

Условия договора 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 страхования жизни ООО «ППФ Страхование жизни», утвержденных Приказом Генерального директора № 72 от 02.06.2014 (далее – Правила), и дополнительных условий к ним: по страхованию от несчастных случаев, по страхованию на случай женских онкологических заболеваний (далее совместно – **Дополнительные условия**). В случае расхождения между положениями настоящих Условий договора страхования жизни по продукту «Глория» (далее – **Условия**), Правил и **Дополнительных условий** применяются положения **Условий**. Правила и **Дополнительные условия** являются неотъемлемой частью договора страхования.
- 1.2. В Условиях 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 годом начала действия договора 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. Программу 2. Страхование на срок (в соответствии с п. 4.2 Правил);
- 2.2.2. Программу 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**, которая при включении в договор по продукту «Глория» включает следующие риски:
- **первичное диагностирование** женского онкологического заболевания;
 - **мастэктомия;**
 - **подтверждение диагноза** онкологического заболевания.
- 2.3.1.1. по **Программе ЖОЗ** Условиями устанавливается период ожидания, составляющий 90 (девяносто) календарных дней с начала срока страхования по программе. В течение такого периода страховые события, перечисленные в п.3.1 **Дополнительных условий**, не признаются страховыми случаями.
- 2.3.2. Программа страхования от несчастных случаев (далее – **Программа НС**), действующая в соответствии с **Дополнительными условиями**, которая при включении в договор по продукту «Глория» может включать следующие риски:
- смерть Застрахованного в результате несчастного случая (**«смерть в результате несчастного случая»**);
 - постоянная утрата трудоспособности Застрахованным в результате несчастного случая (**«инвалидность Застрахованного»**);
 - 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»**);
 - временная утрата трудоспособности в связи с госпитализацией Застрахованного в результате несчастного случая (**«госпитализация Застрахованного»**).
- 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 (ста тысяч) рублей.

- 3.3. По итогам оценки состояния здоровья Застрахованного с учётом 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 (Программ) в соответствии с установленными Страховщиком тарифами и указывается в графе «Итого сумма страховой премии» полиса.
- 3.5. В соответствии с п. 5.11 Правил страховая премия уплачивается Страхователем одновременно 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. 5.15 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, установленной для оплаты первого страхового взноса, страхования, 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. 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. 5.15.3 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. 3.6 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. 5.17 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.
- 4.6. При досрочном прекращении договора по причине неуплаты страховых взносов 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. 4.5 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. 4.5 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. Если в договоре (полисе) в пункте «Вариант изменения страховых сумм и/или страховых взносов» предусмотрена «Индексация», то Страховщик по согласованию со Страхователем может произвести одновременное изменение страховой суммы и страхового взноса - Индексацию в порядке, предусмотренном с п. 5.18 Правил. Подлежащими индексации программами являются:
- 4.9.1. **Страхование на срок;**
- 4.9.2. **Страхование на дожитие.**
- 4.10. По согласованию сторон в период действия договора страхования в него могут быть внесены изменения касательно срока страхования, размеров страхового взноса (страховой премии), величины страховой суммы, периодичности уплаты страховых взносов, включения/исключения дополнительных программ страхования. При включении программ страхования и увеличении страховой суммы по Программе и/или риску может потребоваться заполнение медицинской анкеты и проведение дополнительного медицинского обследования. Указанные изменения оформляются после получения Страховщиком заявления от Страхователя путем выпуска дополнительного соглашения к договору страхования, подписанного Страховщиком. Страхователь выражает свое согласие с условиями, изложенными в дополнительном соглашении, путем оплаты страхового взноса в порядке и сроки, указанные в нем. Дополнительное соглашение вступает в силу с даты и в порядке, установленном в указанном дополнительном соглашении.
- ## 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. 8.12 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» осуществляется единовременная страховая выплата в размере 100% от страховой суммы, установленной по данному риску.
- 5.5.1.1. Страховая выплата производится при условии, что Застрахованный остается жив на 29 (двадцать девятый) календарный день с даты наступления события **«первичное диагностирование** 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.
- 5.5.1.2. Страховая выплата по страховому случаю **«первичное диагностирование** женского онкологического заболевания» осуществляется независимо от выплат по другим рискам и программам.
- 5.5.2. **«мастэктомия»** осуществляется единовременная страховая выплата в размере 100% от страховой суммы, установленной по данному риску.
- 5.5.2.1. Страховая выплата производится при условии, что Застрахованный остается жив на 29 (двадцать девятый) календарный день с даты наступления события **«первичное диагностирование** 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 страховому случаю **«мастэктомия»** осуществляется независимо от выплат по другим рискам и программам.
- 5.5.2.3. Застрахованный может обратиться за страховой выплатой по риску **«мастэктомия»** в течение одного года после диагностирования соответствующего онкологического заболевания (злокачественное новообразование одной или двух молочных желез).
- 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» 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 со 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.
- 5.6. При наступлении несчастного случая с Застрахованным, если в договор включена **Программа НС** (п. 2.3.1.1 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 в результате несчастного случая»** страховая выплата осуществляется в размере 100% от страховой суммы по этому случаю;
- 5.7.2. при наступлении страхового случая по риску **«инвалидность Застрахованного»** страховая выплата осуществляется Застрахованному единовременно 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 % (ноль целых две десятых процента) 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. Количество дней нетрудоспособности определяется только на основании листа нетрудоспособности, оформленного в соответствии с законодательством РФ медицинской организацией и работодателем. Копия листа 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 нетрудоспособности Застрахованного не производится;
- 5.7.5. 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.
- 5.8. 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.
- 5.9. Если в результате одного несчастного случая необходимо произвести выплату по двум или большему количеству страховых случаев **«смерть в результате несчастного случая», «инвалидность Застрахованного», «телесные повреждения Застрахованного», «временная нетрудоспособность Застрахованного»**, то выплата подлежит наибольшая по размеру сумма за вычетом сумм произведенных ранее страховых выплат в связи с этим несчастным случаем (кроме выплаты по риску **«госпитализация Застрахованного»**).
- 5.10. 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 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»**).
- 5.11. Выплата по страховому случаю по риску **«госпитализация Застрахованного»** осуществляется независимо от других выплат по **Программе НС.**