

ПАМЯТКА ЗАСТРАХОВАННОГО

по Программе страхования «Максиму» к Договору добровольного коллективного страхования в страховой компании
ООО «СК «Ренессанс Жизнь» (далее – «Памятка»)

Настоящая Памятка отражает основные условия Программы страхования «ДМС Максимум» (далее - Программа страхования) по Договору добровольного коллективного страхования, заключенному между ПАО «Совкомбанк» и ООО «СК Ренессанс Жизнь» (далее - Договор страхования) на основании Правил страхования от несчастных случаев и болезней (вариант 1), Комплексных правил страхования «Доктор онлайн» и Правил добровольного медицинского страхования «ДМС» (далее - Правила Страхования). Правила страхования доступны для ознакомления на официальном сайте ООО «СК «Ренессанс Жизнь» www.renlife.ru.

1. Участники программы:

■ **Застрахованный:**

- физические лица в возрасте от 18 (восемнадцати) полных лет до 84 (восемидесяти четырех) полных лет включительно на дату начала срока страхования, изъявившие желание быть застрахованными по Договору страхования, подписавшие Заявление Банка и включенные в Список застрахованных, в соответствии с условиями Договора страхования, а также их законные супруги в возрасте от 18 (восемнадцати) полных лет до 84 (восемидесяти четырех) полных лет включительно на дату начала срока страхования (далее – «Застрахованный», «Застрахованные»);

- дети Застрахованных (до 3 (трех) детей включительно) родные или приемные в возрасте от 1 (одного) полного года до 17 (семнадцати) полных лет включительно на дату начала срока страхования (далее – «Застрахованный ребенок», «Застрахованные дети»).

Страхователь – ПАО «Совкомбанк»

■ **Страховщик** – ООО «СК «Ренессанс Жизнь», лицензии на осуществление страхования СЖ № 3972 от 11 мая 2017 года и СЛ № 3972 от 11 мая 2017 года.

2. Страховыми рисками, реализовавшимися в течение срока страхования в результате несчастного случая, произошедшего в течение срока страхования, по Договору страхования для Застрахованного-взрослого являются:

- Смерть Застрахованного, наступившая в результате несчастного случая (далее – Смерть НС).
- Установление Застрахованному диагноза клещевого энцефалита или Лайм-боррелиоза (далее – риск клещевого энцефалита/Лайм-боррелиоза). Выжидательный период по данному риску: 14 (четырнадцать) календарных дня с даты начала срока страхования.
- Инвалидность Застрахованного 1 или 2 группы в результате несчастного случая (далее – Инвалидность НС).
- Телесные повреждения, полученные Застрахованным в результате несчастного случая, предусмотренные Таблицей страховых выплат при повреждении опорно-двигательного аппарата (переломы) (далее – риск переломы, переломов). Выжидательный период по данному риску: 5 (пять) календарных дня с даты начала срока страхования.
- Телесные повреждения, полученные Застрахованным в результате несчастного случая, предусмотренные Таблицей страховых выплат при ожогах (далее – риск ожогов). Выжидательный период по данному риску: 5 (пять) календарных дня с даты начала срока страхования.
- Госпитализация Застрахованного в результате несчастного случая.

При наступлении страхового случая по риску «госпитализации Застрахованного в результате несчастного случая» страховая выплата производится за каждый полный день пребывания в стационаре и составляет 1% от страховой суммы. При этом применяется безусловная (вычитаемая) франшиза: в расчет страховой выплаты не принимаются первые 6 (шесть) календарных дней госпитализации Застрахованного. Настоящим страхованием покрывается не более 30 (тридцати) календарных дней госпитализации Застрахованного.

- Программа «ДМС Лайт»:

- Обращение застрахованного за медицинской помощью, предусмотренной Программой страхования, если необходимость в ней возникла в результате острого (внезапного) заболевания; обострения хронического заболевания, угрожающего жизни Застрахованного; острого отравления, угрожающего жизни Застрахованного; травме (в том числе ожоге, обморожении) в результате несчастного случая в быту и на производстве и иных внезапных острых состояний (программа «Экстренная медицинская помощь»);

- Обращение Застрахованного к Страховщику/в Сервисную компанию за помощью, требующей оказания медицинских и иных услуг в соответствии с Программой страхования при заболевании, обострении хронического заболевания, травме, а также случаях, указанных в Программе страхования (программа «Личный медсоветник»).

3. Страховыми рисками, реализовавшимися в течение срока страхования в результате несчастного случая, произошедшего в течение срока страхования, по Договору страхования для Застрахованного-ребенка являются:

- Телесные повреждения, полученные Застрахованным ребенком в результате несчастного случая, предусмотренные Таблицей страховых выплат при повреждении опорно-двигательного аппарата (переломы) (далее – риск переломов Застрахованного ребенка). Выжидательный период по данному риску: 5 (пять) календарных дня с даты начала срока страхования.
- Госпитализация Застрахованного ребенка в результате несчастного случая.

При наступлении страхового случая по риску «госпитализации Застрахованного ребенка в результате несчастного случая» страховая выплата производится за каждый полный день пребывания в стационаре и составляет 1% от страховой суммы. При этом применяется безусловная (вычитаемая) франшиза: в расчет страховой выплаты не принимаются первые 6 календарных дней госпитализации Застрахованного ребенка. Настоящим страхованием покрывается не более 30 календарных дней госпитализации Застрахованного ребенка.

- Телесные повреждения, полученные Застрахованным ребенком в результате несчастного случая, предусмотренные Таблицей страховых выплат при ожогах (далее – риск ожогов Застрахованного ребенка). Выжидательный период по данному риску: 5 (пять) календарных дня с даты начала срока страхования.
- Установление Застрахованному ребенку диагноза клещевого энцефалита или Лайм-боррелиоза (далее – риск клещевого энцефалита/Лайм-боррелиоза). Выжидательный период по данному риску: 14 (четырнадцать) календарных дня с даты начала срока страхования.

Не признаются страховыми случаями страховые риски, если они произошли в состоянии:

- алкогольного, наркотического или токсического отравления Застрахованного, вследствие употребления им спиртосодержащих жидкостей, наркотических, токсических, сильнодействующих и психотропных веществ без предписания врача (или по предписанию врача, но с нарушением указанной им дозировки), в результате экзогенной интоксикации;

- во время управления Застрахованным транспортным средством без права на управление транспортным средством данной категории или управления транспортным средством лицом, не имевшим права на управление транспортным средством данной категории, при условии передачи управления такому лицу Застрахованным;

- во время управления Застрахованным транспортным средством в состоянии алкогольного, наркотического или токсического опьянения или под воздействием сильнодействующих и/или психотропных веществ, медицинских препаратов, при применении которых противопоказано управление транспортными средствами, или управления транспортным средством лицом, находившимся в состоянии алкогольного, наркотического или токсического опьянения или под воздействием сильнодействующих и/или психотропных веществ, медицинских препаратов, при применении которых противопоказано управление транспортными средствами, при условии передачи управления такому лицу Застрахованным;

- в результате прямого или косвенного влияния психического заболевания, если несчастный случай произошел с психически больным Застрахованным;
 - во время эпилептического приступа (или иных судорожных или конвульсивных приступов);
 - в результате осложнений беременности, родов, аборта, выкидыша;
 - во время непосредственного участия Застрахованного в качестве военнослужащего либо гражданского служащего в военных действиях, гражданских, военных переворотах, народных волнениях, вооруженных столкновениях, иных аналогичных или приравняемых к ним событиях, а также во время прохождения Застрахованным военной службы, участия в военных сборах и учениях;
 - во время исполнения судебного акта и (или) во время пребывания в местах лишения свободы или в период нахождения его под стражей, или во время осуществления следственных мероприятий;
 - в результате предшествовавших состояний и их последствий;
 - в результате умышленных действий Застрахованного (законного представителя Застрахованного ребенка) или лица, которое согласно Договору или законодательству Российской Федерации является получателем страховых выплат, а также лиц, действующих по их поручению;
 - в результате совершения Застрахованным самоубийства, если к этому времени Договор страхования в отношении конкретного Застрахованного действовал менее двух лет или продлевался таким образом, что страхование не действовало непрерывно в течение двух лет, а также при покушении на самоубийство или умышленного причинения Застрахованным вреда жизни и здоровья самому себе, за исключением случаев, когда Застрахованный был доведен до этого противоправными действиями третьих лиц;
 - в ходе умышленного совершения (попытки совершения) Застрахованным уголовно наказуемого деяния, находящегося в прямой причинной связи с событием, обладающим признаками страхового случая;
 - в результате действия ядерного взрыва, радиации или радиоактивного заражения.
- По программе «Экстренная медицинская помощь» ООО «СК «Ренессанс Жизнь» не оплачивает медицинские услуги, связанные с лечением следующих заболеваний и их осложнений:
- обострений и осложнений хронических заболеваний (состояний), не представляющих непосредственную угрозу жизни Застрахованного;
 - онкологических заболеваний (злокачественных новообразований, в т.ч. кроветворной и лимфатической тканей, доброкачественных новообразований злокачественного течения) и их осложнений (после установления диагноза онкологического заболевания);
 - врожденных и наследственных заболеваний, в т. ч. крови и кроветворных органов, а также врожденных аномалий развития органов и их осложнений;
 - заболеваний, передающихся преимущественно половым путем, венерических заболеваний, ВИЧ-инфекции и ее осложнений;
 - психических, психоневротических расстройств, эпилепсии, а также травм и соматических заболеваний, возникших в связи с психическими нарушениями и в состоянии алкогольного опьянения;
 - сахарного диабета I и II типа и их осложнений;
 - алкоголизма, наркомании, токсикомании и их осложнений;
 - туберкулеза;
 - хронической почечной и печеночной недостаточности, в том числе требующей проведения экстракорпоральных методов лечения;
 - муковисцидоз, псориаз, глубокие микозы;
 - системные заболевания соединительной ткани, в том числе воспалительные артропатии и спондилопатии;
 - нейродегенеративные и демиелинизирующие заболевания нервной системы;
 - острой и хронической лучевой болезни;
 - профессиональных заболеваний;
 - заболевания органов и тканей, требующие их трансплантации, аутотрансплантации, эндопротезирования;
 - протезирования и имплантации (включая металлоконструкции при ортопедических вмешательствах и остеосинтезе);
 - реконструктивно-восстановительные операции, высокотехнологичные виды медицинской помощи;
 - хронические заболевания, требующие динамического наблюдения, обследования и лечения вне обострения; все недифференцированные коллагенозы, аутоиммунные и иммунозависимые заболевания;
 - особо опасных инфекционных болезней: чума, холера, оспа, вирусные геморрагические лихорадки;
 - хронических гепатитов: В, С, D, E.
- Услуги по программе «Личный медсоветник» не оказываются:
- в случае обращения Застрахованного за оказанием Услуг, предусмотренных настоящей Программой, до начала или после окончания срока страхования по настоящей Программе;
 - услуги, оплата которых прямо не предусмотрена настоящей Программой, в том числе: вызовы врача на дом; услуги, оказываемые в условиях дневного стационара и в стационарных условиях; услуги по инструментальной и лабораторной диагностике; услуги скорой помощи, в том числе скорой специализированной медицинской помощи;
 - в случае, если Застрахованным не дано согласие на обработку персональных данных в соответствии с действующим законодательством.

4. Условия программы страхования:

Срок страхования	1 год Дата начала срока страхования - с 00 часов 00 минут 1-го (первого) дня за днем подписания Заявления Банка по Программе страхования «ДМС Максимум», при условии оплаты страховой премии; по программе «ДМС Лайт» - с 00 часов 00 минут 21-го (двадцать первого) дня за днем подписания Заявления Банка по Программе страхования «ДМС Максимум», при условии оплаты страховой премии.
Выгодоприобретатель/ страховая выплата	По риску смерти Застрахованного являются законные наследники Застрахованного. Страховая выплата осуществляется в размере 100% страховой суммы по данным рискам. По рискам клещевого энцефалита / Лайм-боррелиоза Застрахованного, инвалидности НС, переломов, ожогов, госпитализации Застрахованного в результате несчастного случая является сам Застрахованный. Страховая выплата осуществляется в процентах от страховой суммы соответствующей Таблицы выплат. По рискам клещевого энцефалита / Лайм-боррелиоза Застрахованного ребенка, госпитализации Застрахованного ребенка в результате несчастного случая, переломов Застрахованного ребенка, ожогов Застрахованного ребенка выгодоприобретателями является Застрахованный ребенок (законные представители Застрахованного ребенка). Страховая выплата осуществляется в процентах от страховой суммы соответствующей Таблицы выплат. Страховая выплата производится Страховщиком Застрахованному/Выгодоприобретателю/Законному представителю Застрахованного ребенка одновременно путем перечисления на счет, указанный в соответствующем/их заявлении/ях о страховой выплате.

	По программам «Экстренная медицинская помощь», «Личный медсоветник» страховая выплата осуществляется Страховщиком путем оплаты стоимости оказанных Застрахованному в соответствии с Программой услуг в соответствии со счетами, полученными Страховщиком от Сервисных компаний/учреждений, оказавших указанные услуги. <i>Общий размер всех страховых выплат не может превышать страховую сумму по Программе страхования, указанную в Списке застрахованных.</i>
Время и территория страхования	24 часа в сутки, по всему миру. По программе «Экстренная медицинская помощь» - 24 часа в сутки, на всей территории Российской Федерации.

Страховая сумма по Программе страхования «ДМС Максимум» приведена в Таблице 1.

Таблица 1.

	Застрахованный: Страховые риски:	Страховая сумма
Программа страхования «ДМС Максимум»	<ul style="list-style-type: none"> • Смерть НС; • риск клещевого энцефалита/Лайм-боррелиоза; • Инвалидность НС*; • риск перелома, переломов; • риск ожогов; • риск госпитализации Застрахованного в результате несчастного случая; • Обращение Застрахованного за медицинской помощью, предусмотренной Программой страхования, если необходимость в ней возникла в результате острого (внезапного) заболевания; обострения хронического заболевания, угрожающего жизни Застрахованного; острого отравления, угрожающего жизни Застрахованного; травме (в том числе ожоге, обморожении) в результате несчастного случая в быту и на производстве и иных внезапных острых состояний (программа «Экстренная медицинская помощь»)**; • Обращение Застрахованного к Страховщику/в Сервисную компанию за помощью, требующей оказания медицинских и иных услуг в соответствии с Программой страхования при заболевании, обострении хронического заболевания, травме, а также случаях, указанных в Программе страхования (программа «Личный медсоветник»)**. 	<p>150 000 рублей</p> <p>45 000 рублей</p> <p>150 000 рублей</p> <p>15 000 рублей</p> <p>15 000 рублей</p> <p>150 000 рублей</p>
	<p>Застрахованный ребенок:</p> <p>Страховые риски:</p> <ul style="list-style-type: none"> • риск переломов Застрахованного ребенка; • риск ожогов Застрахованного ребенка; • риск госпитализации Застрахованного ребенка в результате несчастного случая; • риск клещевого энцефалита/Лайм-боррелиоза; 	<p>100 000 рублей</p>
		<p>15 000 рублей</p> <p>15 000 рублей</p>
		<p>150 000 рублей</p>
		<p>45 000 рублей</p>
		<p>*При достижении застрахованными возраста 65 полных лет риск Инвалидность НС отключается.</p> <p>**Риск предоставляется только одному Застрахованному.</p>

Действия при наступлении страхового случая

1. Вам или Вашему представителю либо лицам, которые могут быть признаны наследниками в соответствии с действующим законодательством Российской Федерации, необходимо собрать пакет документов по страховому случаю (список документов указан ниже).

Все предоставляемые Выгодоприобретателем копии документов должны быть заверены надлежащим образом, а именно заверены учреждением/органом, выдавшим данный документ, либо нотариально.

2. Передать пакет документов Страховщику. В случае передачи документов почтовой службой, они направляются заказным письмом с описью вложений.

Список документов для рассмотрения страхового случая:

По всем рискам:

- письменное заявление о страховой выплате;
- копия документа, удостоверяющего личность получателя страховой выплаты;
- копия Заявления Банка.

Риск инвалидности НС:

- заявление на страховую выплату;
- копия документа, удостоверяющего личность получателя страховой выплаты;
- копия Заявления Банка (иные документы, подтверждающие согласие быть застрахованным);
- заверенная выдавшим учреждением копия справки бюро медико-социальной экспертизы (МСЭ);
- заверенная выдавшим учреждением копия направления на медико-социальную экспертизу;
- акт освидетельствования в МСЭ;
- заверенные лечебным учреждением копии карт амбулаторного больного/или заверенные лечебным учреждением копии выписок из амбулаторных карт;
- заверенные лечебным учреждением копии карт стационарного больного/ заверенные лечебным учреждением копии истории болезни/или заверенные лечебным учреждением копии выписных/переводных/посмертных эпикризов;
- акт о несчастном случае на производстве (форма Н-1) и заверенная выдавшим учреждением копия медицинского заключения о характере и степени тяжести производственной травмы, если страховой риск реализовался в результате несчастного случая на производстве;

- заверенные надлежащим образом копии постановлений о возбуждении уголовного дела, об отказе в возбуждении уголовного дела, о прекращении уголовного дела, приостановлении предварительного следствия по делу, документы из правоохранительных органов, копию решения/постановления/приговор/определение суда, акт о несчастном случае на производстве по форме Н-1;
- если Застрахованный являлся пассажиром транспортного средства или пешеходом, необходимо предоставить постановление об административном правонарушении (или иной документ, где Застрахованный указан как пассажир или пешеход, пострадавший в ДТП);
- в случае травмы водителя в дорожно-транспортном происшествии - заверенные выдавшим учреждением или следственными органами результаты исследования на содержание в крови и других биологических жидкостях алкоголя и/или наркотических, токсических веществ, а также копия водительского удостоверения.

Риск смерти:

- заявление на страховую выплату;
- копия документа, удостоверяющего личность получателя страховой выплаты;
- копия Заявления Банка (иные документы, подтверждающие согласие быть застрахованным);
- копия акта судебно-медицинского исследования/ акта судебно-медицинского обследования/заключения эксперта/акта патологоанатомического исследования, заверенные учреждением его выдавшим;
- заверенные надлежащим образом копии постановлений о возбуждении уголовного дела, об отказе в возбуждении уголовного дела, о прекращении уголовного дела, приостановлении предварительного следствия по делу, документы из правоохранительных органов, копию решения/постановления/приговор/определение суда, акт о несчастном случае на производстве по форме Н-1;
- заверенные надлежащим образом копии карт стационарного больного, заверенные надлежащим образом копии историй болезни, выписные, переводные, посмертные эпикризы, заверенные надлежащим образом копии карт амбулаторного больного;
- нотариально заверенная копия свидетельства о смерти Застрахованного;
- оригинал справки о смерти с указанием причины смерти/медицинское свидетельство о смерти или копия, заверенную учреждением, выдавшим документ;
- нотариально заверенная копия свидетельства о праве на наследство.

Риск переломов, ожогов, госпитализации, клещевого энцефалита (в зависимости от реализовавшегося риска):

- заявление на страховую выплату;
- копия документа, удостоверяющего личность получателя страховой выплаты;
- копия Заявления Банка (иные документы, подтверждающие согласие быть застрахованным);
- копии закрытых листов нетрудоспособности (для Застрахованных) за весь период временной нетрудоспособности (если не оформлялись – в заявлении указать причину);
- оригиналы или заверенные лечебно-профилактическим или медицинским учреждением документы медицинского учреждения - выписка из истории болезни, история болезни, выписка из амбулаторной карты Застрахованного, амбулаторная карта, выписные, переводные, этапные эпикризы, рентгенологические снимки, снимки КТ, МРТ, подтверждающие факт наступления страхового случая и степень ущерба для здоровья Застрахованного;
- диагноз клещевого энцефалита или лайм-боррелиоза должен быть установлен врачом-специалистом (инфекционистом) в специализированном лечебном учреждении и подтвержден результатами серологических исследований;
- акт о несчастном случае на производстве (форма Н-1) и заверенная выдавшим учреждением копия медицинского заключения о характере и степени тяжести производственной травмы, если страховой риск реализовался в результате несчастного случая на производстве;
- заверенные надлежащим образом копии постановлений о возбуждении уголовного дела, об отказе в возбуждении уголовного дела, о прекращении уголовного дела, приостановлении предварительного следствия по делу, документы из правоохранительных органов, копию решения/постановления/приговор/определение суда, акт о несчастном случае на производстве по форме Н-1;
- если Застрахованный являлся пассажиром транспортного средства или пешеходом, необходимо предоставить постановление об административном правонарушении (или иной документ, где Застрахованный указан как пассажир или пешеход, пострадавший в ДТП);
- в случае травмы водителя в дорожно-транспортном происшествии - заверенные выдавшим учреждением или следственными органами результаты исследования на содержание в крови и других биологических жидкостях алкоголя и/или наркотических, токсических веществ, а также копию водительского удостоверения;
- копии документов, подтверждающие права Выгодоприобретателя как законного представителя Застрахованного-ребенка.

Порядок получения медицинских услуг

Для получения медицинской помощи, предусмотренной программой «Экстренная медицинская помощь», Застрахованному необходимо обратиться по телефону +7 (495) 775 09 99.

Для получения помощи, требующей оказания медицинских и иных услуг в соответствии с программой «Личный медсоветник», Застрахованному необходимо воспользоваться сайтом <https://w.doctis.ru>, мобильным приложением «Доктис» или обратиться по телефону 8 800 500 02 99.

5. Декларация Застрахованного:

Ознакомившись с настоящей Памяткой и подписывая Заявление Банка, Застрахованный от своего имени, от имени своего супруга/ супруги, ребенка/детей заявляет следующее:

Я:

- понимаю, что страхование по Договору страхования вступает в силу в отношении меня, моей супруги/моего супруга и моего ребенка/моих детей на следующий день после даты оплаты Программы страхования и действует в течение 1 (одного) календарного года с момента вступления в силу. При этом страхование по программе «ДМС Лайт» вступает в силу в отношении меня на 21-й (двадцать первый) день после даты оплаты мной Программы страхования и действует в течение 1 (одного) календарного года с момента вступления в силу;
- подтверждаю, что: я/моя супруга/мой супруг старше 18 (восемнадцати) полных лет и моложе 84 (восемидесяти четырех) полных лет включительно на момент включения в Договор, мой ребенок/мои дети старше 1 (одного) полного года и моложе 17 (семнадцати) полных лет, и ни я/моя супруга/мой супруг, ни мой ребенок/мои дети не являемся на момент заключения Договора страхования инвалидом I или II группы либо ребенком-инвалидом, либо лицом, в отношении которого принято решение о направлении его для установления ему группы инвалидности; лицом, которому на момент заключения Договора страхования был установлен диагноз клещевого энцефалита или Лайм-боррелиоза; лицом, на момент заключения Договора страхования страдающим эпилепсией, слабоумием, другим психическим заболеванием и/или расстройством; лицом, на момент заключения Договора страхования состоящим на учете в наркологическом и/или психоневрологическом диспансере; лицом, употребляющим наркотические, токсические и/или психоактивные вещества с целью лечения или по иной причине, лицом, которому устанавливался диагноз алкоголизм; лицом, состоящим по любой из указанных причин на диспансерном учете; лицом, имеющем направление на медико-социальную экспертизу; лицом, находящимся в местах лишения свободы;
- получил(а) полную и подробную информацию о Программе страхования, ознакомлен(а) и согласен(а) с условиями Программы страхования и Договора страхования, Памятку на руки получил(а);
- даю согласие, в соответствии с Федеральным законом от 27.07.2006 № 152-ФЗ «О персональных данных», Страхователю и Страховщику на обработку моих персональных данных (фамилии, имени, отчества, года, месяца, даты и места рождения, адреса, специальные категории персональных данных (в том числе персональных данных о состоянии здоровья), а также иных персональных сведений, получаемых Страховщиком при исполнении Договора страхования), сообщенных в последующем своих персональных данных, в том числе данных, доступных с использованием сети Интернет,

иных моих биометрических данных (включая фотографию), а именно: на сбор, запись, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), извлечение, использование, передачу (распространение, предоставление, доступ), обезличивание, блокирование, удаление, уничтожение, трансграничную передачу, а также информирования Страхователя (Выгодоприобретателя) о Программе страхования, о сроке действия Договора страхования и иными целями, поручение обработки другому лицу, проверку достоверности и любых иных действий с моими персональными данными, не противоречащих закону, совершаемых как с использованием средств автоматизации, так и без использования таких средств, в целях заключения и исполнения Договора страхования, и осуществления Страхователем и Страховщиком своих прав и обязанностей по Договору страхования. Я даю согласие Страхователю, Страховщику на обработку персональных данных моей супруги/моего супруга/моего ребенка/моих детей (информации, относящейся к моей супруге/моему супругу/моему ребенку/моим детям, в том числе фамилии, имени, отчества, года, месяца, даты и места рождения, адреса). Настоящее согласие действует на весь срок действия Договора и действует в течение пятнадцати лет после окончания срока действия Договора страхования. Согласие может быть отозвано в любой момент времени путем передачи Страховщику письменного уведомления, подписанного субъектом персональных данных. Настоящим также подтверждаю, что Страховщик информировал меня о моих правах в качестве субъекта персональных данных, установленных Федеральным законом от 27.07.2006 № 152-ФЗ «О персональных данных»;

– согласен с тем, что механическое воспроизведение/электронное изображение подписи уполномоченных лиц со стороны Страховщика в Договоре страхования, а также во всех приложениях и дополнительных соглашениях к нему является аналогом собственноручной подписи уполномоченных лиц Страховщика. Изображение оттиска печати Страховщика, нанесенного на документы типографским или иным способом, является надлежащим реквизитом таких документов;

– подтверждаю, что ни я, моя супруга/мой супруг, мои дети не являемся иностранным, российским публичным должностным лицом, должностным лицом публичной международной организации, супругом (супругой) или близким родственником указанного лица (критерии принадлежности к указанной категории лиц, форма дополнительной анкеты, которую необходимо заполнить при принадлежности к указанной категории лиц, содержатся на сайте www.renlife.ru);

- уполномочиваю любое лечебное учреждение любой организационно-правовой формы, оказывавшее мне, моему ребенку/моим детям любые медицинские услуги, предоставлять по требованию Страховщика, в том числе и после моей смерти, сведения, содержащие врачебную тайну, а именно копии медицинских документов: карты стационарного больного, истории болезни, выписные, переводные, этапные, посмертные эпикризы, карты амбулаторного больного, выписки, справки, заключения экспертов в связи со страховыми случаями по Договору страхования.

Обязательства по Договору страхования несет ООО «СК «Ренессанс Жизнь», а не ПАО «Совкомбанк». Участие в программе добровольного страхования по данному Договору страхования не является необходимым условием выдачи кредита Банком. Отказаться от участия в Договоре страхования можно в любой момент по письменному заявлению. При этом, при отказе от участия в Договоре страхования в течение 14 (четырнадцати) календарных дней с даты подписания Заявления Банка уплаченная страховая премия подлежит возврату в полном объеме. При отказе от участия в Договоре страхования по истечении 14 (четырнадцати) календарных дней с даты подписания Заявления Банка уплаченная страховая премия не возвращается. Для отказа от участия в Договоре страхования необходимо обратиться по месту подписания Заявления Банка.

**При необходимости более полную информацию можно получить по телефону:
8-495-981-2-981**

Страховой случай будет рассмотрен только после предоставления полного пакета документов.

Блок № 1 – Программа «Экстренная медицинская помощь»

По настоящей Программе ООО «СК «Ренессанс Жизнь» организует и оплачивает предоставление Застрахованному медицинских услуг при наступлении страхового события предусмотренного настоящей программой.

1. ОБЪЕМ ПРЕДОСТАВЛЯЕМЫХ УСЛУГ

1.1. Экстренная и неотложная амбулаторно-поликлиническая помощь:

- первичные, повторные, консультативные приемы врачей-специалистов: терапевта, хирурга, гинеколога, уролога, отоларинголога, инфекциониста, дерматолога, офтальмолога, невролога, гастроэнтеролога, кардиолога, аллерголога, физиотерапевта, ревматолога, проктолога, травматолога, пульмонолога;
- выдача листков нетрудоспособности, медицинских справок, рецептов (за исключением льготных категорий);
- проведение инструментальной диагностики: рентгенологическая, компьютерная томография, ультразвуковая, эндоскопическая;
- функциональная диагностика: ЭКГ, РВГ, РЭГ;
- лабораторные методы исследования: общеклинические, биохимические, бактериологические исследования, серологические исследования;
- физиотерапевтическое лечение: электро-, свето- и теплолечение, магнитотерапия;
- стоматологическая помощь: хирургическая стоматология. Объем услуг: вскрытие абсцессов челюстно-лицевой области, удаление зубов простое и сложное; неотложная помощь при травме челюстно-лицевой области.

1.2. Скорая и неотложная медицинская помощь (услуги оказываются при наличии в регионе служб скорой медицинской помощи, работающих в рамках добровольного медицинского страхования):

- выезд врачебной бригады скорой медицинской помощи;
- проведение диагностических и лечебных мероприятий, способствующих стабилизации или улучшению состояния здоровья Застрахованного; реанимационные мероприятия;
- медицинская транспортировка в медицинское учреждение при наличии медицинских показаний.

1.3. Экстренная и неотложная стационарная помощь:

- консультации врачей-специалистов;
- лабораторные и инструментальные исследования;
- компьютерная и магнитно-резонансная томография;
- хирургическое и консервативное лечение;
- пребывание в отделении интенсивной терапии, реанимационные мероприятия;
- лекарственные средства и другие необходимые для лечения средства;
- физиотерапевтическое лечение: электро-, свето- и теплолечение, магнитотерапия;
- пребывание в 2-4 местной палате;
- экспертиза временной нетрудоспособности;
- оформление различной медицинской документации.

1.4. Экстренная и неотложная стоматологическая помощь:

Оказание экстренной и неотложной стоматологической помощи при травмах челюстно-лицевой области:

- первичные, повторные, консультативные приемы врачей-стоматологов: терапевта, хирурга, челюстно-лицевого хирурга;
- анестезия местная (инфильтрационная, аппликационная, проводниковая);
- проведение инструментальной диагностики: рентгеновские и радиовизиографические исследования.

2. ПОРЯДОК ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ

2.1. Для получения экстренной и неотложной медицинской помощи Застрахованному необходимо обратиться по телефону +7 (495) 775 09 99.

2.2. Медицинские услуги оказываются Застрахованному при наличии сертификата по программе страхования и документа, удостоверяющего личность.

2.3. При обращении за амбулаторно-поликлинической помощью услуги оказываются медицинским учреждением по выбору Страховщика в режиме работы медицинского учреждения.

2.4. При обращении за экстренной и неотложной стационарной помощью Застрахованный госпитализируется в экстренном порядке в медицинское учреждение по выбору Страховщика, которое при наличии мест способно обеспечить соответствующую медицинскую помощь.

3. ИСКЛЮЧЕНИЯ ИЗ СТРАХОВОГО ПОКРЫТИЯ

3.1. По настоящей Программе страхования ООО «СК «Ренессанс Жизнь» не оплачивает медицинские услуги, связанные с лечением следующих заболеваний и их осложнений:

3.1.1. обострений и осложнений хронических заболеваний (состояний), не представляющих непосредственную угрозу жизни Застрахованного;

3.1.2. онкологических заболеваний (злокачественных новообразований, в т.ч. кроветворной и лимфатической тканей, доброкачественных новообразований злокачественного течения) и их осложнений (после установления диагноза онкологического заболевания);

3.1.3. врожденных и наследственных заболеваний, в т. ч. крови и кроветворных органов, а также врожденных аномалий развития органов и их осложнений;

3.1.4. заболеваний, передающихся преимущественно половым путем, венерических заболеваний, ВИЧ-инфекции и ее осложнений;

3.1.5. психических, психоневротических расстройств, эпилепсии, а также травм и соматических заболеваний, возникших в связи с психическими нарушениями и в состоянии алкогольного опьянения;

3.1.6. сахарного диабета I и II типа и их осложнений;

3.1.7. алкоголизма, наркомании, токсикомании и их осложнений;

3.1.8. туберкулеза;

3.1.9. хронической почечной и печеночной недостаточности, в том числе требующей проведения экстракорпоральных методов лечения;

3.1.10. муковисцидоз, псориаз, глубокие микозы;

3.1.11. системные заболевания соединительной ткани, в том числе воспалительные артропатии и спондилопатии;

3.1.12. нейродегенеративные и демиелинизирующие заболевания нервной системы;

3.1.13. острой и хронической лучевой болезни;

3.1.14. профессиональных заболеваний;

3.1.15. заболевания органов и тканей, требующие их трансплантации, ауто трансплантации, эндопротезирования, протезирования и имплантации (включая металлоконструкции при ортопедических вмешательствах и остеосинтезе), реконструктивно-восстановительные операции, высокотехнологичные виды медицинской помощи;

3.1.16. хронические заболевания, требующие динамического наблюдения, обследования и лечения вне обострения; все недифференцированные коллагенозы, аутоиммунные и иммунозависимые заболевания;

3.1.17. особо опасных инфекционных болезней: чума, холера, оспа, вирусные геморрагические лихорадки;

3.1.18. хронических гепатитов: В, С, D, E.

3.2. По настоящей Программе страхования ООО «СК «Ренессанс Жизнь» не оплачивает оказание Застрахованному следующих медицинских услуг:

3.2.1. медицинские услуги, проводимые без медицинских показаний;

3.2.2. профилактические приемы врачей-специалистов, диспансеризация, вакцинация; плановые медицинские услуги, включая плановое оперативное лечение;

3.2.3. лабораторные исследования: гормональные, иммунологические, серологические исследования;

3.2.4. медицинское обследование, проводимое с целью оформления справок для получения водительских прав, разрешения на ношение оружия и т.д., кроме случаев, предусмотренных программами добровольного медицинского страхования;

3.2.5. медицинские услуги по беременности вне зависимости от срока;

3.2.6. услуги по планированию семьи: введение, удаление ВМС (кроме случаев удаления по медицинским показаниям), определение уровня половых гормонов, диагностика и лечение бесплодия и других репродуктивных расстройств, операции оплодотворения;

3.2.7. устранение косметических дефектов лица, тела, конечностей независимо от времени их возникновения; удаление доброкачественных новообразований кожи (родинки, бородавки, невусы, папилломы, кондиломы);

- 3.2.8. специфическая иммунизация с различными аллергенами;
- 3.2.9. склеротерапия вен;
- 3.2.10. хирургическое лечение близорукости, дальнозоркости, астигматизма, косоглазия; лечение с использованием аппаратно-программных комплексов в офтальмологии;
- 3.2.11. всех стоматологических услуг, кроме услуг, предусмотренных настоящей Программой;
- 3.2.12. методы народной медицины, используемые с целью диагностики (акупунктурная, аурикуло-, термопунктурная, электропунктурная, пульсовая, иридо-, энергоинформатика), лечения (гирудотерапия, гомеопатия, фитотерапия, апитерапия) и оздоровления (цугун- терапия, управление дыханием, музыкотерапия);
- 3.2.13. реабилитация в любых медицинских учреждениях; пребывание в медицинских и иных учреждениях для получения попечительского ухода, а также ухода, не требующего участия медицинского персонала;
- 3.2.14. расходы на медицинское оборудование, очки, контактные линзы, слуховые аппараты, импланты, наборы для остеосинтеза и фиксации, проведения ангиографии, ангиопластики, стентирования, аорто-коронарного шунтирования, электростимуляции сердца, расходных материалов – стентов, сосудистых протезов, кава-фильтров, а также других корректирующих медицинских устройств и приспособлений, включая расходы на их подгонку;
- 3.2.15. экстракорпоральные методы лечения: внутривенная лазеротерапия, озонотерапия, УФО крови, гемодиализ, плазмаферез, гемосорбция, гипо-, нормо- и гипербарическая оксигенация;
- 3.2.16. услуги генетика, диетолога, логопеда;
- 3.2.17. услуги, оказанные Застрахованному после окончания срока действия договора страхования, кроме услуг, связанных с лечением Застрахованного, госпитализированного в течение срока действия договора страхования, до момента его выписки из стационара;
- 3.2.18. ударно-волновая терапия;
- 3.2.19. восстановительное лечение;
- 3.2.20. протезирование всех видов;
- 3.2.21. услуги, не предусмотренные настоящей программой ДМС.

Блок № 2 – Программа «Личный медсоветник»

По настоящей Программе ООО «СК «Ренессанс Жизнь» организует и оплачивает предоставление Застрахованному медицинских услуг при наступлении страхового события.

Предусмотренные настоящей Программой дистанционные (телемедицинские) консультации проводятся с использованием сервиса, представляющего собой программно-аппаратный комплекс по предоставлению канала связи между Застрахованным и Медицинскими организациями с целью оказания последними медицинских услуг в режиме реального времени (онлайн).

1. УСЛУГИ, ПРЕДОСТАВЛЯЕМЫЕ ПО НАСТОЯЩЕЙ ПРОГРАММЕ

1.1. В перечень Услуг, оказываемых Застрахованным по данной Программе, входят:

1.1.1. Медицинские и иные услуги:

Дистанционные (телемедицинские) онлайн-консультации с использованием сервиса «Доктис», проводимые врачами-консультантами Медицинских организаций, осуществляющих медицинскую деятельность в соответствии с законодательством Российской Федерации, перечень которых опубликован в мобильном приложении «Доктис», а именно:

- срочные консультации дежурным врачом-терапевтом, находящимся в данный момент в системе онлайн (в течение 3 (трех) минут после запроса), не более 10 (десяти) консультаций в период действия договора страхования;

- онлайн-консультации с врачами-консультантами профильных специальностей по ранее поставленному диагнозу (услуга «Второе мнение») не более 3 (трех) консультаций в период действия договора страхования;

- предоставление письменного заключения с рекомендациями по результатам онлайн консультации.

1.1.2. Сервисные услуги по организации медицинской помощи:

1.1.2.1. Услуги сервиса «Личный кабинет» Застрахованного, где сохраняются история обращений по Застрахованному и письменные рекомендации врачей по результатам проведенных онлайн-консультаций в рамках Программы.

1.1.2.2. Консультации по телефону по вопросам, связанным с расстройством здоровья или состоянием Застрахованного, в ходе которых Застрахованному предоставляется информация:

- о порядке получения необходимых медицинских услуг в рамках программы ОМС;
- о наличии государственных и коммерческих медицинских учреждений того или иного профиля в регионе/городе по запросу клиента;
- о медицинском учреждении: наличие специалистов, перечень оказываемых услуг, уровень сервиса, оснащенность, цены;
- о медицинских учреждениях, отвечающих требованиям клиента;
- о медицинских учреждениях в соответствии со спецификой заболевания;
- о медицинских учреждениях для прохождения обследования;
- о вакцинации, в том числе, для поездки в другую страну;
- по вопросам действующего законодательства об охране здоровья граждан в Российской Федерации, связанных с получением медицинской помощи, в рамках программ государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи, в части, связанной со страховым случаем.

1.1.2.3. Услуги по организации медицинской помощи¹:

- Подбор Медицинской организации и врача-специалиста по запросу Застрахованного с учетом медицинских показаний;
- Организация амбулаторно-поликлинических услуг в согласованной Медицинской организации;
- Организация стоматологических услуг в согласованной Медицинской организации;
- Координация получения медицинских услуг, организованных в рамках программы;
- Организация плановой госпитализации по медицинским показаниям;
- Курация во время плановой госпитализации, организованной в рамках программы врачами медицинского пульта.

¹ Медицинские услуги оплачиваются за счет средств Застрахованного/представителя Застрахованного или, по возможности, оказывается помощь в организации необходимых медицинских услуг в рамках программы ОМС.

1.1.2.4. Консультации психологов по телефону по вопросам, связанным с заболеванием или состоянием здоровья Застрахованного, не более 1 (одной) за период действия договора страхования.

1.2. Услуги не оказываются:

1.2.1. в случае обращения Застрахованного за оказанием Услуг, предусмотренных настоящей Программой, до начала или после окончания срока страхования по настоящей Программе;

1.2.2. услуги, оплата которых прямо не предусмотрена настоящей Программой, в том числе: вызовы врача на дом; услуги, оказываемые в условиях дневного стационара и в стационарных условиях; услуги по инструментальной и лабораторной диагностике; услуги скорой помощи, в том числе скорой специализированной медицинской помощи;

1.2.3. в случае, если Застрахованным не дано согласие на обработку персональных данных в соответствии с действующим законодательством.

2. ПОРЯДОК ПОЛУЧЕНИЯ УСЛУГ, ПРЕДУСМОТРЕННЫХ НАСТОЯЩЕЙ ПРОГРАММОЙ

2.1. Обеспечиваемые настоящей Программой страхования услуги (далее – «Услуги») заключаются в предоставлении Застрахованным Врачами медицинских консультаций, а также психологом и медицинским консультантом по вопросам здоровья и организации медицинской помощи с использованием интерактивной веб-платформы в сети Интернет и мобильных приложений (далее – «Сервис») в режиме реального времени. Услуги оказываются с использованием видеосвязи, аудиосвязи, путем обмена сообщениями и файлами.

2.2. Застрахованному предоставляются медицинские консультации по всем вопросам, за исключением вопросов, по которым Врач не может сформировать свое профессиональное мнение ввиду невозможности произвести осмотр и иные исследования и манипуляции в отношении Застрахованного дистанционным способом, а также вопросов, для ответа на которые необходимо получение дополнительной информации (результатов осмотров другими специалистами, результатов лабораторного и инструментального обследования) при ее отсутствии.

2.3. Застрахованный до оказания Услуги предоставляет Врачу информацию об установленных Застрахованному диагнозах, перенесенных Застрахованным заболеваниях, известных аллергических реакциях, противопоказаниях к проведению вмешательств, приему препаратов, пересылает Врачу копии необходимых документов с использованием Сервиса «Личный кабинет».

2.4. При оказании Услуг, в том числе при установлении необходимости проведения очных консультаций, диагностических обследований, Врач информирует Застрахованного о специалистах, к которым следует обратиться для постановки и (или) подтверждения и (или) уточнения диагноза, о рекомендуемых методах диагностики, лечения, связанных с ними рисках, их последствиях и ожидаемых результатах и предоставляет иную подобную информацию.

2.5. Застрахованный, прежде чем заказать оказание Услуг, предусмотренных настоящей Программой, должен пройти процесс активации Телемедицины на сайте <https://www.doctis.ru/activate/>, где он указывает фамилию, имя, отчество, выбирает программу, указывает номер полиса/сертификата и номер мобильного телефона, который будет использоваться для регистрации в мобильном приложении «Доктис».

2.6. Правила регистрации в интерактивной веб-платформе:

2.6.1. Оказание Услуг может осуществляться с использованием следующего оборудования Застрахованного: персональный компьютер, мобильный телефон, которые должны соответствовать техническим требованиям, указанным далее.

Для получения предусмотренных настоящей Программой услуг необходимо убедиться в том, что устройство, через которое будет осуществляться доступ к веб-платформе, соответствует следующим требованиям:

При использовании персонального компьютера:

- подключенная к компьютеру видеочка обладает разрешением не ниже 1024 x 720 (в случае, если предпочтительным методом общения с врачом является видеосвязь);
- к компьютеру подключен микрофон (в случае, если предпочтительным является оказание услуг с использованием видео- или аудиосвязи);
- операционная система MS Windows версией не ниже XP или Mac OS X;
- Интернет-обозреватель (браузер) Google Chrome (рекомендуемый), Mozilla Firefox, Opera последней версии или MS Edge;
- скорость канала доступа в Интернет не ниже 1 Мбит/с.

При использовании мобильного телефона:

- модель мобильного телефона Apple Iphone 5 и выше с работающей камерой, микрофоном и иными необходимыми функциями;
- мобильный телефон, работающий на системе Android 5.1 и выше.

Для мобильных устройств Apple необходима система не ниже IOS 9 для установки мобильного приложения, для устройств на системе Android - не ниже 5.1.

2.7. Консультация с Врачом, медицинским консультантом или психологом.

Для получения предусмотренных настоящей Программой Услуг необходимо выполнить следующие действия:

2.7.1. Перейти на главную страницу сайта <https://w.doctis.ru> (далее – «Сайт») или запустить мобильное приложение «Доктис», которое можно загрузить из Apple Store/Google Play, зарегистрироваться или ввести номер мобильного телефона и пароль, если регистрация была выполнена ранее.

2.7.2. Для получения срочной консультации дежурного врача терапевта необходимо:

- На Сайте в разделе «Прием дежурного терапевта» принять условия Пользовательского соглашения и нажать кнопку «Начать консультацию»;
- В Мобильном приложении нажать кнопку «Обратиться к врачу», в поле ФИО врача выбрать «Дежурный терапевт Г.Л.», заполнить остальные поля — кратко описать причину обращения.

Далее необходимо дождаться, когда дежурный Врач терапевт свяжется с Застрахованным – свободный дежурный Врач, находящийся в данный момент в системе (онлайн), свяжется с Застрахованным с использованием Сервиса.

2.7.3. Для получения консультации Психолога или услуги «Второе мнение» необходимо:

- На Сайте в разделе «Прием специалиста» нажать кнопку «Записаться», выбрать необходимую специализацию врача, ввести тему обращения и описание проблемы.
- В Мобильном приложении нажать кнопку «Обратиться к врачу», выбрать специализацию или ФИО конкретного врача, ввести описание проблемы, а также приложить имеющуюся медицинскую информацию (заключения врача, результаты анализов и т.д.)

2.7.4. Для получения сервисных услуг по организации медицинской помощи Застрахованному необходимо обратиться по тому же алгоритму что и в п. 2.7.3. к специалисту «Медицинский советник» или позвонить по телефону 8 800 500 02 99.

2.7.5. До начала консультации и во время нее Застрахованный может отправлять Врачу текстовые сообщения, изображения и файлы, которые могут быть полезны Врачу в рамках данной консультации.

2.7.6. Застрахованный может оставить заявку на консультацию с Врачом через Сервис, при этом Застрахованному необходимо оставаться в личном кабинете Сайта (не выходить из личного кабинета, находиться в системе онлайн) или авторизоваться в мобильном приложении.

2.7.7. Врач связывается всегда с Застрахованным в текстовом чате. Застрахованный может предложить переключиться в аудио или видео режим.

2.7.8. Консультация начинается после выбора способа связи и длится до окончания ответов по 1 (одному) вопросу о здоровье Застрахованного или до момента, когда Застрахованный перестает в течение 12 (двенадцати) часов отвечать на вопросы Врача.

2.8. Застрахованный должен предоставить (с использованием веб-платформы или мобильного приложения) исполнителю медицинских услуг (Врачу) необходимую для качественного оказания услуг медицинскую информацию, которой располагает или должен располагать Застрахованный, в том числе медицинские документы, описывающие и подтверждающие развитие заболеваний, обострений заболеваний, а также отражающие результаты обследования и лечения.

Необходимая медицинская информация – это вся та информация медицинского характера, которая необходима исполнителю медицинских услуг (Врачу) для того, чтобы должным образом оказать предусмотренные настоящей программой услуги: медицинские заключения об имеющихся заболеваниях, по которым непосредственно и проводятся консультации, результаты дополнительных исследований и обследований, а также все те документы медицинского характера, которые Застрахованный может предоставить.

2.9. Предоставление Услуг, для оказания которых необходимо изучение медицинских документов, начинается только после предоставления этих документов Застрахованным.

2.10. Порядок получения Услуг может быть изменен Страховщиком. В случае изменения Страховщик заблаговременно извещает Страхователя/Застрахованного об этом и предоставляет измененный порядок получения Услуг способом, установленным в Договоре страхования.

**ПАМЯТКА ВЫГОДОПРИБРЕТАТЕЛЮ ПО УСЛОВИЯМ ДОБРОВОЛЬНОГО СТРАХОВАНИЯ
ПО ПРОГРАММЕ «ВСЕ ВКЛЮЧЕНО!» к Генеральному договору №535-77-000001-20 от «02» ноября 2020 г.**

Общие определения.

Страховщик – «Совкомбанк страхование» (АО).

Страхователь - ПАО «Совкомбанк».

Страховой случай - свершившееся в период действия договора страхования событие, предусмотренное договором страхования, с наступлением которого возникает обязанность Страховщика произвести страховую выплату.

Страховой риск - предполагаемое событие, на случай наступления которого проводится страхование.

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

Страховая премия - плата за страхование, которую Страхователь обязан внести Страховщику в соответствии с условиями договора страхования.

1. СТРАХОВАНИЕ ИМУЩЕСТВА.

1.1. На страхование принимается внутренняя отделка жилого помещения (квартиры, комнаты или жилого дома) и движимое имущество, находящееся в жилом помещении (квартира, комната или жилой дом), которым Выгодоприобретатель владеет на праве собственности, либо по адресу которого Выгодоприобретатель имеет регистрацию или проживает по договору социального найма жилого помещения.

1.2. Страхование осуществляется без предварительного осмотра Страховщиком принимаемого на страхование имущества и без подтверждения наличия имущественного интереса у Выгодоприобретателя. При этом при наступлении страхового события Выгодоприобретатель обязан предоставить документы, подтверждающие имущественный интерес в сохранении застрахованного имущества..

1.3. На страхование НЕ принимаются: ценное имущество, ювелирные украшения, изделия из драгоценных металлов, полудрагоценных камней и металлов, изделия с напылением из драгоценных, полудрагоценных металлов, различные коллекции, предметы искусства, предметы, представляющие культурную и/или художественно-историческую ценность, предметы антиквариата.

1.4. Возмещению подлежат убытки от повреждения, гибели или утраты имущества вследствие наступления следующих случайных событий:

1.4.1. **Пожар, удар молнии, взрыв, падение пилотируемого летательного аппарата, его частей или груза.**

1.4.2. **Опасные природные явления.**

1.4.3. **Повреждение застрахованного имущества водой или другими жидкостями из инженерных систем; повреждение водой или другими жидкостями из соседних (чужих) помещений.**

1.4.4. **Воздействие посторонних предметов.**

1.4.5. **Противоправные действия третьих лиц**

1.4.6. **Кража со взломом, грабеж, разбой.**

1.4.7. Для целей настоящего Договора п. 11.14 Правил страхования не действует, т.е. расходы по расчистке территории после страхового случая в застрахованных объектах (чистка, уборка, демонтаж и т.п.) не подлежат возмещению.

1.4.8. На движимое имущество в жилых домах не распространяется риск «кража со взломом, грабеж, разбой».

1.4.9. Не являются страховым случаем и не покрываются страхованием риски, возникшие в результате:

1.4.9.1. умысла клиента, Выгодоприобретателя или их представителей;

1.4.9.2. самовозгорания, брожения, гниения или других естественных свойств застрахованных объектов;

1.4.9.3. обвала зданий или части их, если обвал не вызван страховым случаем;

1.4.9.4. кражи или расхищения имущества горячим или конденсированным паром при поломке инженерных коммуникаций, технического оборудования, а также расходы по устранению убытков от внезапного замерзания трубопроводов, а также соединенных непосредственно с ними аппаратов и приборов, таких как краны, вентили, баки, ванны, радиаторы, отопительные котлы, бойлеры и т.д., если причиной является отключение электроэнергии и несоблюдение обязанностей, указанных в пункте 10.2.12 Правил страхования;

1.4.9.5. террористического акта и/или терроризма, несмотря на любые другие обстоятельства или события, действующие одновременно;

1.4.9.6. действий по контролю, предупреждению, подавлению или любыми другими действиями, относящимися к террористическому акту и/или терроризму;

1.4.9.7. актов насилия или актов, опасных для человеческой жизни, материальной и нематериальной собственности с целью или желанием повлиять на любое правительство или с целью запугивания населения или какой-либо прослойки населения;

1.4.9.8. проведения строительных, монтажных работ по месту страхования;

1.4.9.9. естественного износа, коррозии или ржавления инженерных коммуникаций, технического оборудования;

1.4.9.10. повреждения имущества горячим или конденсированным паром при поломке инженерных коммуникаций, технического оборудования, а также расходы по устранению убытков от внезапного замерзания трубопроводов, а также соединенных непосредственно с ними аппаратов и приборов, таких как краны, вентили, баки, ванны, радиаторы, отопительные котлы, бойлеры и т.д., если причиной является отключение электроэнергии и несоблюдение обязанностей, указанных в пункте 10.2.12 Правил страхования;

1.4.9.11. ветхости застрахованного помещения. Если одной из причин повреждения застрахованного имущества, находящего в здании/помещении, явилась его ветхость, частичное разрушение или повреждение вследствие длительной эксплуатации. Страховщик имеет право отказать в выплате возмещения в той мере, в которой ветхость зданий/помещений повлияла на размер убытка. Если Выгодоприобретатель, докажет, что ветхость зданий/помещений не оказала влияния на размер убытка, обязанность Страховщика выплачивать возмещение сохраняется;

1.4.9.12. проникновения в застрахованные помещения дождя, снега, града или грязи через незакрепленные окна, двери или иные отверстия в зданиях, если эти отверстия не возникли вследствие бури, вихря, урагана или смерча;

1.4.9.13. события, которые не являются страховыми и при наступлении которых выплата страхового возмещения не производится в соответствии с Правилами страхования.

1.5. **При наступлении страхового события**, носящего признаки страхового случая, Выгодоприобретатель обязан:

1.5.1. Незамедлительно, но в любом случае не позднее 3 (трех) суток, считая с того дня, когда он узнал или должен был узнать об убытке, известить об этом Страховщика в письменной форме (факсимильной связью, заказным письмом, лично или с помощью курьера).

1.5.2. Принять все возможные меры по предотвращению или уменьшению ущерба и по спасению застрахованного имущества, если это представляется возможным.

1.5.3. Незамедлительно заявить о случившемся событии в органы, в компетенцию которых входит расследование произошедшего события: органы внутренних дел, пожарного надзора, аварийные службы и др.;

1.5.4. Сохранить пострадавшее имущество в том виде, в котором оно оказалось после страхового случая. Страхователь имеет право изменять картину убытка только, если это диктуется соображениями безопасности.

1.6. Для выплаты страхового возмещения Выгодоприобретатель обязан предоставить следующие документы:

1.6.1. Письменное заявление о страховом событии установленного образца (форма письменного заявления выдается Выгодоприобретателю при личном обращении в офис Страховщика).

1.6.2. Документ, удостоверяющий личность заявителя или полномочия его представителя, документы, подтверждающие наличие регистрации по месту страхования.

1.6.3. Копию свидетельства о государственной регистрации прав собственности на недвижимое имущество или выписку из ЕГРП, либо другие юридические основания, по которым Выгодоприобретатель владеет, пользуется или распоряжается застрахованным имуществом, а также документы, подтверждающие регистрацию по месту страхования.

1.6.4. Опись поврежденного движимого имущества с характеристиками (наименование, марка, модель, производитель, материал, год приобретения, стоимость).

1.6.5. Документы, согласно п.11.8. Правил страхования.

1.7. Страховщик вправе при отсутствии документов из компетентных органов, подтверждающих факт и причины наступления страхового события, произвести выплату страхового возмещения в пределах 30 000,00 рублей (Тридцати тысяч руб. 00 коп.)

1.8. Страховое возмещение по каждому из поврежденных, погибших или утраченных элементов внутренней отделки жилого помещения определяется в размере ущерба (с учетом износа), без учета соотношения страховой суммы к страховой стоимости (по системе «первого риска»), но не выше удельного веса, установленного по каждому элементу внутренней отделки:

Элемент строения	Все оконные блоки	Дверные блоки	Отделка стен	Отделка пола	Отделка потолка	Инженерные коммуникации, техническое оборудование
Удельный вес	16%	16%	18%	20%	8%	22%

При определении размера ущерба не подлежат возмещению затраты на разборку, сборку, вынос и внос мебели, монтаж и демонтаж осветительных приборов и бытовой техники.

1.9. Страховое возмещение по движимому имуществу определяется в размере ущерба (с учетом износа), без учета соотношения страховой суммы к страховой стоимости (по системе «первого риска»), в пределах страховой суммы и лимита ответственности на единицу движимого имущества, установленных договором.

2. СТРАХОВАНИЕ ГРАЖДАНСКОЙ ОТВЕТСТВЕННОСТИ

2.1. Объектом страхования являются имущественные интересы лица, чья ответственность застрахована, связанные с риском наступления ответственности за причинение вреда жизни, здоровью или имуществу третьих лиц.

2.2. Застрахованное лицо - собственник либо наниматель жилого помещения (квартиры, комнаты или жилого дома), расположенного по адресу, указанному как «Место (территория) страхования» (п.1.1 настоящего документа). Страховая защита распространяется на возмещение ущерба, причиненного лицом, чья ответственность застрахована, его родственниками, а именно: мать, отец, супруг(а), дети, проживающими совместно с ним по указанному адресу жилого помещения (квартиры, комнаты или жилого дома).

2.3. Не является застрахованным, не включается в сумму страхового возмещения:

2.3.1. Страховая защита не распространяется на любые требования о возмещении вреда, причиненного в результате несоблюдения требований и норм проведения переустройства (перепланировки) жилого помещения.

2.3.2. убытки, ущерб, расходы или издержки, которые прямо или косвенно возникли в связи или явились результатом:

2.3.2.1. террористического акта и/или терроризма, несмотря на любые другие обстоятельства или события, действующие одновременно;

действий по контролю, предупреждению, подавлению или любыми другими действиями, относящимися к террористическому акту и/или терроризму;

2.3.2.2. актов насилия или актов, опасных для человеческой жизни, материальной и нематериальной собственности с целью или желанием повлиять на любое правительство или с целью запугивания населения или какой-либо прослойки населения;

2.3.2.3. проведения ремонтно-строительных или пуско-наладочных работ.

2.4. Лицо, чья ответственность застрахована не должен возмещать ущерб, признавать частично или полностью требования, предъявляемые в связи с происшедшим событием, а также не должен принимать на себя каких-либо прямых или косвенных обязательств по урегулированию таких требований без согласия Страховщика.

2.5. Действия Лица, чья ответственность застрахована при наступлении события:

2.5.1. При причинении вреда немедленно принять все возможные и целесообразные меры по предотвращению или уменьшению ущерба и по спасанию имущества лиц, которым причиняется ущерб.

2.5.2. Незамедлительно, в любом случае не позднее 3 (трех) суток, с даты предъявления ему претензии или искового требования известить об этом Страховщика в письменной форме.

2.5.3. Не выплачивать возмещения, не признавать частично или полностью требования, предъявляемые в связи с происшедшим событием, а также не принимать на себя каких-либо прямых или косвенных обязательств по урегулированию таких требований без согласия Страховщика.

2.6. Основанием для выплаты страхового возмещения являются:

2.6.1. Письменное заявление о страховом событии установленного образца, подписанное Выгодоприобретателем или его полномочным представителем.

2.6.2. Документы, подтверждающие право собственности (владения, пользования, распоряжения) лица, чья ответственность застрахована, на имущество, при эксплуатации которого нанесен вред третьим лицам.

2.6.3. Документ, удостоверяющий личность заявителя или полномочия его представителя.

2.6.4. Документы, подтверждающие право требования потерпевшего на возмещение вреда, причиненного лицом, чья ответственность застрахована.

2.6.5. Обоснованная претензия третьего лица с приложением документов, подтверждающих факт, причину и размер нанесенного ущерба (документы компетентных органов, заключение независимых экспертов или оценка Страховщика). В случае если не будет достигнуто соглашение о досудебном урегулировании – решение судебных органов о возмещении ущерба.

2.6.6. При необходимости Страховщик запрашивает сведения, связанные со страховым случаем, у правоохранительных органов, банков, медицинских учреждений и других предприятий, учреждений и организаций, располагающих информацией об обстоятельствах страхового случая, а также вправе самостоятельно выяснять причины и обстоятельства страхового случая.

2.7. Размер страхового возмещения может определяться экспертом Страховщика, либо на основании заключения независимой экспертизы, либо на основании вступившего в законную силу решения суда.

3. СТРАХОВАНИЕ ЮРИДИЧЕСКИХ РАСХОДОВ

3.1. Страхование в соответствии с условиями настоящего раздела осуществляется в пользу Выгодоприобретателя (Застрахованного). Застрахованное лицо – Клиент Страхователя.

Страховщик обязуется компенсировать непредвиденные юридические расходы Выгодоприобретателя в соответствии с условиями страхования.

3.2. Объектом страхования являются не противоречащие законодательству Российской Федерации имущественные интересы Выгодоприобретателя связанные с риском возникновения непредвиденных расходов на оплату юридических услуг в области гражданского законодательства РФ, необходимых и оказанных ему в целях правовой защиты его интересов, в связи с привлечением его в качестве ответчика по гражданскому делу.

Под юридическими услугами в настоящем Договоре понимаются – услуги правового характера, оказанные Выгодоприобретателю на основании договора оказания услуг, заключенного между ним и соответствующими юридическими лицами/индивидуальными предпринимателями, в области гражданского законодательства РФ, включающие в себя:

- изучение материалов гражданского дела, проведение устных и письменных консультаций Выгодоприобретателя;

- представление интересов Выгодоприобретателя в судебных заседаниях, в судах первой, апелляционной, кассационной инстанции до момента вынесения судебного акта, завершающего рассмотрение дела в последней из указанных судебной инстанции, а в случае пересмотра судебных постановлений в порядке надзора – до момента вынесения постановления Президиума Верховного Суда Российской Федерации;

- составление процессуальных документов (отзывы, жалобы, ходатайства, встречные иски и иные документы, предусмотренные гражданским процессуальным законодательством), подача этих документов в суды вышеуказанных инстанций.

3.3. Страхование на случай возникновения непредвиденных расходов осуществляется в отношении событий, наступивших в период страхования и отвечающих совокупности следующих признаков:

3.3.1. Событие, повлекшее привлечение Выгодоприобретателя к участию в судебном процессе в качестве ответчика имело место в период страхования..

3.3.2. Привлечение Выгодоприобретателя к участию в судебном процессе в качестве ответчика имело место в период страхования..

3.3.3. Досудебные претензии, связанный с судебным делом, по которому Выгодоприобретатель привлечен в качестве ответчика, были получены Выгодоприобретателем в период страхования..

3.3.4. Заключение договора об оказании юридических услуг и оплата оказанных услуг имели место в период страхования.

3.3.5. Определение суда о принятии искового заявления в отношении Выгодоприобретателя как ответчика по гражданскому судопроизводству, вынесенное в период страхования.

3.4. Ответственность Страховщика по условиям страхования по настоящему разделу ограничивается территорией Российской Федерации.

3.5. Страховая выплата может быть произведена только после того, как будут установлены факт страхового случая и размер непредвиденных расходов Выгодоприобретателя от страховых случаев, предусмотренных договором страхования, и подписан страховой акт.

3.6. Страховая выплата может быть произведена только на основании вынесенного в период страхования судом определения о принятии искового заявления в отношении Выгодоприобретателя как ответчика по гражданскому судопроизводству.

3.7. Основанием для выплаты страхового возмещения являются:

3.7.1. Заявление о выплате страхового возмещения;

3.7.2. Копии документов, удостоверяющих личность Выгодоприобретателя;

3.7.3. Копия определения суда о принятии искового заявления в отношении Выгодоприобретателя как ответчика по гражданскому судопроизводству;

3.7.4. Досудебные претензии (если досудебный порядок обращения к ответчику установлен федеральным законом или предусмотрен договором сторон), связанные с судебным делом, по которому Выгодоприобретатель привлечен в качестве ответчика по гражданскому судопроизводству;

3.7.5. Договор об оказании юридических услуг и документы, подтверждающие оплату оказанных услуг;

3.7.6. Выгодоприобретатель вправе дополнительно предоставить иные документы, подтверждающие наступление страхового случая и понесенные непредвиденные расходы.

4. ДОПОЛНИТЕЛЬНЫЕ УСЛОВИЯ

4.1. Страховой акт, на основании которого осуществляется выплата страхового возмещения по убыткам, составляется и утверждается Страховщиком в течение 10 (десяти) рабочих дней после получения всех необходимых документов, подтверждающих факт, причину и размер ущерба.

4.2. Выплата страхового возмещения производится в течение 5 (пяти) рабочих дней после подписания Страховщиком Страхового акта. Днем выплаты страхового возмещения считается исполненными с момента зачисления денежных средств на корреспондентский счет банка, обслуживающего Выгодоприобретателя.

4.3. При принятии решения об отказе в выплате страхового возмещения, Страховщик письменно извещает об этом Выгодоприобретателя путем направления мотивированного отказа по почте в течение 3 (трех) рабочих дней, со дня предоставления Страховщику последнего документа из списка документов, необходимых для принятия решения о выплате страхового возмещения. Извещение направляется по адресу, указанному в заявлении о страховом событии.

4.4. После выплаты страхового возмещения страховая сумма уменьшается на величину выплаченного страхового возмещения.

4.5. Отказаться от страхования можно в любой момент по письменному заявлению, которое подается в Банк, при этом при отказе в течение четырнадцати календарных дней с даты подписания заявления на включение в программу страхования уплаченная страховая премия подлежит возврату в полном объеме. При отказе от страхования по истечении четырнадцати календарных дней с даты подписания заявления на включение в программу страхования уплаченная страховая премия не возвращается.

При наступлении страхового события обратитесь за консультацией к специалисту в отделения «Совкомбанк страхование» (АО) или позвоните по телефону: 8 (800) 100-2-111.

Вы также можете воспользоваться услугой:

НАЛОГОВЫЙ ПОМОЩНИК

Услуги*	Объем услуги
Бесплатный звонок из любой точки РФ 8-800	Безлимитно
Доступ в личный кабинет (включая переписку с компанией)	Безлимитно
Устная правовая консультация	Безлимитно
Проверка комплекта и содержания документов	Безлимитно
Письменная консультация и составление документов от имени клиента (3-НДФЛ, заявление на возврат)	1 раз
Отправка документов в ФНС	1 раз
Устная правовая поддержка при камеральной проверке	Безлимитно
Письменная правовая поддержка при камеральной проверке	Безлимитно

* Услуги предоставляются в рамках получения социального, инвестиционного и имущественного налогового вычета в рамках одной подачи документов за 1 (один) налоговый период

Как воспользоваться информационным сервисом:

- Позвонить по номеру 8 (800) 500-35-68 или через личный кабинет на сайте www.nalog.pravocard.ru используя номер Договора страхования.
- Назвать номер Договора страхования или Фамилию, Имя и Отчество.
- Следовать инструкциям специалиста.

ПАМЯТКА об условиях программы личного страхования «Критические заболевания»

Настоящие Условия программы определяют порядок добровольного участия в программе страхования «Критические Заболевания» (далее - Программа) по Групповому договору добровольного личного страхования от несчастных случаев (далее - Договор страхования), Заключенному между ПАО «Совкомбанк» (далее - Банк) и ООО «Совкомбанк страхование жизни» (далее - Страховщик)

ОСНОВНЫЕ ОПРЕДЕЛЕНИЯ

Страховщик - ООО СК «Совкомбанк страхование жизни»

Страхователь – ПАО «Совкомбанк».

Застрахованные лица - физические лица в возрасте от 18 до 84 лет включительно, выразившие согласие на включение в программу группового договора добровольного личного страхования по программе страхования «Критические Заболевания» любым способом, не противоречащим Законодательству Российской Федерации.

Включение в Программу и страхование в отношении лиц, являющихся инвалидами I и II группы, требующих постоянного ухода (что подтверждается медицинским Заключением), страдающих психическими Заболеваниями и (или) расстройствами, больных СПИДом или ВИЧ-инфицированных, возможно только на индивидуальных условиях по согласованию со Страховщиком. Если будет установлено, что в список Застрахованных лиц по Договору страхования были включены такие лица без индивидуального согласования со Страховщиком, или лицами была предоставлена заведомо ложная информация о состоянии своего Здоровья, то Договор страхования в отношении данных лиц может быть признан недействительным с момента включения в список Застрахованных лиц.

Программа страхования (Программа) - программа добровольного личного страхования «Критические Заболевания», на случай наступления следующих событий: «Первичное диагностирование/наступление у Застрахованного лица в течение срока страхования критического Заболевания/состояния», описанная в настоящей Памятке, осуществляемая Страховщиком на основе "Правил страхования жизни и от несчастных случаев и болезней №200-01", утвержденных Страховщиком.

Страховая сумма - величина, устанавливаемая по каждому Страховому событию отдельно и (или) по нескольким и (или) всем Страховым событиям совокупно, и исходя из которой устанавливаются размер Страховой премии (взносов) и размер Страховой выплаты при наступлении Страхового случая.

Плата за включение в Программу страхования (Программу) - это вознаграждение, уплачиваемое Застрахованным лицом ПАО «Совкомбанк» за комплекс расчетных услуг, направленных на организацию страхования не противоречащих Законодательству Российской Федерации имущественных интересов, связанных с жизнью, Здоровьем, трудоспособностью клиентов Страхователя.

Страховая премия (взнос) - плата за страхование, которую Страхователь обязан уплатить Страховщику.

Страховой случай - совершившееся Страховое событие, с наступлением которого у Страховщика возникает обязанность произвести Страховую выплату.

Страховое событие (риск) - событие, обладающее признаками вероятности и случайности, на случай наступления которого Заключается Программа.

Выгодоприобретатель - Выгодоприобретателем является Застрахованное лицо.

Страховая выплата - выплата, осуществляемая Выгодоприобретателю при наступлении Страхового случая.

Несчастный случай - внезапное кратковременное внешнее событие, повлекшее за собой телесное повреждение Застрахованного лица, причиной которого не являются Заболевания или врачебные манипуляции, если такое событие произошло в период действия Программы независимо от воли Страхователя, Застрахованного лица/Выгодоприобретателя. Согласно условиям Программы, понятие «несчастный случай» включает отравление, за исключением случаев, описанных в статье 2 настоящей Памятки. **Телесное повреждение** - нарушение физической целостности организма, понесенное Застрахованным лицом в течение периода действия Договора страхования, причиненное напрямую, независимо от других причин, в результате непреодолимого, случайного внешнего воздействия. Не включает в себя Заболевания.

Болезнь (Заболевание) - любое нарушение состояния Здоровья, не вызванное несчастным случаем, диагностированное квалифицированным врачом на основании объективных симптомов жизнедеятельности организма Застрахованного Лица в период действия страхования.

Определения критических заболеваний/состояний:

Рак. Злокачественное новообразование, характеризующееся быстрым ростом аномальных клеток, прорастающих за пределы своих обычных границ и способных проникать в близлежащие части тела и распространяться в другие органы. Определение включает также лейкемию, лимфомы, болезнь Ходжкина, астроцитомы (со степенью Злокачественности не ниже 2). Диагноз должен быть подтвержден гистологическим Заключением и врачом-онкологом.

Датой установления диагноза Злокачественного новообразования является дата взятия материала для гистологического исследования в случае подтверждения диагноза. Если проведение гистологического анализа невозможно по медицинским причинам, диагноз должен быть подтвержден врачом-онкологом с указанием таких причин и результатами дополнительных методов исследования, позволивших верифицировать диагноз. Не является Раком:

- доброкачественное новообразование;
- новообразование (carcinoma) in situ;
- интраэпителиальная неоплазия молочной железы;
- цервикальная интраэпителиальная неоплазия (CIN-1, CIN-2 и CIN-3);
- рак кожи за исключением меланомы при наличии хотя бы одного признака из указанных далее: более 1,5 мм толщина меланомы по шкале Бреслоу (Breslow) или более 3 уровня инвазии меланомы по Кларку (Clark).
- раковая опухоль предстательной железы, отнесенная по результатам гистологического анализа ко всем вариантам класса T1 по классификации TNM; папиллярная микрокарцинома щитовидной железы менее 1 см в диаметре (в том числе мультифокальная опухоль с диаметром каждого из очагов менее 1 см); папиллярная карцинома мочевого пузыря (диаметром менее 1 см); хронический лимфоцитарный лейкоз в стадии ниже RA1 3.

Инфаркт миокарда. Клиническая форма ишемической болезни сердца, характеризующаяся развитием некроза участка миокарда, обусловленного недостаточностью его кровоснабжения.

Диагноз Инфаркта миокарда, поставленный врачом-кардиологом, должен быть подтвержден наличием всех следующих диагностических признаков:

1. Характерные для инфаркта миокарда признаки: типичная боль в грудной клетке и/или атипичная боль в области живота (при абдоминальной форме) и/или боль в области головы (при церебральной форме), приступ удушья (при астматической форме).
2. Изменения, характерные для инфаркта миокарда, выявленные при электрокардиографическом исследовании - ЭКГ (новые изменения: подъем или снижение сегмента ST, инверсия Зубца Т, появление патологического Зубца Q, острая блокада левой ножки пучка Гиса (ЛНПГ)) и/или эхокардиографическом исследовании-ЭхоКГ (снижение фракции выброса сердца, участок миокарда с нарушенной сократимостью) и/или ангиографическом исследовании (стеноз/тромбоз или эмболия коронарной артерии)
3. Соответствующий диагнозу «Инфаркт миокарда» уровень специфических ферментов в крови (КФК-МВ, Тропонинов (Т или I) и/или других специфических биохимических маркеров.

Не являются Инфарктом миокарда: безболевыми формами инфаркта миокарда, другие острые коронарные синдромы, инфаркт миокарда, не подтвержденный острыми изменениями по результатам ЭКГ, ЭхоКГ или при ангиографическом исследовании.

Инсульт. Острое нарушение мозгового кровообращения с развитием инфаркта (омертвления) участка мозговой ткани и/или кровоизлияния (геморрагии) в вещество головного мозга, вызывающее стойкую очаговую неврологическую симптоматику, сохраняющуюся, по меньшей мере в течение 3 (трех) месяцев с момента нарушения мозгового кровообращения. Диагноз Инсульт, первично установленный врачом-неврологом/нейрохирургом, должен быть подтвержден результатами магнитно-резонансной томографии (МРТ) или компьютерной томографии (КТ) головного мозга или других достоверных методов медицинской визуализации, а также медицинским Заключением о наличии стойкой очаговой неврологической симптоматики, соответствующей локализации инсульта, сохраняющейся на протяжении 3 (трех) месяцев с момента нарушения мозгового кровообращения. Не являются Инсультом: преходящие формы нарушения мозгового кровообращения; травматические повреждения головного мозга; глиоз головного мозга; инсульты без неврологической симптоматики.

Аортокоронарное шунтирование. Операция, выполненная с целью коррекции проходимости одной или более стенозированных / Закупоренных коронарных артерий методом шунтирования. Операция должна быть впервые рекомендована к проведению Застрахованному лицу в течение срока страхования. Необходимость проведения операции должна быть обоснована результатами коронарной ангиографии.

Настоящее определение не включает ангиопластику, любые другие манипуляции на артериях.

Почечная недостаточность. Терминальная стадия почечной недостаточности, характеризующаяся хроническим необратимым нарушением функции обеих почек, требующим регулярного применения гемодиализа или перитонеального диализа или трансплантации донорской почки. Дата страхового события определяется, как дата начала проведения процедуры регулярного диализа или дата проведения операции трансплантации донорской почки.

Диагноз должен быть подтвержден врачом-специалистом соответствующего профиля.

Страховая выплата производится после получения Страховщиком документального подтверждения о начале процедуры регулярного диализа в отношении Застрахованного лица.

Трансплантация жизненно важных органов, включая трансплантацию костного мозга.

Наличие абсолютных медицинских показаний (вследствие стойкого необратимого нарушения функции органа) для проведения или подтверждение специалистом необходимости проведения или фактически проведенной операции по пересадке от человека к человеку (в качестве реципиента), таких жизненно-важных органов как сердце, легкие, печень (целиком или части), поджелудочная железа, тонкий кишечник, почка или костный мозг.

Страховым случаем является документально подтвержденная трансплантация (пересадка) либо включение Застрахованного Лица в официальный лист ожидания на трансплантацию в течение срока страхования.

ИЗ настоящего определения исключается пересадка других органов/тканей (не упомянутых в данном определении, а также пересадка печени (части печени), показанная в результате Заболевания печени, которое развилось вследствие Злоупотребления алкоголем, наркотическими веществами или приема лекарственных препаратов без назначения врача.

Паралич. Полная и постоянная потеря двигательной функции как минимум двух конечностей по причине паралича вследствие несчастного случая или Заболевания спинного или головного мозга, продолжающаяся непрерывно на протяжении по меньшей мере 6 (шести) месяцев и подтвержденная врачом-специалистом соответствующего профиля на основании результатов медицинского обследования. ИЗ настоящего определения исключаются состояния частичного паралича конечностей, временного паралича, синдром Гийена-Барре, а также случаи нарушения движений вследствие причин психогенного характера.

1. СТРАХОВЫЕ СЛУЧАИ

1.1. Страховым случаем является свершившееся, предусмотренное Программой событие, с наступлением которого возникает обязанность Страховщика произвести Страховую выплату Выгодоприобретателю при условии, что указанное событие произошло в течение срока действия Программы и не является Исключением.

1.2. Страховым событием по Программе является первичное диагностирование/наступление у Застрахованного лица в течение срока страхования критического Заболевания/состояния, соответствующего определению критического Заболевания/состояния, размещенному в разделе «Определения» настоящей Памятки.

1.3. Страховые события, указанные в п. 1.2 настоящей Памятки, не являются Страховыми случаями, если страховое событие наступило **в течение первых 90 (девяносто) дней с даты включения Застрахованного Лица в список Застрахованных Лиц по Программе.**

1.4. Страховые события, указанные в п. 1.2 настоящей Памятки могут быть признаны Страховыми случаями только при условии, что критическое Заболевания/состояние было диагностировано у Застрахованного Лица при жизни

2. ИСКЛЮЧЕНИЯ ИЗ СТРАХОВОГО ПОКРЫТИЯ. ОСНОВАНИЯ ОСВОБОЖДЕНИЯ СТРАХОВЩИКА ОТ ОБЯЗАННОСТИ ПРОИЗВЕСТИ СТРАХОВУЮ ВЫПЛАТУ

2.1. По Программе не являются Страховыми случаями (исключения) события, произошедшие с Застрахованным лицом в период действия в отношении Застрахованного лица Программы и произошедшие в результате несчастного случая:

2.1.1. На рабочем месте и (или) во время исполнения служебных обязанностей в период действия Программы, Занятым в следующих профессиях: военнослужащие, проходящие службу в подразделениях специального назначения, военной разведки, инженерно-саперных подразделениях, воздушно-десантных войсках, а также проходящие службу в Иностранном легионе или участвующие в миротворческих миссиях; сотрудники органов внутренних дел, Федеральной службы безопасности, Федеральной службы охраны, Службы внешней разведки и иных специальных служб Российской Федерации, проходящие службу в подразделениях специального назначения или оперативных подразделениях по ведению разведывательных операций; военные репортеры; телохранители; профессиональные спортсмены; работники любой отрасли, работающие со взрывчатыми веществами; пиротехники; члены горных спасательных бригад, проводники в горах; члены противопожарных авиаотрядов; ныряльщики; водолазы; рабочие, ведущие подводные работы; каскадеры.

2.1.2. Во время непосредственного участия в военных маневрах, учениях, испытаниях военной техники или иных подобных операциях в качестве военнослужащего, либо гражданского служащего;

2.1.3. Во время нахождения в местах лишения свободы или во время нахождения под следствием, включая события, произошедшие в результате оказания на Застрахованное лицо любого и всякого физического, психологического и иного воздействия, не Зависящего от его воли и не позволяющего избежать его, и влекущего за собой телесные повреждения, даже если официально они отражены как следствие несчастного случая.

2.2. По Программе не являются Страховыми случаями события, произошедшие в результате несчастного случая, непосредственной причиной которых являются:

2.2.1. Любое активное участие Застрахованного лица в террористической деятельности;

2.2.2. Совершение или попытка совершения Застрахованным лицом умышленного преступления;

2.2.3. Ядерный, биологический и химический терроризм. Ядерный, биологический и химический терроризм включает любой террористический акт с применением, прямо или косвенно, любого биологического агента или устройства, а также радиоактивного Заражения;

2.2.4. Ядерное, химическое или биологическое воздействие либо Заражение, а также вдыхание Застрахованным лицом отравляющего или ядовитого газа;

2.2.5. Наличие у Застрахованного лица ВИЧ-инфекции или СПИДа;

2.2.6. Любые телесные повреждения, полученные в результате несчастного случая, вызванные полностью или частично инфекционным Заражением бактериального характера, за исключением гнойных инфекций, произошедшим через случайный порез или рану;

2.2.7. Проведение косметической, косметологической или пластической хирургической операции, если они не являются необходимостью по медицинским показаниям;

2.2.8. Беременность Застрахованного лица;

2.2.9. Остеопороз или другие ослабляющие кости заболевания. Остеопороз означает заболевание, связанное с повреждением (истончением) костной ткани, что приводит к переломам и деформации костей;

2.2.10. Патологический перелом у Застрахованного лица;

2.2.11. Лечение или диагностирование любых Заболеваний/состояний и их последствий до даты вступления Программы в силу в отношении такого Застрахованного лица, а также несчастного случая, произошедшего до даты вступления Программы в силу в отношении такого Застрахованного лица;

2.2.12. Попытка самоубийства, умышленного причинения Застрахованным лицом себе телесных повреждений или третьими лицами с ведома Застрахованного лица;

2.2.13. Управление Застрахованным лицом любым транспортным средством без права на управление либо передача Застрахованным лицом управления лицу, не имевшему права на управление транспортным средством, либо находившемуся в состоянии алкогольного или наркотического опьянения;

2.2.14. Алкогольное отравление Застрахованного лица, либо токсическое или наркотическое опьянение и (или) отравление Застрахованного лица в результате потребления им наркотических, сильнодействующих и психотропных веществ без предписания врача;

2.2.15. Занятие Застрахованного лица любым видом спорта на профессиональном уровне, включая соревнования и тренировки, а также Занятие следующими видами спорта на любительской основе: авто-, мотоспорт, любые виды конного спорта, воздушные виды спорта, альпинизм и скалолазание, контактные виды единоборств, стрельба, подводное плавание;

2.2.16. Участие Застрахованного лица в любом соревновании, где было использовано моторизованное наземное, водное или воздушное транспортное средство;

2.2.17. Поездка или управление Застрахованным лицом моторизованным средством (например, мотоцикл, мотороллер, квадроцикл, маломерное судно, снегоход) с объемом двигателя более 125 куб. см;

2.2.18. Полет Застрахованного лица на любом самолете, вертолете или другом летательном аппарате, в том числе планере, дельтаплане, прыжки с парашютом, за исключением полета в качестве пассажира маршрутов пассажирских авиакомпаний, совершаемых лицензированными перевозчиками по опубликованному расписанию (включая чартерные рейсы);

2.2.19. Нахождение Застрахованного лица на борту речного или морского судна не в качестве пассажира.

2.3. Страховщик освобождается от осуществления Страховой выплаты, если события наступили в результате:

2.3.1. Войны. Под понятием «война» в настоящей памятке понимается следующее: война или военные операции, мировая война (в одинаковой мере как объявленная, так и не объявленная), вторжение, действия внешних врагов, военные действия, военный мятеж, бунт, общественные беспорядки, гражданская война, восстание, революция, заговор, захват, узурпация власти военными, военное положение, либо период осады, либо любые события или основания для объявления войны.

2.3.2. Любого преднамеренного действия Страхователя, Застрахованного лица или Выгодоприобретателя, повлекшего за собой Страховое событие.

2.3.3. Любого воздействия, ядерного взрыва, радиации или радиоактивного заражения.

2.4. По Программе не являются Страховыми случаями события, произошедшие в результате или являющихся следствием:

2.4.1. Лечения или диагностирования любых заболеваний/состояний и их последствий до даты начала страхования, а также последствий несчастного случая, произошедшего до даты начала страхования. Лечение Застрахованного лица, связанное с нервными или умственными проблемами, независимо от их классификации, психических или психотических условий, депрессии любого рода или умопомешательства;

2.4.2. Врожденных аномалий, наследственных Заболеваний или Заболеваний, возникших вследствие них, вне зависимости от времени их диагностирования;

2.4.3. Лечения Застрахованного лица, полученного от специалистов, практикующих нетрадиционную медицину.

2.5. По Программе не являются Страховыми случаями критические заболевания/состояния, проявившиеся/диагностированные **в течение первых 90 (девяносто) дней с даты включения Застрахованного Лица в список Застрахованных Лиц по Программе.**

3. СТРАХОВЫЕ СУММЫ

3.1. Страховая сумма устанавливается на Застрахованное лицо и зависит от возраста Застрахованного лица на дату включения в Итоговое Бордеро по программе страхования «Критическое заболевание»:

Возраст Застрахованного лица на дату подписания Заявления	Страховая сумма
1. от 18 лет до 65 лет	100 000 рублей
2. от 66 лет до 70 лет	50 000 рублей
3. от 71 года до 75 лет	33 333 рублей
4. от 76 лет до 80 лет	20 000 рублей
5. от 81 года до 84 лет	10 000 рублей

4. СРОК ДЕЙСТВИЯ, ДОСРОЧНОЕ ПРЕКРАЩЕНИЕ ПРОГРАММЫ

- 4.1. Программа вступает в силу в отношении Застрахованного лица с даты включения его в Итоговое бордеро по программе.
- 4.2. Программа действует в отношении Застрахованного лица в течение 1 (одного) года, с момента включения Застрахованного лица в Программу и вступления Договора страхования в силу в отношении Застрахованного лица при условии своевременной платы за включение в Программу.
- 4.3. Застрахованное лицо может письменно отказаться от участия в Договоре страхования. При этом, при отказе от участия в Договоре страхования в течение 14 (четырнадцати) календарных дней с даты включения в Итоговое Бордеро по Программе уплаченная страховая премия подлежит возврату в полном объеме. При отказе от участия в Договоре страхования по истечении 14 (четырнадцати) календарных дней с даты включения в Программу уплаченная страховая премия не возвращается. Для отказа от участия в Договоре страхования необходимо обратиться по месту включения в Программу.

5. ПОРЯДОК И СРОКИ СТРАХОВЫХ ВЫПЛАТ

- 5.1. По Программе Страховщик обязуется при наступлении Страхового случая осуществить Страховую выплату Выгодоприобретателю в соответствии с Программой, независимо от всех видов пособий, пенсий и выплат, получаемых по государственному социальному страхованию и социальному обеспечению, трудовым и иным соглашениям, Договорам страхования, заключенным с другими Страховщиками, и сумм, причитающихся им в порядке возмещения вреда по действующему Законодательству Российской Федерации.
- 5.2. Страховая выплата производится при наступлении предусмотренного Программой Страхового случая однократно в размере 100% от установленной в Программе Страховой суммы (в соответствии с п.3.1 настоящей Памятки).
- 5.3. Для получения Страховой выплаты при диагностировании/наступлении критических заболеваний/состояний, Выгодоприобретатель обязан представить Страховщику следующие документы:
- 5.3.1. Подписанное Заявление на страховую выплату по форме Страховщика с указанными в нем банковскими реквизитами Застрахованного Лица.
- 5.3.2. Оригиналы или копии, заверенные выдавшим учреждением, следующих документов:
- Медицинское Заключение/справка/эпикриз с указанием даты первичной диагностики/наступления Заболевания/состояния;
 - Результаты лабораторных и инструментальных исследований;
 - Выписка из Амбулаторной карты, или справка об ее отсутствии;
 - Документы, предусмотренные в определениях критических Заболеваний/состояний (раздел «Определения» настоящей Памятки).
- 5.3.3. По требованию Страховщика Выгодоприобретатель также предоставляет оригиналы или копии, Заверенные выдавшим учреждением, документов из перечня ниже:
- Выписка из Амбулаторной карты из онкологического диспансера или справка об ее отсутствии;
 - История болезни, Заверенная медицинским учреждением, или выписка из нее.
- 5.4. Страховщик может принять решение об осуществлении Страховой выплаты без предоставления части документов, указанных в п. 5.3 настоящей Памятки.
- 5.5. При наступлении события и признании его Страховым случаем Страховщик производит Страховую выплату в течение 60 (шестидесяти) дней после получения всех необходимых документов, предусмотренных п. 5.3 с учетом положений п. 5.4 настоящей Памятки.
- 5.6. При наступлении Страхового события и непризнании его Страховым случаем Страховщик письменно извещает об этом Выгодоприобретателя с обоснованием причин.
- 5.7. Для принятия решения о Страховой выплате Страховщик имеет право направлять, при необходимости, Запросы в компетентные органы об обстоятельствах наступления Страхового события, а также требовать предоставления дополнительных сведений и документов, подтверждающих факт наступления и причину Страхового события, в связи с чем отсрочить осуществление Страховой выплаты до получения соответствующих документов и сведений.

Контактная информация:

Банк

ПАО «Совкомбанк»

Телефон для справок: (4942)39-09-09; Факс: (4942)39-09-09

Страховщик

ООО «Совкомбанк страхование жизни»

Лицензии СЛ №4105, СЖ №4105, выданы Банком России

125284, Москва, Ленинградский проспект, д.35, стр.1

Тел: (495) 937 5995. Факс: (495) 937 5999. Email: feedback@sovcomlife.ru, www.sovcomlife.ru