

Условия договора добровольного страхования жизни по продукту «Глория» (GL)

1. ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ. ОПРЕДЕЛЕНИЯ

1.1. Договор страхования жизни по продукту «Глория» (далее – договор, договор страхования) заключается в соответствии с положениями Общих правил добровольного страхования жизни ООО «ППФ Страхование жизни», утвержденных приказом № 213 от 31 декабря 2019 г., (далее – Правила), и дополнительных условий к ним: по страхованию от несчастных случаев, по страхованию на случай женских онкологических заболеваний, по страхованию на случай инвалидности I или II группы по любой причине (далее совместно и по отдельности – **Дополнительные условия**). В случае расхождений между положениями настоящих Условий договора страхования жизни по продукту «Глория» (далее – Условья), Правил и **Дополнительных условий** применяются положения Условий. Правила и **Дополнительные условия** являются неотъемлемой частью договора страхования.

1.2. В Условьях используются следующие определения, введенные дополнительно к определениям, данным в Правилах и **Дополнительных условиях**:

1.2.1. **Базовая программа по продукту (базовая программа)** – одна или несколько программ страхования, описанных в Правилах и **Дополнительных условиях**, которые являются неотъемлемой частью договора страхования по продукту. Договор включает базовые программы в полном объеме, исключение базовой программы по продукту из договора страхования невозможно без расторжения договора.

1.2.2. **Дополнительная программа по продукту (дополнительная программа)** - одна или несколько программ страхования, описанных в Правилах и **Дополнительных условиях**, включение которых в договор страхования по продукту не является обязательным при заключении договора. **Дополнительные программы** могут быть включены в договор и исключены из него как при заключении договора, так и путем заключения **дополнительного соглашения** к договору.

1.2.3. **Возраст застрахованного** рассчитывается как разница между календарным годом, по состоянию на который необходимо определить возраст и годом рождения **Застрахованного**.

1.2.4. Договор заключается между Страховщиком и Страхователем в отношении **Застрахованного** лица.

1.3. По продукту «Глория» **Застрахованными** могут быть физические лица женского пола в возрасте от 18 до 65 лет, при этом на момент заключения договора возраст **Застрахованного** не может превышать 55 лет.

2. СТРАХОВЫЕ РИСКИ. СТРАХОВЫЕ СЛУЧАИ. ПРОГРАММЫ СТРАХОВАНИЯ

2.1. Программы, включенные в договор, перечислены в разделе «Программы страхования» страхового полиса.

2.2. Базовая программа по продукту «Глория» включает:

2.2.1. Программа 2. Страхование на срок (в соответствии с п.4.2 Правил);

2.2.2. Программа 3. Страхование на дожитие (в соответствии с п.4.2 Правил).

2.3. **Дополнительными программами** по продукту «Глория» являются и могут быть включены в договор следующие программы:

2.3.1. Программа страхования на случай женских онкологических заболеваний (далее – **Программа ЖОЗ**), действующая в соответствии с **Дополнительными условиями** страхования на случай женских онкологических заболеваний, которая включается в договор по продукту «Глория» и содержит следующие риски:

- **первичное диагностирование женского онкологического заболевания;**
- **мастэктомия;**
- **гистерэктомия;**
- **подтверждение диагноза онкологического заболевания;**
- **первичное диагностирование ЖОЗ in situ**
- **мастэктомия в связи с ЖОЗ in situ**
- **гистерэктомия в связи с ЖОЗ in situ**

2.3.1.1. по **Программе ЖОЗ** Условьями устанавливается пери-

од ожидания, составляющий 90 (девяносто) календарных дней с начала срока страхования по программе. В течение такого периода страховые события, не признаются страховыми случаями.

2.3.2. Программа страхования от несчастных случаев (далее – **Программа НС**), действующая в соответствии с **Дополнительными условиями** страхования от несчастных случаев, которая при включении в договор по продукту «Глория» может включать следующие риски:

- **смерть Застрахованного** в результате несчастного случая (**«смерть Застрахованного в результате НС»**);
- **постоянная утрата трудоспособности Застрахованным** в результате несчастного случая (**«инвалидность Застрахованного в результате НС»**);
- **телесные повреждения Застрахованного** в результате несчастного случая, предусмотренные Таблицей размеров страховых выплат, указанной в договоре страхования (**«телесные повреждения Застрахованного»**);
- **временная утрата трудоспособности Застрахованным** в результате несчастного случая (**«временная нетрудоспособность Застрахованного»**); или
- **временная утрата трудоспособности Застрахованным** в результате несчастного случая с расширенной выплатой (далее - **«временная нетрудоспособность Застрахованного с расширенной выплатой»**);
- **временная утрата трудоспособности** в связи с госпитализацией **Застрахованного** в результате несчастного случая (**«госпитализация Застрахованного»**).

2.3.3. Программа страхования на случай инвалидности I или II группы по любой причине (далее – **Программа страхования на случай инвалидности ЛП**), действующая в соответствии с **Дополнительными условиями** страхования на случай инвалидности I или II группы по любой причине;

2.3.3.1. **Страховым случаем** по Программе страхования на случай инвалидности ЛП является первичное установление **Застрахованному** I или II группы инвалидности;

2.3.3.2. В соответствии с п.3.3 **Дополнительных условий** страхования на случай инвалидности ЛП договор страхования предусматривает период продолжительностью 6 (шесть) месяцев с начала действия **Дополнительной программы** страхования на случай инвалидности ЛП, в течение которых страховым случаем будет признано установление I или II группы инвалидности только в результате несчастного случая.

2.4. Не являются страховыми случаями события, перечисленные в качестве исключений в Правилах и **Дополнительных условиях**, а по **Программе НС** – также события, наступившие в результате болезни.

3. СТРАХОВАЯ СУММА. СТРАХОВАЯ ПРЕМИЯ (СТРАХОВЫЕ ВЗНОСЫ)

3.1. **Страховые суммы** зафиксированы в страховом полисе в разделе «Программы страхования».

3.2. **Страховая сумма** по **Программе ЖОЗ** определена в договоре в соответствующем столбце в разделе «Программы страхования», при этом **страховая сумма** по каждому страховому риску определяется в следующем размере:

3.2.1. по риску **«первичное диагностирование женского онкологического заболевания»** - в размере 100% (ста процентов) от страховой суммы по Программе ЖОЗ;

3.2.2. по риску **«мастэктомия»** - в размере 30% (тридцати процентов) от страховой суммы по Программе ЖОЗ;

3.2.3. по риску **«подтверждение диагноза онкологического заболевания»** - в размере фактически понесенных Страховщиком расходов, связанных с исполнением обязательств по этому риску, но не более 100 000 (ста тысяч) рублей.

3.2.4. по риску **«гистерэктомия»** - в размере 30% (тридцати процентов) от страховой суммы по Программе ЖОЗ;

3.2.5. по риску **«первичное диагностирование ЖОЗ in situ»** - в размере 20% (двадцати процентов) от страховой суммы по Про-

грамме ЖОЗ;

3.2.6. по риску **«мастэктомия в связи с ЖОЗ in situ»** - в размере 80% (восемьдесят процентов) от страховой суммы по Программе ЖОЗ;

3.2.7. по риску **«гистерэктомия в связи с ЖОЗ in situ»** - в размере 80% (восемьдесят процентов) от страховой суммы по Программе ЖОЗ.

3.3. По итогам оценки состояния здоровья Застрахованного с учётом профессиональных, финансовых, территориальных рисков и иных факторов Страховщик вправе установить предельные страховые суммы по заявленным на страхование программам или предложить иные особые условия.

3.4. Страховая премия рассчитывается в зависимости от выбранной Программы (Программ) в соответствии с установленными Страховщиком тарифами и указывается в графе «Итого сумма страховой премии» полиса.

3.5. В соответствии с п.5.10 Правил страховая премия уплачивается Страхователем единовременно или в рассрочку (ежеквартально, раз в полгода, ежегодно) равными платежами в течение срока действия договора. Даты уплаты очередных взносов указываются в страховом полисе.

3.6. В соответствии с п.5.14 Правил Страхователю предоставляется льготный период для уплаты очередного страхового взноса - 60 дней.

3.7. Договором страхования предусмотрены минимальные гарантированные размеры страховой суммы по программе **«Страхование на срок»** Базовой программы при переводе договора в Оплаченный договор в зависимости от срока действия договора на дату перевода в Оплаченный договор и срока договора (Приложение №2 к страховому полису). Минимальные гарантированные размеры страховой суммы по программе **«Страхование на дожитие»** Базовой программы при переводе договора в Оплаченный договор определяются в зависимости от срока договора на дату его перевода в Оплаченный:

3.7.1. при сроке договора от 5 (пяти) до 9 (девяти) лет включительно – в размере 25% (двадцати пяти процентов) от уплаченных страховых взносов на дату перевода в Оплаченный;

3.7.2. при сроке договора от 10 (десяти) до 19 (девятнадцати) лет включительно – в размере 50% (пятидесяти процентов) от уплаченных страховых взносов на дату перевода в Оплаченный;

3.7.3. при сроке договора от 20 (двадцати) до 30 (тридцати) лет включительно – в размере 75% (семидесяти пяти процентов) от уплаченных страховых взносов на дату перевода в Оплаченный.

3.8. Минимальные гарантированные размеры выкупной суммы в зависимости от срока действия договора страхования на дату расторжения и срока договора зафиксированы в Приложении №2 к страховому полису.

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. Страховой полис составляется и подписывается в двух идентичных экземплярах (для Страховщика и Страхователя), имеющих равную юридическую силу.

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. Договор может быть заключен на срок от 5 до 30 лет включительно. На момент окончания срока действия договора возраст Застрахованного не может превышать 65 лет.

4.3. Срок действия договора указан в страховом полисе.

Страхователь обязан уплатить первый страховой взнос в полном объеме в течение 60 (шестидесяти) календарных дней с даты начала действия договора наличным или безналичным путем. Если в течение 60 (шестидесяти) дней с даты начала действия договора страховая премия или первый взнос не был уплачен в полном объеме, то действие договора прекращается с даты, установлен-

ной для оплаты первого страхового взноса, страхование, обусловленное договором, не действует, обязанность Страховщика по выплате страхового возмещения не возникает. Поступившие денежные средства возвращаются плательщику в полном объеме в течение 14 (четырнадцати) рабочих дней с даты поступления Страховщику оригинала заявления на возврат денежных средств.

4.4. Срок страхования по договору начинается с даты, следующей за датой уплаты 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 или наступления смерти Застрахованного.

4.5. Действие договора страхования прекращается в случаях, предусмотренных п.6.27 Правил, при этом дополнительно в рамках данного продукта предусматривается следующее:

4.5.1. Срок страхования по **Программе ЖОЗ** прекращается при выплате 100% страховой суммы **Программы ЖОЗ** по любой комбинации рисков пп.3.1.1, 3.1.5, 3.1.6, 3.1.7. Дополнительные условия страхования на случай ЖОЗ и выплате 30% страховой суммы **Программы ЖОЗ** по риску п.3.1.2 или п.3.1.4. Дополнительные условия страхования на случай ЖОЗ, а также при исполнении Страховщиком своих обязательств по риску **«подтверждение диагноза онкологического заболевания»**. При этом дальнейшее продление или возобновление **Программы ЖОЗ** невозможно.

4.5.2. Срок страхования по **Программе страхования на случай инвалидности ЛП** прекращается при выплате 100% страховой суммы по данной программе. При этом дальнейшее продление или возобновление Программы страхования на случай инвалидности ЛП невозможно.

4.6. В случае неуплаты очередного страхового взноса по истечении льготного периода, и если Страхователь не информировал в письменной форме Страховщика о желании досрочно расторгнуть договор или изменить условия договора, то в соответствии с п.5.15.1 Правил Страховщик осуществляет перерасчет размера страховой суммы по программе «Страхование на срок» Базовой программы на дату, предшествующую дате уплаты очередного страхового взноса по договору (в соответствии с п.3.7. Условий предусмотрены минимальные гарантированные страховые суммы). Если в результате расчета полученная страховая сумма превышает 30 000 (тридцать тысяч) рублей, то договор преобразуется в Оплаченный договор. В противном случае договор считается прекратившим свое действие в порядке, предусмотренном п.5.16 Правил, с даты уплаты очередного страхового взноса по договору, уплата которого просрочена, срок страхования оканчивается датой, предшествующей дате уплаты очередного страхового взноса по договору, уплата которого просрочена. При этом Страховщик выплачивает Страхователю выкупную сумму, рассчитанную на дату, предшествующую дате уплаты очередного страхового взноса по договору, уплата которого просрочена.

4.7. Выплата выкупной суммы (за минусом задолженности Страхователя по оплате страховых взносов, если имеется) производится в течение 30 (тридцати) дней с даты расторжения договора страхования, если договор страхования расторгается по инициативе Страхователя, и в течение 30 дней с даты получения заявления на выплату денежных средств в связи с расторжением, если договор страхования расторгается в соответствии с п.4.6 Условий.

4.8. В соответствии с п.5.4 Правил в зависимости от результатов инвестиционной деятельности Страховщика по договору страхования может начисляться дополнительный инвестиционный доход. Начисление дополнительного инвестиционного дохода осуществляется путем увеличения страховой суммы по программе **«Страхование на срок»** Базовой программы при неизменной величине страховых взносов в течение срока действия договора. Дополнительный инвестиционный доход в виде разницы между измененной и первоначальной страховой суммой подлежит выплате:

4.8.1. при наступлении страхового случая по риску **«смерть Застрахованного»** - в составе страховой выплаты по программе «Страхование на срок» Базовой программы;

4.8.2. при наступлении страхового случая по риску **«дожитие Застрахованного»** - в составе страховой выплаты по программе **«Страхование на дожитие»** Базовой программы;

4.8.3. при досрочном прекращении договора страхования - в составе выкупной суммы,

4.8.4. а также учитывается в целях расчета страховой суммы при переводе договора в Оплаченный договор в соответствии с п.4.6

Условий.

Итоги инвестиционной деятельности подводятся Страховщиком по окончании календарного года в первом квартале года, следующего за отчетным. Изменения по результатам инвестиционной деятельности возможны только для договоров, которые действовали на конец календарного года и по которым сформирован положительный страховой резерв на конец отчетного года.

4.9. Страховщик по согласованию со Страхователем может произвести одновременное изменение страховой суммы и страхового взноса – Индексацию - в порядке, предусмотренном с п.5.17 Правил. Подлежащими индексации программами являются:

4.9.1. **Страхование на срок;**

4.9.2. **Страхование на дожитие.**

4.10. При изменении фамилии, имени, отчества, паспортных данных Страхователя, Застрахованного или Выгодоприобретателя, а также при назначении и замене Выгодоприобретателя, Страхователь письменно сообщает об этом Страховщику, заполнив Заявление на внесение изменений в договор по установленной Страховщиком форме. Страхователь направляет Страховщику заполненное Заявление на внесение изменений почтовым отправлением по адресу места нахождения Страховщика, указанному в страховом полисе или путем размещения заявления в электронной форме в «Личном кабинете» Страхователя на сайте Страховщика в сети Интернет по адресу: my.ppfinsurance.ru или по ссылке <https://my.ppfinsurance.ru/>. Все данные, относящиеся к указанным изменениям в соответствии с вышеизложенными требованиями, принимаются Страховщиком в качестве условий договора с даты, указанной в заявлении Страхователя, без направления ответного уведомления Страхователю.

5. ПОРЯДОК РАСЧЕТА РАЗМЕРА И ОСУЩЕСТВЛЕНИЯ СТРАХОВОЙ ВЫПЛАТЫ

5.1. Выплаты по страховым случаям проводятся, только если соответствующие риски включены в договор страхования и указаны в страховом полисе в составе Базовой и Дополнительной программ.

5.2. Все документы, предоставляемые Страховщику для получения страховой выплаты, должны соответствовать требованиям, изложенным в п.8.13 Правил.

5.3. По **Базовой программе** при наступлении страхового случая по риску **«смерть Застрахованного»** в период действия договора страхования Страховщик производит единовременную страховую выплату по программе «Страхование на срок» Базовой программы в размере 100% страховой суммы, указанной в договоре по данной программе.

5.4. По **Базовой программе** при наступлении страхового случая по риску **«дожитие Застрахованного»** Страховщик производит единовременную страховую выплату по программе «Страхование на дожитие» в размере 100% страховой суммы, указанной в договоре по данной программе.

5.5. По страховому случаю **Программы ЖОЗ:**

5.5.1. **«первичное диагностирование женского онкологического заболевания»** и **«первичное диагностирование ЖОЗ in situ»** осуществляется единовременная страховая выплата в размере 100% от страховой суммы, установленной по данным рискам.

5.5.1.1. Страховая выплата производится при условии, что Застрахованный остается жив на 29 (двадцать девятый) календарный день с даты наступления событий **«первичное диагностирование женского онкологического заболевания»** или **«первичное диагностирование ЖОЗ in situ»**. Если Застрахованный умирает в течение 28 (двадцати восьми) календарных дней с даты наступления события **«первичное диагностирование женского онкологического заболевания»** или **«первичное диагностирование ЖОЗ in situ»**, то выплата не производится.

5.5.1.2. Страховая выплата по страховому случаю **«первичное диагностирование женского онкологического заболевания»** может быть уменьшена на величину выплаты по страховому случаю **«первичное диагностирование ЖОЗ in situ»**, если такая выплата уже была произведена.

5.5.2. **«мастэктомия»** и **«гистерэктомия»** осуществляется единовременная страховая выплата в размере 100% от страховой суммы, установленной по данным рискам.

5.5.2.1. Страховая выплата производится при условии, что Застрахованный остается жив на 29 (двадцать девятый) календарный день с даты наступления события **«первичное диагно-**

стирование женского онкологического заболевания». Если Застрахованный умирает в течение 28 (двадцати восьми) календарных дней с даты наступления события **«первичное диагностирование женского онкологического заболевания»**, то выплата не производится.

5.5.2.2. Страховая выплата по страховым случаям **«мастэктомия»** и **«гистерэктомия»** осуществляется независимо от выплат по другим рискам и программам.

5.5.2.3. Застрахованный может обратиться за страховой выплатой по риску **«мастэктомия»** или **«гистерэктомия»** в течение одного года после диагностирования соответствующего онкологического заболевания.

5.5.3. В счет страховой выплаты по риску **«подтверждение диагноза онкологического заболевания»** Страховщик организывает оказание медицинских услуг Застрахованному и оплачивает Провайдеру медицинских услуг оказанные Застрахованному медицинские услуги.

5.5.3.1. **«Подтверждение диагноза онкологического заболевания»** предоставляется в случае события **«первичное диагностирование женского онкологического заболевания»** или **«первичное диагностирование ЖОЗ in situ»** независимо от выплат по другим рискам и программам;

5.5.3.2. Застрахованный может обратиться к Страховщику за выплатой по риску **«подтверждение диагноза онкологического заболевания»** в течение одного года со дня диагностирования ЖОЗ, заполнив соответствующее заявление. Результаты медицинского заключения могут быть предоставлены Страховщиком Страхователю на английском языке с переводом на русский язык не позднее 30 рабочих дней со дня такого обращения. При этом не может быть предоставлено более двух медицинских заключений в соответствии с пп. 3.1.3.1-3.1.3.2 Дополнительных условий страхования на случай ЖОЗ.

5.5.3.3. Предоставление медицинской информации и любое дополнительное обращение для разъяснения результатов по риску **«подтверждение диагноза онкологического заболевания»** по истечении 30 дней после предоставления первичного заключения будут считаться повторным предоставлением Провайдером медицинских услуг письменного заключения относительно диагноза и/или методов лечения.

5.5.4. **«мастэктомия в связи с ЖОЗ in situ»** и **«гистерэктомия в связи с ЖОЗ in situ»** осуществляется единовременная страховая выплата в размере 100% от страховой суммы, установленной по данным рискам.

5.5.4.1. Страховая выплата производится при условии, что Застрахованный остается жив на 29 (двадцать девятый) календарный день с даты наступления события **«первичное диагностирование ЖОЗ in situ»**. Если Застрахованный умирает в течение 28 (двадцати восьми) календарных дней с даты наступления события **«первичное диагностирование ЖОЗ in situ»**, то выплата не производится.

5.5.5. Сумма выплат по рискам Программы ЖОЗ не может превышать 100% от страховой суммы по данной дополнительной программе, за исключением выплат по рискам **«подтверждение диагноза онкологического заболевания»**, **«мастэктомия»** и **«гистерэктомия»**.

5.6. При наступлении несчастного случая с Застрахованным, если в договор включена **Программа НС** (п.2.3.2 Условий), Страхователь должен в течение 30 (тридцати) дней известить Страховщика о факте его наступления любым доступным способом, позволяющим объективно зафиксировать факт обращения, с последующим предоставлением всей необходимой информации и приложением подтверждающих документов, перечень которых приведен в Заявлении на страховую выплату стандартной формы, установленной Страховщиком.

5.7. Условия предусматривают следующий порядок определения размеров страховых выплат при наступлении страхового случая по Программе НС:

5.7.1. при наступлении страхового случая по риску **«смерть Застрахованного в результате НС»** страховая выплата осуществляется в размере 100% от страховой суммы по этому случаю;

5.7.2. при наступлении страхового случая по риску **«инвалидность Застрахованного в результате НС»** страховая выплата осуществляется Застрахованному одновременно при установлении:

- I (первой) группы инвалидности – в размере 100 % (ста процентов) от страховой суммы по этому случаю;

• II (второй) группы – в размере 80 % (восемьдесят процентов) от страховой суммы по этому случаю;

• III (третьей) группы – в размере 50 % (пятидесяти процентов) от страховой суммы по этому случаю;

Выплата производится в размере, предусмотренном Условиями для группы инвалидности, первоначально установленной в результате несчастного случая.

5.7.3. при наступлении страхового случая по риску **«телесные повреждения Застрахованного»** страховая выплата осуществляется в соответствии с Таблицей размеров страховых выплат (Приложение №3 к полису);

5.7.4. при наступлении страхового случая по риску **«временная нетрудоспособность Застрахованного»** страховая выплата осуществляется в размере 0,2% от страховой суммы по этому случаю за каждый день непрерывной нетрудоспособности, начиная с 7 (седьмого) дня, но не более чем за 30 (тридцать) дней нетрудоспособности, наступившей в результате одного несчастного случая. Страховая выплата осуществляется только за 1-й (первый) и 2-й (второй) страховые случаи, произошедшие в одном страховом году; в случае если в одном страховом году имел место 3-й (третий) и последующие случаи временной нетрудоспособности Застрахованного, страховая выплата по таким событиям не производится. Количество дней нетрудоспособности определяется только на основании листка нетрудоспособности, оформленного в соответствии с законодательством РФ медицинской организацией и работодателем. Копия листка нетрудоспособности заверяется работодателем. Никакие иные документы не могут являться подтверждением временной нетрудоспособности Застрахованного. 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 этой нетрудоспособности Застрахованного не производится.

5.7.5. при наступлении страхового случая по риску **«временная нетрудоспособность Застрахованного с расширенной выплатой»** страховая выплата осуществляется в размере 0,2% от страховой суммы по этому случаю за каждый день непрерывной нетрудоспособности, начиная с 7 (седьмого) дня, но не более чем за 60 (шестьдесят) дней нетрудоспособности, наступившей в результате одного несчастного случая. Страховая выплата осуществляется только за 1-й (первый), 2-й (второй) и 3-й (третий) страховые случаи, произошедшие в одном страховом году; в случае если в одном страховом году имел место 4-й (четвертый) и последующие случаи временной нетрудоспособности Застрахованного, страховая выплата по таким событиям не производится. Количество дней нетрудоспособности определяется только на основании листка нетрудоспособности, оформленного в соответствии с законодательством РФ медицинской организацией и работодателем. Копия листка нетрудоспособности заверяется работодателем. Никакие иные документы не могут являться подтверждением временной нетрудоспособности Застрахованного. 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 этой нетрудоспособности Застрахованного не производится. В случае если временная нетрудоспособность Застрахованного длится свыше 30 (тридцати) дней, страховая выплата по риску **«временная нетрудоспособность Застрахованного с расширенной выплатой»** за каждый последующий день непрерывной нетрудоспособности производится только при условии, что несчастный случай, повлекший наступление временной нетрудоспособности Застрахованного, повлек за собой также и наступление одного или нескольких событий, перечисленных ниже:

5.7.5.4. помещение Застрахованного лица в круглосуточный стационар в течение 24 часов после несчастного случая вследствие состояний, требующих неотложной медицинской помощи, на срок не менее 2-х суток;

5.7.5.5. оперативное вмешательство, обусловленное несчастным случаем и проведенное в течение 30 дней после него, при условии, что первичное обращение Застрахованного лица за медицинской помощью имело место в течение 3-х суток после несчастного случая.

Под оперативным вмешательством имеются ввиду следующие медицинские манипуляции/действия, обусловленные ранением / повреждением:

• пластика сосудов, нервов, мышц, сухожилий, связок, капсулы суставов;

• костная пластика, резекция кости, артропластика, артродез, эндопротезирование, вправление вывихов (при условии подтверждения данного факта рентгеновским снимком), трепанация кости черепа, ампутация, трахеостомия;

• эндоскопические операции (артроскопия, лапароскопия, лапароцентез, бронхоскопия, эзофагоскопия, пункция грудной полости пригемо-, пневмотораксе)

5.7.5.6. травматический перелом (кроме патологического перелома, краевого перелома, трещины кости).

5.8. при наступлении страхового случая по риску **«госпитализация Застрахованного»** страховая выплата осуществляется в размере страховой суммы по этому случаю за каждый день непрерывного стационарного лечения, начиная с 3 (третьего) дня, но не более чем за 90 (девяносто) дней стационарного лечения в связи с одним несчастным случаем. Если Застрахованный был выписан из стационара, направлен на амбулаторное лечение и далее 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.

5.9. Условия предусматривают следующий порядок определения размеров страховых выплат при наступлении страхового случая по **Программе страхования на случай инвалидности ЛП:**

- при установлении инвалидности I группы – в размере 100% от страховой суммы, установленной по Программе страхования на случай инвалидности ЛП;
- при установлении инвалидности II группы – в размере 80% от страховой суммы, установленной по Программе страхования на случай инвалидности ЛП.

5.10. Размер страховых выплат по страховым случаям по риску **«телесные повреждения Застрахованного»** в связи с несчастными случаями (несчастным случаем) произошедшими в течение одного года действия договора страхования не может превышать 100% (ста процентов) от размера страховой суммы, установленной в отношении такого риска договором.

5.11. Если в результате одного несчастного случая необходимо произвести выплату по двум или большему количеству страховых случаев (**«смерть Застрахованного в результате НС», «инвалидность Застрахованного в результате НС», «телесные повреждения Застрахованного», «временная нетрудоспособность Застрахованного»**), то выплате подлежит наибольшая по размеру сумма за вычетом сумм произведенных ранее страховых выплат в связи с этим несчастным случаем (кроме выплаты по риску **«госпитализация Застрахованного»**).

5.12. Если в течение одного календарного года с даты наступления несчастного случая происходит увеличение степени инвалидности по сравнению с ранее установленной, то выплата по страховому случаю **«инвалидность Застрахованного в результате НС»** в связи с установлением более тяжелой степени инвалидности производится Страховщиком в размере разницы между суммой, подлежащей выплате в связи с установлением определенной группы инвалидности, и произведенных ранее страховых выплат в связи с этим несчастным случаем (кроме выплаты по страховому случаю **«госпитализация Застрахованного»**).

5.13. Выплата по страховому случаю по риску **«госпитализация Застрахованного»** осуществляется независимо от других выплат по **Программе НС.**

5.14. Если в течение срока страхования по **Дополнительной программе страхования на случай инвалидности ЛП** происходит увеличение степени инвалидности, размер выплаты уменьшается на величину ранее выплаченной суммы по данному риску.