



## Условия договора страхования жизни по продукту «Партнер+» (LG)

### 1. ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ. ОПРЕДЕЛЕНИЯ

- 1.1. Договор страхования жизни по продукту «Партнер+» (далее – договор, договор, страхования) заключается в соответствии с положениями Общих правил страхования жизни ООО «Дженерали ППФ Страхование жизни», утвержденных 20 июля 2012 (далее – Правила), и дополнительных условий к ним: по страхованию от несчастных случаев, по страхованию на случай смертельно-опасных заболеваний (далее совместно – **Дополнительные условия**). В случае расхождения между положениями настоящих Условий договора страхования жизни по продукту «Партнер+» (далее – **Условия**), Правил и **Дополнительных условий** применяются положения Условий. Правила и **Дополнительные условия** являются неотъемлемой частью договора страхования.
- 1.2. В Условиях договора по продукту «Партнер+» используются следующие определения, введенные дополнительно к определениям, данным в **Общих правилах** страхования жизни и **Дополнительных условиях** к ним:
  - 1.2.1. **Базовая программа по продукту (базовая программа)** – одна или несколько программ страхования, описанных в **Общих правилах** страхования жизни и **Дополнительных условиях** к ним, которые являются неотъемлемой частью договора страхования по продукту. Договор страхования по продукту включает базовые программы в полном объеме, исключение базовой программы по продукту из договора страхования невозможно без расторжения договора страхования по продукту.
  - 1.2.2. **Дополнительная программа по продукту (дополнительная программа)** – одна или несколько программ страхования, описанных в **Общих правилах** страхования жизни и **Дополнительных условиях** к ним, включение которых в договор страхования по продукту не является обязательным при заключении договора по продукту. **Дополнительные программы** могут быть включены в договор и исключены из него, как при заключении договора, так и путем заключения дополнительного соглашения.
  - 1.2.3. **Возраст застрахованного** рассчитывается как разница между годом начала действия договора и годом рождения **Застрахованного**.
- 1.3. По продукту «Партнер+» **Застрахованным** может быть физическое лицо в возрасте от 18 до 65 лет, являющееся работником **Страхователя** и для которого работа у **Страхователя** является основной.
- 1.4. В рамках договора **Застрахованными** лицами являются лица, указанные в **Списке Застрахованных** (Приложение № 6 к полису).
- 1.5. **Выгодоприобретатель** назначается только по риску «смерть **Застрахованного**» и определяется на основании письменного заявления **Застрахованного** о назначении **Выгодоприобретателя**, в остальных случаях право на получение страховых выплат принадлежит **Застрахованному**. При наступлении страхового случая **Страхователь** обязан предоставить **Страховщику** письменное заявление **Застрахованного** о назначении **Выгодоприобретателя**; в случае смерти **Застрахованного**, если **Выгодоприобретатель** не назначен, **Выгодоприобретателями** признаются законные наследники **Застрахованного**.

### 2. СТРАХОВЫЕ РИСКИ. СТРАХОВЫЕ СЛУЧАИ. ПРОГРАММЫ СТРАХОВАНИЯ

- 2.1. Программа страхования для каждого (одного) **Застрахованного** указана в **Списке Застрахованных** (Приложение № 6 к полису); при этом, если в **Списке Застрахованных** в графе страховая сумма по базовой или любой из дополнительных программ указана цифра «0», **Застрахованный** по данной страховой программе не застрахован.
- 2.2. **Базовая программа** по продукту «Партнер+» включает:
  - 2.2.1. Программа 2. **Страхование на срок** (в соответствии с п. 4.2 Правил).
- 2.3. **Дополнительными программами** по продукту «Партнер+» являются и могут быть включены в договор страхования следующие программы:
  - 2.3.1. **Программа СОЗ**, действующая в соответствии с **Дополнительными условиями** страхования на случай **СОЗ**;
    - 2.3.1.1. по Программе **СОЗ** условиями устанавливается период ожидания, составляющий 90 (девяносто) календарных дней с начала срока страхования по программе. **Диагностирование СОЗ** в течение этого периода не является страховым случаем.
  - 2.3.2. Программа страхования от несчастных случаев (**Программа НС**), которая в соответствии с п. 3.2 **Дополнительных условий** страхования от несчастных случаев включает следующие риски:
    - постоянная утрата трудоспособности **Застрахованным** в результате **НС («инвалидность Застрахованного»)**;
    - телесные повреждения **Застрахованного** в результате **НС** в соответствии с Таблицей размеров страховых выплат **Приложения №8** к полису (**«телесные повреждения Застрахованного»**);
    - временная нетрудоспособность (**«временная нетрудоспособность Застрахованного»**);
    - временная утрата трудоспособности в связи с госпитализацией **Застрахованного** в результате **НС («госпитализация Застрахованного»)**.
- 2.4. По рискам Программы **НС «телесные повреждения Застрахованного»** и **«временная нетрудоспособность Застрахованного»** предусматривается период ожидания - 10 дней с начала срока страхования по программе для соответствующего **Застрахованного**. Событие, произошедшее в течение периода ожидания, не является страховым случаем.
- 2.5. Действующие программы страхования для каждого (одного) **Застрахованного** указаны в **Списке Застрахованных** (Приложение № 6 к полису); при этом, если в **Списке Застрахованных** в графах «Страховая

- сумма по Базовой программе» или «Страховая сумма по Дополнительной программе» указана цифра «0», **Застрахованный** по данной страховой программе не застрахован.
- 2.6. Не являются страховыми случаями события, перечисленные в качестве исключений в **Правилах** и **Дополнительных условиях**.
3. **СТРАХОВАЯ СУММА. СТРАХОВАЯ ПРЕМИЯ (СТРАХОВЫЕ ВЗНОСЫ)**
- 3.1. Страховая сумма по программе страхования в отношении каждого (одного) **Застрахованного** определена в **Списке Застрахованных** (Приложение № 6 к полису). Страховые суммы по рискам устанавливаются в следующем порядке:
  - 3.1.1. страховая сумма по рискам программы **Страхование на срок** – в размере 100% от Страховой суммы по Базовой программе;
  - 3.1.2. страховая сумма по риску **«Первичное диагностирование у Застрахованного Смертельно-опасного заболевания (СОЗ)» (Программа СОЗ)** – в размере 100% от Страховой суммы по **Дополнительной программе №1**;
  - 3.1.3. страховая сумма по рискам в рамках **Программы НС**:
    - 3.1.3.1. страховая сумма по риску **«Постоянная утрата трудоспособности Застрахованного в результате несчастного случая»** – в размере 100% от Страховой суммы по **Дополнительной программе №2**;
    - 3.1.3.2. страховая сумма по риску **«Телесные повреждения Застрахованного в результате несчастного случая»** – в размере 100% от Страховой суммы по **Дополнительной программе №2**;
    - 3.1.3.3. страховая сумма по риску **«Временная утрата трудоспособности Застрахованного в результате несчастного случая»** – в размере 100% от Страховой суммы по **Дополнительной программе №2**;
    - 3.1.3.4. страховая сумма по риску **«Временная утрата трудоспособности в связи с госпитализацией Застрахованного в результате несчастного случая»** – в размере 0,2% от Страховой суммы по **Дополнительной программе №2**.
- 3.2. В соответствии с п. 5.15 **Правил** **Страхователю** предоставляется льготный период для уплаты очередного страхового взноса - 30 дней.
- 3.3. По итогам оценки состояния здоровья **Застрахованных**, с учетом профессиональных, финансовых, территориальных рисков и иных факторов **Страховщик** вправе установить предельные страховые суммы по заявленному на страхование программам или предложить иные особые условия.
- 3.4. Страховая премия рассчитывается в зависимости от выбранной Программы (Программа) в соответствии с установленными **Страховщиком** тарифами и указывается в п. 6.1 полиса.

### 4. ПОРЯДОК ЗАКЛЮЧЕНИЯ, ИСПОЛНЕНИЯ И ПРЕКРАЩЕНИЯ ДОГОВОРА СТРАХОВАНИЯ

- 4.1. Договор заключается на основании письменного заявления **Страхователя** путем составления и двустороннего подписания **Страховщиком** и **Страхователем** одного документа – страхового полиса. Заявление **Страхователя** является неотъемлемой частью договора. При расхождении положений заявления и страхового полиса применяются положения полиса. Стороны договора согласны с тем, что при подписании договора страхования (страхового полиса), приложений к нему, дополнительных соглашений и других документов, относящихся к договору страхования, **Страховщик** вправе использовать факсимильное (с помощью средств электронного копирования) воспроизведение печати **Страховщика** и подписи лица, уполномоченного от имени **Страховщика** подписывать договоры страхования (страховые полисы).
- 4.2. Срок действия договора: 1 (Один) календарный год.
- 4.3. Договор страхования действует с даты, следующей за датой оплаты страховой премии или первого страхового взноса, но не может быть ранее даты заключения договора, указанной в верхнем углу угла полиса. Дата окончания договора определяется следующим образом: день и месяц даты окончания договора равны дню и месяцу даты вступления в силу договора, а год окончания договора равен году даты вступления в силу договора, увеличенному на 1 (один) календарный год. В рамках срока действия договора выделяются кварталы страхования. Даты начала кварталов страхования исчисляются последовательно от даты вступления договора в силу путем прибавления 3 (трех) месяцев. День начала квартала страхования совпадает с датой вступления договора в силу; если такого дня не существует в месяце начала квартала страхования, то датой начала квартала считается последний день месяца.
- 4.4. Срок страхования для **Застрахованных** по договору начинается с даты, следующей за датой оплаты страховой премии или первого страхового взноса в полном объеме, но не ранее даты начала действия договора, и заканчивается датой наступления первого из перечисленных событий: окончания срока действия договора, досрочного прекращения договора, наступления смерти **Застрахованного**.
  - 4.4.1. В отношении лиц, включаемых в список **Застрахованных**, срок страхования начинается с учетом положений п. 4.8.3 Условий.
  - 4.4.2. В отношении лиц, исключаемых из списка **Застрахованных**, срок страхования прекращается с учетом положений п. 4.8.1 Условий.
- 4.5. **Страхователь** обязан уплатить страховую премию или страховые взносы, при оплате страховой премии в рассрочку (1 раз в квартал/1 раз в полгода) равными платежами в течение всего срока действия договора. Размер страховой премии и периодичность уплаты страховой премии/страховых взносов отражены в п. 6 полиса:
  - 4.5.1. Страховая премия (при единовременной оплате) или первый страховой взнос подлежит оплате **Страхователем** в течение 5 (пяти) рабочих дней с даты выставления **Страховщиком** счета на опла-

- ту. Если страховая премия (первый страховой взнос) не оплачена Страхователем в указанный в настоящем пункте срок в полном объеме, договор считается не вступившим в силу.
- 4.5.2. Дата уплаты очередного страхового взноса (при оплате в рассрочку) определяется последовательно от даты вступления договора в силу путем прибавления целого количества месяцев, соответствующих периодичности уплаты взносов (при ежеквартальной оплате - 3 (три) месяца, при полугодовой оплате - 6 (шесть) месяцев). Дата уплаты очередного страхового взноса совпадает с датой вступления договора в силу; если такого дня не существует в месяце оплаты, то датой уплаты считается последний день месяца.
- 4.5.3. При неуплате Страхователем очередного страхового взноса в течение 30 (тридцати) дней (льготный период) с даты, определенной как дата уплаты очередного страхового взноса, договор и страхование по нему прекращаются с даты, следующей за датой окончания оплаченного периода страхования.
- 4.6. Страховщик в случае необходимости не позднее, чем за 5 (пять) календарных дней до окончания оплаченного периода страхования, выставляет Страхователю счет на уплату очередного взноса. Неполучение Страхователем счета не может служить основанием для неперечисления или несвоевременного перечисления страхового взноса Страхователем.
- 4.7. Уплата страхового взноса осуществляется Страхователем безналичным платежом в рублях на расчетный счет Страховщика. Днем уплаты страхового взноса считается день зачисления платежа (страхового взноса в полном объеме) на расчетный счет Страховщика.
- 4.8. При изменении данных Страхователя, Застрахованных лиц, а также при необходимости внесения изменений в Список Застрахованных (включения/исключения), Страхователь направляет Страховщику соответствующее заявление (по форме Приложения № 7 к полису). Изменения в Списке Застрахованных (включение/исключение Застрахованных) допускаются только с первого числа очередного квартала страхования, при этом Страхователь должен уведомить Страховщика о необходимости изменения Списка Застрахованных не позднее 10 (десяти) рабочих дней до даты начала очередного квартала страхования. В случае если Страхователь уведомил Страховщика, направив соответствующее заявление, о внесении изменений позднее, чем за 10 (десять) рабочих дней до начала очередного квартала страхования, изменения в соответствии с этим заявлением производятся с квартала, следующего за очередным кварталом страхования. Страховщик на основании информации, полученной от Страхователя в течение квартала, формирует дополнительное соглашение, в котором корректирует размер очередного страхового взноса, определяет размер дополнительной страховой премии или размер страховой премии, подлежащей возврату Страхователю, в зависимости от характера изменений и порядка оплаты страховой премии по договору.
- 4.8.1. В случае прекращения трудовых отношений Застрахованного со Страхователем, при которых Застрахованный являлся работником Страхователя и работа у Страхователя являлась для Застрахованного основной, Страхователь должен в порядке, определенном п. 4.8, уведомить Страховщика об исключении данного Застрахованного из Списка Застрахованных. При этом страхование в отношении такого Застрахованного прекращается с даты окончания трудовых отношений со Страхователем, что должно быть указано в дополнительном соглашении к договору об исключении данного Застрахованного из Списка Застрахованных. В случае наступления с Застрахованным события, имеющего признаки страхового случая, в период, когда трудовые отношения Застрахованного и Страхователя были прекращены Страховщик освобождается от обязательств произвести страховую выплату, при этом Страхователю возвращается остаток страховой премии за полные кварталы страхования, следующие за датой прекращения трудовых отношений Застрахованного и Страхователя.
- 4.8.2. Дополнительный страховой взнос должен быть уплачен Страхователем в течение 5 (пяти) рабочих дней с момента выставления Страховщиком счета на уплату дополнительного страхового взноса.
- 4.8.3. Датой начала страхования в отношении новых Застрахованных, включенных в Список Застрахованных в период действия договора, является дата начала очередного квартала страхования, следующего за датой заявления Страхователя о внесении изменений при условии, что соответствующее заявление было получено Страховщиком не позднее 10 (десяти) рабочих дней до даты начала очередного квартала.
- 4.9. Прием заявлений о внесении изменений в Список Застрахованных прекращается за 3 (три) календарных месяца до окончания срока действия договора (последний квартал действия договора).
- 4.10. Договор досрочно прекращает свое действие в случаях и в порядке, предусмотренных Правилами, Дополнительными условиями на случай СОЗ, Дополнительными условиями по страхованию от НС, а также в случае неуплаты очередного страхового взноса в порядке и в сроки, определенные п. 4.5.2 Условий и/или условиями договора.
- 4.11. В случае досрочного прекращения договора Страховщик осуществляет возврат Страхователю уплаченных страховых взносов за неистекший срок действия договора за вычетом понесенных Страховщиком расходов в размере 20% от уплаченных страховых взносов.

## 5. ДОПОЛНИТЕЛЬНЫЕ ПРАВА И ОБЯЗАННОСТИ СТОРОН

- 5.1. Страхователь обязуется получить письменное согласие Застрахованных на обработку Страховщиком их персональных данных по предложенной Страховщиком форме, а также их согласие на включение или исключение Застрахованных из Списка Застрахованных (замену Застрахованного лица по договору), а также разрешение Застрахованного любому лечебному учреждению или врачу, страховым медицинским организациям, территориальным и федеральному фонду ОМС, бюро МСЭ, органам исполнительной власти, правоохранительным и иным компетентным органам, работодателю Застрахованного, предоставлять ООО «Дженерали ПФФ Страхование жизни» полную информацию об обстоятельствах страхового события, проведенном лечении, истории заболевания, физическом и психическом состоянии, состоянии здоровья, диагнозе, лечении и прогнозе лечения в отношении Застрахованного, хранить у себя оригиналы данных документов и предоставлять Страховщику оригиналы или заверенные Страхователем копии по требованию Страховщика.
- 5.2. В период действия договора Страхователь обязан сообщать Страховщику об изменении своих банковских и почтовых реквизитов в те-

ние 5 (пяти) рабочих дней с момента соответствующего изменения. В случае уведомления Страховщика в установленные настоящим пунктом сроки о данных изменениях, ответственность за неполучение направленной в адрес Страхователя почтовой корреспонденции, а также любых платежей, осуществленных Страховщиком с использованием прежних банковских и почтовых реквизитов, несет Страхователь. При этом вся корреспонденция, направленная Страхователю по имеющемуся у Страховщика почтовому адресу, считается направленной по надлежащему адресу.

## 6. ПОРЯДОК РАСЧЕТА РАЗМЕРА И ОСУЩЕСТВЛЕНИЯ СТРАХОВОЙ ВЫПЛАТЫ

- 6.1. Все документы, предоставляемые Страховщику для получения страховой выплаты, должны быть составлены на русском языке или иметь нотариально заверенный перевод на русский язык.
- 6.2. Страховые выплаты в рамках договора рассчитываются от страховой суммы на каждого (одного) Застрахованного лица по соответствующему страховому случаю и осуществляются в следующем порядке:
- 6.2.1. страховая выплата по риску **«Смерть Застрахованного»** производится в размере 100 % от страховой суммы, установленной для каждого (одного) Застрахованного по данному риску; при этом величина страховой выплаты по данному страховому риску уменьшается на величину ранее произведенной выплаты по событию СОЗ (если такая страховая выплата производилась);
- 6.2.2. страховая выплата по риску **«Первичное диагностирование у Застрахованного Смертельно-опасного заболевания (СОЗ)»** – ускоренная выплата в размере 100% от страховой суммы, установленной для каждого (одного) Застрахованного по данному риску. Выплата производится только по СОЗ, диагностированному по истечении периода ожидания (90 (девяносто) календарных дней с даты начала срока страхования), установленного для данного Застрахованного. Если в Списке Застрахованных период ожидания не указан, страхование по риску **«Первичное диагностирование у Застрахованного Смертельно-опасного заболевания (СОЗ)»** в отношении данного Застрахованного лица действует с начала периода страхования;
- 6.2.3. по риску **«Постоянная утрата трудоспособности Застрахованного в результате несчастного случая»** при наступлении инвалидности в результате несчастного случая: при установлении первой группы инвалидности – 100%, второй группы – 80%, третьей группы – 50% от страховой суммы по данному риску, установленной для каждого (одного) Застрахованного;
- 6.2.4. по риску **«Телесные повреждения Застрахованного в результате несчастного случая»** – фиксированная сумма в процентах от страховой суммы, установленной для каждого (одного) Застрахованного по данному риску, в соответствии с Таблицей размеров страховых выплат (Приложение № 8 к полису);
- 6.2.5. по риску **«Временная утрата трудоспособности Застрахованного в результате несчастного случая» (временная нетрудоспособность)** – 0,2% от страховой суммы, установленной для каждого (одного) Застрахованного по данному риску за день непрерывной нетрудоспособности (начиная с 7 (седьмого) дня, но не более 60 (шестидесяти) календарных дней) в течение срока страхования. Количество дней нетрудоспособности определяется только на основании листка нетрудоспособности, оформленного в соответствии с законодательством РФ медицинской организацией и работодателем. Копия листка нетрудоспособности заверяется работодателем. Если Застрахованный был выписан на работу и далее снова оказался нетрудоспособен в связи с тем же несчастным случаем (даже если на следующий день), такая нетрудоспособность не считается непрерывной, и страховая выплата за последующие дни нетрудоспособности Застрахованного не производится;
- 6.2.6. по риску **«Временная утрата трудоспособности в связи с госпитализацией Застрахованного в результате несчастного случая»** (госпитализация) – 100% от страховой суммы, установленной для каждого (одного) Застрахованного по данному риску за день непрерывной госпитализации, начиная с 3 (третьего) по 90 (девяностый) день госпитализации. Если Застрахованный был выписан из стационара и направлен на амбулаторное лечение и далее был снова госпитализирован в связи с тем же несчастным случаем (даже если на следующий день), такая госпитализация не считается непрерывной, и страховая выплата за последующее нахождение Застрахованного на стационарном лечении в этом случае не производится. За весь срок страхования страховая выплата по каждому (одному) Застрахованному не может быть произведена более чем за 90 (девяносто) календарных дней госпитализации в совокупности.
- 6.3. Выплата по риску **«Временная нетрудоспособность в связи с госпитализацией в результате несчастного случая»** производится независимо от других выплат по данному страховому случаю.
- 6.4. Если в результате одного и того же несчастного случая с Застрахованным необходимо произвести выплату по двум или более страховым событиям (смерть, инвалидность, телесные повреждения, временная нетрудоспособность), то выплата подлежит большей по размеру сумма, за вычетом произведенных ранее страховых выплат в связи с данным несчастным случаем по этому Застрахованному (кроме выплаты по риску **«Временная утрата трудоспособности в связи с госпитализацией Застрахованного в результате несчастного случая»**).
- 6.5. Если страховой случай наступил до уплаты очередного страхового взноса, внесение которого просрочено, Страховщик вправе отсчитать страховую выплату, до оплаты очередного страхового взноса в полном объеме.
- 6.6. Сумма страховых выплат по каждому (одному) Застрахованному по одному страховому случаю и событиям **«Постоянная утрата трудоспособности Застрахованного в результате несчастного случая»**, **«Телесные повреждения Застрахованного в результате несчастного случая»**, **«Временная утрата трудоспособности Застрахованного в результате несчастного случая»**, **«Временная утрата трудоспособности в связи с госпитализацией Застрахованного в результате несчастного случая»**, **«СОЗ»** не может превышать размера страховой суммы, установленного для каждого (одного) Застрахованного по соответствующей Дополнительной программе.
- 6.7. Сумма страховых выплат по каждому (одному) Застрахованному по всем страховым случаям, произошедшим в течение срока страхования, не может превышать размера страховой суммы, установленного для каждого (одного) Застрахованного по договору.