

**УСЛОВИЯ ДОГОВОРА ДОБРОВОЛЬНОГО СТРАХОВАНИЯ ЖИЗНИ
ПО ПРОДУКТУ «ЭГИДА» (CF)**

1. ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ. ОПРЕДЕЛЕНИЯ

1.1. Договор страхования жизни по продукту «Эгида» (далее – договор, договор страхования) заключается в соответствии с Правилами добровольного страхования жизни по продукту «Эгида» ООО «ППФ Страхование жизни», утвержденными приказом от 17 июля 2023 г. № 103 (далее – «Правила»). В случае расхождений между положениями настоящих Условий договора страхования жизни по продукту «Эгида» (далее – «Условия», «Условия по продукту «Эгида») и Правил применяются положения Условий. Условия и Правила являются неотъемлемой частью договора страхования.

1.2. В Условиях используются следующие определения, введенные дополнительно к определениям, данным в Правилах:

1.2.1. **Базовая программа по продукту «Эгида» (базовая программа)** – указанные в п. 2.2. Условий страховые риски, описанные в Правилах, которые являются неотъемлемой частью договора страхования, заключенного в соответствии с Условиями по продукту «Эгида». Договор включает базовую программу в полном объеме, исключение базовой программы из договора страхования невозможно без расторжения договора.

1.2.2. **Дополнительная программа по продукту «Эгида» (дополнительная программа)** – один или несколько страховых рисков из числа указанных в п. 2.3 Условий и описанных в Правилах, включение которых в договор страхования, заключаемый в соответствии с Условиями по продукту «Эгида», не является обязательным. Дополнительные программы, предусмотренные п. 2.3 Условий, могут быть включены в договор и исключены из него как при заключении договора, так и в течение срока его действия 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. **Возобновленный договор страхования** – договор страхования, число и месяц начала действия которого соответствуют числу и месяцу начала действия впервые заключенного Страхователем договора страхования по продукту «Эгида», при условии отсутствия перерыва между такими договорами, и оплата по которому осуществляется в соответствии с условием п. 4.5. Условий.

1.3. По договору страхования, заключенному в соответствии с Условиями по продукту «Эгида», взрослым Застрахованным может быть дееспособное физическое лицо в возрасте на момент заключения договора страхования от 18 (Восемнадцати) до 80 (Восьмидесяти) 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 «Эгида» включает следующие события (страховые риски):

2.2.1. первичное диагностирование онкологического заболевания (рака) у *Застрахованного взрослого*, в соответствии с п. 4.1.1. Правил;

2.2.2. первичное диагностирование преинвазивного рака (рака in situ) у *Застрахованного взрослого*, в соответствии с п. 4.1.2. Правил.

2.3. **Дополнительными программами** по продукту «Эгида» являются и могут быть включены в договор страхования:

2.3.1. **Дополнительная программа Застрахованного взрослого**, включающая следующие события (страховые риски):

2.3.1.1. первичное диагностирование инфаркта миокарда или инсульта у *Застрахованного взрослого*, в соответствии с п. 4.1.4. Правил;

2.3.2. **Дополнительная программа Застрахованного ребенка (Застрахованных детей)**, включающая следующие события (страховые риски):

2.3.2.1. первичное диагностирование онкологического заболевания (рака) у *Застрахованного ребенка (Застрахованных детей)*, в соответствии с п. 4.1.1. Правил;

2.3.2.2. первичное диагностирование доброкачественной опухоли головного мозга у *Застрахованного ребенка (Застрахованных детей)*, в соответствии с п. 4.1.3. Правил.

2.4. Программы, включенные в договор, перечислены в разделе «Программа страхования» страхового полиса и отмечены любым знаком в пустом квадрате в столбце «Программы страхования».

2.5. Настоящими Условиями устанавливается **период ожидания**, составляющий:

- в отношении риска «первичное диагностирование онкологического заболевания (рака) у *Застрахованного взрослого*» – 180 (Сто восемьдесят) календарных дней с начала срока страхования по Базовой программе для первично заключенных договоров;

- в отношении риска «первичное диагностирование преинвазивного рака (рака in situ) у *Застрахованного взрослого*» – один календарный год с начала срока страхования по Базовой программе для первично заключенных договоров;

- в отношении риска «первичное диагностирование инфаркта миокарда или инсульта у *Застрахованного взрослого*» – 90 (Девяносто) календарных дней с начала срока страхования по Дополнительной программе Застрахованного взрослого;

- в отношении риска «первичное диагностирование онкологического заболевания (рака) у *Застрахованного ребенка (Застрахованных детей)*»:

- для первично заключенных договоров – 180 (Сто восемьдесят) календарных дней с начала срока страхования по Дополнительной программе Застрахованного ребенка;

- в отношении Застрахованных детей по первично заключенному договору – 180 (Сто восемьдесят) календарных дней с начала срока страхования по Дополнительной программе Застрахованного ребенка по первично заключенному договору, а в отношении Застрахованных детей, впервые застрахованных по возобновленному договору страхования, – 180 (Сто восемьдесят) календарных дней с начала срока страхования по Дополнительной программе Застрахованного ребенка по возобновленному договору страхования;

- в отношении риска «первичное диагностирование доброкачественной опухоли головного мозга у *Застрахованного ребенка (Застрахованных детей)*»:

- для первично заключенных договоров – один календарный год с начала срока страхования по Дополнительной программе Застрахованного ребенка;

- для возобновленных договоров страхования – в отношении Застрахованных детей по первично заключенному договору – один календарный год с начала срока страхования по Дополнительной программе по первично заключенному договору, а в отношении Застрахованных детей, впервые застрахованных по возобновленному договору страхования, – один календарный год с начала срока страхования по Дополнительной программе по возобновленному договору страхования.

Диагностирование заболевания в течение указанного в договоре периода ожидания не является страховым случаем.

Период ожидания для возобновленных договоров по продукту «Эгида» в отношении Застрахованного взрослого не применяется при условии оплаты страховой премии в соответствии с п. 4.5. Условий.

По договорам по продукту «Эгида», заключенным не позднее 30 (Тридцати) дней после истечения срока действия договора по продукту «Виктория», период ожидания в отношении риска «первичное диагностирование онкологического заболевания (рака) у *Застрахованного взрослого*» не применяется при условии оплаты страховой премии в порядке, предусмотренном п. 4.5. Условий.

2.6. Настоящими Условиями устанавливается **период выживания** в отношении **Дополнительной программы Застрахованного взрослого**, составляющий 14 (Четырнадцать) календарных дней с даты наступления события «первичное диагностирование инфаркта миокарда или инсульта у *Застрахованного взрослого*», предусмотренного п. 2.3.1.1. настоящих Условий.

**3. СТРАХОВАЯ СУММА. СТРАХОВАЯ ПРЕМИЯ
(СТРАХОВЫЕ ВЗНОСЫ)**

3.1. Страховые суммы по Базовой и Дополнительным Программам страхования зафиксированы в страховом полисе в разделе «Программы страхования». Страховая сумма по Дополнительной программе не может превышать страховой суммы по Базовой программе.

3.2. Страховые суммы по страховым рискам устанавливаются в следующем порядке:

- по страховому случаю «первичное диагностирование онкологического заболевания (рака) у *Застрахованного взрослого*» – в размере 100% от страховой суммы, установленной в разделе «Базовая программа» страхового полиса;

- по страховому случаю «первичное диагностирование преинвазивного рака (рака in situ) у *Застрахованного взрослого*» – в размере 30% от страховой суммы, установленной в разделе «Базовая программа» страхового полиса;

- по страховому случаю «первичное диагностирование инфаркта миокарда или инсульта у *Застрахованного взрослого*» – в размере 100% от страховой суммы, установленной в разделе «Дополнительная программа Застрахованного взрослого» страхового полиса;

• по страховому случаю «первичное диагностирование онкологического заболевания (рака) у *Застрахованного ребенка (Застрахованных детей)*» – в размере 100% от страховой суммы, установленной в разделе «Дополнительная программа Застрахованного ребенка (Застрахованных детей)» страхового полиса; по страховому случаю «первичное диагностирование доброкачественной опухоли головного мозга у *Застрахованного ребенка (Застрахованных детей)*» – в размере 30% от страховой суммы, установленной в разделе «Дополнительная программа Застрахованного ребенка (Застрахованных детей)» страхового полиса.

3.3. Страховая сумма устанавливается по каждому страховому риску отдельно на каждого Застрахованного и определяется в порядке, указанном в п. 3.2. Условий.

3.4. Сумма страховой премии зависит от возраста Застрахованного, размера страховой суммы и Программы страхования и определена в «Таблице определения размера страхового взноса» страхового полиса на пересечении строки «Страховая сумма» соответствующей программы страхования и столбца «Возраст Застрахованного взрослого». Страховая премия оплачивается Страхователем в соответствии с пп. 4.5. - 4.6. Условий.

3.5. Страховой тариф определяется в размере ставки страховой премии с единицы страховой суммы.

3.6. В соответствии с п. 5.11. Правил Страхователю предоставляется льготный период для уплаты очередного страхового взноса по договору – 60 (Шестьдесят) дней.

4. ПОРЯДОК ЗАКЛЮЧЕНИЯ, ИСПОЛНЕНИЯ И ПРЕКРАЩЕНИЯ ДОГОВОРА СТРАХОВАНИЯ

4.1. Договор заключается на основании устного заявления Страхователя между Страховщиком и Страхователем в отношении Застрахованного путем составления и двустороннего подписания Страховщиком и Страхователем одного документа – страхового 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. Страховой полис составляется и подписывается в двух идентичных экземплярах (для Страховщика и Страхователя), имеющих равную юридическую силу. При несоответствии хотя бы одной из отметок об указании возраста Застрахованного взрослого, о включении/не включении Дополнительных программ и о выборе страховых сумм по ним в экземпляре полиса Страховщика и в экземпляре полиса Страхователя преимущественную силу имеют положения, содержащиеся в экземпляре полиса Страховщика.

4.3. В дополнение к положениям п. 6.12. Правил договор страхования не заключается в отношении лиц:

- уже являющихся Застрахованными на дату заключения договора по договору страхования на основании принятых Страховщиком Правил добровольного страхования на случай смертельно опасных заболеваний и Условий договора добровольного страхования на случай смертельно опасных заболеваний по продукту «Виктория» (СА).

В случае заключения договора страхования в отношении указанных в п. 4.3. Условий лиц применяются последствия, предусмотренные п. 6.12. Правил.

4.4. Договор страхования в соответствии с настоящими Условиями заключается сроком на 5 (Пять) лет. Дата окончания действия договора страхования определяется следующим образом: день и месяц даты окончания равны дню и месяцу даты заключения договора, указанным в страховом полисе, а год даты окончания равен году даты заключения договора, увеличенному на 5 (Пять) лет.

4.5. Страхователь обязан оплатить первый страховой взнос в полном объеме в течение

5 (Пяти) календарных дней с даты заключения договора (при первичном заключении договора) и не позднее даты начала действия договора – по возобновленному договору, наличным или безналичным путем. Если в течение 5 (Пяти) дней с даты заключения договора страховая премия не была оплачена в полном объеме, то действие договора прекращается с даты заключения договора, 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 средств.

4.6. В соответствии с п. 5.8. Правил страховая премия по договору уплачивается Страхователем в рассрочку (ежегодно) равными платежами в течение срока действия договора. Таким образом, договором страхования предусмотрено внесение 5 (Пяти) страховых взносов в размере, указанном в договоре страхования. Число и месяц уплаты очередного страхового взноса определяется как число и месяц

даты заключения договора, а год оплаты очередного страхового взноса – как год заключения договора страхования, увеличенный последовательно на один, два, три и четыре года.

4.7. Срок страхования по договору начинается с даты, следующей за датой уплаты 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.

4.8. Договор страхования прекращается досрочно в случаях и порядке, установленном Правилами. В дополнение к п. 6.24.6. и п. 6.24.7. Правил договор страхования досрочно прекращается в случаях:

4.8.1. первичного диагностирования у Застрахованного взрослого онкологического заболевания (рак), в соответствии с определениями п. 1.4.5.1. Правил, в течение установленного договором страхования **периода ожидания**, при этом оплаченный страховой взнос подлежит возврату Страхователю в полном размере по письменному заявлению Страхователя;

4.8.2. первичного диагностирования у Застрахованного взрослого онкологического заболевания (рак), в соответствии с определениями п. 1.4.5.1. Правил, по истечении установленного договором страхования **периода ожидания**. Страхование по риску п. 4.1.1. Правил прекращается, договор страхования действует в отношении прочих страховых рисков, предусмотренных договором страхования, до очередной годовщины договора страхования. Договор страхования в данных случаях возобновлению не подлежит.

4.9. Страховщик вправе предложить Страхователю заключить договор страхования на выбранных Страховщиком условиях на новый срок страхования. Заключение договора страхования на новый срок производится путем подписания Страховщиком и Страхователем нового страхового полиса с отметкой «возобновленный».

4.10. Начало срока страхования по возобновленному договору совпадает с датой начала его действия, при условии оплаты страховой премии по возобновленному договору страхования в соответствии с п. 4.5. Условий.

4.11. Окончание срока страхования по возобновленному договору определяется в соответствии с п. 4.7. Условий.

4.12. Если договор был досрочно расторгнут в соответствии с п. 6.24. Правил, то заключение договора страхования на следующий срок не производится (возобновленный договор не заключается).

4.13. 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 страхования (далее – Заявление на внесение изменений) по форме, определенной Страховщиком. Страхователь направляет Страховщику заполненное Заявление на внесение изменений почтовым отправлением по адресу места нахождения Страховщика, указанному в договоре страхования, 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.

4.14. В дополнение к условию п.6.24.5 Правил (о прекращении действия договора страхования по инициативе Страхователя) Страхователь вправе отказаться от договора страхования в любое время после истечения срока, предусмотренного п.6.24.5.1 Правил, в случае непредоставления Страховщиком Страхователю информации о договоре страхования, предоставления неполной или недостоверной информации (ненадлежащее информирование Страховщиком Страхователя об условиях страхования) и потребовать возврата части уплаченной страховой премии (страховых взносов) (за вычетом части страховой премии, исчисляемой пропорционально времени, в течение которого действовало страхование).

К ненадлежащему информированию Страховщиком Страхователя об условиях страхования относится:

- невручение Страхователю ключевого информационного документа об условиях договора добровольного страхования (далее – КИД), предусмотренного Указанием Банка России от 29.03.2022 г. № 6109-У «О минимальных (стандартных) требованиях к условиям осуществления добровольного страхования, к объему и содержанию предоставляемой информации о договоре добровольного страхования, а также о форме, способах и порядке предоставления указанной информации» (далее – Указание Банка России № 6109-У);
- вручение Страхователю КИД, который по содержанию не соответствует п.1.1 - 1.9 Указания Банка России № 6109-У;
- вручение Страхователю КИД, который по своему содержанию не соответствует заключенному договору страхования.

В указанном случае часть уплаченной по договору страхования страховой премии (страховых взносов) (за вычетом части страховой премии, исчисляемой пропорционально времени, в течение которого действовало страхование) подлежит возврату Страховщиком в

срок, не превышающий 7 (семь) рабочих дней со дня получения Страховщиком соответствующего письменного заявления Страхователя.

Возврат указанной выше суммы производится Страховщиком Страхователю наличными деньгами (почтовым переводом) или в безналичном порядке (в соответствии с реквизитами, указанными Страхователем в заявлении об отказе от договора) по выбору Страхователя.

Условие, указанное в настоящем пункте, не распространяется на договоры страхования, по которым Страховщик получил заявление о страховой выплате либо по которым Страховщиком были осуществлены страховые выплаты. В этом случае право Страхователя на отказ от договора страхования на указанном в настоящем пункте основании утрачивается.

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 договоре страхования.

5.2. Все документы, предоставляемые Страховщику для получения страховой выплаты, должны соответствовать требованиям, изложенным в п. 8.12. и п. 8.13 Правил.

5.3. По страховому случаю «первичное диагностирование онкологического заболевания (рака) у *Застрахованного взрослого*» осуществляется единовременная страховая выплата в размере 100% страховой суммы, установленной по соответствующему страховому риску, кроме заболеваний «карцинома базальных клеток», «карцинома плоскоклеточных клеток кожи» или «протуберанская дерматофибросаркома».

Страховая выплата по заболеваниям «карцинома базальных клеток», «карцинома плоскоклеточных клеток кожи» или «протуберанская дерматофибросаркома» осуществляется в виде единовременной страховой выплаты в размере 10% страховой суммы, установленной по соответствующему страховому риску; страховая выплата по указанным событиям осуществляется не более 1 (одного) раза в течение срока страхования.

Если *Застрахованному взрослому* была произведена страховая выплата по заболеванию «карцинома базальных клеток», «карцинома плоскоклеточных клеток кожи» или «протуберанская дерматофибросаркома», а впоследствии установлен диагноз иного онкологического заболевания, то страховая выплата по событию «первичное диагностирование онкологического заболевания (рака) у *Застрахованного взрослого*» осуществляется в виде единовременной страховой выплаты в размере страховой суммы по соответствующему страховому риску за вычетом суммы, выплаченной по договору страхования ранее в связи с заболеванием «карцинома базальных клеток», «карцинома плоскоклеточных клеток кожи» или «протуберанская дерматофибросаркома».

Если *Застрахованному взрослому* была произведена страховая выплата по страховому случаю «первичное диагностирование преинвазивного рака (рака in situ) у *Застрахованного взрослого*», а по истечении времени установлен диагноз «рак» (в соответствии с терминологией п.1.4.5.1 Правил) той же локализации, что и преинвазивный рак, то страховая выплата по событию «первичное диагностирование онкологического заболевания (рака) у *Застрахованного взрослого*» производится в размере страховой суммы по соответствующему страховому риску за вычетом суммы, выплаченной по договору страхования ранее по событию «первичное диагностирование преинвазивного рака (рака in situ) у *Застрахованного взрослого*».

5.4. По страховому случаю «первичное диагностирование инфаркта миокарда или инсульта у *Застрахованного взрослого*» осуществляется страховая выплата, в соответствии с п. 8.4 Правил в следующем порядке:

5.4.1. при обращении за страховой выплатой в период выживания страховая выплата осуществляется в размере 20% от страховой суммы, установленной по страховому риску;

5.4.2. в случае обращения за страховой выплатой после получения страховой выплаты в соответствии с п.5.4.1 настоящих Условий и после истечения периода выживания, предусмотренного договором, страховая выплата в связи с диагностированием *инфаркта миокарда* осуществляется при условии подтверждения факта нахождения *Застрахованного* в живых после истечения периода выживания. Страховая выплата в этом случае осуществляется в размере 80% от страховой суммы, установленной по страховому риску;

5.4.3. в случае обращения за страховой выплатой после получения страховой выплаты в соответствии с п.5.4.1 настоящих Условий и после истечения периода выживания, предусмотренного договором, страховая выплата в связи с диагностированием *инсульта* осуществляется при условии подтверждения указанного диагноза в соответствии с п.1.4.5.5. Правил. Страховая выплата в этом случае осуществляется в размере 80% от страховой суммы, установленной по страховому риску;

5.4.4. если Выгодоприобретатель не обращался за страховой выплатой в соответствии с п.5.4.1 настоящих Условий, в случае обращения за страховой выплатой после истечения периода выживания страховая выплата в связи с диагностированием *инфаркта миокарда* осуществляется при условии подтверждения факта нахождения *Застрахованного* в живых после истечения периода выживания, а в связи с диагностированием *инсульта* – осуществляется при условии подтверждения указанного диагноза в соответствии с п.1.4.5.5. Правил. Страховая выплата в этих случаях осуществляется единовременно в размере 100% от страховой суммы, установленной по страховому риску.

5.5. По страховому случаю «первичное диагностирование онкологического заболевания (рак) у *Застрахованного ребенка (Застрахованных детей)*» осуществляется единовременная страховая выплата в размере 100% страховой суммы, установленной по соответствующему страховому риску.

5.6. По страховому случаю «первичное диагностирование преинвазивного рака (рака in situ) у *Застрахованного взрослого*» осуществляется единовременная страховая выплата в размере 100% страховой суммы, установленной по соответствующему страховому риску.

5.7. По страховому случаю «первичное диагностирование доброкачественной опухоли головного мозга у *Застрахованного ребенка (Застрахованных детей)*» осуществляется единовременная страховая выплата в размере 100% страховой суммы, установленной по соответствующему страховому риску.