрахованным в отношении Застрахованного

Фамилия, имя, отчество				
Дата и место рождения:				
Место работы (наименование и адрес предприятия)				
Должность, описание служебных обязанностей, стаж работы:				
1.	Являетесь ли Вы любителем или профессиональным дайвером/водолазом? Если Вы профессионал, укажите, пожалуйста, характер Вашей работы.			
2.	Как долго Вы занимаетесь данным видом спорта?			
	Какую Вы имеете квалификацию, прошли ли Вы соответствующее обучение? (если «Да», то укажите, пожалуйста, какое именно)?			
	Являетесь ли Вы членом какого-либо клуба или профессиональной организации (если «Да», то укажите, пожалуйста, какой именно)?			
3.	Пожалуйста, укажите, каким видом водолазных работ Вы занимаетесь (например, плавание с аквалангом, с маской и т.п.)			
4.	Укажите, пожалуйста, где и с какой целью Вы обычно занимаетесь данным видом спорта (например, у берега, вдали от берега моря, озера, (горной) реки, в исследовательских / спортивных целях или с целью проведения спасательных работ)?			
	Пожалуйста, укажите:			
	Обычную глубину погружения:		Обычную продолжительность погружения:	
	Максимальную глубину погружения:		Максимальную продолжительность погружения:	
5.	Если Вы погружаетесь на глубину более 50 метров, всегда ли Вам доступны соответствующие декомпрессионные средства?			
6.	Вы когда-либо проходили специальное медицинское обследование по установлению пригодности к погружению/прыжкам в воду? Если «Да», пожалуйста, укажите, когда и у кого.			
7.	Являлась ли какая-либо болезнь / травма / несчастный случай следствием производимых Вами подводных погружений?			
8.	Применяете ли Вы взрывчатые вещества при занятиях данным видом спорта?			

Своей подписью Страхователь/Застрахованный подтверждает, что все сообщенные в настоящем заявлении сведения являются полными и достоверными. Страхователь/Застрахованный согласен с тем, что настоящий дополнительный вопросник совместно с любой другой предоставленной информацией составляет неотъемлемую часть договора страхования. Страхователь/Застрахованный информирован о том, что он несет ответственность за достоверность и полноту сообщаемых им сведений и в случае сообщения заведомо ложных сведений об обстоятельствах, имеющих существенное значение для суждения о степени риска, Страховщик вправе потребовать признания договора недействительным в отношении данного Застрахованного в соответствии с положениями ст.944 ГК РФ.

/ /	_____	/ /	_____
	Ф.И.О.		Ф.И.О.
Дата	Подпись Страхователя/Застрахованного	Дата	Подпись Представителя Страховщика

**АНКЕТА
ДЕЛЬТАПЛАНЕРИЗМ И ПАРАПЛАНЕРИЗМ**

к Заявлению № _____ от _____ 20__ г.

Заполняется Страхователем или Застрахованным в отношении Застрахованного

Фамилия, имя, отчество		
Дата и место рождения		
Место работы (наименование и адрес предприятия)		
Должность, описание служебных обязанностей, стаж работы		
1.	Являетесь ли Вы любителем или профессионалом? Если Вы профессионал, укажите, пожалуйста, характер Вашей работы.	
2.	Как долго Вы занимаетесь данным видом спорта?	
	Какую Вы имеете квалификацию, прошли ли Вы соответствующее обучение (если «Да», то укажите, пожалуйста, какое именно)?	
	Являетесь ли Вы членом какого-либо клуба или профессиональной организации по дельтапланеризму или параплаванию (если «Да», то укажите, пожалуйста, какой именно)?	
3.	Где обычно производится взлет и какую стартовую площадку используете (например, крутые склоны, горы)?	
4.	Сколько полетов Вы совершили за последние 12 месяцев?	
	Сколько полетов Вы планируете выполнить в предстоящие 12 месяцев?	
5.	Участвуете ли Вы или собираетесь участвовать в каких-либо соревнованиях, чемпионатах, спортивных выступлениях, воздушно-акробатических представлениях или выставках?	
6.	Вы когда-либо во время полетов получали травмы?	

Своей подписью Страхователь/Застрахованный подтверждает, что все сообщенные в настоящем заявлении сведения являются полными и достоверными. Страхователь/Застрахованный согласен с тем, что настоящий дополнительный вопросник совместно с любой другой предоставленной информацией составляет неотъемлемую часть договора страхования. Страхователь/Застрахованный информирован о том, что он несет ответственность за достоверность и полноту сообщаемых им сведений и в случае сообщения заведомо ложных сведений об обстоятельствах, имеющих существенное значение для суждения о степени риска, Страховщик вправе потребовать признания договора недействительным в отношении данного Застрахованного в соответствии с положениями ст.944 ГК РФ.

/ / _____	/ / _____
Дата	Дата
Ф.И.О. Страхователя/Застрахованного	Ф.И.О. Представителя Страховщика
Подпись	Подпись

АНКЕТА ПАРАШЮТНЫЙ СПОРТ

к Заявлению № _____ от _____ 20__ г.

Заполняется Страхователем или Застрахованным в отношении Застрахованного

Фамилия, имя, отчество		
Дата и место рождения		
Место работы (наименование и адрес предприятия)		
Должность, описание служебных обязанностей, стаж работы		
1.	Являетесь ли Вы любителем или профессиональным парашютистом? Если Вы профессионал, укажите, пожалуйста, характер Вашей работы.	
2.	Вы прыгаете с парашютом в качестве военнослужащего или как гражданское лицо?	
3.	Как долго Вы занимаетесь данным видом спорта?	
	Какую Вы имеете квалификацию / класс / разряд, прошли ли Вы соответствующее обучение (если «Да», то укажите, пожалуйста, какое именно)?	
	Вы принадлежите к какому-либо парашютному клубу или обществу? (если «Да», то укажите, пожалуйста, какой именно)	
4.	<i>Пожалуйста, заполните следующие графы</i>	
	Тип прыжка (например, свободное падение)	
	Цель (например, развлечение, соревнование)	
	Количество прыжков до настоящего времени	
	Количество прыжков в прошлом году	
	Количество прыжков в следующем году	
5.	Планируете ли Вы спускаться с парашютом в какой-либо иной, не указанной выше форме или иным способом попытаться установить рекорд?	
6.	Вы когда-либо получали серьезную травму во время прыжка с парашютом? Являлась ли какая-либо болезнь следствием производимых Вами прыжков?	

Своей подписью Страхователь/Застрахованный подтверждает, что все сообщенные в настоящем заявлении сведения являются полными и достоверными. Страхователь/Застрахованный согласен с тем, что настоящий дополнительный вопросник совместно с любой другой предоставленной информацией составляет неотъемлемую часть договора страхования. Страхователь/Застрахованный информирован о том, что он несет ответственность за достоверность и полноту сообщаемых им сведений и в случае сообщения заведомо ложных сведений об обстоятельствах, имеющих существенное значение для суждения о степени риска, Страховщик вправе потребовать признания договора недействительным в отношении данного Застрахованного в соответствии с положениями ст.944 ГК РФ.

/ / _____	_____ / / _____	_____ / / _____	_____ / / _____
Дата	Ф.И.О. Страхователя/Застрахованного	Подпись	Дата
		Ф.И.О. Представителя Страховщика	Подпись

АНКЕТА РАФТИНГ

к Заявлению № _____ от _____ 20__ г.

Заполняется Страхователем или Застрахованным в отношении Застрахованного

Фамилия, имя, отчество		
Дата и место рождения		
Место работы (наименование и адрес предприятия)		
Должность, описание служебных обязанностей, стаж работы		
1.	Являетесь ли Вы любителем или профессионалом в данном виде спорта? Если Вы профессионал, укажите, пожалуйста, характер Вашей работы:	
2.	Как долго Вы занимаетесь данным видом спорта?	
	Какую Вы имеете квалификацию, прошли ли Вы соответствующее обучение? (если «Да», то укажите, пожалуйста, какое именно)	
	Являетесь ли Вы членом какого-либо клуба или профессиональной организации? (если «Да», то укажите, пожалуйста, какой именно)	
3.	Участвуете ли Вы или собираетесь участвовать в каких-либо соревнованиях, чемпионатах, спортивных выступлениях и т.п.?	
4.	Укажите, пожалуйста, место, где и с какой целью Вы обычно совершаете сплавы?	
	Где и с какой целью собираетесь делать это в будущем?	
5.	Укажите, пожалуйста, уровень сложности сплавов (например, легкий, средний, сложный, очень сложный, тяжелый, очень тяжелый)	
6.	Вы были или собираетесь стать членом какой-либо специальной экспедиции?	
7.	Вы когда-либо получали травму в процессе сплава? Являлась ли какая-либо болезнь следствием производимых Вами сплавов?	

Своей подписью Страхователь/Застрахованный подтверждает, что все сообщенные в настоящем заявлении сведения являются полными и достоверными. Страхователь/Застрахованный согласен с тем, что настоящий дополнительный вопросник совместно с любой другой предоставленной информацией составляет неотъемлемую часть договора страхования. Страхователь/Застрахованный информирован о том, что он несет ответственность за достоверность и полноту сообщаемых им сведений и в случае сообщения заведомо ложных сведений об обстоятельствах, имеющих существенное значение для суждения о степени риска, Страховщик вправе потребовать признания договора недействительным в отношении данного Застрахованного в соответствии с положениями ст.944 ГК РФ.

/ / _____	/ / _____	/ / _____	/ / _____	/ / _____
Дата	Ф.И.О. Страхователя/Застрахованного	Подпись	Дата	Ф.И.О. Представителя Страховщика
				Подпись

**АНКЕТА
ЯХТИНГ**

к Заявлению № _____ от _____ 20__ г.

Заполняется Страхователем или Застрахованным в отношении Застрахованного

Фамилия, имя, отчество		
Дата и место рождения		
Место работы (<i>наименование и адрес предприятия</i>)		
Должность, описание служебных обязанностей, стаж работы		
1.	Являетесь ли Вы любителем или профессионалом в данном виде спорта? Если Вы профессионал, укажите, пожалуйста, характер Вашей работы.	
2.	Как долго Вы занимаетесь данным видом спорта?	
	Какую Вы имеете квалификацию, прошли ли Вы соответствующее обучение? (если «Да», то укажите, пожалуйста, какое именно)	
	Являетесь ли Вы членом какого-либо клуба или профессиональной организации? (если «Да», то укажите, пожалуйста, какой именно)?	
3.	Укажите, пожалуйста, цель яхтинга: увеселительная прогулка или соревнования. Участвуете ли Вы или собираетесь участвовать в каких-либо гонках, соревнованиях, чемпионатах, спортивных выступлениях, экспедициях и т.п.?	
4.	Укажите, пожалуйста, место хождения на яхте, где и с какой целью Вы обычно занимаетесь данным видом спорта / собираетесь делать это в будущем (<i>уровень сложности</i>): а) Хождение на яхте вдоль берега (<i>внутренние воды</i>) б) Хождение на яхте на длинные дистанции вдали от берега, не включая хождение через океан (<i>открытое море</i>) в) Хождение на яхте на длинные дистанции вдали от берега, включая хождение через океан (<i>трансокеанский маршрут</i>)	
5.	Укажите, пожалуйста, количество членов команды	
	Укажите, пожалуйста, характер судна (<i>катамаран, ялик или килевая лодка</i>)	
6.	Вы когда-либо проходили специальное медицинское обследование по установлению пригодности к данному виду спорта? Если «Да», пожалуйста, укажите, когда и у кого	
7.	Являлась ли какая-либо болезнь / травма / несчастный случай следствием Ваших занятий данным видом спорта?	

Своей подписью Страхователь/Застрахованный подтверждает, что все сообщенные в настоящем заявлении сведения являются полными и достоверными. Страхователь/Застрахованный согласен с тем, что настоящий дополнительный вопросник совместно с любой другой предоставленной информацией составляет неотъемлемую часть договора страхования. Страхователь/Застрахованный информирован о том, что он несет ответственность за достоверность и полноту сообщаемых им сведений и в случае сообщения заведомо ложных сведений об обстоятельствах, имеющих существенное значение для суждения о степени риска, Страховщик вправе потребовать признания договора недействительным в отношении данного Застрахованного в соответствии с положениями ст.944 ГК РФ.

/ /	_____	/ /	_____
Дата	Ф.И.О. Страхователя/Застрахованного	Дата	Ф.И.О. Представителя Страховщика
	Подпись		Подпись

ПЕРЕЧЕНЬ ДОПОЛНИТЕЛЬНО ЗАПРАШИВАЕМЫХ ДОКУМЕНТОВ ДЛЯ УРЕГУЛИРОВАНИЯ УБЫТКОВ

1. Заверенная должностным лицом медицинского учреждения (*главный врач, заместитель главного врача по лечебной работе, заместитель главного врача по КЭР (клинико-экспертной работе), председатель врачебной комиссии, начальник медицинской части и другие уполномоченные лица (с приложением документов, подтверждающих данные полномочия)*) и печатью медицинского учреждения **копия медицинской карты** Застрахованного.
2. Заверенная должностным лицом медицинского учреждения (*главный врач, заместитель главного врача по лечебной работе, заместитель главного врача по КЭР (клинико-экспертной работе), председатель врачебной комиссии, начальник медицинской части и другие уполномоченные лица (с приложением документов, подтверждающих данные полномочия)*) и печатью медицинского учреждения **копия журнала приемного отделения / травматологического пункта**.
3. Заверенная должностным лицом станции скорой медицинской помощи (*главный врач, заместитель главного врача*) и печатью станции скорой медицинской помощи **копия карты вызова скорой медицинской помощи**.
4. Заверенная руководителем бюро МСЭ и печатью бюро МСЭ **копия направления на медико-социальную экспертизу**.
5. Заверенная руководителем бюро МСЭ и печатью бюро МСЭ копия акта (*протокола*) **освидетельствования МСЭ**.
6. **Оригинал** или заверенная руководителем бюро МСЭ и печатью бюро МСЭ **копия результатов (акт/протокол) контрольного освидетельствования**, проведенного организацией медико-социальной экспертизы.
7. **Данные лабораторных и диагностических исследований** (*рентгеновские снимки – оригиналы; заключение врача-рентгенолога – оригинал; КТ – оригинал снимков, оригинал протокола с заключением; МРТ – оригинал снимков, оригинал протокола с заключением; ЭКГ – заверенная должностным лицом ЛПУ (главный врач, заместитель главного врача по лечебной работе, заместитель главного врача по КЭР (клинико-экспертной работе), председатель врачебной комиссии, начальник медицинской части и другие уполномоченные лица (с приложением документов, подтверждающих данные полномочия)) и печатью ЛПУ копия с заключением; ЭЭГ – заверенная должностным лицом ЛПУ (главный врач, заместитель главного врача по лечебной работе, заместитель главного врача по КЭР (клинико-экспертной работе), председатель врачебной комиссии, начальник медицинской части и другие уполномоченные лица (с приложением документов, подтверждающих данные полномочия)) и печатью ЛПУ копия с заключением; ЭхоЭГ – заверенная должностным лицом ЛПУ (главный врач, заместитель главного врача по лечебной работе, заместитель главного врача по КЭР (клинико-экспертной работе), председатель врачебной комиссии, начальник медицинской части и другие уполномоченные лица (с приложением документов, подтверждающих данные полномочия)) и печатью ЛПУ копия с заключением; РЭГ – заверенная должностным лицом ЛПУ (главный врач, заместитель главного врача по лечебной работе, заместитель главного врача по КЭР (клинико-экспертной работе), председатель врачебной комиссии, начальник медицинской части и другие уполномоченные лица (с приложением документов, подтверждающих данные полномочия)) и печатью ЛПУ копия с заключением; анализы/исследования физиологических жидкостей – заверенная должностным лицом ЛПУ (главный врач, заместитель главного врача по лечебной работе, заместитель главного врача по КЭР (клинико-экспертной работе), председатель врачебной комиссии, начальник медицинской части и другие уполномоченные лица (с приложением документов, подтверждающих данные полномочия)) и печатью ЛПУ копия; цитологическое/гистологическое/морфологическое исследование – заверенная должностным лицом ЛПУ (главный врач, заместитель главного врача по лечебной работе, заместитель главного врача по КЭР (клинико-экспертной работе), председатель врачебной комиссии, начальник медицинской части и другие уполномоченные лица (с приложением документов, подтверждающих данные полномочия)) и печатью ЛПУ копия и т.п.*).
8. Заверенная должностным лицом МВД/прокуратуры и печатью МВД/прокуратуры **копия акта судебно-медицинской экспертизы (исследования)** с результатами судебно-химических и иных проведенных исследований.
9. Заверенная должностным лицом учреждения (*организации*), в которой проводилось исследование, и печатью учреждения (*организации*) **копия акта патолого-анатомического исследования**.
10. Заверенная должностным лицом медицинского учреждения (*главный врач, заместитель главного врача по лечебной работе, заместитель главного врача по КЭР (клинико-экспертной работе), председатель врачебной комиссии, начальник медицинской части и другие уполномоченные лица (с приложением документов, подтверждающих данные полномочия)*) и другие уполномоченные лица (*с приложением документов, подтверждающих данные полномочия*) и печатью медицинского учреждения **копия посмертного эпикриза**.
11. Заверенные сотрудником отдела кадров/управления персоналом либо уполномоченным лицом (*с приложением документов, подтверждающих данные полномочия*) и печатью отдела кадров/управления персоналом **копии листов нетрудоспособности**.
12. Заверенная руководителем образовательного учреждения и печатью образовательного учреждения **копия справки формы 095/у или документа о временной нетрудоспособности учащегося**, её заменяющего.

13. **Копия трудовой книжки** (для работающих – заверенная сотрудником отдела кадров/управления персоналом и печатью отдела кадров/управления персоналом, для неработающих – без заверения).
14. **Оригинал справки из службы занятости.**
15. Заверенная сотрудником отдела кадров / управления персоналом и печатью отдела кадров/управления персоналом **копия акта о несчастном случае на производстве.**
16. Заверенная сотрудником отдела кадров/управления персоналом и печатью отдела кадров/управления персоналом **копия Акта расследования несчастного случая** по пути на работу / с работы.
17. Заверенная руководителем организации (учреждения), где проводилась тренировка/соревнование, и печатью организации (учреждения) **копия Акта о несчастном случае на тренировке / во время соревнований.**
18. Заверенная руководителем учебного заведения и печатью учебного заведения **копия Акта о несчастном случае в учебном заведении / по пути в учебное заведение / по пути из учебного заведения.**
19. Заверенная руководителем лагеря и печатью лагеря **копия Акта о несчастном случае в оздоровительных и иных детских/спортивных / молодежных / образовательных/школьных лагерях.**
20. Заверенная должностным лицом МВД и печатью МВД **копия справки о ДТП** по форме (с приложениями), утвержденной действующим Законодательством РФ/нормативными актами.
21. **Оригинал** или заверенная должностным лицом МВД и печатью МВД **копия документа**, содержащего подробную информацию **об обстоятельствах произошедшего с Застрахованным события и результатах (в том числе окончательных) расследования.**
22. Заверенная должностным лицом МЧС и печатью МЧС **копия справки о пожаре.**
23. Заверенная судом **копия решения суда.**
24. **Копия ПТС.**
25. **Копия водительского удостоверения.**
26. **Копия билета** (авиа, железнодорожного, посещения развлекательного учреждения и т.п.).
27. **Копия кредитного договора** с графиком платежей.
28. **Справка о задолженности** по кредитному договору.
29. **Копия доверенности**, дающей сотруднику финансовой организации (банка и т.п.) подавать заявления и другие документы в страховую компанию.
30. **Письменная информация и разъяснения** от организаций / учреждений, имеющих сведения о событии, обладающем признаками страхового.
31. **Письменное объяснение** Застрахованного / Выгодоприобретателя по вопросам, возникшим в ходе рассмотрения предоставленных документов по заявленному событию, обладающему признаками страхового.
32. **Копия заявления на страхование** (для Договоров индивидуального страхования).
33. **Копия квитанции / платежного поручения** об оплате страховой премии (страховых взносов) (для Договоров индивидуального страхования).
34. **Копия лицензии** на осуществление медицинской деятельности.

ДОГОВОР СТРАХОВАНИЯ № _____ (образец 1)

Коллективного страхования от несчастных случаев и болезней

« ____ » _____ 20__ г.

г. Москва

ООО «СК «Ингосстрах-Жизнь» настоящим полисом подтверждает заключение Договора коллективного страхования (далее Договор страхования), объектом которого являются имущественные интересы, связанные с причинением вреда здоровью Застрахованного, а также с его смертью в результате несчастного случая или болезни. Договор страхования заключен в соответствии с Правилами страхования от несчастных случаев и болезней ООО «СК «Ингосстрах-Жизнь» (далее Правила), действующих на дату заключения Договора страхования.

Страхователь:	
Застрахованные:	_____ человек, согласно прилагаемому списку Застрахованных.
Выгодоприобретатели:	Согласно распоряжению Застрахованных.
Страховые риски:	
Страховые суммы:	Установлены в прилагаемом Списке Застрахованных.
Страховой взнос:	_____ рублей.
Порядок уплаты страхового взноса:	Единоновременно, банковским переводом на р/с Страховщика. В рассрочку 1-й платеж _____ 2-й платеж _____
Условия и порядок страховой выплаты:	В соответствии с разделами 7, 8 Правил, Приложением 1.
Срок страхования:	с 00 часов 00 минут « ____ » _____ 20__ г. по 24 часа 00 минут « ____ » _____ 20__ г.
Время действия страхования:	Круглосуточно/при исполнении Застрахованным служебных обязанностей/при выполнении Застрахованным определенной работы, во время поездки или на иной период времени.
Порядок прекращения Договора:	В соответствии с разделом 9 Правил.

«С положениями Правил, Полиса и примененными страховыми тарифами ознакомлен и согласен. Правила получил»

Страхователь:

Страховщик:

_____/_____
" ____ " _____ г.

_____/_____
Тел. (_____) _____
Факс (_____) _____

Список Застрахованных к Полису № _____

Валюта страховых сумм и взносов:

№ п/п	Ф.И.О.	Дата рождения	Риск 1		Риск 2		Риск 3		Общий страхово й взнос
			Страхова я сумма	Страхово й взнос	Страхова я сумма	Страхово й взнос	Страхова я сумма	Страхово й взнос	
1									
2									
3									
4									
5									

Итого:

Всего застраховано:

Страхователь

Страховщик

Ф.И.О.

должность

Ф.И.О.

должность

ДОГОВОР СТРАХОВАНИЯ № XXXXXX/ XXXX-XXX*

СТРАХОВАНИЯ ОТ НЕСЧАСТНЫХ СЛУЧАЕВ И/ИЛИ БОЛЕЗНЕЙ
ООО "СК "Ингосстрах-Жизнь" настоящим Полисом подтверждает заключение договора страхования, объектом которого являются имущественные интересы, связанные с причинением вреда здоровью Застрахованного, а также с его смертью в результате несчастного случая или болезни. Договор страхования заключен в соответствии с Правилами страхования от несчастных случаев и болезней ООО "СК "Ингосстрах-Жизнь" (далее Правила), действующими на дату заключения договора.

СТРАХОВЩИК			
Общество с ограниченной ответственностью "Страховая компания "Ингосстрах-Жизнь". Лицензия ЦБ РФ СЖ № 3823 и СЛ № 3823 от 01.10.2015 г. на осуществление страхования, ИНН 7702501628, КПП 997950001, ОГРН 1027739019142, р/с 40701810000000000570 в ПАО Промсвязьбанк г. Москва, к/с 30101810400000000555, БИК 044525555			
СТРАХОВАТЕЛЬ			
ФИО (для физических лиц, далее – «ФЛ») Наименование (для юридических лиц, далее – «ЮЛ»)			
Гражданство (для ФЛ)			
Дата рождения (для ФЛ)			
Пол (для ФЛ)			
Адрес регистрации (для ФЛ) Юридический адрес (для ЮЛ)			
Адрес фактического проживания Фактический адрес (адрес местонахождения)			
Документ, удостоверяющий личность (для ФЛ)			
Документ, подтверждающий право иностранного гражданина или лица без гражданства на проживание/пребывание в РФ (для ФЛ)			
Страна налогового резидентства			
Идентификационный номер налогоплательщика (при наличии) (для ФЛ)			
СНИЛС (при наличии) (для ФЛ)			
Реквизиты (для ЮЛ)	ИНН / КПП / ОГРН / Адрес / Банк / Р/с / К/с / БИК		
Контактные данные	Тел.		E-mail
ЗАСТРАХОВАННЫЙ			
ФИО			
Гражданство			
Дата рождения			
Пол			
Адрес регистрации Юридический адрес			
Адрес фактического проживания Фактический адрес (адрес местонахождения)			
Документ, удостоверяющий личность			
Документ, подтверждающий право иностранного гражданина или лица без гражданства на проживание/пребывание в РФ			
Страна налогового резидентства			
Идентификационный номер налогоплательщика (при наличии)			
СНИЛС (при наличии)			

Контактные данные	Тел.	E-mail	
ВЫГОДОПРИОБРЕТАТЕЛИ (по риску «Смерть по любой причине»)			
Договор страхования считается заключенным в пользу Застрахованного. Выгодоприобретателями на случай смерти Застрахованного признаются лица: Сумма долей всех Выгодоприобретателей должна составлять 100%. Если Выгодоприобретатели не указаны, то Выгодоприобретателями признаются наследники Застрахованного, устанавливаемые в соответствии с законодательством РФ.			
ФИО	Степень родства	Дата рождения	Доля, %

МЕСТО РАБОТЫ (для застрахованных детей: школа, детский сад)	
ВИД СПОРТА/ХОББИ КОТОРЫМ ЗАНИМАЕТСЯ ЗАСТРАХОВАННЫЙ	

УСЛОВИЯ СТРАХОВАНИЯ	
СТРАХОВЫЕ РИСКИ	СТРАХОВЫЕ СУММЫ, РУБ.

СТРАХОВОЙ ВЗНОС	Сумма взноса прописью	
ПЕРИОДИЧНОСТЬ И ПОРЯДОК УПЛАТЫ ВЗНОСА		
СРОК СТРАХОВАНИЯ	с 00:00 часов XX.XX.XXXX г. по 24:00 часа XX.XX.XXXX г. Настоящий договор вступает в силу с даты, указанной как начало срока страхования, но не ранее даты уплаты страхового взноса. Особые условия:	
ВРЕМЯ ДЕЙСТВИЯ СТРАХОВАНИЯ		
ТЕРРИТОРИЯ ДЕЙСТВИЯ СТРАХОВАНИЯ		
ПОРЯДОК РАСЧЕТА И ОСУЩЕСТВЛЕНИЯ СТРАХОВОЙ ВЫПЛАТЫ	В соответствии с разделами 7 и 8 Правил.	
ПОРЯДОК ПРЕКРАЩЕНИЯ ДОГОВОРА СТРАХОВАНИЯ	В соответствии с разделом 9 Правил.	

ОСОБЫЕ УСЛОВИЯ / ДЕКЛАРАЦИЯ СТРАХОВАТЕЛЯ	
---	--

Страхователь:
 С положениями Правил, Договора страхования и примененными страховыми тарифами ознакомлен и согласен. Правила получил.
 ФИО _____

Подпись: _____

Представитель Страховщика:
 ФИО _____
 Должность _____
 № Доверенности _____

Подпись: _____



Застрахованный:

ФИО _____

Подпись: _____

**- набор обязательных граф может изменяться в зависимости от программы страхования и рисков.*

ПОЛИС № _____
(образец 2)

Коллективного страхования от несчастных случаев и болезней

« ____ » _____ 20__ г.

г. Москва

ООО «СК «Ингосстрах-Жизнь» настоящим полисом подтверждает заключение Договора коллективного страхования (далее Договор страхования), объектом которого являются имущественные интересы, связанные с причинением вреда здоровью Застрахованного, а также с его смертью в результате несчастного случая или болезни. Договор страхования заключен в соответствии с Правилами страхования от несчастных случаев и болезней ООО «СК «Ингосстрах-Жизнь» (далее Правила), действующие на дату заключения Договора страхования.

Страховщик:	Общество с ограниченной ответственностью «Страховая компания «Ингосстрах-Жизнь» Россия, 125171, г. Москва, Ленинградское шоссе, д.16, стр.9. Лицензия ЦБ РФ СЛ № 3823 на осуществление страхования от 01.10.2015г. ИНН 7702501628, р/с 40701810200010000030 в Банке «СОЮЗ» (АО) г. Москва
Страхователь:	
Застрахованные:	Работники Страхователя _____ человек, согласно штатному расписанию Страхователя по состоянию на « ____ » _____ 20__ г. При изменении численности Застрахованных Страхователь обязан уведомлять Страховщика о таких изменениях, и Страховщик производит расчет дополнительной/возврата премии по таким изменениям.
Выгодоприобретатели:	Наследники по закону РФ.
Страховые риски:	
Страховые суммы:	Установлены в прилагаемом Списке Застрахованных.
Страховой взнос:	_____ рублей.
Порядок уплаты страхового взноса:	Единовременно, банковским переводом на р/с Страховщика. В рассрочку 1-й платеж _____ 2-й платеж _____
Условия и порядок страховой выплаты:	В соответствии с разделами 7, 8 Правил, Приложением 1.
Срок страхования:	с 00 часов 00 минут « ____ » _____ 20__ г. по 24 часа 00 минут « ____ » _____ 20__ г.
Время действия страхования:	Круглосуточно/при исполнении Застрахованным служебных обязанностей/при выполнении Застрахованным определенной работы, во время поездки или на иной период времени.
Порядок прекращения Договора:	В соответствии с разделом 9 Правил.

***С положениями Правил, Полиса и примененными страховыми тарифами ознакомлен и согласен.
Правила получил.***

Страхователь:

Страховщик:

_____/_____/

_____/_____/

« ____ » _____ г.

Тел. (____) _____
Факс (____) _____

Список Застрахованных к Полису № _____

Валюта страховых сумм и взносов:

№ п/п	Должность	Риск 1		Риск 2		Риск 3		Общий страховой взнос
		Страховая сумма	Страховой взнос	Страховая сумма	Страховой взнос	Страховая сумма	Страховой взнос	
1								
2								
3								
4								
5								

Итого:
Всего застраховано:

Страхователь		Страховщик	
_____	_____	_____	_____
Ф.И.О.	должность	Ф.И.О.	должность