



## ОГЛАВЛЕНИЕ

<b>ПРЕАМБУЛА.....</b>	<b>3</b>
<b>ГЛАВА I ОПРЕДЕЛЕНИЯ. СУБЪЕКТЫ СТРАХОВАНИЯ.....</b>	<b>3</b>
<b>ГЛАВА II ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ. ОБЪЕКТ СТРАХОВАНИЯ.....</b>	<b>8</b>
<b>ГЛАВА III ПРОГРАММЫ СТРАХОВАНИЯ.....</b>	<b>9</b>
<b>ГЛАВА IV СТРАХОВАЯ СУММА .....</b>	<b>20</b>
<b>ГЛАВА V СТРАХОВАЯ ПРЕМИЯ.....</b>	<b>21</b>
<b>ГЛАВА VI СРОК ДЕЙСТВИЯ ДОГОВОРА.....</b>	<b>23</b>
<b>ГЛАВА VII ДОГОВОР СТРАХОВАНИЯ, ПОРЯДОК ЕГО ЗАКЛЮЧЕНИЯ, ПРЕКРАЩЕНИЯ, ВНЕСЕНИЯ В НЕГО ИЗМЕНЕНИЙ И ДОПОЛНЕНИЙ.....</b>	<b>23</b>
<b>ГЛАВА VIII ПОСЛЕДСТВИЯ УВЕЛИЧЕНИЯ СТЕПЕНИ РИСКА .....</b>	<b>27</b>
<b>ГЛАВА IX ПРАВА И ОБЯЗАННОСТИ СТРАХОВЩИКА, СТРАХОВАТЕЛЯ И ЗАСТРАХОВАННОГО ЛИЦА.....</b>	<b>28</b>
<b>ГЛАВА X ПОРЯДОК И УСЛОВИЯ ВЫПЛАТЫ СТРАХОВОГО ОБЕСПЕЧЕНИЯ .....</b>	<b>30</b>
<b>ГЛАВА XI ИСКЛЮЧЕНИЯ ИЗ ОТВЕТСТВЕННОСТИ И ОТКАЗ В ВЫПЛАТЕ СТРАХОВОГО ОБЕСПЕЧЕНИЯ.....</b>	<b>33</b>
<b>ГЛАВА XII ПОРЯДОК РАЗРЕШЕНИЯ СПОРОВ .....</b>	<b>35</b>
<b>ГЛАВА XIII ФОРС-МАЖОР.....</b>	<b>35</b>
<b>ПРИЛОЖЕНИЯ .....</b>	<b>36</b>

## ПРЕАМБУЛА

В соответствии с действующим законодательством Российской Федерации Закрытое акционерное общество «Страховая компания «Югория-Жизнь» (далее – Страховщик) на основании настоящих Правил страхования жизни с условием периодических страховых выплат (рент, аннуитетов) и (или) с участием страхователя в инвестиционном доходе страховщика (далее – Правила) осуществляет комбинированное страхование жизни и страхование от несчастных случаев и болезней. На основании настоящих Правил Страховщик заключает с физическими и юридическими лицами независимо от форм собственности (далее – Страхователи) договоры страхования жизни и здоровья (далее – Договор) лица (лиц), в отношении которого (которых) заключается Договор (далее – Застрахованное лицо/Застрахованные лица). Настоящие Правила являются неотъемлемой частью Договора. По соглашению между Страхователем и Страховщиком (далее – Стороны) Договор может содержать условия, изменяющие, исключаящие или дополняющие положения настоящих Правил.

## ГЛАВА I ОПРЕДЕЛЕНИЯ. СУБЪЕКТЫ СТРАХОВАНИЯ

1.1 **Страховщик** – Закрытое акционерное общество «Страховая компания «Югория-Жизнь», созданное в соответствии с законодательством Российской Федерации для осуществления страховой деятельности на основании полученной в установленном порядке лицензии.

1.2 **Страхователь** – юридическое лицо любой организационно-правовой формы или дееспособное физическое лицо, заключившее Договор со Страховщиком в соответствии с настоящими Правилами, которое несет обязанность по уплате страховой премии по Договору. Страхователь – физическое лицо может выступать в качестве Застрахованного лица.

При реорганизации Страхователя, являющегося юридическим лицом, в период действия Договора, его права и обязанности переходят к соответствующему правопреемнику в порядке, определяемом законодательными актами Российской Федерации.

1.3 **Застрахованное лицо** – гражданин Российской Федерации, иностранный гражданин или лицо без гражданства, в отношении жизни которого Стороны заключают Договор, возраст и состояние здоровья которого на момент заключения Договора удовлетворяет критериям Страховщика, изложенным в настоящих Правилах.

Застрахованное лицо, указанное в Договоре, может быть заменено Страхователем другим лицом лишь с согласия самого Застрахованного лица.

В случае, если Страхователь – физическое лицо заключил Договор о страховании своих имущественных интересов, то он является Застрахованным лицом.

1.4 **Выгодоприобретатель** – одно или несколько физических или юридических лиц любой организационно-правовой формы, назначенное (назначенные) Страхователем с письменного согласия Застрахованного лица или его законных представителей, которому (которым) принадлежит право на получение страховой выплаты по условиям Договора.

Страхователь с согласия Застрахованного лица вправе производить замену Выгодоприобретателя в течение срока страхования другим лицом или лицами по своему усмотрению, письменно уведомив об этом Страховщика. Если Застрахованное лицо является недееспособным на дату заключения Договора, то назначение Выгодоприобретателя осуществляется Страхователем по согласованию с законным представителем Застрахованного лица.

Выгодоприобретатель не может быть заменен другим лицом после того, как он выполнил какую-либо из обязанностей по Договору или предъявил Страховщику требование о выплате страхового обеспечения.

Право на получение страхового обеспечения принадлежит Застрахованному лицу, если в Договоре прямо не названо в качестве Выгодоприобретателя другое лицо. В случае смерти

Застрахованного лица, если Выгодоприобретатель не назначен, Выгодоприобретателями признаются наследники Застрахованного лица.

**1.5 Страховой риск** – предполагаемое событие, на случай наступления которого проводится страхование.

**1.6 Страховой случай** – совершившееся событие (события), предусмотренное (предусмотренные) Договором из числа установленных настоящими Правилами страхования, с наступлением которого (которых) возникает обязанность Страховщика произвести страховую выплату (выплатить установленное Договором страховое обеспечение) Страхователю, Застрахованному лицу, Выгодоприобретателю или иным третьим лицам при условии, что Страховщику предоставлены все необходимые документы, подтверждающие наступление страхового случая. Страховые случаи определяются программой страхования, предусмотренной настоящими Правилами и заключенным Договором.

**1.7 Страховой тариф** – ставка страховой премии с единицы страховой суммы с учетом объекта страхования и характера страхового риска, а также других условий страхования. Базовые страховые тарифы указаны в Тарифном руководстве к настоящим Правилам. Страховой тариф по Договору определяется по соглашению Сторон.

**1.8 Страховая премия** – плата за страхование, которую Страхователь обязан уплатить Страховщику в размерах и в сроки, установленные Договором.

Страховая премия устанавливается в валюте Российской Федерации (рублях). По соглашению Сторон в Договоре может быть указана страховая премия в иностранной валюте, эквивалентом которой является соответствующая сумма в рублях по официальному курсу Центрального Банка Российской Федерации, установленному на дату уплаты страховой премии.

**1.9 Страховые взносы** – единовременные или рассроченные (периодические) платежи страховой премии, уплачиваемые Страхователем в соответствии с Договором.

Страховые взносы устанавливаются в валюте Российской Федерации (рублях). По соглашению Сторон в Договоре могут быть указаны страховые взносы в иностранной валюте, эквивалентом которой является соответствующая сумма в рублях по официальному курсу Центрального Банка Российской Федерации, установленному на дату уплаты страхового взноса.

**1.10 Страховая сумма** – денежная сумма, которая определена в порядке, установленном Договором при его заключении, и исходя из которой устанавливаются размер страховой премии (страховых взносов) и размер страховых выплат при наступлении страхового случая. Страховая сумма устанавливается Договором по соглашению Сторон.

**1.11 Страховая выплата (страховое обеспечение, страховое возмещение)** – денежная сумма, которая определена в порядке, установленном настоящими Правилами и Договором, и выплачивается Страховщиком единовременно или рассроченными платежами Страхователю, Застрахованному лицу, Выгодоприобретателю или его наследникам при наступлении страхового случая, установленного Договором. Выплата страхового обеспечения производится независимо от сумм, причитающихся Выгодоприобретателю или его наследникам по другим договорам страхования, а также по обязательному социальному страхованию, социальному обеспечению и в порядке возмещения вреда. При определении величины страхового обеспечения, подлежащего выплате Выгодоприобретателю, учитываются все задолженности Страхователя по Договору, в том числе страховые взносы, не уплаченные Страхователем в сроки и в размерах, установленных Договором, невозвращенные займы и проценты за пользование займами.

**1.12 Страховые резервы** - выраженная в денежной форме актуарная оценка обязательств Страховщика по Договору.

**1.13 Выкупная сумма** – денежная сумма, выплачиваемая Страхователю при досрочном прекращении Договора, если это предусмотрено условиями программ страхования, включенных в Договор. Порядок расчета выкупной суммы предусматривается программой страхования (глава 3 настоящих Правил).

1.14 **Возраст Застрахованного лица** – в рамках настоящих Правил актуарный возраст Застрахованного лица (количество полных лет, которое исполнилось Застрахованному лицу в ближайший день рождения), если условиями Договора не предусмотрено иное.

1.15 **Страховой год** – год (365 (366) дней) действия Договора, отсчитываемый от даты его вступления в силу. Срок действия Договора устанавливается в полных страховых годах, если условиями Договора не предусмотрено иное.

1.16 **Страховые месяцы** – интервалы времени сроком 28-31 календарных дней, отсчитываемые от момента начала выплаты ренты. Срок выплаты ренты Страховщиком устанавливается в страховых месяцах, если условиями Договора не предусмотрено иное.

1.17 **Срок действия Договора** – период времени, определенный Страхователем и Страховщиком, в течение которого действуют условия Договора и исполняются установленные им обязательства Сторон. Договор вступает в силу с 00 часов дня, следующего за днем уплаты страховой премии в полном объеме или ее части (первого страхового взноса), если иное не установлено соглашением между Страхователем и Страховщиком.

**Срок страхования (период действия страхового покрытия)** – период времени, в течение которого события, отвечающие признакам, изложенным в Договоре, признаются страховыми случаями. Если в отношении каких-либо событий Договором установлен период ожидания, то из срока страхования (периода действия страхового покрытия) по данным событиям исключается период ожидания.

**Период ожидания** – период времени с начала действия Договора, в течение которого страховое покрытие не распространяется на оговоренные Договором случаи, произошедшие с Застрахованным лицом.

**Период выживания** – необходимый минимальный период времени жизни Застрахованного лица с даты установления диагноза критического заболевания или даты окончания хирургического вмешательства (операции, трансплантации) для признания Страховщиком наступления страхового случая по программе «Страхование от критических заболеваний». В случае смерти Застрахованного лица в течение этого периода страховое обеспечение не выплачивается.

1.18 **Инвалидность** - нарушение здоровья Застрахованного лица со стойким расстройством функций организма по причине несчастного случая или болезни, сопровождающееся установлением Застрахованному лицу группы (категории) инвалидности. Признание Застрахованного лица инвалидом и установление ему группы (категории) инвалидности осуществляется государственными учреждениями медико-социальной экспертизы в порядке и условиях, установленных законодательством Российской Федерации.

1.19 **«Ребенок-инвалид»** - категория инвалидности, установленная Застрахованному лицу, не достигшему 18 лет, имеющему нарушения здоровья со стойким расстройством функций организма по причине несчастного случая или болезни. Признание Застрахованного лица, не достигшего 18 лет, инвалидом и установление ему категории «ребёнок-инвалид» осуществляется государственными учреждениями медико-социальной экспертизы в порядке и условиях, установленных законодательством Российской Федерации.

1.20 **Несчастный случай** - внезапное, непредвиденное, внешнее по отношению к Застрахованному лицу событие, которое произошло в определенный момент времени и определенном месте, не являющееся следствием болезни и произошедшее в течение срока страхования независимо от воли Застрахованного лица, Страхователя и/или Выгодоприобретателя.

1.21 **Болезнь** – (в рамках настоящих Правил) впервые диагностированное Врачом в течение срока страхования на основании объективных признаков (симптомов) и/или их комплексов (синдромов) и данных инструментальных методов диагностики расстройство здоровья Застрахованного лица, не вызванное несчастным случаем, имеющее свою причину; любая аномалия развития организма или нарушения функционирования его органов и

систем, впервые клинически проявившаяся (проявившиеся) в период действия страхового покрытия.

**1.22 Врач** – (в рамках настоящих Правил) квалифицированный специалист с высшим медицинским образованием, являющийся штатным сотрудником лицензированного медицинского учреждения, либо осуществляющий свою деятельность в качестве индивидуального предпринимателя на основе лицензии, соответствующей профилю оказываемой медицинской помощи.

**1.23 Критические заболевания** – в рамках настоящих Правил перечень заболеваний с большим риском смерти Застрахованного лица или установления ему группы инвалидности: рак; инфаркт миокарда, инсульт головного мозга, почечная недостаточность, полная утрата зрения, паралич, рассеянный склероз, ишемическая болезнь сердца, потребовавшая хирургического лечения, заболевание клапанов сердца, потребовавшее хирургического лечения, заболевание аорты, потребовавшее хирургического лечения, заболевание жизненно важного органа, потребовавшее его трансплантации.

**1.24 Заболевание аорты, потребовавшее хирургического лечения** – (в рамках настоящих Правил) болезнь Застрахованного лица, впервые диагностированная в период действия страхового покрытия, потребовавшая для своего лечения документально подтвержденного хирургического вмешательства в форме иссечения и замены дефектной части аорты трансплантатом. Под термином «аорта» в рамках настоящих Правил понимается только её грудная и брюшная части, ветви аорты исключаются.

**1.25 Заболевание жизненно важного органа, потребовавшее его трансплантации** – (в рамках настоящих Правил) болезнь жизненно важного органа Застрахованного лица (из перечисленных: сердце, легкие, печень, поджелудочная железа, тонкий кишечник, почка, костный мозг), впервые диагностированное в период действия страхового покрытия, потребовавшее для своего лечения документально подтвержденного хирургического вмешательства - трансплантации органа от человека человеку Застрахованному лицу в качестве реципиента (кроме трансплантации других органов, частей органов, тканей и трансплантации жизненно важных органов от животных человеку).

**1.26 Заболевание клапанов сердца, потребовавшее хирургического лечения** – (в рамках настоящих Правил) болезнь Застрахованного лица, впервые диагностированная в период действия страхового покрытия, потребовавшая для своего лечения достоверно подтвержденной хирургической замены одного или более пораженных клапанов сердца искусственным клапаном; определение включает замену аортальных, митральных, трикуспидальных или пульмональных (клапанов легочной артерии) клапанов сердца их искусственными аналогами вследствие развития стеноза/недостаточности клапанов сердца или комбинации этих состояний. Из определения исключаются: вальвулотомия, вальвулопластика и другие виды лечения, проводимые без пересадки (замены) клапанов.

**1.27 Инфаркт миокарда** – (в рамках настоящих Правил) впервые наступившее в период действия страхового покрытия омертвление участка миокарда Застрахованного лица в результате его обескровливания (ишемии), при обязательном наличии всех нижеследующих признаков (симптомов):

- типичные боли в грудной клетке;
- новые изменения на ЭКГ, характерные для инфаркта миокарда;
- значительное увеличение в крови уровня ферментов, характерных для повреждения клеток миокарда;
- специфические изменения эхокардиограммы (дискинезия или акинезия участка миокарда).

Из определения исключаются: инфаркты миокарда без изменения сегмента ST на электрокардиограмме; повторные инфаркты; безболевые формы инфаркта миокарда; нестабильная стенокардия; другие острые коронарные синдромы.

**1.28 Инсульт головного мозга** – (в рамках настоящих Правил) наступившие в период действия страхового покрытия цереброваскулярные изменения любого генеза,

вызвавшие омертвление участка головного мозга Застрахованного лица и обусловленную им неврологическую симптоматику длительностью более 24 часов. Из определения исключаются: преходящие ишемические нарушения мозгового кровообращения; неврологические симптомы, возникающие в результате мигрени; травматические повреждения головного мозга; лакунарные инсульты без неврологической симптоматики.

**1.29 Ишемическая болезнь сердца, потребовавшая хирургического лечения** – (в рамках настоящих Правил) ишемическая болезнь сердца Застрахованного лица, впервые диагностированная в период действия страхового покрытия, потребовавшая для своего лечения достоверно подтвержденного оперативного вмешательства на органах грудной полости, проведенного открытым доступом, в целях коррекции двух или более стенозированных или закупоренных коронарных артерий методом аорто-коронарного шунтирования, операция должна быть проведена при наличии коронарной ангиографии. Факт проведения операции должен быть подтвержден документально (выписка из стационара и/или копия стационарной истории болезни, содержащие протокол проведенной операции, заверенная печатью медицинского учреждения, а также подписями лечащего врача и заведующего отделением, с расшифровкой фамилии и должности). Ангиопластика и/или другие манипуляции на артериях; эндоскопические манипуляции из данного определения исключаются.

**1.30 Полная утрата зрения** – (в рамках настоящих Правил) происшедшая в период действия страхового покрытия полная, постоянная и необратимая потеря Застрахованным лицом зрения на оба глаза вследствие болезни или несчастного случая, подтвержденная врачом-офтальмологом и результатами специальных обследований с указанием остроты зрения обоих глаз. К полной слепоте (0,0) в рамках настоящих Правил приравнивается острота зрения ниже 0,01 и до светоощущения (счет пальцев у лица).

**1.31 Почечная недостаточность** – (в рамках настоящих Правил) недостаточность функции почек Застрахованного лица по причине несчастного случая или болезни, впервые диагностированная в период действия страхового покрытия, характеризующаяся хроническим необратимым нарушением функции обеих почек, требующее постоянного применения почечного диализа (гемодиализа или перитонеального диализа), или выполнения трансплантации донорской почки. Диагноз должен быть подтвержден документально (выписка из стационара и/или копия стационарной истории болезни, содержащие данные лабораторных и инструментальных обследований, проведенного лечения, протокол операции (если проводилась) и т.д., заверенная печатью медицинского учреждения, а также подписями лечащего врача и заведующего отделением, с расшифровкой фамилии и должности).

**1.32 Паралич** – (в рамках настоящих Правил) полная и постоянная потеря в период действия страхового покрытия Застрахованным лицом двигательной функции двух и более конечностей по причине несчастного случая или болезни (кроме синдрома Гийена-Барре). Диагноз паралича должен быть подтвержден соответствующей медицинской документацией после наблюдения за состоянием здоровья Застрахованного лица не менее трех месяцев после развития паралича.

**1.33 Рак** – (в рамках настоящих Правил) болезнь Застрахованного лица, впервые диагностированная в период действия страхового покрытия проявляющаяся в развитии одной или более опухолей, гистологически квалифицируемых как злокачественные с неконтрольным ростом, с наличием метастазов и инвазией в нормальную ткань, лейкомия и злокачественные заболевания кроветворной и лимфатической системы, в том числе болезнь Ходжкина. Из определения исключаются:

- все степени выраженности цервикальной интраэпителиальной неоплазии;
- все злокачественные опухоли кожных покровов и злокачественная меланома стадии IA (T1a No Mo по Международной классификации онкологических болезней Всемирной организации здравоохранения - ВОЗ);
- все опухоли, гистологически описанные как предраковые;

- рак предстательной железы стадии 1 (1a, 1b, 1c);
- любой неинвазивный рак (cancer in situ);
- все злокачественные опухоли при наличии ВИЧ-инфекции.

**1.34 Рассеянный склероз** – (в рамках настоящих Правил) заболевание Застрахованного лица, впервые диагностированное в период действия страхового покрытия. Окончательный диагноз должен быть установлен Врачом-невропатологом в сертифицированном медицинском учреждении. У Застрахованного лица должны присутствовать неврологические нарушения, проявляющиеся непрерывно в течение минимум шести месяцев, или же Застрахованное лицо должно перенести по меньшей мере два документально подтвержденных обострения подобного рода нарушений (продолжительностью не менее 24 часов и проявляющихся по крайней мере в течение одного месяца в различных отделах центральной нервной системы). В качестве подтверждения заболевания обязательно наличие у Застрахованного лица типичных симптомов демиелинизации и нарушений моторной и сенсорной функций в сочетании с типичными признаками заболевания при магнитно-резонансной томографии.

**1.35 Опасные виды спорта** – (в рамках настоящих Правил) виды спорта (увлечений), занятие которыми приводит к повышению степени риска наступления страхового случая. К опасным видам спорта относятся: авто- и мотоспорт, прыжки с парашютом, авиационный спорт, дельтапланеризм, скалолазание, боевые искусства, горные лыжи, сноубординг, бобслей, альпинизм, горный и водный туризм, подводное плавание, парусный спорт, гонки на гидроциклах, рафтинг, верховая езда, групповые виды спорта (футбол, бейсбол, хоккей, баскетбол и др.), экстремальные виды спорта (зорбинг, паркур, джампинг, сквош и др.).

**1.36 Страховой бонус (инвестиционный доход)** – дополнительная страховая выплата по программам страхования, предусматривающим участие Страхователя в инвестиционном доходе Страховщика. Порядок расчета инвестиционного дохода предусматривается настоящими Правилами.

**1.37 Страховая (полисная) годовщина** – дата, соответствующая дате заключения Договора и являющаяся датой начала каждого следующего года.

## **ГЛАВА II ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ. ОБЪЕКТ СТРАХОВАНИЯ**

**2.1** Возраст Застрахованных лиц по Договору должен составлять от 1 года на момент заключения Договора и до 70 лет на момент окончания периода уплаты страховых взносов, если иное не предусмотрено условиями Договора. В случае, если Договор предусматривает страхование исключительно на случай дожития Застрахованного лица до определенного возраста, срока либо на случай дожития Застрахованного лица до начала выплаты страховой ренты, то возраст Застрахованных лиц на момент заключения Договора должен составлять от 1 до 99 лет.

**2.2** Не может быть заключен Договор, предусматривающий страхование на случай смерти Застрахованного лица по любой причине, установления инвалидности или диагноза критического заболевания Застрахованному лицу в течение срока страхования, в отношении следующих лиц:

- а) инвалидов I и II группы, инвалидов детства, ребенка-инвалида;
- б) признанных безвестно отсутствующими в соответствии с законодательством Российской Федерации;
- в) имеющих на момент заключения Договора установленный диагноз:
  - соединительной ткани: ревматизм в активной фазе с острым, подострым, затяжным или непрерывно рецидивирующим течением; диффузные болезни соединительной ткани (системная красная волчанка, системная склеродермия, болезнь Шегрена); системные васкулиты; ревматоидный артрит;
  - системы кровообращения: аневризмы сердца, аорты и центральных сосудов;

- центральной нервной системы: органическое поражение центральной нервной системы, хроническое нарушение мозгового кровообращения;
  - желудочно-кишечного тракта: заболевание печени, сопровождающееся недостаточностью её функции, неспецифический язвенный колит;
  - мочеполовой системы: заболевание почек, осложнённое почечной недостаточностью (независимо от степени);
  - инфекционных заболеваний: туберкулез (активный или хронический) всех форм локализации, гепатит В или С, инфицирование вирусом иммунодефицита человека (независимо от наличия клинических проявлений);
  - эндокринной системы: инсулинзависимый диабет (диабет I типа) средней (II) или тяжёлой (III) степени, или любой тип диабета в состоянии декомпенсации и (или) сопровождающийся диабетическим поражением других органов и систем (энтеропатия, гепатопатия, катаракта, остеоартропатия, дермопатия), или при наличии поздних осложнений диабета (микроангиопатия, инфаркт миокарда, инсульт, диабетическая гангрена, ретинопатия, нефропатия, нейропатия).
  - злокачественные онкологические новообразования любой локализации, злокачественные заболевания кроветворной и лимфатической системы;
  - психические заболевания, алкоголизм, наркомания, токсикомания и состоящих по этому поводу на наркологическом и/или диспансерном учёте;
  - заболевания, вызванные воздействием ионизирующего излучения;
  - профессиональные заболевания из перечня, утверждённого государственными органами Российской Федерации;
- г) отбывающих, на момент заключения Договора, наказание в виде лишения или ограничения свободы, находящихся под арестом, в отношении которых производятся оперативно-розыскные мероприятия, возбуждено уголовное дело и приговоренных к смертной казни/пожизненному заключению в соответствии с законодательством Российской Федерации;
- д) получающих на момент заключения Договора стационарную медицинскую помощь по любой причине.

2.3 Объектом страхования являются не противоречащие законодательству Российской Федерации имущественные интересы, связанные с дожитием Застрахованных лиц до определенных возраста или срока либо наступлением иных событий в жизни Застрахованных лиц, а также с их смертью, и (или) с причинением вреда здоровью Застрахованных лиц в результате несчастного случая или болезни.

## **ГЛАВА III ПРОГРАММЫ СТРАХОВАНИЯ**

3.1 По настоящим Правилам Договор может быть заключен по следующим программам страхования:

### **3.1.1 Программа «Пожизненная финансовая защита и наследство»:**

Страховые случаи:

- смерть Застрахованного лица по любой причине в течение срока страхования, за исключением случаев, указанных в п.11.2 настоящих Правил;
- дожитие Застрахованного лица до достижения им возраста 100 лет.

Срок действия Договора определяется в страховых годах от начала его действия до окончания годовщины, в которой возраст Застрахованного лица достигнет 100 лет. В период действия страхового покрытия по страховому случаю «смерть Застрахованного лица» не включается период ожидания, установленный в соответствии с п.11.3 настоящих Правил.

Порядок уплаты страховой премии – единовременно или путем внесения страховых взносов периодически (ежегодно, один раз в полугодие, ежеквартально, ежемесячно) в течение установленного Договором срока.

При наступлении любого из перечисленных страховых случаев выплачивается единовременное страховое обеспечение в размере страховой суммы.

Страховая сумма – постоянная, устанавливается Договором.

Участие Страхователя (Застрахованного лица) в инвестиционном доходе Страховщика и порядок расчета инвестиционного дохода определяется «Положением о расчете и распределении дополнительного инвестиционного дохода (об участии страхователя в инвестиционном доходе страховщика)». Страховой бонус добавляется к выплатам по смерти или дожитию, либо используется в качестве единовременного взноса при увеличении страховой суммы по Договору.

По настоящей программе предусмотрены следующие возможные изменения условий Договора:

- увеличение либо уменьшение страховой суммы;
- изменение размера и/или периодичности уплачиваемых взносов;
- прекращение уплаты взносов с уменьшением страховой суммы при переводе Договора в оплаченный.

При переводе Договора в оплаченный, размер страховой суммы по настоящей программе определяется актуарным методом исходя из стоимости будущих обязательств Страховщика. При расчете учитывается наличие переплаты либо задолженности Страхователя по страховым взносам.

При досрочном прекращении Договора выплачивается выкупная сумма, размер которой определяется в процентах от суммы страховых резервов – математического резерва и резерва дополнительных выплат (страховых бонусов), сформированных на дату последней страховой годовщины, предшествующей дате прекращения Договора, если иное не предусмотрено в Договоре:

Полных лет действия Договора на дату его досрочного прекращения	% от суммы страховых резервов	
	При единовременной форме уплаты страховой премии	При рассроченной форме уплаты страховой премии
0	40	1
1	70	1
2	100	40
3	100	70
4 и более	100	100

Величина выкупной суммы на дату каждой страховой годовщины устанавливается в Договоре.

### **3.1.2 Программа «Страхование на дожитие»:**

Страховые случаи:

- дожитие Застрахованного лица до определенного возраста или срока, установленного Договором.

Выплаты в случае смерти Застрахованного лица не производятся.

Договор заключается на определенный срок.

Порядок уплаты страховой премии – единовременно или путем внесения страховых взносов периодически (ежегодно, один раз в полугодие, ежеквартально, ежемесячно) в течение установленного Договором срока.

При наступлении страхового случая выплачивается единовременное страховое обеспечение в размере страховой суммы.

Страховая сумма – постоянная, устанавливается Договором.

Участие Страхователя (Застрахованного лица) в инвестиционном доходе Страховщика и порядок расчета инвестиционного дохода определяется «Положением о расчете и распределении дополнительного инвестиционного дохода (об участии страхователя в инвестиционном доходе страховщика)». Страховой бонус добавляется к выплате по дожитию

либо используется в качестве единовременного взноса при увеличении страховой суммы по Договору.

По настоящей программе предусмотрены следующие возможные изменения условий Договора:

- увеличение либо уменьшение страховой суммы,
- изменение срока страхования,
- изменение размера и/или периодичности уплачиваемых взносов,
- прекращение уплаты взносов с уменьшением страховой суммы при переводе Договора в оплаченный.

Договора в оплаченный.

При переводе Договора в оплаченный, размер страховой суммы по настоящей программе определяется актуарным методом исходя из стоимости будущих обязательств Страховщика. При расчете учитывается наличие переплаты либо задолженности Страхователя по страховым взносам.

При досрочном прекращении Договора выплачивается выкупная сумма, размер которой определяется в процентах от суммы страховых резервов – математического резерва и резерва дополнительных выплат (страховых бонусов), сформированных на дату последней страховой годовщины, предшествующей дате прекращения Договора, если иное не предусмотрено в Договоре:

Полных лет действия Договора на дату его досрочного прекращения	% от суммы страховых резервов	
	При единовременной форме уплаты страховой премии	При рассроченной форме уплаты страховой премии
0	40	1
1	70	1
2	100	40
3	100	70
4 и более	100	100

Величина выкупной суммы на дату каждой страховой годовщины устанавливается в Договоре.

При досрочном прекращении Договора по причине смерти Застрахованного лица выкупная сумма не выплачивается.

### **3.1.3 Программа «Страхование на дожитие с защитой накоплений»:**

Страховые случаи:

- смерть Застрахованного лица по любой причине в течение срока страхования;
- дожитие Застрахованного лица до определенного возраста или срока,

установленного Договором.

Договор заключается на определенный срок.

Порядок уплаты страховой премии – единовременно или путем внесения страховых взносов периодически (ежегодно, один раз в полугодие, ежеквартально, ежемесячно) в течение действия Договора страхования, в установленные Договором сроки.

При наступлении страхового случая «дожитие Застрахованного лица» выплачивается страховое обеспечение в размере страховой суммы единовременно; при наступлении страхового случая «смерть Застрахованного лица» Страховщик выплачивает страховое обеспечение в размере 100% уплаченных по настоящей программе на момент смерти Застрахованного лица страховых взносов.

Страховая сумма – постоянная, устанавливается Договором.

Участие Страхователя (Застрахованного лица) в инвестиционном доходе Страховщика и порядок расчета инвестиционного дохода определяется «Положением о расчете и распределении дополнительного инвестиционного дохода (об участии страхователя в инвестиционном доходе страховщика)». Страховой бонус добавляется к выплате по смерти или дожитию либо используется в качестве единовременного взноса при увеличении страховой суммы по Договору.

По настоящей программе предусмотрены следующие возможные изменения условий Договора:

- увеличение либо уменьшение страховой суммы,
- изменение срока страхования,
- изменение размера и/или периодичности уплачиваемых взносов,
- прекращение уплаты взносов с уменьшением страховой суммы при переводе

Договора в оплаченный.

При переводе Договора в оплаченный, размер страховой суммы по настоящей программе определяется актуарным методом исходя из стоимости будущих обязательств Страховщика. При расчете учитывается наличие переплаты либо задолженности Страхователя по страховым взносам.

При досрочном прекращении Договора выплачивается выкупная сумма, размер которой определяется в процентах от суммы страховых резервов – математического резерва и резерва дополнительных выплат (страховых бонусов), сформированных на дату последней страховой годовщины, предшествующей дате прекращения Договора, если иное не предусмотрено в Договоре:

Полных лет действия Договора на дату его досрочного прекращения	% от суммы страховых резервов	
	При единовременной форме уплаты страховой премии	При рассроченной форме уплаты страховой премии
0	40	1
1	70	1
2	100	40
3	100	70
4 и более	100	100

Величина выкупной суммы на дату каждой страховой годовщины устанавливается в Договоре.

### **3.1.4 Программа «Страхование на срок»:**

Страховые случаи:

- смерть Застрахованного лица по любой причине в течение срока страхования, за исключением случаев, указанных в п.11.2 настоящих Правил.

Договор заключается на определенный срок. В период действия страхового покрытия не включается период ожидания, установленный в соответствии с п.11.3 настоящих Правил.

Порядок уплаты страховой премии – единовременно или путем внесения страховых взносов периодически (ежегодно, один раз в полугодие, ежеквартально, ежемесячно) в течение действия Договора страхования, в установленные Договором сроки.

При наступлении страхового случая выплачивается страховое обеспечение в размере страховой суммы единовременно.

Страховая сумма – постоянная, устанавливается Договором страхования.

Участие Страхователя (Застрахованного лица) в инвестиционном доходе Страховщика не предусмотрено.

По настоящей программе предусмотрены следующие возможные изменения условий Договора страхования:

- увеличение либо уменьшение страховой суммы,
- изменение срока страхования,
- изменение размера и/или периодичности уплачиваемых взносов,
- прекращение уплаты взносов с уменьшением страховой суммы при переводе

Договора в оплаченный.

При переводе Договора в оплаченный, размер страховой суммы по настоящей программе определяется актуарным методом исходя из стоимости будущих обязательств Страховщика. При расчете учитывается наличие переплаты либо задолженности Страхователя по страховым взносам.

При досрочном прекращении Договора страхования выкупная сумма не выплачивается.

### **3.1.5 Программа «Смешанное страхование жизни»:**

Страховые случаи:

- смерть Застрахованного лица по любой причине в течение срока страхования, за исключением случаев, указанных в п.11.2 настоящих Правил;
- дожитие Застрахованного лица до установленной Договором даты или достижение установленного Договором возраста.

Договор заключается на определенный срок. В период действия страхового покрытия по страховому случаю «смерть Застрахованного лица» не включается период ожидания, установленный в соответствии с п.11.3 настоящих Правил.

Порядок уплаты страховой премии – одновременно или путем внесения страховых взносов периодически (ежегодно, один раз в полугодие, ежеквартально, ежемесячно) в течение действия Договора страхования, в установленные Договором сроки.

При наступлении страхового случая выплачивается страховое обеспечение в размере страховой суммы единовременно.

Страховая сумма – постоянная, устанавливается Договором страхования.

Участие Страхователя (Застрахованного лица) в инвестиционном доходе Страховщика и порядок расчета инвестиционного дохода определяется «Положением о расчете и распределении дополнительного инвестиционного дохода (об участии страхователя в инвестиционном доходе страховщика)». Страховой бонус добавляется к выплате по смерти или дожитию либо используется в качестве единовременного взноса при увеличении страховой суммы по Договору.

По настоящей программе предусмотрены следующие возможные изменения условий Договора страхования:

- увеличение либо уменьшение страховой суммы,
- изменение срока страхования,
- изменение размера и/или периодичности уплачиваемых взносов,
- прекращение уплаты взносов с уменьшением страховой суммы при переводе Договора в оплаченный.

При переводе Договора в оплаченный, размер страховой суммы по настоящей программе определяется актуарным методом исходя из стоимости будущих обязательств Страховщика. При расчете учитывается наличие переплаты либо задолженности Страхователя по страховым взносам.

При досрочном прекращении Договора выплачивается выкупная сумма, размер которой определяется в процентах от суммы страховых резервов – математического резерва и резерва дополнительных выплат (страховых бонусов), сформированных на дату последней страховой годовщины, предшествующей дате прекращения Договора, если иное не предусмотрено в Договоре:

Полных лет действия Договора на дату его досрочного прекращения	% от суммы страховых резервов	
	При единовременной форме уплаты страховой премии	При рассроченной форме уплаты страховой премии
0	40	1
1	70	1
2	100	40
3	100	70
4 и более	100	100

Величина выкупной суммы на дату каждой страховой годовщины устанавливается в Договоре.

### **3.1.6 Программа «Страховая рента».**

Договор может быть заключен на условиях программы «Страховая рента» по одному из двух вариантов:

**А) «Пожизненная страховая рента»:**

Страховые случаи:

- дожитие Застрахованного лица до срока, установленного Договором для очередной выплаты страховой ренты (пенсии).

Срок действия Договора определяется в страховых годах от начала его действия до окончания годовщины, в которой возраст Застрахованного лица достигнет 100 лет.

Порядок уплаты страховой премии – единовременно или путем внесения страховых взносов периодически (ежегодно, один раз в полугодие, ежеквартально, ежемесячно) в течение срока, установленного Договором. При уплате страховых взносов в рассрочку для программы «Пожизненная страховая рента» период уплаты равен периоду до срока начала выплаты ренты.

Страховщик выплачивает страховую ренту (пенсию) до момента смерти Застрахованного лица, но не более чем до достижения им возраста 100 лет. Начало выплаты ренты (пенсии) устанавливается Договором страхования.

Периодичность выплаты ренты (пенсии) устанавливается Договором страхования – ежегодная, раз в полугодие, ежеквартальная или ежемесячная.

Страховая сумма – постоянная, равна годовой величине выплат по страховой ренте (пенсии).

Участие Страхователя (Застрахованного лица) в инвестиционном доходе Страховщика и порядок расчета инвестиционного дохода определяется «Положением о расчете и распределении дополнительного инвестиционного дохода (об участии страхователя в инвестиционном доходе страховщика)». Страховой бонус, накопленный до начала выплаты ренты (пенсии), используется в качестве единовременного взноса для увеличения страховой суммы по Договору. На этапе выплаты страховой ренты (пенсии) страховой бонус ежегодно начисляется и используется в качестве единовременного взноса для увеличения страховой суммы по Договору.

По настоящей программе предусмотрены следующие возможные изменения условий Договора страхования:

- увеличение либо уменьшение страховой суммы,
- изменение размера, и/или периодичности уплачиваемых взносов,
- прекращение уплаты взносов с уменьшением страховой суммы при переводе Договора в оплаченный.

При переводе Договора в оплаченный, размер страховой суммы по настоящей программе определяется актуарным методом исходя из стоимости будущих обязательств Страховщика. При расчете учитывается наличие переплаты либо задолженности Страхователя по страховым взносам.

При досрочном прекращении Договора выплачивается выкупная сумма, размер которой определяется в процентах от суммы страховых резервов – математического резерва и резерва дополнительных выплат (страховых бонусов), сформированных на дату последней страховой годовщины, предшествующей дате прекращения Договора, если иное не предусмотрено в Договоре:

Полных лет действия Договора на дату его досрочного прекращения	% от суммы страховых резервов	
	При единовременной форме уплаты страховой премии	При рассроченной форме уплаты страховой премии
0	40	1
1	70	1
2	100	40
3	100	70
4 и более	100	100

Величина выкупной суммы на дату каждой страховой годовщины устанавливается в Договоре.

При досрочном прекращении Договора по причине смерти Застрахованного лица выкупная сумма не выплачивается.

При досрочном прекращении Договора после начала выплаты страховой ренты по причине, указанной в пп. «в» п.7.15 настоящих Правил, выкупная сумма не выплачивается.

**Б) «Срочная рента»:**

Страховые случаи:

- дожитие Застрахованного лица до срока, установленного Договором для очередной выплаты страховой ренты.

Договор заключается на определенный срок. Срок действия Договора включает период выплаты ренты.

Порядок уплаты страховой премии – одновременно или путем внесения страховых взносов периодически (ежегодно, один раз в полугодие, ежеквартально, ежемесячно) в течение срока, установленного Договором.

Страховщик выплачивает страховую ренту до момента смерти Застрахованного лица, но не более чем до окончания срока страхования. Начало выплаты ренты устанавливается Договором страхования; при уплате страховых взносов в рассрочку выплата ренты начинается после окончания периода уплаты. Периодичность выплаты ренты устанавливается Договором страхования – ежегодная, раз в полугодие, ежеквартальная или ежемесячная.

Страховая сумма – постоянная, равна годовой величине выплат по страховой ренте.

Участие Страхователя (Застрахованного лица) в инвестиционном доходе Страховщика и порядок расчета инвестиционного дохода определяется «Положением о расчете и распределении дополнительного инвестиционного дохода (об участии страхователя в инвестиционном доходе страховщика)». Страховой бонус, накопленный до начала выплаты ренты, используется в качестве единовременного взноса для увеличения страховой суммы по Договору. На этапе выплаты страховой ренты страховой бонус ежегодно начисляется и используется в качестве единовременного взноса для увеличения страховой суммы по Договору.

По настоящей Программе предусмотрены следующие возможные изменения условий Договора страхования:

- увеличение либо уменьшение страховой суммы,
- изменение размера, и/или периодичности уплачиваемых взносов,
- прекращение уплаты взносов с уменьшением страховой суммы при переводе Договора в оплаченный.

При переводе Договора в оплаченный, размер страховой суммы по настоящей программе определяется актуарным методом исходя из стоимости будущих обязательств Страховщика. При расчете учитывается наличие переплаты либо задолженности Страхователя по страховым взносам.

При досрочном прекращении Договора выплачивается выкупная сумма, размер которой определяется в процентах от суммы страховых резервов – математического резерва и резерва дополнительных выплат (страховых бонусов), сформированных на дату последней страховой годовщины, предшествующей дате прекращения Договора, если иное не предусмотрено в Договоре:

Полных лет действия Договора на дату его досрочного прекращения	% от суммы страховых резервов	
	При единовременной форме уплаты страховой премии	При рассроченной форме уплаты страховой премии
0	40	1
1	70	1
2	100	40
3	100	70
4 и более	100	100

Величина выкупной суммы на дату окончания страховой годовщины устанавливается в Договоре.

При досрочном прекращении Договора по причине смерти Застрахованного лица выкупная сумма не выплачивается.

При досрочном прекращении Договора после начала выплаты страховой ренты по причине, указанной в пп. «в» п.7.15 настоящих Правил, выкупная сумма не выплачивается.

### **3.1.7. Программа «Страховая рента с защитой накоплений».**

Договор может быть заключен на условиях программы «Страховая рента с защитой накоплений» по одному из двух вариантов:

#### **А) «Пожизненная рента с защитой накоплений»:**

Страховые случаи:

- дожитие Застрахованного лица до срока, установленного Договором для очередной выплаты страховой ренты.

- смерть Застрахованного лица по любой причине до срока, установленного Договором для начала выплаты ренты.

Срок действия Договора определяется в страховых годах от начала его действия до окончания годовщины, в которой возраст Застрахованного лица достигнет 100 лет.

Порядок уплаты страховой премии – одновременно или путем внесения страховых взносов периодически (ежегодно, один раз в полугодие, ежеквартально, ежемесячно) в течение срока, установленного Договором.

Страховщик выплачивает страховую ренту до момента смерти Застрахованного лица, но не более чем до окончания очередного страхового года при достижении им возраста 100 лет. Срок начала выплаты ренты устанавливается Договором страхования; при уплате страховых взносов в рассрочку выплата страховой ренты начинается после окончания периода уплаты. Периодичность выплаты страховой ренты устанавливается Договором страхования – ежегодная, раз в полугодие, ежеквартальная или ежемесячная.

В случае смерти Застрахованного лица до срока, установленного Договором для начала выплаты страховой ренты, Страховщик выплачивает страховое обеспечение в размере 100% уплаченных по настоящей программе на момент смерти Застрахованного лица страховых взносов.

Страховая сумма – постоянная, равна годовой величине выплат по страховой ренте.

Участие Страхователя (Застрахованного лица) в инвестиционном доходе Страховщика и порядок расчета инвестиционного дохода определяется «Положением о расчете и распределении дополнительного инвестиционного дохода (об участии страхователя в инвестиционном доходе страховщика)». Страховой бонус, накопленный до начала выплаты ренты, используется в качестве единовременного взноса для увеличения страховой суммы по Договору. На этапе выплаты страховой ренты страховой бонус ежегодно начисляется и используется в качестве единовременного взноса для увеличения страховой суммы по Договору.

По настоящей Программе предусмотрены следующие возможные изменения условий Договора страхования:

- увеличение либо уменьшение страховой суммы,  
- изменение размера, и/или периодичности уплачиваемых взносов,  
- прекращение уплаты взносов с уменьшением страховой суммы при переводе Договора в оплаченный.

При переводе Договора в оплаченный, размер страховой суммы по настоящей программе определяется актуарным методом исходя из стоимости будущих обязательств Страховщика. При расчете учитывается наличие переплаты либо задолженности Страхователя по страховым взносам.

При досрочном прекращении Договора выплачивается выкупная сумма, размер которой определяется в процентах от суммы страховых резервов – математического резерва и резерва дополнительных выплат (страховых бонусов), сформированных на дату последней страховой

годовщины, предшествующей дате прекращения Договора, если иное не предусмотрено в Договоре:

Полных лет действия Договора на дату его досрочного прекращения	% от суммы страховых резервов	
	При единовременной форме уплаты страховой премии	При рассроченной форме уплаты страховой премии
0	40	1
1	70	1
2	100	40
3	100	70
4 и более	100	100

Величина выкупной суммы на дату каждой страховой годовщины устанавливается в Договоре.

При досрочном прекращении Договора после начала выплаты ренты по причине смерти Застрахованного лица (Выгодоприобретателя, назначенного на случай дожития Застрахованного лица) и по причине, указанной в пп.«в» п.7.15 настоящих Правил, выкупная сумма не выплачивается.

**Б) «Срочная наследуемая рента с защитой накоплений»:**

Страховые случаи:

- дожитие Застрахованного лица до срока, установленного Договором для начала выплаты ренты;
- смерть Застрахованного лица по любой причине до срока, установленного Договором для начала выплаты ренты.

Договор заключается на определенный срок. Срок действия Договора не включает период выплаты ренты.

Порядок уплаты страховой премии – единовременно или путем внесения страховых взносов периодически (ежегодно, один раз в полугодие, ежеквартально, ежемесячно) в течение срока, установленного Договором.

В случае дожития Застрахованного лица до срока, установленного Договором для начала выплаты ренты, Страховщик выплачивает страховое обеспечение в течение установленного Договором срока в виде финансовой ренты Выгодоприобретателю, а в случае смерти Выгодоприобретателя – его законным наследникам. Срок начала выплаты страхового обеспечения в виде ренты устанавливается Договором страхования; при уплате страховых взносов в рассрочку выплата ренты начинается после окончания периода уплаты. Периодичность выплаты ренты устанавливается Договором страхования – ежегодная, раз в полугодие, ежеквартальная или ежемесячная.

В случае смерти Застрахованного лица до срока, установленного Договором для начала выплаты ренты, Страховщик выплачивает страховое обеспечение в размере 100% уплаченных по настоящей программе на момент смерти Застрахованного лица страховых взносов.

Страховая сумма – постоянная, равна годовой величине выплат по страховой ренте.

Участие Страхователя (Застрахованного лица) в инвестиционном доходе Страховщика и порядок расчета инвестиционного дохода определяется «Положением о расчете и распределении дополнительного инвестиционного дохода (об участии страхователя в инвестиционном доходе страховщика)». Страховой бонус, накопленный до начала выплаты ренты, используется в качестве единовременного взноса для увеличения страховой суммы по Договору. На этапе выплаты страховой ренты страховой бонус ежегодно начисляется и используется в качестве единовременного взноса для увеличения страховой суммы по Договору.

По настоящей Программе предусмотрены следующие возможные изменения условий Договора страхования:

- увеличение либо уменьшение страховой суммы,

- изменение размера, и/или периодичности уплачиваемых взносов,
- прекращение уплаты взносов с уменьшением страховой суммы при переводе Договора в оплаченный.

При переводе Договора в оплаченный, размер страховой суммы по настоящей программе определяется актуарным методом исходя из стоимости будущих обязательств Страховщика. При расчете учитывается наличие переплаты либо задолженности Страхователя по страховым взносам.

При досрочном прекращении Договора выплачивается выкупная сумма, размер которой определяется в процентах от суммы страховых резервов – математического резерва и резерва дополнительных выплат (страховых бонусов), сформированных на дату последней страховой годовщины, предшествующей дате прекращения Договора, если иное не предусмотрено в Договоре:

Полных лет действия Договора на дату его досрочного прекращения	% от суммы страховых резервов	
	При единовременной форме уплаты страховой премии	При рассроченной форме уплаты страховой премии
0	40	1
1	70	1
2	100	40
3	100	70
4 и более	100	100

Величина выкупной суммы на дату каждой страховой годовщины устанавливается в Договоре.

### **3.1.8. Программа «Страхование на случай установления инвалидности по причине несчастного случая или болезни»**

Страховой случай:

- установление группы инвалидности (категории «ребенок-инвалид») Застрахованному лицу по причине несчастного случая или болезни. Под установлением группы инвалидности (категории «ребенок-инвалид») Застрахованному лицу в рамках настоящих Правил понимается установление Застрахованному лицу I, II группы инвалидности или категории «ребенок-инвалид» в соответствии с порядком и условиями, установленными законодательством РФ.

Договор заключается на определенный срок. Срок страхования начинается с даты, следующей за датой окончания периода ожидания, если он установлен Договором.

Порядок уплаты страховой премии – единовременно или путем внесения страховых взносов периодически (ежегодно, один раз в полугодие, ежеквартально, ежемесячно) в течение действия Договора страхования, в установленные Договором сроки.

При наступлении страхового случая выплачивается страховое обеспечение в размере:

- при установлении I группы инвалидности – 100% страховой суммы;
- при установлении II группы инвалидности – 60% страховой суммы
- при установлении категории «ребенок-инвалид» до достижения Застрахованным лицом возраста 18 лет – 100% страховой суммы;
- при установлении категории «ребенок-инвалид» на 2 года – 75% страховой суммы;
- при установлении категории «ребенок-инвалид» на 1 год – 50% страховой суммы, если иное не установлено Договором.

Страховая сумма – постоянная, устанавливается Договором страхования.

Участие Страхователя (Застрахованного лица) в инвестиционном доходе Страховщика не предусмотрено.

По настоящей программе предусмотрены следующие возможные изменения условий Договора страхования:

- увеличение либо уменьшение страховой суммы,

- изменение срока страхования,
- изменение размера и/или периодичности уплачиваемых взносов.

При досрочном прекращении договора страхования выкупная сумма не выплачивается.

### **3.1.9. Программа «Страхование от критических заболеваний»**

Страховой случай:

- установление Застрахованному лицу диагноза критического заболевания при условии дожития Застрахованного лица до даты окончания периода выживания.

В рамках настоящей программы к критическим заболеваниям относятся:

<b>Критическое заболевание</b>	<b>Период выживания</b>
а) рак	30 дней с даты установления диагноза
б) инфаркт миокарда	30 дней с даты установления диагноза
в) инсульт головного мозга	30 дней с даты установления диагноза
г) почечная недостаточность	30 дней с даты установления диагноза
д) ишемическая болезнь сердца, потребовавшая хирургического лечения	30 дней с даты окончания хирургического вмешательства (операции)
е) заболевание жизненно важного органа, потребовавшее его трансплантации	30 дней с даты окончания хирургического вмешательства (трансплантации)
ж) рассеянный склероз	30 дней с даты установления диагноза
з) полная утрата зрения	30 дней с даты установления диагноза
и) заболевание клапанов сердца, потребовавшее хирургического лечения	30 дней с даты окончания хирургического вмешательства (операции)
к) заболевание аорты, потребовавшее хирургического лечения	30 дней с даты окончания хирургического вмешательства (операции)
л) паралич	30 дней с даты установления диагноза

Договор заключается на определенный срок. Срок страхования начинается с даты, следующей за датой окончания периода ожидания.

Период ожидания по настоящей программе устанавливается равным 3 месяцам с начала действия Договора. Установление диагноза критического заболевания у Застрахованного лица в течение этого периода не является страховым случаем.

Порядок уплаты страховой премии – единовременно или путем внесения страховых взносов периодически (ежегодно, один раз в полугодие, ежеквартально, ежемесячно) в течение действия Договора страхования, в установленные Договором сроки.

При наступлении страхового случая выплачивается страховое обеспечение в размере 100% страховой суммы.

Страховая сумма – постоянная, устанавливается Договором страхования.

Участие Страхователя (Застрахованного лица) в инвестиционном доходе Страховщика не предусмотрено.

По настоящей программе предусмотрены следующие возможные изменения условий:

- увеличение либо уменьшение страховой суммы,
- изменение срока страхования,
- изменение размера и/или периодичности уплачиваемых взносов.

При досрочном прекращении Договора страхования выкупная сумма не выплачивается.

Договором может быть предусмотрен один из вариантов страхового покрытия:

Вариант 1 (6 заболеваний): пп. а) – е) таблицы настоящего пункта.

Вариант 2 (11 заболеваний): пп. а) – л) таблицы настоящего пункта.

### **3.1.10. Программа «Освобождение от уплаты страховых взносов»**

Настоящая программа применяется только в качестве дополнительной к Программам страхования, предусмотренным пп. 3.1.1, 3.1.2, 3.1.3, 3.1.5, 3.1.6, 3.1.7 настоящих Правил (далее – основные программы).

По настоящей программе Договором может быть предусмотрен один из вариантов страхования:

Вариант 1 – страховым случаем является установление группы инвалидности Застрахованному лицу по причине несчастного случая или болезни;

Вариант 2 – страховым случаем является установление группы инвалидности Застрахованному лицу по причине несчастного случая.

Под установлением группы инвалидности Застрахованному лицу в рамках настоящих Правил понимается установление Застрахованному лицу I, II группы инвалидности в соответствии с порядком и условиями, установленными законодательством РФ.

Страховая сумма – постоянная, равная брутто-премии по основной программе.

Порядок уплаты страховой премии – путем внесения страховых взносов периодически (ежегодно, один раз в полугодие, ежеквартально, ежемесячно) в течение действия Договора страхования, в установленные Договором сроки.

Настоящая программа применяется только в случае, если Застрахованное лицо является Страхователем по основной программе.

При наступлении страхового случая Страховщик производит зачет суммы страхового обеспечения в счет погашения задолженности Страхователя по уплате очередных страховых взносов по основной программе, включенной в Договор.

Величина страхового обеспечения рассчитывается как сумма страховых взносов, которую Страхователь должен уплатить по основной программе от даты наступления страхового случая до даты очередного переосвидетельствования, которое должно пройти Застрахованное лицо в государственных учреждениях (Бюро) медико-социальной экспертизы.

При наступлении страхового случая Застрахованное лицо обязано в порядке и с периодичностью, установленными законодательством Российской Федерации, проходить переосвидетельствование в государственных учреждениях (Бюро) медико-социальной экспертизы и предоставлять нотариально заверенные результаты переосвидетельствования Страховщику в течение 3 рабочих дней с даты прохождения переосвидетельствования.

В случае, если Застрахованное лицо не предоставит Страховщику результаты переосвидетельствования в течение 3 рабочих дней с даты прохождения переосвидетельствования, или в результате переосвидетельствования Бюро медико-социальной экспертизы вынесет заключение об отмене установленной Застрахованному лицу группы инвалидности, Страхователь обязан продолжить уплату страховых взносов по основной программе с даты проведения переосвидетельствования.

В случае, если в результате переосвидетельствования группа инвалидности, установленная Застрахованному лицу, будет подтверждена или повышена, Страхователь освобождается от обязанности уплаты очередных страховых взносов по основной программе до даты следующего очередного переосвидетельствования, которое должно пройти Застрахованное лицо в Бюро медико-социальной экспертизы.

В случае, если I или II группа инвалидности установлена Застрахованному лицу пожизненно, Страхователь освобождается от уплаты страховых взносов по основной программе на весь период действия Договора. В этом случае величина страхового обеспечения рассчитывается как сумма страховых взносов, которую Страхователь обязан уплатить по основной программе до окончания периода уплаты страховых взносов.

После наступления страхового случая действие настоящей программы прекращается.

Участие Страхователя (Застрахованного лица) в инвестиционном доходе Страховщика не предусмотрено.

При досрочном прекращении Договора страхования выкупная сумма по настоящей программе не выплачивается.

## ГЛАВА IV СТРАХОВАЯ СУММА

### 4.1 Страховой суммой является:

а) по программам страхования **«Пожизненная финансовая защита и наследство»**, **«Смешанное страхование жизни»** - сумма, подлежащая единовременной выплате в случае смерти Застрахованного лица или его дожития до определенного возраста, срока или события в жизни Застрахованного лица, установленного Договором;

б) по программе страхования **«Страхование на срок»** - сумма, подлежащая единовременной выплате в случае смерти Застрахованного лица, являющейся страховым случаем в соответствии с настоящими Правилами;

в) по программам страхования **«Страхование на дожитие»**, **«Страхование на дожитие с защитой накоплений»** - сумма, подлежащая единовременной выплате в случае дожития Застрахованного лица до определенного возраста, срока или события в жизни Застрахованного лица, установленного Договором;

г) по программам страхования **«Страховая рента»**, **«Страховая рента с защитой накоплений»** - стоимость годовой страховой ренты (сумма годовых выплат Страховщика);

д) по программе страхования **«Страхование на случай установления инвалидности Застрахованному лицу»** - максимальная сумма, подлежащая единовременной выплате в случае установления Застрахованному лицу группы инвалидности (категории «ребенок-инвалид»);

е) по программе страхования **«Страхование от критических заболеваний»** - сумма, подлежащая единовременной выплате в случае критического заболевания Застрахованного лица.

ж) по программе **«Освобождение от уплаты страховых взносов»** - сумма, равная брутто-премии по основной программе.

4.2 Страховая сумма по Договору определяется по соглашению Сторон. При одновременном страховании по нескольким программам страхования страховые суммы устанавливаются по соглашению Сторон для каждой программы.

4.3 Страховая сумма устанавливается в валюте Российской Федерации (рублях). По соглашению Сторон в Договоре может быть указана страховая сумма в иностранной валюте. При определении страховой суммы в эквиваленте иностранной валюты Договором может быть установлена предельная величина курса иностранной валюты по отношению к рублю РФ.

## ГЛАВА V СТРАХОВАЯ ПРЕМИЯ

5.1 Страховая премия по Договору исчисляется исходя из размера установленной страховой суммы и страхового тарифа.

5.2 Страховые тарифы дифференцируются в зависимости от возраста, пола Застрахованного лица, программ страхования, срока действия Договора и иных условий, а также учитывают состояние здоровья, особенности профессиональной деятельности, образ жизни Застрахованного лица и другие обстоятельства, определяющие вероятность наступления страхового случая и размер возможных убытков от его наступления (страховой риск). Размеры страховых тарифов установлены Тарифным руководством к настоящим Правилам.

5.3 Страховой тариф определяется по соглашению Сторон Договора при его заключении.

5.4 Порядок уплаты страховой премии (страховых взносов) устанавливается в Договоре в соответствии с условиями программ страхования. Страховая премия уплачивается наличными денежными средствами или безналичным перечислением денежных средств на счет Страховщика, в рублях Российской Федерации. Излишне уплаченные страховые взносы засчитываются в счет платежей будущих периодов либо возвращаются Страхователю по его письменному заявлению.

5.5 Днём уплаты страхового взноса считается день зачисления средств на расчетный счет Страховщика (при безналичной форме уплаты взносов) или день уплаты в кассу Страховщика (при наличной форме уплаты взносов), если Договором не предусмотрено иное.

5.6 При страховании на срок  $t$  более 1 года, но не кратный целому количеству лет, и условии единовременной уплаты страховой премии, страховой тариф определяется по формуле:

$$tar(t) = tar(n) \times (n + 1 - t) + tar(n + 1) \times (t - n),$$

где  $tar(n)$ ,  $tar(n + 1)$  - тарифы при страховании на сроки, кратные целому количеству лет, так что  $n < t < n + 1$ .

При страховании на срок менее 1 года по программе «Страхование на срок» страховая премия уплачивается единовременно, и страховой тариф определяется в процентах от годового тарифа:

Срок страхования, мес.										
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
20%	30%	40%	50%	60%	70%	75%	80%	85%	90%	95%

При страховании на срок  $t$  менее 1 года по программам, предусматривающим риск дожития Застрахованного лица, страховой тариф определяется по формуле:

$$tar(t) = \frac{1}{1 - f} \times (1 - t) + tar(1) \times t,$$

где  $tar(1)$  - тариф при страховании на срок 1 год,

$f$  - величина нагрузки, предусмотренная структурой тарифной ставки.

5.7 В случае если Страхователь не уплатил очередной страховой взнос в сроки и в размерах, предусмотренных Договором, условия последнего могут предусматривать период, во время которого условия Договора остаются в силе без изменений обязательств Сторон (далее - Льготный период). Льготный период устанавливается со дня, следующего за датой, установленной Договором в качестве даты уплаты страхового взноса. Длительность Льготного периода может быть установлена на срок не более 60 календарных дней. Страхователь обязан до истечения Льготного периода без дополнительного на то уведомления со стороны Страховщика уплатить страховой взнос для сохранения Договора в силе.

5.8 При наступлении в течение Льготного периода страхового случая Страховщик выплачивает страховое обеспечение за вычетом всех задолженностей Страхователя по Договору, в том числе просроченного страхового взноса.

5.9 В случае расторжения Договора в течение Льготного периода Страхователю выплачивается выкупная сумма или часть уплаченных страховых взносов в соответствии с условиями включенных в Договор программ страхования.

5.10 В случае, если к окончанию Льготного периода задолженность по уплате очередного страхового взноса Страхователем не будет погашена, то в соответствии с п.3 ст.954 ГК РФ:

5.10.1 в отношении программ страхования, предусмотренных пп. 3.1.1 – 3.1.7 настоящих Правил, Договор переводится в оплаченный с уменьшением страховой суммы в соответствии с условиями программы;

5.10.2 в отношении программ страхования, предусмотренных пп. 3.1.8 – 3.1.10 настоящих Правил, действие Договора прекращается с даты начала Льготного периода.

5.11 Страховщик уведомляет Страхователя о факте изменения условий/прекращения Договора (п.5.10 настоящих Правил) путем направления в его адрес соответствующего письма. Фактом уведомления Страхователя считается факт отправки уведомительного письма на адрес Страхователя, указанный в Договоре.

5.12 Страхователь имеет право по письменному заявлению перевести Договор в оплаченный и прекратить дальнейшую уплату взносов, если это предусмотрено программой страхования. При переводе Договора в оплаченный по заявлению Страхователя Стороны

закключают соответствующее Дополнительное соглашение. При этом, в части программ страхования, предусмотренных пп. 3.1.8 – 3.1.10 настоящих Правил, Договор прекращает своё действие с даты заключения Дополнительного соглашения.

5.13 При переводе Договора в оплаченный происходит уменьшение страховой суммы в соответствии с условиями программы страхования. Датой перевода Договора в оплаченный считается дата заключения Дополнительного соглашения либо дата уведомительного письма о переводе Договора в оплаченный в соответствии с п.5.11 настоящих Правил. Срок страхования и срок действия Договора при переводе его в оплаченный не меняется.

5.14 Договор, переведенный в оплаченный, продолжает свое действие на условиях, установленных Дополнительным соглашением о переводе Договора в оплаченный либо установленных уведомительным письмом о переводе Договора в оплаченный. После перевода Договора в оплаченный Страхователь освобождается от обязанности по дальнейшей уплате взносов, но имеет право в любое время до окончания срока страхования (периода уплаты взносов) по Договору увеличить страховую сумму по страховой программе и включить в Договор дополнительные программы страхования, подписав соответствующее Дополнительное соглашение.

5.15 Если Страхователь в силу каких-либо причин не может продолжать уплату страховых взносов в сроки и в размерах, установленных Договором, то по согласованию Сторон условия Договора могут быть изменены в соответствии с условиями включенных в Договор программ страхования.

5.16 В случае просрочки внесения очередного страхового взноса условия Договора могут предусматривать обязанность Страхователя уплачивать Страховщику пеню за каждый день просрочки в размере, установленном Договором.

## **ГЛАВА VI СРОК ДЕЙСТВИЯ ДОГОВОРА**

6.1 Срок действия Договора устанавливается по соглашению Сторон в соответствии с условиями программ страхования в полных страховых годах. В случае единовременной оплаты страховой премии Договор может быть заключён на срок, не кратный целому количеству лет. При заключении Договора на срок, не кратный целому количеству лет, неполный месяц считается за полный.

6.2 Договор вступает в силу с 00 часов дня, следующего за днем уплаты страховой премии в полном объеме или ее части (первого страхового взноса) в размере, установленном в Договоре, если условиями Договора не предусмотрено иное.

6.3 В случае, если по истечении 60 календарных дней от установленной Договором даты уплаты первого или единовременного страхового взноса, указанный взнос не будет уплачен в полном объеме, то Договор признается незаключенным.

6.4 После подписания Страхователем заявления о своем намерении заключить Договор, но до момента подписания Договора, Страхователь имеет право отказаться от заключения Договора в письменной форме, установленной Страховщиком. В этом случае Страхователю возвращаются уплаченные им страховые взносы в полном объеме.

## **ГЛАВА VII ДОГОВОР СТРАХОВАНИЯ, ПОРЯДОК ЕГО ЗАКЛЮЧЕНИЯ, ПРЕКРАЩЕНИЯ, ВНЕСЕНИЯ В НЕГО ИЗМЕНЕНИЙ И ДОПОЛНЕНИЙ**

7.1 Основанием для заключения Договора является письменное заявление Страхователя по установленной Страховщиком форме о своем намерении заключить Договор. Также основанием для заключения Договора на предложенных Страховщиком условиях может быть устное согласие Страхователя, которое подтверждается принятием им страхового полиса, подписанного Страховщиком. Для заключения Договора Страхователь предоставляет Страховщику следующие сведения и документы:

7.1.1 в случае, если Страхователь – физическое лицо: копии документов, удостоверяющих личность Страхователя (Застрахованного лица, Выгодоприобретателя); копии документов, подтверждающих право иностранного гражданина или лица без гражданства на пребывание (проживание) в Российской Федерации; идентификационный номер налогоплательщика Страхователя/Застрахованного лица (при наличии); адрес места фактического проживания Страхователя/Застрахованного лица; контактная информация, в том числе номера телефонов, адрес электронной почты;

7.1.2 в случае, если Страхователь – юридическое лицо: полное и сокращенное наименование юридического лица, идентификационный номер налогоплательщика или код иностранной организации; свидетельство о государственной регистрации юридического лица; Устав организации; адрес места нахождения и реквизиты банковского счета, контактная информация;

7.1.3 в случае, если Страхователь – индивидуальный предприниматель: свидетельство о регистрации индивидуального предпринимателя; идентификационный номер налогоплательщика; копии документов, удостоверяющих личность Страхователя (Застрахованного лица, Выгодоприобретателя); адрес места нахождения и реквизиты банковского счета, контактная информация.

7.2 При коллективном страховании к заявлению Страхователя прилагается поименный список Застрахованных лиц (с указанием паспортных данных, места жительства, даты рождения), в отношении которых заключается Договор (с указанием Выгодоприобретателей на случай смерти Застрахованных лиц, которые назначаются Страхователем с письменного согласия Застрахованного лица), подписанный уполномоченным лицом Страхователя (юридического лица) и заверенный его печатью.

7.3 Страхователь/Застрахованное лицо обязан сообщить Страховщику требуемые им существенные обстоятельства, имеющие значение для определения степени риска (его оценки) в отношении принимаемого на страхование лица (лиц). Существенными обстоятельствами, имеющими значение для оценки риска, признаются сведения, оговоренные в заявлении на страхование, дополнительных анкетах к заявлению на страхование, финансовой анкете и опросных листах, установленных Страховщиком и заполняемых Страхователем/Застрахованным лицом при заключении Договора:

7.3.1 сведения о фактическом состоянии здоровья:

- показатели роста, веса, артериального давления;
- наличие группы инвалидности, категории «ребенок-инвалид»;
- наличие вредных привычек (курение, употребление алкоголя, наркотических веществ);
- имеющиеся на момент заключения Договора установленные диагнозы заболеваний;
- семейный медицинский анамнез (наличие у ближайших родственников следующих заболеваний – диабет, инсульт, заболевания сердца, рак, туберкулез, психические заболевания);
- медицинские консультации, обследования или лечение, пройденные за пять лет, предшествующих моменту заключения Договора, и их результаты);
- прием любых медицинских препаратов с указанием причин их употребления;
- нахождение когда-либо на диспансерном учете в психоневрологических/психиатрических или наркологических клиниках;
- прохождение когда-либо курсов радио- или химиотерапии;
- для женщин – состояние беременности на момент заключения Договора с указанием срока беременности.

7.3.2 сведения о занятости и роде деятельности (профессиональная деятельность, включая сведения о месте работы и должностных обязанностях; наличие вредных производственных факторов и работы со взрывчатыми веществами; прохождение военной службы и военных сборов; принадлежность к таким категориям лиц как студенты, пенсионеры, домохозяйки, безработные);

7.3.3 сведения об образе жизни (занятие спортом, в том числе опасными видами спорта, участие в соревнованиях на любительском и профессиональном уровне; увлечения, хобби, путешествия, участие в экспедициях и экстремальном туризме);

7.3.4 сведения о финансовом положении (суммарный годовой доход за последний год, ориентировочная стоимость принадлежащего имущества, наличие невыплаченных кредитов (займов));

7.3.5 сведения о действующих страховых полисах (договорах) в других страховых компаниях.

Заявление на страхование, дополнительные анкеты к заявлению на страхование, финансовая анкета и опросные листы, заполняемые Страхователем/Застрахованным лицом при заключении Договора, должны быть полностью заполнены, подписаны и датированы.

В случае необходимости, для подтверждения размера указанного Страхователем своего дохода Страховщик вправе запросить следующие документы: справка 2-НДФЛ или декларация 3-НДФЛ за два года, предшествующих дате заключения Договора.

7.4 Договор может быть заключен без медицинского освидетельствования. Однако в случае, если для решения вопроса о заключении Договора и в целях оценки фактического состояния здоровья подлежащего страхованию лица Страховщику требуется дополнительная информация о состоянии здоровья лица, принимаемого на страхование, Страховщик имеет право:

а) требовать от Страхователя дополнительную информацию из лечебных учреждений:  
- справки врачей-специалистов о состоянии здоровья на момент заключения Договора;

- отчет медицинского обследования с приложением результатов анализов и диагностических исследований: развернутый общий анализ мочи; общий анализ крови; биохимический анализ крови; тест на ВИЧ; маркеры вирусов гепатита В и С; ЭКГ в покое (с прекардиальными отведениями с предоставлением распечатки и заключения кардиолога); ЭКГ с нагрузкой (велоэргометрия, с прекардиальными отведениями с нагрузкой, с предоставлением распечатки и заключения кардиолога); данные флюорографии, рентгенографии;

- выписки из амбулаторной/стационарной медицинских карт, в том числе о том, состоит/не состоит Застрахованное лицо на диспансерном учете по поводу каких-либо заболеваний с указанием диагнозов в формате МКБ-10; копии медицинских карт (амбулаторной/стационарной);

б) самостоятельно направлять запросы в лечебные учреждения, располагающие информацией о состоянии здоровья принимаемого на страхование лица и перенесенных им заболеваний;

в) направить лицо, принимаемое на страхование, в лечебное учреждение для прохождения медицинского обследования, включая проведение диагностических мероприятий.

При заключении Договора Застрахованное лицо дает согласие на предоставление врачами медицинских учреждений Страховщику любой информации о состоянии его здоровья, в том числе, составляющую врачебную тайну.

Страховщик вправе принять решение о заключении Договора с меньшим количеством сведений и документов.

7.5 Если после заключения Договора страхования будет установлено, что Страхователь сообщил Страховщику заведомо ложные сведения о существенных обстоятельствах, имеющих значение для определения степени риска, Страховщик вправе потребовать признания Договора недействительным и применения последствий, предусмотренных п.2 ст.179 ГК РФ. Страховщик не может требовать признания Договора страхования недействительным, если обстоятельства, о которых умолчал Страхователь, уже отпали.

Если Договор был заключен при отсутствии запроса Страховщика об обстоятельствах, указанных в п. 7.3 настоящих Правил, то Страховщик не вправе требовать признания Договора

недействительным на том основании, что соответствующие обстоятельства не были сообщены Страхователем.

7.6 Договор заключается в письменной форме. Несоблюдение письменной формы влечет недействительность Договора.

7.7 При коллективном страховании Страхователю могут быть выданы Полисы на каждое Застрахованное лицо.

7.8 В случае утраты Полиса в период действия Договора Страхователю на основании его письменного заявления выдается дубликат Полиса. При повторной утрате Полиса в период действия Договора для получения дубликата Полиса Страхователь уплачивает Страховщику денежную сумму в размере фактических расходов Страховщика на изготовление и оформление Полиса.

7.9 Стороны вправе договориться о включении в Договор изменений, исключений отдельных положений Правил или о дополнении к ним.

7.10 Все относящиеся к Договору заявления, изменения, соглашения и дополнения, надлежащим образом оформленные и подписанные Сторонами, а также настоящие Правила, являются неотъемлемой частью Договора.

7.11 Все данные о Застрахованном лице, Страхователе, Выгодоприобретателе, которые стали известны Страховщику от кого бы то ни было в связи с заключением, исполнением и прекращением (расторжением) Договора, являются конфиденциальными. Такие данные могут быть использованы исключительно в целях Договора и не подлежат разглашению Страховщиком или его представителем, за исключением передачи сведений перестраховщику в необходимом для операций перестрахования объеме, если иное не предусмотрено законодательством Российской Федерации.

7.12 Договор может содержать иные условия, определяемые по соглашению Сторон и не противоречащие законодательству Российской Федерации.

7.13 Все уведомления и извещения в связи с исполнением и прекращением Договора направляются по почтовым адресам, которые указаны в Договоре. В случае изменения адресов и/или реквизитов Стороны обязаны заблаговременно известить друг друга об этом. Если одна из Сторон не была заблаговременно извещена об изменении адреса и/или реквизитов другой стороны, то все уведомления и извещения, направленные по прежнему адресу, будут считаться полученными с даты их поступления по прежнему адресу. Любые уведомления и извещения в связи с заключением, исполнением или прекращением правоотношений в рамках Договора, считаются направленными Сторонами в адрес друг друга, только если они сделаны в письменной форме.

7.14 Все изменения Договора оформляются в виде Дополнительного соглашения к Договору.

В случае периодической уплаты взносов все изменения в условия Договора, за исключением перевода в оплаченную форму, производятся на дату очередной страховой годовщины, если условиями Договора не предусмотрено иное. Если страховая премия по Договору была оплачена единовременно или изменение условий Договора влечёт единовременную уплату дополнительного взноса, а также в случае перевода Договора в оплаченную форму, изменения в условия Договора могут быть произведены в любое время его действия. Также по соглашению Сторон на дату начала очередной страховой годовщины Договор может быть переведён на условия другой страховой программы. О намерении изменить условия Договора Страхователь должен сообщить Страховщику не позднее, чем за 15 дней до даты предполагаемого изменения.

7.15 Договор прекращается в случаях:

- а) истечения срока действия Договора;
- б) исполнения Страховщиком обязательств по Договору в полном объеме;
- в) досрочного расторжения Договора по инициативе Страхователя (отказ от договора страхования в силу п. 2 ст. 958 ГК РФ) или по взаимному соглашению Сторон. Договор считается прекратившим действие с 00 часов дня, следующего за днем получения

Страховщиком заявления Страхователя об отказе от Договора страхования или подписания Дополнительного соглашения соответственно;

г) смерти Застрахованного лица в результате нестрахового случая в соответствии с п.11.2 настоящих Правил;

д) неуплаты в установленные Договором сроки очередных страховых взносов, если программой страхования не предусмотрен перевод Договора в оплаченный (п.5.10 настоящих Правил);

е) ликвидации Страхователя, являющегося юридическим лицом, при коллективном страховании (кроме случаев замены Страхователя при реорганизации, слиянии организаций, акционировании государственных предприятий и т.д.) или смерти Страхователя при индивидуальном страховании третьего лица или лиц (кроме случаев замены Страхователя в соответствии с законодательством Российской Федерации), если Застрахованное лицо или Выгодоприобретатель в соответствии с законодательством не приняли на себя обязанности Страхователя;

ж) ликвидации Страховщика в порядке, установленном законодательством Российской Федерации;

з) в иных случаях, предусмотренных законодательством Российской Федерации.

7.16 При досрочном расторжении Договора, предусматривающего страхование на случай дожития Застрахованного лица до определенного возраста, срока либо на случай дожития Застрахованного лица до начала выплаты страховой ренты, по причинам, указанным в пп. в, г, е, ж, з п.7.15 настоящих Правил Страховщик выплачивает Страхователю (а в случае его смерти – наследникам Страхователя) выкупную сумму, рассчитанную в соответствии с условиями программы страхования. При выплате выкупной суммы Страховщик имеет право удержать все задолженности Страхователя по Договору (страховые взносы, не уплаченные Страхователем в сроки и в размерах, установленных Договором, невозвращенные займы и проценты за пользование займами).

7.17 В случае, если Страхователями выступают несколько юридических и/или физических лиц, выкупная сумма подлежит выплате Страхователям в долях, пропорциональных внесенным каждым Страхователем взносам, если иное не предусмотрено Договором.

## **ГЛАВА VIII ПОСЛЕДСТВИЯ УВЕЛИЧЕНИЯ СТЕПЕНИ РИСКА**

8.1 В период действия Договора страхования Страхователь (Выгодоприобретатель) обязан незамедлительно в письменной форме сообщать Страховщику о ставших ему известными значительных изменениях в обстоятельствах, сообщенных Страховщику при заключении Договора, если эти изменения могут существенно повлиять на увеличение страхового риска. Значительными изменениями в рамках настоящих Правил признаются изменения любых сведений из указанных в заявлении на заключение Договора страхования, анкете Застрахованного лица, финансовых и дополнительных анкетах, за исключением обстоятельств, связанных с состоянием здоровья.

8.2 Страховщик, уведомленный об обстоятельствах, влекущих увеличение страхового риска, вправе потребовать изменения условий Договора страхования или уплаты дополнительной страховой премии соразмерно увеличению риска. Если Страхователь (Выгодоприобретатель) уведомляет Страховщика об отказе от изменений условий Договора страхования или доплаты страховой премии, либо в течение 10 дней с даты получения требования Страховщика не сообщает о своём решении, Страховщик вправе потребовать расторжения Договора в соответствии с правилами, предусмотренными главой 29 ГК РФ.

8.3 При неисполнении Страхователем либо Выгодоприобретателем предусмотренной в пункте 8.1 настоящих Правил обязанности Страховщик вправе

потребовать расторжения Договора страхования и возмещения убытков, причиненных расторжением Договора (пункт 5 статьи 453 ГК РФ).

8.4 Страховщик не вправе требовать расторжения Договора страхования, если обстоятельства, влекущие увеличение страхового риска, уже отпали.

## **ГЛАВА IX ПРАВА И ОБЯЗАННОСТИ СТРАХОВЩИКА, СТРАХОВАТЕЛЯ И ЗАСТРАХОВАННОГО ЛИЦА**

### **9.1 Страховщик обязан:**

а) ознакомить Страхователя с настоящими Правилами и условиями Договора;  
б) выдать страховой Полис (Договор) с приложением настоящих Правил;  
в) при наступлении события, имеющего признаки страхового случая, в течение 10 рабочих дней от даты поступления по месту нахождения Страховщика всех документов, предусмотренных настоящими Правилами, необходимых для принятия решения о признании случая страховым, принять решение о признании или не признании заявленного события страховым.

В случае признания заявленного события страховым случаем - составить страховой акт (распоряжение о выплате) и произвести выплату страхового обеспечения Выгодоприобретателю.

В случае признания заявленного события нестраховым случаем - письменно отказать Страхователю (Выгодоприобретателю) в признании заявленного события страховым случаем и в выплате страхового обеспечения, мотивированно обосновав причины отказа в течение 5 рабочих дней с момента принятия решения о не признании заявленного события страховым случаем.

г) не разглашать сведения о Страхователе, Застрахованных лицах и Выгодоприобретателях и их имущественном положении, если это не вступит в противоречие с законодательными актами Российской Федерации.

### **9.2 Страховщик имеет право:**

а) проверять сообщаемую Страхователем/Застрахованным лицом информацию, в том числе о возрасте, состоянии здоровья, профессиональной деятельности и образе жизни Застрахованного лица, а также выполнение Страхователем и Застрахованным лицом требований и положений Правил и Договора любыми доступными ему способами, не противоречащими законодательству Российской Федерации;

б) требовать от Выгодоприобретателя, в том числе и тогда, когда Выгодоприобретателем является Застрахованное лицо, выполнения обязанностей по Договору страхования, включая обязанности, лежащие на Страхователе, но не выполненные им, при предъявлении Выгодоприобретателем требования о выплате страхового обеспечения по Договору страхования. Риск последствий невыполнения или несвоевременного выполнения обязанностей, которые должны были быть выполнены ранее, несет Выгодоприобретатель;

в) отсрочить принятие решения о признании случая страховым или непризнании заявленного случая страховым, а также выплату страхового обеспечения в случае возбуждения по факту наступления события, имеющего признаки страхового случая, уголовного дела - до момента принятия соответствующего решения компетентными органами;

г) делать запросы в следственные органы и лечебные учреждения с целью получения документов об обстоятельствах наступления заявленного события (в том числе сведений, составляющих медицинскую тайну), а также требовать от Выгодоприобретателя (Страхователя, Застрахованного лица) предоставления дополнительных сведений и документов, подтверждающих факт наступления и причину заявленного события;

д) провести собственное расследование любым доступным Страховщику способом, не противоречащим законодательству Российской Федерации;

е) в случае, если Договор заключён на срок пять и более лет и действует не менее 2 лет - выдать Страхователю заём в размере, не превышающем размер сформированного по

Договору резерва, рассчитанного на дату получения займа. Заем выдается на возмездной основе с условием платы за пользование займом в размере не менее нормы доходности от размещения резерва по страхованию жизни, использованной при расчете страхового тарифа по настоящему Договору. Договор займа оформляется в порядке, предусмотренном законодательством Российской Федерации, и устанавливает сроки возврата займа и величину процентов по займу. В случае полного или частичного невозврата займа на дату досрочного расторжения Договора или наступления страхового случая, предусмотренного Договором, сумма непогашенной задолженности вместе с начисленными процентами по займу вычитается из выкупной суммы или страхового обеспечения, подлежащего выплате Выгодоприобретателю;

ж) осуществлять иные действия в порядке исполнения положений настоящих Правил и Договора.

### **9.3 Страхователь обязан:**

а) при заключении Договора представить документы, необходимые для оценки страхового риска и заключения Договора, обеспечить получение Страховщиком требуемой им информации в течение срока действия Договора о состоянии здоровья, профессиональной деятельности и образе жизни Застрахованного лица, необходимой для определения степени и особенностей риска наступления страховых случаев, а также по отдельному запросу Страховщика информации о финансовом состоянии Застрахованного лица/Страхователя;

б) уплачивать страховую премию (страховые взносы) в размерах и в сроки, определенные Договором;

в) уведомить Страховщика любым доступным Страхователю способом, позволяющим объективно зафиксировать факт обращения (факсом, почтовым отправлением, электронным письмом, телеграммой в адрес Страховщика):

- о наступлении смерти Застрахованного лица (если Страхователь не является Застрахованным лицом) либо об установлении Застрахованному лицу инвалидности или диагноза критического заболевания в срок не позднее 35 календарных дней от момента, когда Страхователю стало об этом известно. Обязанность сообщить о случае смерти Застрахованного лица может быть исполнена Выгодоприобретателем, если он намерен воспользоваться правом на выплату страхового обеспечения;

- об изменениях, дополнениях или уточнениях, которые Страхователь намерен внести в условия Договора, в том числе о смене документов, удостоверяющих личность, места жительства, банковских реквизитов;

- об изменениях существенных обстоятельств, влияющих на установление степени риска или наступление страхового случая в соответствии с Главой VIII настоящих Правил;

г) немедленно сообщить в правоохранительные органы – ОВД, Прокуратуру, ГИБДД и т.д., если травма или гибель Застрахованного лица произошли в результате дорожно-транспортного происшествия (ДТП), взрыва, возгорания или явились следствием противоправных действий третьих лиц;

д) предоставить документы, подтверждающие факт и причину наступления страхового события и позволяющие однозначно установить величину страховой выплаты;

е) исполнять любые иные положения настоящих Правил, Договора и иных документов, закрепляющих правоотношения между Сторонами, связанные с заключением, исполнением или прекращением этих правоотношений;

ж) в срок не позднее 10 дней с момента заключения Договора информировать Застрахованное лицо (Выгодоприобретателя) о его правах и обязанностях по Договору.

### **9.4 Страхователь имеет право:**

а) проверять соблюдение Страховщиком требований условий Договора любыми доступными ему способами, не противоречащими законодательству Российской Федерации;

б) получить дубликат Полиса в случае его утраты;

в) досрочно расторгнуть Договор;

- г) назначать и заменять Выгодоприобретателя с соблюдением условий замены, предусмотренных настоящими Правилами и законодательством Российской Федерации;
- д) вносить, по согласованию со Страховщиком, изменения в условия Договора;
- е) вносить изменения в список Застрахованных лиц с согласия Страховщика путем письменного заявления;
- ж) требовать от Страховщика информацию, касающуюся его финансово-экономического состояния и не являющуюся коммерческой тайной.

#### **9.5 Застрахованное лицо имеет право:**

- а) обратиться к Страховщику с заявлением в письменной форме о страховой выплате при наступлении страхового случая и требовать исполнения Страховщиком принятых обязательств по Договору, заключенному в пользу Застрахованного лица;
- б) получить дубликат страхового Полиса при его утрате.

#### **9.6 Застрахованное лицо обязано:**

- а) при наступлении несчастного случая или болезни принять разумные и доступные в сложившейся обстановке меры к предотвращению и уменьшению ущерба здоровью;
- б) незамедлительно обратиться в лечебное учреждение и неукоснительно выполнять рекомендации специалистов лечебных учреждений, осуществляющих лечебно-профилактические мероприятия в связи с наступившим событием;
- в) немедленно сообщить в правоохранительные органы – ОВД, Прокуратуру, ГИБДД и т.д., если травма произошла в результате дорожно-транспортного происшествия (ДТП), взрыва, возгорания или явилась следствием противоправных действий третьих лиц.

9.7 Договором могут быть предусмотрены иные права и обязанности Страховщика, Страхователя и Застрахованного лица.

## **ГЛАВА X ПОРЯДОК И УСЛОВИЯ ВЫПЛАТЫ СТРАХОВОГО ОБЕСПЕЧЕНИЯ**

10.1 Страховое обеспечение выплачивается при наступлении страховых случаев, предусмотренных Договором. Размер страхового обеспечения определяется в зависимости от включенных в Договор программ страхования и страховых сумм, установленных Договором по каждой программе страхования.

10.2 По страховым программам, предусмотренным п.3.1.8 и 3.1.9 настоящих Правил, общая сумма выплат по одному или нескольким страховым событиям не может превышать размера страховой суммы, обусловленной условиями Договора.

10.3 При определении размера подлежащего выплате страхового обеспечения Страховщик имеет право учесть задолженность Страхователя по уплате страховых взносов.

10.4 Для получения страхового обеспечения Застрахованное лицо или Выгодоприобретатель должен направить Страховщику письменное заявление по установленной Страховщиком форме.

10.5 Для установления Страховщиком факта наступления страхового события и определения величины страхового обеспечения Страхователем (Выгодоприобретателем) должны быть представлены заявление установленной формы, оригиналы или надлежащим образом заверенные копии (надпись «Верно», дата, подпись (с расшифровкой) руководителя учреждения, указание должности руководителя учреждения, круглая печать учреждения) следующих документов:

- а) **В случае смерти Застрахованного лица:**
  - Страховой полис (Договор);
  - заявление установленной формы от Выгодоприобретателей;
  - нотариально заверенная копия Свидетельства ЗАГСа о смерти Застрахованного лица;
  - медицинское свидетельство о смерти (форма №106/у-08) и/или справка о смерти из ЗАГСа (форма №33);

- протокол патологоанатомического исследования (аутопсии) (если аутопсия не производилась – копия заявления родственников об отказе от аутопсии) или Акт судебно-медицинского исследования/Заключение судебно-медицинской экспертизы с результатами токсико-химической экспертизы биологических сред на содержание алкоголя и/или иных химических веществ;

- справка лечебно-профилактического учреждения о лечении по поводу травмы (форма 027/У) или заболевания, либо иной медицинский документ, в котором должны быть указаны дата и обстоятельства события, диагноз с указанием наличия или отсутствия у Застрахованного лица алкогольного, наркотического, токсического опьянения или воздействия других психотропных веществ, длительность лечения, результаты лечебно-диагностических (медицинских) мероприятий, а также – анамнез жизни и анамнез заболевания и / или – заверенная копия амбулаторной карты Застрахованного лица;

- постановление компетентных органов о возбуждении/отказе в возбуждении уголовного дела по факту смерти Застрахованного лица, если имеются признаки насильственной смерти или смерть наступила в результате несчастного случая;

- выписка из протокола осмотра места происшествия, составленного органом внутренних дел, либо Акт о несчастном случае на производстве;

- в случае смерти в лечебном учреждении - выписка из медицинской карты или истории болезни (посмертный эпикриз) Застрахованного лица и / или заверенная копия истории болезни;

- заявление Страхователя (Застрахованного лица) о назначении Выгодоприобретателя (если оно было составлено отдельно от страхового Полиса);

- нотариально заверенная копия свидетельства о вступлении в права наследования (если в Договоре не указан Выгодоприобретатель);

- документ, удостоверяющий личность Выгодоприобретателя.

**б) При дожитии Застрахованного лица до определенного возраста или срока, установленного Договором:**

- Страховой полис (Договор);

- заявление по установленной форме от Страхователя (Застрахованного лица);

- документ, удостоверяющий личность.

**в) При дожитии Застрахованного лица до срока, установленного Договором для выплаты страховой ренты:**

- Страховой полис (Договор);

- заявление по установленной форме от Страхователя (Застрахованного лица);

- документ, удостоверяющий личность.

**г) При установлении I или II группы инвалидности Застрахованному лицу (для Застрахованных лиц в возрасте до 18 лет - установлении категории «ребенок-инвалид»):**

- страховой Полис (Договор);

- заявление установленной формы от Страхователя (Застрахованного лица);

- документ, удостоверяющий личность;

- Направление на медико-социальную экспертизу организацией, оказывающей лечебно-профилактическую помощь (Ф. №088/у-06), в которой указана история заболевания, а также анамнез жизни;

- акт освидетельствования в Бюро МСЭ (медико-социальной экспертизы);

- Обратный талон к Акту освидетельствования в Бюро МСЭ (медико-социальной экспертизы);

- Справка МСЭ, подтверждающая факт установления инвалидности и выписка из Акта освидетельствования гражданина, признанного инвалидом, выданные федеральными государственными учреждениями медико-социальной экспертизы (МСЭ);

- пенсионное удостоверение;

- справка лечебно-профилактического учреждения о лечении по поводу травмы (форма 027/У) или заболевания, либо иной медицинский документ, в котором должны быть указаны дата и обстоятельства события, диагноз с указанием наличия или отсутствия у Застрахованного лица алкогольного, наркотического, токсического опьянения или воздействия других психотропных веществ, длительность лечения, результаты лечебно-диагностических (медицинских) мероприятий, а также – анамнез жизни и анамнез заболевания;

- заверенная копия амбулаторной карты Застрахованного и / или заверенная копия стационарной истории болезни.

**д) При установлении Застрахованному лицу диагноза критического заболевания:**

- страховой Полис (Договор);
- заявление установленной формы от Страхователя (Застрахованного лица);
- документ, удостоверяющий личность;
- Выписной эпикриз, в котором должны быть результаты обследования Застрахованного лица. Кроме того, в Эпикризе указывается длительность лечения, лечебно-диагностические (медицинские) мероприятия, проведенное лечение и оценка его эффективности, рекомендации больному при выписке;

- заверенная копия амбулаторной карты Застрахованного;
- заверенная копия стационарной истории болезни Застрахованного по заявленному случаю.

Если в течение 6 месяцев с даты уведомления Страховщика о смерти Застрахованного лица, установления Застрахованному лицу инвалидности или диагноза критического заболевания, Страхователем (Выгодоприобретателем) не были предоставлены документы, позволяющие установить факт наступления страхового случая и его причину, Страховщик имеет право принять решение об отсутствии страхового события, о чём письменно уведомляет Страхователя (Выгодоприобретателя).

Страхователь (Выгодоприобретатель) в пределах срока исковой давности имеет право повторно обратиться к Страховщику с заявлением о выплате страхового обеспечения, приложив документы, подтверждающие факт наступления страхового события, предусмотренные настоящим пунктом.

10.6 Решение Страховщика об отказе или отсрочке в выплате страхового обеспечения сообщается Застрахованному лицу или Выгодоприобретателю в письменной форме с обоснованием причин. Отказ Страховщика произвести страховую выплату может быть обжалован Застрахованным лицом или Выгодоприобретателем в суде в течение срока, установленного законодательством Российской Федерации.

10.7 Выплата страхового обеспечения производится в рублях Российской Федерации (наличными или на банковский счет Выгодоприобретателя). Если в Договоре страховая сумма установлена в иностранной валюте, Страховщик производит выплату страхового обеспечения в рублях Российской Федерации по официальному курсу Центрального Банка России соответствующей валюты на дату наступления страхового случая.

10.8 Если Выгодоприобретатель умер, не успев получить страховое обеспечение в связи со страховыми событиями по Договору, наступившими до даты его смерти, то выплата осуществляется наследнику Выгодоприобретателя.

10.9 Выплата страхового обеспечения может быть произведена законному представителю Выгодоприобретателя.

10.10 В случае, если Застрахованное лицо умерло, не успев получить причитающуюся ему сумму страховой выплаты по страховому случаю, выплата производится его наследникам в установленном порядке. Для получения страхового обеспечения наследники дополнительно к вышеуказанным документам представляют документы, удостоверяющие вступление в права наследования.

10.11 В случае если Застрахованное лицо умерло, а Выгодоприобретатель не был назначен, страховая выплата производится наследникам Застрахованного лица. Если

Выгодоприобретатель умер ранее Застрахованного лица, а также в случае одновременной смерти Застрахованного лица и Выгодоприобретателя, страховая выплата производится наследникам Выгодоприобретателя. Для получения страхового обеспечения наследники дополнительно к вышеуказанным документам представляют документы, удостоверяющие вступление в права наследования.

10.12 Если в связи со страховым случаем по установлению инвалидности была выплачена сумма страхового обеспечения, а в дальнейшем в связи с этим же страховым случаем будет выявлено установление инвалидности, дающее основания для выплаты суммы страхового обеспечения в большем размере, то произведенная ранее выплата вычитается из суммы страхового обеспечения, исчисленной при принятии окончательного решения. Общая сумма выплат по страховым случаям не может превышать 100% страховой суммы, установленной Договором.

10.13 В случае наличия противоречий в документах, предоставленных Страховщику в соответствии с п.10.5 настоящих Правил для подтверждения факта страхового события и определения величины страховой выплаты, Страховщик имеет право на проведение независимых экспертиз и дополнительного медицинского обследования Застрахованного лица за счет Страховщика.

Если Застрахованное лицо отказывается от проведения дополнительного медицинского обследования либо обследования в ходе производства экспертизы, Страховщик вправе произвести выплату страхового обеспечения только в той части, которая однозначно подтверждается предоставленными Страховщику документами и выводами экспертиз, либо не признать факт наступления страхового события, о котором было заявлено Страхователем (Выгодоприобретателем).

10.14 Страховая выплата производится в течение 5 рабочих дней с момента принятия решения о признании заявленного события страховым случаем, кроме случаев, когда по факту наступления событий, указанных в настоящих Правилах, возбуждено уголовное дело.

10.15 Страховая выплата производится по желанию Выгодоприобретателя либо его законных представителей путем перечисления на счет в отделение банка или наличными деньгами из кассы Страховщика, а также иным способом – по соглашению Сторон.

10.16 Датой исполнения Страховщиком обязательства по выплате суммы страхового обеспечения считается:

- а) дата списания суммы со счета Страховщика при безналичных расчетах;
- б) дата выплаты суммы через кассу Страховщика.

10.17. Если какой-либо документ, предоставленный Страховщику для выплаты страхового обеспечения, составлен на ином языке, чем русский, должен быть приложен официальный перевод на русский язык. Перевод документов осуществляется за счет Застрахованного лица/Выгодоприобретателя.

## **ГЛАВА XI ИСКЛЮЧЕНИЯ ИЗ ОТВЕТСТВЕННОСТИ И ОТКАЗ В ВЫПЛАТЕ СТРАХОВОГО ОБЕСПЕЧЕНИЯ**

11.1 Если иное не предусмотрено Договором, Страховщик освобождается от выплаты страхового обеспечения и страховой суммы, когда страховой случай (смерть по любой причине, установление инвалидности или диагноза критического заболевания в течение срока страхования) наступил вследствие:

- а) воздействия ядерного взрыва, радиации или радиоактивного заражения;
- б) военных действий, а также маневров или иных военных мероприятий;
- в) гражданской войны, народных волнений всякого рода или забастовок.

Страховщик освобождается от выплаты страхового обеспечения, если страховой случай наступил вследствие умысла Страхователя, Выгодоприобретателя или Застрахованного лица, за исключением случая смерти Застрахованного лица, если его смерть

наступила вследствие самоубийства и к этому времени Договор страхования действовал уже не менее двух лет.

11.2 Не признаётся страховым случаем смерть по любой причине, установление инвалидности или диагноза критического заболевания (в части, касающейся полной утраты зрения и паралича) в течение срока страхования, наступившие в результате:

а) действий Застрахованного лица в состоянии алкогольного, токсического или наркотического опьянения и/или отравления в результате потребления им наркотических, сильнодействующих и психотропных веществ без назначения врача, за исключением случаев, когда Застрахованное лицо было доведено до алкогольного, токсического или наркотического опьянения и/или отравления противоправными действиями третьих лиц;

б) управления Застрахованным лицом средством автотранспорта или иным транспортным средством в состоянии любого вида опьянения;

в) управления Застрахованным лицом средством автотранспорта или иным транспортным средством без права управления или добровольной передачи права управления лицу, не имеющему право управления или находящемуся в состоянии алкогольного, наркотического или токсического опьянения;

г) совершения или попытки совершения Застрахованным лицом преступных действий;

д) занятия Застрахованного лица опасными видами спорта или хобби (п.1.35 настоящих Правил), участия Застрахованного лица в профессиональном спорте, соревнованиях, гонках, если иное не предусмотрено Договором;

е) воздействия биологического и химического оружия;

ж) ВИЧ-инфекции или СПИДа, а также заболеваний Застрахованного лица, обусловленных ВИЧ-инфекцией, в первый год действия Договора;

з) инфекционной болезни, возникшей у Застрахованного лица во время ухода за инфекционными больными, в случае, если уход связан с профессиональными обязанностями Застрахованного лица;

и) применения Застрахованным лицом лекарств или метода лечения, которые не были назначены врачом - специалистом, имеющим право медицинской практики в соответствии с существующим законодательством, за исключением оказания неотложной медицинской помощи;

к) участия Застрахованного лица в испытаниях военной техники, или иных подобных операциях в качестве гражданского служащего, если об этом не было сообщено Страховщику при заключении Договора;

л) авиационных перелётов Застрахованного лица в качестве пассажира, кроме авиарейсов компании, лицензированной для перевозки пассажиров;

м) участия Застрахованного лица в качестве биологического объекта экспериментов, клинических исследований и испытаний, если об этом не было сообщено Страховщику при заключении Договора;

н) обстоятельств, связанных с увеличением степени риска, если о них не было своевременно сообщено Страховщику в соответствии с главой VIII настоящих Правил;

о) несоблюдения Застрахованным лицом рекомендаций лечащего врача и сроков лечебно-охранительного режима.

11.3 Не признается страховым случаем смерть Застрахованного лица или установление ему инвалидности (категории «ребенок-инвалид») по причине болезней, перечисленных в пп.в) п.2.2. настоящих Правил, диагностированных до момента заключения Договора и в течение 6 (Шести) месяцев после заключения Договора (период ожидания).

11.4 Страховщик имеет право отказать в выплате страхового возмещения, если Страхователь несвоевременно уведомил Страховщика о наступлении страхового события, если не будет доказано, что Страховщик своевременно узнал о наступлении страхового случая либо что отсутствие у Страховщика сведений об этом не могло сказаться на его обязанности выплатить страховое возмещение.

11.5 Решение об отказе в выплате страхового обеспечения сообщается Страховщиком Выгодоприобретателю в письменной форме с обоснованием причин отказа в течение 5 рабочих дней с момента принятия решения о не признании заявленного события страховым случаем.

## **ГЛАВА XII ПОРЯДОК РАЗРЕШЕНИЯ СПОРОВ**

12.1 Все споры по Договору между Сторонами разрешаются путем переговоров с привлечением при необходимости специально созданной экспертной комиссии, состав которой согласовывается Сторонами. При невозможности достижения соглашения спор решается судом по месту нахождения Страховщика в порядке, предусмотренном законодательством Российской Федерации, если Договор не предусматривает иное.

12.2 При решении спорных вопросов положения Договора (страхового Полиса) имеют преимущественную силу по отношению к настоящим Правилам и любым иным дополнительным условиям страхования.

## **ГЛАВА XIII ФОРС-МАЖОР**

13.1 При наступлении обстоятельств непреодолимой силы (форс-мажор), препятствующих частичному или полному исполнению одной из Сторон обязательств по Договору, не зависящих от Сторон и которые Стороны не могут предотвратить, дальнейшее исполнение Сторонами обязательств по Договору осуществляется только по взаимному согласию Сторон.

13.2 Под обстоятельствами непреодолимой силы Стороны понимают: военные действия и их последствия, гражданские волнения, мятежи, введение чрезвычайного или особого положения, бунты, путчи, государственные перевороты, заговоры, восстания, революции, применение ядерного, химического или бактериологического оружия.

13.3 Обязанность доказательства возникновения обстоятельств непреодолимой силы, препятствующих частичному или полному исполнению одной из Сторон обязательств по Договору, лежит на той Стороне, выполнению обязательств которой препятствует возникновение таких обстоятельств.

# ПРИЛОЖЕНИЯ

Приложение №1  
к Правилам страхования жизни с условием периодических страховых выплат (рент, аннуитетов) и (или) с участием страхователя в инвестиционном доходе страховщика

## Документы для заключения договора страхования и оценки страховых рисков для физических лиц

### 1. Заявление на заключение договора страхования с ЗАО СК «Югория-Жизнь»

А  О

## ЗАЯВЛЕНИЕ

на заключение договора страхования с ЗАО СК «Югория-Жизнь»

№ \_\_\_\_\_

<b>Страховщик</b>		
Закрытое акционерное общество «Страховая компания «Югория-Жизнь» Лицензия С № 4014 86 на осуществление страхования выдана Федеральной службой страхового надзора 628012, Российская Федерация, Тюменская область, Ханты-Мансийский автономный округ – Югра, г. Ханты-Мансийск, ул. Комсомольская, д. 61; ИНН/КПП 8601027509 / 860101001; Тел. 8-800-100-82-00 Р/с 4070181000000000035 в ОАО «Ханты-Мансийский банк» г. Ханты-Мансийск, К/с 30101810100000000740; БИК 047162740		
<b>Страхователь</b>		
Фамилия _____	Имя _____	Дата рождения [__].[__].[____]
Отчество _____	Место рождения _____	
Пол <input type="checkbox"/> м / <input type="checkbox"/> ж	Гражданство _____	ИНН _____
Паспортные данные: Серия _____ Номер _____ Дата выдачи [__].[__].[____] Кем выдан _____		
Место фактического проживания: Индекс _____ Страна _____ Регион _____ Город / Населенный пункт _____ Улица/Микрорайон _____ Дом _____ Корпус _____ Квартира _____		
Контактные сведения: Электронный адрес _____ Телефон домашний _____ Телефон мобильный _____		
Место работы: Наименование организации _____ Сфера деятельности организации _____ Должность, функциональные обязанности _____ Телефон рабочий _____		
<b>Застрахованное лицо ( <input type="checkbox"/> совпадает со Страхователем)</b>		
Фамилия _____	Имя _____	Дата рождения [__].[__].[____]
Отчество _____	Место рождения _____	
Пол <input type="checkbox"/> м / <input type="checkbox"/> ж	Гражданство _____	ИНН _____
Паспортные данные: Серия _____ Номер _____ Дата выдачи [__].[__].[____] Кем выдан _____		
Место фактического проживания: Индекс _____ Страна _____ Регион _____ Город / Населенный пункт _____ Улица/Микрорайон _____ Дом _____ Корпус _____ Квартира _____		
Контактные сведения: Электронный адрес _____ Телефон домашний _____ Телефон мобильный _____		
Место работы: Наименование организации _____ Сфера деятельности организации _____ Должность, функциональные обязанности _____ Телефон рабочий _____		
<b>Условия страхования</b>		
Валюта договора: <input type="checkbox"/> Рубль РФ <input type="checkbox"/> Доллар США <input type="checkbox"/> Евро <input type="checkbox"/> Бивалютный эквивалент Евро и Доллара США в соотношении 1:1		
Срок страхования (полных лет): [__][__]		Срок уплаты страховых взносов (полных лет): [__][__]
Периодичность уплаты страховых взносов по основной программе: <input type="checkbox"/> Единовременно <input type="checkbox"/> Ежегодно <input type="checkbox"/> Раз в полгода <input type="checkbox"/> Ежеквартально		
Срок выплаты ежемесячной страховой ренты (полных лет): [__][__]		
<b>Программы страхования</b>		
<b>Основная программа</b>	<b>Страховая сумма</b>	<b>Размер страхового взноса</b>
<input type="checkbox"/>	[____][____][____][____][____][____][____][____][____][____]	[____][____][____][____][____][____][____][____][____][____]
<b>Дополнительные программы</b>	<b>Страховая сумма</b>	<b>Размер страхового взноса</b>
<input type="checkbox"/>	[____][____][____][____][____][____][____][____][____][____]	[____][____][____][____][____][____][____][____][____][____]
<input type="checkbox"/>	[____][____][____][____][____][____][____][____][____][____]	[____][____][____][____][____][____][____][____][____][____]
<b>Итого страховой взнос:</b>		[____][____][____][____][____][____][____][____][____][____]
<b>Выгодоприобретатели</b>		

Фамилия, Имя, Отчество		Риск (дожитие, смерть)	Дата рождения	Доля страхового обеспечения, %
1	Ф. _____ И. _____ О. _____		____.____.____	____
2	Ф. _____ И. _____ О. _____		____.____.____	____
3	Ф. _____ И. _____ О. _____		____.____.____	____

Нижеследующей подписью Страхователь и Застрахованное лицо удостоверяют, что:

- 1) получили от Представителя Страховщика полную информацию об особенностях выбранной страховой программы;
- 2) согласны с тем, что Страховщик для оценки риска по настоящему Заявлению и Анкете Застрахованных лиц имеет право запросить у Страхователя дополнительные документы, характеризующие состояние здоровья Застрахованных лиц и их финансовое состояние;
- 3) предупреждены о том, что величина страховой суммы и/или страхового взноса может быть изменена после проведения Страховщиком оценки риска по настоящему Заявлению и Анкете Застрахованного лица. В случае, если Страхователь отказывается от заключения договора страхования жизни на предложенных Страховщиком условиях, договор страхования жизни признается незаключенным, а Страховщик обязан вернуть Страхователю уплаченный страховой взнос в полном объеме;
- 4) предупреждены о том, что обязаны известить Страховщика о произошедших изменениях в ответах на вопросы настоящего Заявления, обратившись к Представителю Страховщика или в Филиал ОАО «ГСК «Югория». В случае, если при этом повышается риск наступления страхового случая по Страховому полису, Страховщик вправе потребовать изменения условий Страхового полиса (в т.ч. уменьшения страховой суммы или увеличения страхового тарифа). Если Страхователь возражает против изменения условий договора страхования или доплаты страхового взноса, Страховщик вправе потребовать расторжения договора;
- 5) предоставляют Страховщику право на обработку (в том числе сбор, систематизацию, накопление, хранение, уточнение, обновление, изменение, распространение, передачу (в том числе трансграничную), обезличивание, блокирование и уничтожение) указанных в настоящем Заявлении персональных данных, в том числе в целях заключения и исполнения Страховщиком договора страхования, при этом такое согласие дается Страховщику на весь срок жизни Страхователя и Застрахованных лиц и может быть отозвано в любой момент времени путем передачи Страховщику подписанного письменного уведомления;
- 6) проинформированы о том, что в случае возникновения вопросов или неполучения Страхового полиса в течение 60 календарных дней с даты подписания настоящего Заявления необходимо обратиться:
  - к Представителю Страховщика по телефону \_\_\_\_\_
  - в Филиал ОАО «ГСК «Югория» по телефону \_\_\_\_\_

**Анкета Застрахованного лица**

*Заполняется Застрахованным лицом или законным представителем Застрахованного лица*

*Необходимо ответить на все поставленные вопросы*

<b>1. Укажите Ваши физические параметры:</b> Рост (см): _____ Вес (кг): _____	
<b>2. Курите ли Вы?</b> <input type="checkbox"/> да / <input type="checkbox"/> нет <b>Курили ли Вы ранее?</b> <input type="checkbox"/> да / <input type="checkbox"/> нет <b>Если да, то сколько лет назад бросили?</b> _____ <b>Сколько лет курили?</b> _____	
Если да, то укажите среднее количество выкуриваемых за 1 день: сигарет _____ сигар _____ трубок _____	
<b>3. Употребляете ли Вы пиво, вино или крепкие спиртные напитки?</b> <input type="checkbox"/> да / <input type="checkbox"/> нет	
Если да, то укажите среднее дневное количество употребления и тип алкоголя:	
<b>4. Получаете ли Вы в настоящий момент стационарную медицинскую помощь по любой причине?*</b> <input type="checkbox"/> да / <input type="checkbox"/> нет	
<b>5. Являетесь ли Вы:</b>	
5.1. Инвалидом I группы <input type="checkbox"/> да / <input type="checkbox"/> нет	5.3. Инвалидом детства <input type="checkbox"/> да / <input type="checkbox"/> нет
5.2. Инвалидом II группы <input type="checkbox"/> да / <input type="checkbox"/> нет	5.4. Ребенком-инвалидом <input type="checkbox"/> да / <input type="checkbox"/> нет
<b>6. Имеете ли Вы в настоящий момент или имели в прошлом установленный диагноз или подозрение на наличие следующих заболеваний*:</b>	
1) онкологические заболевания любой локализации, в том числе заболевания кроветворной и лимфатической системы <input type="checkbox"/> да / <input type="checkbox"/> нет	
2) системное заболевание соединительной ткани: ревматизм в активной фазе с острым, подострым, затяжным или непрерывно рецидивирующим течением; диффузные болезни соединительной ткани (системная красная волчанка, системная склеродермия, болезнь Шегрена), системный васкулит; ревматоидный артрит, подагра или заболевания костей и суставов <input type="checkbox"/> да / <input type="checkbox"/> нет	
3) инфаркт, аневризма сердца, аорты и центральных сосудов, боли в грудной клетке, высокое кровяное давление, сердцебиение, одышка или какие-либо другие проблемы со стороны сердечнососудистой системы <input type="checkbox"/> да / <input type="checkbox"/> нет	
4) инсульт, острое нарушение мозгового кровообращения, органическое поражение центральной нервной системы; хроническое нарушение мозгового кровообращения <input type="checkbox"/> да / <input type="checkbox"/> нет	
5) туберкулез (активный или хронический) всех форм локализации <input type="checkbox"/> да / <input type="checkbox"/> нет	
6) заболевание печени, сопровождающееся недостаточностью её функции <input type="checkbox"/> да / <input type="checkbox"/> нет	
7) астма, бронхит, плеврит, пневмония или другие заболевания легких <input type="checkbox"/> да / <input type="checkbox"/> нет	
8) заболевание почек, сопровождающееся почечной недостаточностью (независимо от степени), нарушения со стороны мочевого пузыря или мочеполовой системы <input type="checkbox"/> да / <input type="checkbox"/> нет	
9) необъяснимая периодически повторяющаяся или постоянная лихорадка, снижение веса, заболевания кожи	
10) гепатит В или С <input type="checkbox"/> да / <input type="checkbox"/> нет	
11) синдром приобретённого иммунодефицита (СПИД) и другие заболевания, связанные с вирусом иммунодефицита человека; заболевания, передающиеся половым путем (такие как сифилис, гонорея) <input type="checkbox"/> да / <input type="checkbox"/> нет	
12) заболевания или нарушения глаз, ушей, носа, глотки, рта <input type="checkbox"/> да / <input type="checkbox"/> нет	
13) заболевания, вызванные воздействием ионизирующего излучения <input type="checkbox"/> да / <input type="checkbox"/> нет	
14) профессиональное заболевание <input type="checkbox"/> да / <input type="checkbox"/> нет	
15) инсулинозависимый диабет (диабет I типа) средней (II) или тяжелой (III) степени, или находящийся в состоянии декомпенсации, или сопровождающийся поражением других органов и систем (энтеропатия, гепатопатия, катаракта, остеоартропатия, дермопатия и др.), или при наличии его поздних осложнений (микроангиопатия, инфаркт миокарда, инсульт, гангрена ног, ретинопатия, нефропатия, нейропатия) <input type="checkbox"/> да / <input type="checkbox"/> нет	
16) алкоголизм, наркомания, токсикомания <input type="checkbox"/> да / <input type="checkbox"/> нет	
17) эпилепсия, потери сознания или какие-либо нарушения со стороны психической и нервной систем <input type="checkbox"/> да / <input type="checkbox"/> нет	
18) хроническая или хронически повторяющаяся диарея, язвенная болезнь желудка, двенадцатиперстной кишки или других органов желудочно-кишечного тракта, неспецифический язвенный колит, какие-либо жалобы со стороны желудка и кишечника <input type="checkbox"/> да / <input type="checkbox"/> нет	
19) иные заболевания, не перечисленные в пп. 1) - 18) <input type="checkbox"/> да / <input type="checkbox"/> нет	
<b>* В случае положительного ответа на какой-либо вопрос из раздела 4 и 6 необходимо указать диагноз, дату установления диагноза, длительность лечения, ФИО и медицинская специальность врача и медицинское учреждение, в котором Вы лечились (лечитесь):</b>	

№	Комментарии
<b>7. Принимаете ли Вы медицинские препараты в настоящее время?</b>	<input type="checkbox"/> да / <input type="checkbox"/> нет
Если да, то укажите, какие именно:	
<b>8. Получали ли Вы лечение препаратами крови или подвергались переливанию крови?</b>	<input type="checkbox"/> да / <input type="checkbox"/> нет
Если да, то укажите дату переливания:	
<b>9. Кто-либо из Ваших родителей, братьев, сестер умер или страдал от: диабета, инсульта, заболеваний сердца, рака, туберкулеза или психических заболеваний?</b>	<input type="checkbox"/> да / <input type="checkbox"/> нет
Если да, то укажите детали (кто именно, заболевание, возраст смерти):	
<b>10. Были ли у Вас удалены органы или части органов?</b>	<input type="checkbox"/> да / <input type="checkbox"/> нет
Если да, то укажите, какой орган/часть органа удален, дату удаления	
<b>11. Были ли у Вас переломы костей?</b>	<input type="checkbox"/> да / <input type="checkbox"/> нет
Если да, то укажите дату и характер перелома	
<b>12. Проходите ли Вы в настоящий момент военную службу или военные сборы?</b>	<input type="checkbox"/> да / <input type="checkbox"/> нет
<b>13. Отбываете ли Вы в настоящий момент наказание в виде лишения или ограничения свободы, ареста?</b>	<input type="checkbox"/> да / <input type="checkbox"/> нет
<b>14. Работаете ли Вы со взрывчатыми веществами?</b>	<input type="checkbox"/> да / <input type="checkbox"/> нет
<b>15. Работаете ли Вы сейчас или работали ранее на вредном производстве?</b>	<input type="checkbox"/> да / <input type="checkbox"/> нет
Если да, то укажите, где работали, когда и в течение какого времени:	
<b>16. Занимаетесь ли Вы опасными видами спорта?</b>	<input type="checkbox"/> да / <input type="checkbox"/> нет
Если да, то укажите вид (виды) спорта:	
<b>17. Участвуете ли Вы в соревнованиях по каким-либо видам спорта на любительском уровне?</b>	<input type="checkbox"/> да / <input type="checkbox"/> нет
Если да, то укажите вид (виды) спорта:	
<b>18. Занимаетесь ли Вы каким-либо видом спорта профессионально?</b>	<input type="checkbox"/> да / <input type="checkbox"/> нет
Если да, то укажите вид (виды) спорта:	
<b>19. Участвуете ли Вы в соревнованиях по каким-либо видам спорта на профессиональном уровне?</b>	<input type="checkbox"/> да / <input type="checkbox"/> нет
Если да, то укажите вид (виды) спорта:	
<b>20. Вопрос для женщин: Беременны ли Вы?</b>	<input type="checkbox"/> да / <input type="checkbox"/> нет
Если да, то укажите срок беременности (количество недель):	
<b>21. Вопрос для мужчин: Проходили ли Вы военную службу?</b>	<input type="checkbox"/> да / <input type="checkbox"/> нет
Если нет, то укажите причину (в случае, если освобождение или увольнение связано с состоянием здоровья, необходимо указать диагноз):	
<b>22. Планируете ли Вы совершать поездки за рубеж (кроме стран Европы, Северной Америки, Австралии, Японии)?</b>	<input type="checkbox"/> да / <input type="checkbox"/> нет
Если да, то укажите страну и цель, предполагаемую длительность и условия пребывания:	
<b>23. Подавали ли Вы заявление на страхование жизни или страхование от несчастных случаев в какую-либо другую страховую компанию в течение последних двух лет?</b>	<input type="checkbox"/> да / <input type="checkbox"/> нет
Если да, то укажите, в какую компанию:	
<b>24. Было ли Ваше заявление на страхование жизни или страхование от несчастных случаев когда-либо отложено на определенное время, отклонено или принято на специальных условиях?</b>	<input type="checkbox"/> да / <input type="checkbox"/> нет
Если да, то укажите причину отклонения или принятия заявления на специальных условиях:	
<b>25. Имеете ли Вы действующие полисы по страхованию жизни или страхованию от несчастных случаев?</b>	<input type="checkbox"/> да / <input type="checkbox"/> нет
Если да, то укажите, на какую страховую сумму и количество полисов:	

Подтверждаю, что представленная в настоящем Заявлении информация о Застрахованном лице соответствует истине, обязуюсь уведомлять Страховщика обо всех изменениях, касающихся информации, представленной в настоящей Анкете и принимаю к сведению, что в случае предоставления ложной либо неточной информации Страховщик вправе потребовать признания договора недействительным.

Дата заполнения Заявления « \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20\_\_\_\_ года

Страхователь \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
подпись Ф.И.О.

Застрахованное лицо\* \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
подпись Ф.И.О.

(\*Представитель Застрахованного лица: в случае, если Застрахованное лицо не достигло 18-ти лет – отец, мать или законный опекун, в других случаях – представитель по доверенности)

Представитель Страховщика \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
подпись Ф.И.О.

Доверенность Представителя Страховщика № \_\_\_\_\_ от « \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20\_\_\_\_ года

Контактный телефон Представителя Страховщика \_\_\_\_\_

Ф.И.О. и контактный телефон наставника Представителя Страховщика \_\_\_\_\_

## 2. Дополнение к Заявлению на заключение договора страхования с ЗАО СК «Югория-Жизнь»

№ \_\_\_\_\_

**В целях выполнения требований законодательства по идентификации клиентов, представителей клиентов и (или) выгодоприобретателей, в том числе с учетом степени (уровня) риска совершения клиентом операций в целях легализации (отмывания) доходов, полученных преступным путем, и финансирования терроризма, просим Вас дополнительно заполнить следующую форму:**

<b>Информация о Страхователе</b>	
1. Являетесь ли Вы иностранным публичным должностным лицом, его супругом, близким родственником (родственником по прямой восходящей или нисходящей линии (родителем или ребенком, дедушкой, бабушкой или внуком)), полнородным или неполнородным (имеющим общего отца или мать) братом или сестрой, усыновителем или усыновленным?	<input type="checkbox"/> да / <input type="checkbox"/> нет
2. <u>Для иностранных граждан или лиц без гражданства:</u> - данные миграционной карты: серия, номер карты, дата начала срока пребывания и дата окончания срока пребывания: - данные документа, подтверждающего право иностранного гражданина или лица без гражданства на пребывание (проживание) в Российской Федерации: серия (если имеется) и номер документа, дата начала срока действия права пребывания (проживания), дата окончания срока действия права пребывания (проживания):	
3. <u>Для индивидуальных предпринимателей:</u> - основной государственный регистрационный номер записи о государственной регистрации индивидуального предпринимателя (ОГРНИП): - дата государственной регистрации и данные документа, подтверждающего факт внесения в Единый государственный реестр индивидуальных предпринимателей записи об указанной государственной регистрации: - наименование и адрес регистрирующего органа:	
<b>Информация о Застрахованном лице (заполняется в случае, если Страхователь не является Застрахованным лицом)</b>	
1. Являетесь ли Вы иностранным публичным должностным лицом, его супругом, близким родственником (родственником по прямой восходящей или нисходящей линии (родителем или ребенком, дедушкой, бабушкой или внуком)), полнородным или неполнородным (имеющим общего отца или мать) братом или сестрой, усыновителем или усыновленным?	<input type="checkbox"/> да / <input type="checkbox"/> нет
2. <u>Для иностранных граждан или лиц без гражданства:</u> - данные миграционной карты: серия, номер карты, дата начала срока пребывания и дата окончания срока пребывания: - данные документа, подтверждающего право иностранного гражданина или лица без гражданства на пребывание (проживание) в Российской Федерации: серия (если имеется) и номер документа, дата начала срока действия права пребывания (проживания), дата окончания срока действия права пребывания (проживания):	
3. <u>Для индивидуальных предпринимателей:</u> - основной государственный регистрационный номер записи о государственной регистрации индивидуального предпринимателя (ОГРНИП): - дата государственной регистрации и данные документа, подтверждающего факт внесения в Единый государственный реестр индивидуальных предпринимателей записи об указанной государственной регистрации: - наименование и адрес регистрирующего органа:	
<b>Информация о Выгодоприобретателе</b>	
1. Данные документа, удостоверяющего личность (наименование, серия, номер документа, дата выдачи документа, наименование органа, выдавшего документ, и код подразделения)	
2. Гражданство	
3. Идентификационный номер налогоплательщика (при его наличии)	
4. Сведения (адрес) о регистрации по месту жительства	
5. Сведения (адрес) о фактическом месте жительства (месте пребывания)	
6. Является ли Выгодоприобретатель иностранным публичным должностным лицом, его супругом, близким родственником (родственником по прямой восходящей или нисходящей линии (родителем или ребенком, дедушкой, бабушкой или внуком)), полнородным или неполнородным (имеющим общего отца или мать) братом или сестрой, усыновителем или усыновленным?	<input type="checkbox"/> да / <input type="checkbox"/> нет
7. <u>Для иностранных граждан или лиц без гражданства:</u> - данные миграционной карты: серия, номер карты, дата начала срока пребывания и дата окончания срока пребывания: - данные документа, подтверждающего право иностранного гражданина или лица без гражданства на пребывание (проживание) в Российской Федерации: серия (если имеется) и номер документа, дата начала срока действия права пребывания (проживания), дата окончания срока действия права пребывания (проживания):	

Дата заполнения « \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20\_\_\_\_ года

Страхователь \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
подпись Ф.И.О.

Застрахованное лицо \* \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
подпись Ф.И.О.

\* - Представитель Застрахованного лица: в случае, если Застрахованное лицо не достигло 18-ти лет – отец, мать или законный опекун. В случае, если представитель по доверенности, то указать дату и номер документа, подтверждающего наличие соответствующих полномочий представителя физического лица: \_\_\_\_\_

### 3.Дополнительная анкета Застрахованного лица (старше 18 лет)

#### Дополнительная Анкета Застрахованного лица

к Заявлению на заключение договора страхования с ЗАО СК «Югория-Жизнь» № \_\_\_\_\_

Данная анкета является неотъемлемой частью заявления на заключение договора страхования с ЗАО СК «Югория-Жизнь».

На Застрахованном лице лежит обязанность полно и достоверно ответить на все вопросы, так как они связаны с оценкой вероятности наступления страхового случая. Несоблюдение этого условия влечет признание договора страхования недействительным, отказ в страховой выплате.

Страховая компания несёт всю полноту ответственности за конфиденциальность сообщенной Вами информации.

1. Укажите Ваше артериальное давление (последнее измерение, дата):	мм.рт.ст.
2. Подвергался ли Ваш вес колебаниям более чем на 5 кг в течение последнего года?	<input type="checkbox"/> да / <input type="checkbox"/> нет
Если да, то укажите причину:	
<b>3. Имелись ли у Вас когда-либо ранее или в настоящее время следующие заболевания или состояния*:</b>	
1) эпилепсия, потери сознания, «провалы» в памяти, параличи, судороги, рассеянный склероз или какие-либо нарушения в работе психической или нервной систем	<input type="checkbox"/> да / <input type="checkbox"/> нет
2) астма, бронхит, плеврит, пневмония, навязчивый кашель или другие признаки заболевания бронхо-легочной системы	<input type="checkbox"/> да / <input type="checkbox"/> нет
3) боли в грудной клетке, высокое кровяное (артериальное) давление, сердцебиение, шумы в сердце, одышка, отеки, ишемическая болезнь сердца (ИБС), стенокардия, нарушения сердечного ритма (аритмия – тахикардия, брадикардия и др.), сердечная недостаточность, порок сердца, ревматизм или какие-либо другие признаки заболевания со стороны сердечнососудистой системы	<input type="checkbox"/> да / <input type="checkbox"/> нет
4) заболевание кровеносных сосудов, нарушение кровообращения, варикозное расширение вен или другие признаки заболевания сосудистой системы	<input type="checkbox"/> да / <input type="checkbox"/> нет
5) повышенный уровень холестерина, повышенное содержание сахара в крови, увеличение щитовидной железы, другие эндокринные нарушения и заболевания желез (сахарный диабет, токсический зоб и др.)	<input type="checkbox"/> да / <input type="checkbox"/> нет
6) заболевание крови (анемия, нарушение свертываемости крови, новообразования или опухоли любого вида - лейкемия и др.)	<input type="checkbox"/> да / <input type="checkbox"/> нет
7) гастрит или подозрение на него, изжога, воспаление печени, желчного пузыря, поджелудочной железы, кишок, хроническая или хронически повторяющаяся диарея или другие признаки заболевания органов желудочно-кишечного тракта (печени, желчного пузыря, поджелудочной железы, желудка, 12-перстной кишки, других отделов толстого и / или тонкого кишечника), какие-либо другие жалобы со стороны желудка и кишечника	<input type="checkbox"/> да / <input type="checkbox"/> нет
8) заболевание почек, мочеточников, мочевого пузыря, половых органов, простатит, белок в моче, отеки, камни в почках, другие нарушения со стороны почек, мочевого пузыря или органов мочеполовой системы	<input type="checkbox"/> да / <input type="checkbox"/> нет
9) артриты, артрозы, подагра, заболевания мышц, связок, позвоночника, межпозвоночных дисков (остеопороз, смещение дисков, позвонков и др.), какие-либо ограничения двигательных функций, другие заболевания костей и суставов	<input type="checkbox"/> да / <input type="checkbox"/> нет
10) увеличение желез или какие-либо формы рака, опухолей, злокачественных или доброкачественных новообразований	<input type="checkbox"/> да / <input type="checkbox"/> нет
11) необъяснимая периодически повторяющаяся или постоянная лихорадка (высокая температура), снижение веса, заболевания кожи	<input type="checkbox"/> да / <input type="checkbox"/> нет
12) заболевания, передающиеся половым путем (сифилис, гонорея и др.)	<input type="checkbox"/> да / <input type="checkbox"/> нет
13) какие-либо признаки заболевания органов зрения (нарушение зрения - близорукость, дальнозоркость – более 6 диоптрий, патология сетчатки, катаракта, глаукома и др.), ушей (хронический отит и др.), носа, глотки (тонзиллит, ангина и др.), полости рта, исключая грипп, ОРВИ, детские инфекционные заболевания, не оставившие последствий и осложнений	<input type="checkbox"/> да / <input type="checkbox"/> нет
14) для женщин – заболевания женских органов (молочных желез, яичников, матки), осложненная беременность и роды (кесарево сечение, выкидыш)	<input type="checkbox"/> да / <input type="checkbox"/> нет
15) острые аллергические реакции	<input type="checkbox"/> да / <input type="checkbox"/> нет
16) другие хронические или врожденные заболевания/состояния, не указанные в пп.1)-15) п. 3 настоящей анкеты	<input type="checkbox"/> да / <input type="checkbox"/> нет
<b>* В случае положительного ответа на какой-либо вопрос из раздела 3 необходимо указать диагноз, дату установления диагноза, длительность лечения, ФИО и медицинскую специальность врача, а также медицинское учреждение, в котором Вы лечились или обращались за медицинской помощью по данному поводу:</b>	
№	
4. Проходили ли Вы за последние 5 лет медицинские обследования, консультации или лечение?	<input type="checkbox"/> да / <input type="checkbox"/> нет
Если да, то укажите подробности (диагноз, наименование медицинского учреждения, период времени и др.):	
5. Состоите или состояли на учете у невропатолога или психиатра, проходили ли лечение в психоневрологических/психиатрических клиниках? Были ли попытки к самоубийству?	<input type="checkbox"/> да / <input type="checkbox"/> нет
Если да, то укажите подробности (диагноз, наименование медицинского учреждения, период времени и др.):	
6. Принимаете ли Вы медицинские препараты в настоящее время (в том числе антидепрессанты, успокоительные, транквилизаторы, снотворные, болеутоляющие, наркотические, гормональные вещества)?	<input type="checkbox"/> да / <input type="checkbox"/> нет
Если да, то укажите, какие именно и по какому поводу (заболевание):	
7. Принимали ли Вы когда-либо лекарственные препараты иные, чем прописывал Вам доктор?	<input type="checkbox"/> да / <input type="checkbox"/> нет
Если да, то укажите, какие именно и по какому поводу:	
8. Получали ли Вы когда-либо лечение препаратами крови или подвергались переливанию крови или её компонентов (плазма, эритромаасса, др.)?	<input type="checkbox"/> да / <input type="checkbox"/> нет
Если да, то укажите дату и причину:	
9. Подвергались ли Вы когда-либо радио- или химиотерапии?	<input type="checkbox"/> да / <input type="checkbox"/> нет
Если да, то укажите подробности (дату и причину):	

<b>10. Кто-либо из Ваших родителей, братьев, сестер умер или страдал от: диабета, инсульта, заболеваний сердца, рака, туберкулеза или психических заболеваний?</b>	<input type="checkbox"/> да / <input type="checkbox"/> нет
Если да, то укажите детали (кто именно, заболевание, в каком возрасте умер):	
<b>11. Были ли у Вас когда-либо удалены органы или части органов?</b>	<input type="checkbox"/> да / <input type="checkbox"/> нет
Если да, то укажите, какой орган/часть органа удален, дату удаления:	
<b>12. Были ли у Вас когда-либо переломы костей?</b>	<input type="checkbox"/> да / <input type="checkbox"/> нет
Если да, то укажите дату и характер перелома, диагноз:	
<b>13. Планируете ли Вы обратиться к врачу (кроме стоматолога, ОРВИ, гриппа) по поводу заболевания/состояния в ближайшие 6 месяцев?</b>	<input type="checkbox"/> да / <input type="checkbox"/> нет
Если да, то укажите подробности (наименование заболевания/состояния):	
<b>14. Имеется ли у Вас заведенная медицинская книжка/амбулаторная книжка?</b>	<input type="checkbox"/> да / <input type="checkbox"/> нет
Если да, то сообщите названия и адреса лечебных учреждений, где хранятся данные документы:	
<b>15. Когда Вы в последний раз проходили медицинский осмотр (обследование)? Дата:</b>	
Лечебное учреждение:	
Установленные диагнозы:	
<b>16. Употребляете ли Вы пиво, вино или крепкие спиртные напитки?</b>	<input type="checkbox"/> да / <input type="checkbox"/> нет
Если да, то укажите среднее дневное количество употребления и тип алкоголя:	
<b>17. Находились ли Вы когда-либо в непосредственной близости от радиоактивных материалов и подвергались ли Вы облучению выше установленной нормы?</b>	<input type="checkbox"/> да / <input type="checkbox"/> нет
Если да, то укажите подробности (место, период времени, дозу облучения, др.):	
<b>18. Участвуете ли Вы в испытаниях военной техники или иных подобных операциях в качестве гражданского служащего?</b>	<input type="checkbox"/> да / <input type="checkbox"/> нет
<b>19. Участвуете ли Вы в качестве биологического объекта экспериментов, клинических исследований и испытаний?</b>	<input type="checkbox"/> да / <input type="checkbox"/> нет
<b>20. Подавали ли Вы заявление на страхование жизни или страхование от несчастных случаев в какую-либо другую страховую компанию?</b>	<input type="checkbox"/> да / <input type="checkbox"/> нет
Если да, то укажите, в какую компанию:	
<b>21. Было ли Ваше заявление на страхование жизни или страхование от несчастных случаев когда-либо отложено на определенное время, отклонено или принято на специальных условиях</b>	<input type="checkbox"/> да / <input type="checkbox"/> нет
Если да, то укажите причину отклонения или принятия заявления на специальных условиях:	
<b>22. Имеете ли Вы действующие полисы по страхованию жизни или страхованию от несчастных случаев (в том числе, в ОАО «ГСК «Югория»)?</b>	<input type="checkbox"/> да / <input type="checkbox"/> нет
Если да, то укажите, на какую сумму и количество полисов:	
<b>23. Планируете ли Вы совершать поездки за рубеж на период действия полиса страхования жизни (кроме стран Европы, Северной Америки, Австралии)?</b>	<input type="checkbox"/> да / <input type="checkbox"/> нет
Если да, то укажите страну и цель, предполагаемую длительность и условия пребывания:	

Заявляю, что представленные мною ответы являются исчерпывающими и верными, и я понимаю, что сообщенная информация может иметь решающее значение при заключении договора страхования и при решении вопроса о страховой выплате.

В соответствии со ст. 13, ст. 22 Федерального закона РФ №323-ФЗ от 21 ноября 2011г. «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», разрешаю любому медицинскому или иному учреждению, а также врачам, иным специалистам, должностным лицам, имеющим информацию о состоянии моего здоровья, фактах моего обращения за медицинской помощью, перечне лечебных учреждений, куда я обращался за медицинской помощью за запрашиваемый период времени, с указанием диагнозов и дат обращений, для решения вопроса о возможности производства страховой выплаты по заявленному случаю, сообщать эту информацию в страховую компанию ЗАО СК «Югория-Жизнь», по её письменному запросу, или её представителю. Данное согласие действительно на весь период действия договора страхования.

Обязуюсь незамедлительно уведомить Страховщика о любых изменениях сообщенных выше данных после наступления таковых.

Предоставляю страховой компании право произвести индивидуальную оценку риска, и если будет необходимо, предложить мне изменить условия страхования, предложить мне предоставить дополнительные данные или предложить пройти медицинское обследование.

С Правилами страхования я ознакомлен(а), понял(а) и согласен(на) с условиями заключаемого договора.

**Застрахованное лицо\***

\_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
подпись / Ф.И.О.

**Дата заполнения**

« \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20\_\_ года

(\*Представитель Застрахованного лица: в случае, если Застрахованное лицо не достигло 18-ти лет – отец, мать или законный опекун, в других случаях – представитель по доверенности)

Принимаю на себя ответственность за полноту и правдивость сведений, изложенных Застрахованным лицом выше. Я заявляю, что представленные выше ответы являются исчерпывающими и верными, и я понимаю, что сообщенная информация может иметь решающее значение при заключении договора страхования и при решении вопроса о выплате страхового возмещения.

С Правилами страхования я ознакомлен(а), понял(а) и согласен(на) с условиями заключаемого договора.

**Страхователь**

\_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
подпись / Ф.И.О.

**Дата заполнения**

« \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20\_\_ года

#### 4. Дополнительная анкета Застрахованного лица (для лиц до 18 лет)

##### Дополнительная Анкета Застрахованного лица в возрасте до 18 лет

к Заявлению на заключение договора страхования с ЗАО СК «Югория-Жизнь» № \_\_\_\_\_

*Данная анкета является неотъемлемой частью заявления на заключение договора страхования с ЗАО СК «Югория-Жизнь».*

*На законном представителе Застрахованного лица лежит обязанность полно и достоверно ответить на все вопросы, так как они связаны с оценкой вероятности наступления страхового случая. Несоблюдение этого условия влечёт признание договора страхования недействительным, отказ в страховой выплате.*

*Страховая компания несёт всю полноту ответственности за конфиденциальность сообщенной Вами информации.*

<b>3. Подвергался ли вес Застрахованного лица колебаниям более, чем на 5 кг в течение последнего года?</b>		<input type="checkbox"/> да / <input type="checkbox"/> нет
Если да, то укажите причину:		
<b>2. Имелись ли у Застрахованного лица когда-либо ранее или в настоящее время следующие заболевания или состояния*:</b>		
1) эпилепсия, потери сознания, «провалы» в памяти, параличи, судороги, рассеянный склероз или какие-либо нарушения в работе психической или нервной систем		<input type="checkbox"/> да / <input type="checkbox"/> нет
2) астма, бронхит, плеврит, пневмония, навязчивый кашель или другие признаки заболевания бронхо-легочной системы		<input type="checkbox"/> да / <input type="checkbox"/> нет
3) боли в грудной клетке, высокое кровяное (артериальное) давление, сердцебиение, шумы в сердце, одышка, отеки, ишемическая болезнь сердца (ИБС), стенокардия, нарушения сердечного ритма (аритмия – тахикардия, брадикардия и др.), сердечная недостаточность, порок сердца, ревматизм или какие-либо другие признаки заболевания проблемы со стороны сердечно-сосудистой системы		<input type="checkbox"/> да / <input type="checkbox"/> нет
4) заболевание кровеносных сосудов, нарушение кровообращения, варикозное расширение вен или другие признаки заболевания сосудистой системы		<input type="checkbox"/> да / <input type="checkbox"/> нет
5) повышенный уровень холестерина, повышенное содержание сахара в крови, увеличение щитовидной железы, другие эндокринные нарушения и заболевания желез (сахарный диабет, токсический зоб и др.)		<input type="checkbox"/> да / <input type="checkbox"/> нет
6) заболевание крови (анемия, нарушение свертываемости крови, новообразования или опухоли любого вида - лейкомия и др.)		<input type="checkbox"/> да / <input type="checkbox"/> нет
7) гастрит или подозрение на него, изжога, воспаление печени, желчного пузыря, поджелудочной железы, кишок, хроническая или хронически повторяющаяся диарея или другие признаки заболевания органов желудочно-кишечного тракта (печени, желчного пузыря, поджелудочной железы, желудка, 12-перстной кишки, других отделов толстого и / или тонкого кишечника), какие-либо другие жалобы со стороны желудка и кишечника		<input type="checkbox"/> да / <input type="checkbox"/> нет
8) заболевание почек, мочеточников, мочевого пузыря, половых органов, простатит, белок в моче, отеки, камни в почках, другие нарушения со стороны почек, мочевого пузыря или органов мочеполовой системы, венерические болезни (сифилис, гонорея, др.), и другие заболевания, передающиеся половым путем.		<input type="checkbox"/> да / <input type="checkbox"/> нет
9) артриты, артрозы, подагра, заболевания мышц, связок, позвоночника, межпозвоночных дисков (остеопороз, смещение дисков, позвонков и др.), какие-либо ограничения двигательных функций, другие заболевания / признаки заболеваний костно-мышечной системы, костей и суставов		<input type="checkbox"/> да / <input type="checkbox"/> нет
10) увеличение желез или какие-либо формы рака, опухолей, злокачественных или доброкачественных новообразований		<input type="checkbox"/> да / <input type="checkbox"/> нет
11) необъяснимая периодически повторяющаяся или постоянная лихорадка (высокая температура), снижение веса, заболевания кожи		<input type="checkbox"/> да / <input type="checkbox"/> нет
12) какие-либо признаки заболевания органов зрения (нарушение зрения или нарушения со стороны глаз - близорукость, дальнозоркость – более 6 диоптрий, патология сетчатки, катаракта, глаукома или иные нарушения / заболевания др.), ушей (хронический отит, и другие нарушения), носа, глотки (тонзиллит, ангина, другие нарушения и др.), полости рта, исключая грипп, ОРВИ, детские инфекционные заболевания, не оставившие последствий, осложнений		<input type="checkbox"/> да / <input type="checkbox"/> нет
13) острые аллергические реакции		<input type="checkbox"/> да / <input type="checkbox"/> нет
14) другие хронические или врожденные заболевания/состояния, не указанные в пп.1)-13) п. 2 настоящей анкеты		<input type="checkbox"/> да / <input type="checkbox"/> нет
<b>* В случае положительного ответа на какой-либо вопрос из раздела 2 необходимо указать диагноз, дату установления диагноза, длительность лечения, ФИО и медицинскую специальность врача, а также - и медицинское учреждение, в котором Застрахованное лицо лечилось или обращалось за медицинской помощью по данному поводу:</b>		
№		
<b>3. Проходило ли Застрахованное лицо за последние 5 лет медицинские обследования или консультации или лечение?</b>		<input type="checkbox"/> да / <input type="checkbox"/> нет
Если да, то укажите подробности (диагноз, наименование медицинского учреждения, период времени и др.):		
<b>4. Состоит/состояло Застрахованное лицо ли на учете у невропатолога или психиатра, проходило или проходит ли лечение в психоневрологических/психиатрических клиниках? Были ли попытки к самоубийству?</b>		<input type="checkbox"/> да / <input type="checkbox"/> нет
Если да, то укажите подробности (диагноз, наименование клиники, период времени и др.):		
<b>5. Принимает ли Застрахованное лицо медицинские препараты в настоящее время (в том числе антидепрессанты, успокоительные, транквилизаторы, снотворные, болеутоляющие, наркотические, гормональные вещества, иные препараты)?</b>		<input type="checkbox"/> да / <input type="checkbox"/> нет
Если да, то укажите, какие именно и по какому поводу (заболевание, состояние, другое):		
<b>6. Принимало ли Застрахованное лицо когда-либо лекарственные препараты иные, чем прописывал доктор?</b>		<input type="checkbox"/> да / <input type="checkbox"/> нет
Если да, то укажите, какие именно и по какому поводу (заболевание, состояние, другое):		
<b>7. Получало ли когда-либо Застрахованное лицо лечение препаратами крови или подвергалось переливанию крови или её компонентов (плазма, эритромаасса, др.)?</b>		<input type="checkbox"/> да / <input type="checkbox"/> нет
Если да, то укажите дату и причину:		
<b>8. Подвергалось ли когда-либо Застрахованное лицо радио- или химиотерапии?</b>		<input type="checkbox"/> да / <input type="checkbox"/> нет

Если да, то укажите подробности (дату и причину):	
<b>9. Были ли когда-либо у Застрахованного лица удалены органы или части органов?</b>	<input type="checkbox"/> да / <input type="checkbox"/> нет
Если да, то укажите, какой орган/часть органа удален, дату удаления:	
<b>10. Были ли когда-либо у Застрахованного лица переломы костей?</b>	<input type="checkbox"/> да / <input type="checkbox"/> нет
Если да, то укажите дату и характер перелома (диагноз):	
<b>11. Когда Застрахованное лицо в последний раз проходило медицинский осмотр (обследование)? Дата:</b>	
Лечебное учреждение:	
Установленные диагнозы:	
<b>12. Находилось ли когда-либо Застрахованное лицо в непосредственной близости от радиоактивных материалов и подвергалось ли облучению выше установленной нормы?</b>	
<input type="checkbox"/> да / <input type="checkbox"/> нет	
Если да, то укажите подробности (место, период времени, дозу облучения, др.):	

Заявляю, что представленные мною ответы являются исчерпывающими и верными, и я понимаю, что сообщенная информация может иметь решающее значение при заключении договора страхования и при решении вопроса о страховой выплате.

В соответствии со ст. 13, ст. 22 Федерального закона РФ №323-ФЗ от 21 ноября 2011г. «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», разрешаю любому лечебному или иному учреждению, а также врачам, иным специалистам, должностным лицам, имеющим информацию о состоянии здоровья Застрахованного лица, фактах обращения за медицинской помощью, перечне лечебных учреждений, куда обращалось Застрахованное лицо за медицинской помощью за запрашиваемый период времени, с указанием диагнозов и дат обращений, для решения вопроса о возможности производства страховой выплаты по заявленному случаю, сообщать эту информацию в страховую компанию ЗАО СК «Югория-Жизнь», по её письменному запросу, или её представителю. Данное согласие действительно на весь период действия договора страхования.

Обязуюсь незамедлительно уведомить Страховщика о любых изменениях сообщенных выше данных после наступления таковых.

Предоставляю страховой компании право произвести индивидуальную оценку риска, и, если будет необходимо, предложить изменить условия страхования, предложить предоставить дополнительные данные или предложить пройти Застрахованному лицу медицинское обследование.

С Правилами страхования я ознакомлен(а), понял(а) и согласен(на) с условиями заключаемого договора.

**Дата заполнения**

« \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20\_\_\_\_ года

**Законный представитель  
Застрахованного лица\***

\_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
подпись / Ф.И.О.

(\*отец, мать или законный опекун)

## 5. Дополнительная анкета по страхованию от несчастных случаев

### Дополнительная анкета по страхованию от несчастных случаев к Заявлению на заключение договора с ЗАО СК «Югория-Жизнь» № \_\_\_\_\_

Данная анкета является неотъемлемой частью заявления на заключение договора страхования с ЗАО СК «Югория-Жизнь».

На Застрахованном лице лежит обязанность полно и достоверно ответить на все вопросы, так как они связаны с оценкой вероятности наступления страхового случая. Несоблюдение этого условия влечет признание договора страхования недействительным, отказ в страховой выплате.

Страховая компания несёт всю полноту ответственности за конфиденциальность сообщенной Вами информации.

1. Укажите, пожалуйста, место Вашей работы (*нужное подчеркнуть*): офис, на открытом воздухе, в цехе или на заводе, на высоте, в море, погружения и работа под водой, в шахте и пребывание под землей.

Опишите подробно Ваши непосредственные рабочие обязанности. Какую физическую работу Вам приходится выполнять? \_\_\_\_\_

Продолжительность работы в занимаемой должности \_\_\_\_\_

2. Помимо занимаемой должности Вы подрабатываете или заняты на работе, где существует риск возникновения несчастных случаев (например, в качестве технического эксперта, в частном исследовании)? Дайте подробное описание, указывая приблизительное время занятости на такой работе.

3. Связана ли Ваша деятельность с путешествиями и переездами, командировками за границу, пребыванием в «горячих точках» (местах вооруженных конфликтов или военных действий), местах беспорядков и забастовок, районах химического или радиоактивного заражения? Намереваетесь ли Вы посетить/посещать вышеперечисленные районы с какой-либо целью? \_\_\_\_\_

Совершаете ли Вы служебные поездки, командировки? Укажите количество поездок в год, их цель, маршрут (Россия, СНГ, страны дальнего зарубежья), продолжительность \_\_\_\_\_

4. Укажите, пожалуйста, информацию о наличии действующих полисов, предусматривающих выплаты в результате несчастных случаев (в том числе, в ОАО «ГСК «Югория»):

4.1. Размер страховой суммы \_\_\_\_\_

4.2. Наименование страховой компании \_\_\_\_\_

4.3. Дата вступления страховой защиты в силу \_\_\_\_\_

4.4. Наличие на рассмотрении заявлений на страхование \_\_\_\_\_

4.5. Были ли ранее отклонены или прекращены или отменены заявления или договоры, и с какой компанией? По каким причинам? \_\_\_\_\_

4.6. Когда и в каком размере Вы получили выплаты в результате несчастных случаев? От какой компании? \_\_\_\_\_

5. Были ли у Вас несчастные случаи или ДТП (приведшие к Вашей травме или травме других людей, к аварии, крушению, возникновению угрозы для жизни людей) в течение последних 10 лет? \_\_\_\_\_

6. Какими видами спорта вы занимаетесь, в том числе экстремальными: аэродриум, авиация или любые полеты (дельта- и парапланеризм, прыжки с парашютом, полет на планере, вертолете, за исключением, рейсового пассажирского транспорта), лыжи, горные лыжи, прыжки на лыжах с трамплина, фристайл, бобслей, рейсинг, альпинизм, скалолазание, спелеология, ныряние под воду (с каким оборудованием), передвижения по воде (на парусниках, моторных лодках, скутерах и т.п., за исключением, рейсового пассажирского транспорта), рафтинг, занятия боксом, рестлинг, дзюдо и другие виды борьбы или боевых искусств, верховая езда, езда на мотоцикле, охота, гимнастика, прыжки с трамплина, атлетика (легкая), командные виды спорта (футбол, хоккей, авторалли или воздушные виды спорта и др.), буерный спорт, джампинг, зорбинг, мотобол, паркур, пожарно-прикладной спорт и др.

По каждому виду спорта укажите, как часто вы им занимаетесь: иногда, регулярно, участвуете в соревнованиях, профессионально или иным образом, и в каких в соревнованиях вы участвуете, гонках, ралли или подобных соревнованиях? \_\_\_\_\_

7. Вы имеете или используете открытые или закрытые спортивные машины, гоночные автомобили, тяжелые или легкие мотоциклы, моторные лодки, частные самолеты с или без моторов или другие воздушные суда? По каждому случаю дайте подробное описание.

\_\_\_\_\_

8. Вы изготавливаете что-либо своими руками или имеете подобные увлечения, в которых существует риск возникновения несчастного случая (например, плотничные работы или работы по дереву, работаете с электроинструментами)? \_\_\_\_\_

9. Принимаете ли Вы участие в экспедициях (в том числе, полярных, в малоизученные районы или по малоизученным маршрутам), экстремальном туризме, сплавлении по рекам с быстрым течением, исследовании пещер, операциях по спасению и других видах деятельности, которые имеют значение при оценке возникновения риска несчастного случая?

\_\_\_\_\_

Согласен с тем, что на основании сообщенных мною сведений Страховщик имеет право произвести индивидуальную оценку риска, принимаемого на страхование, с применением необходимых поправочных коэффициентов к базовой тарифной ставке.

Сообщенные мною сведения являются достоверными и полными. Если после заключения в мою пользу договора страхования будет установлено, что эти сведения являются заведомо ложными, Страховщик вправе потребовать признания этого договора недействительным и отказать в страховой выплате.

В соответствии со ст. 13, ст. 22 Федерального закона РФ №323-ФЗ от 21 ноября 2011г. «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», разрешаю любому медицинскому или иному учреждению, а также врачам, иным специалистам, должностным лицам, имеющим информацию о состоянии моего здоровья, фактах моего обращения за медицинской помощью, перечне лечебных учреждений, куда я обращался за медицинской помощью за запрашиваемый период времени, с указанием диагнозов и дат обращений, для решения вопроса о возможности производства страховой выплаты по заявленному случаю, сообщать эту информацию в страховую компанию ЗАО СК «Югория-Жизнь», по её письменному запросу, или её представителю. Данное согласие действительно на весь период действия договора страхования.

С Правилами страхования я ознакомлен(а), понял(а) и согласен(на) с условиями заключаемого договора.

**Застрахованное лицо\***

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
подпись Ф.И.О.

(\*Представитель Застрахованного лица: представитель по доверенности)

**Дата заполнения**

« \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20\_\_ года

Принимаю на себя ответственность за полноту и правдивость сведений, изложенных Застрахованным лицом выше. Я заявляю, что представленные выше ответы являются исчерпывающими и верными, и я понимаю, что сообщенная информация может иметь решающее значение при заключении договора страхования и при решении вопроса о выплате страхового возмещения.

С Правилами страхования я ознакомлен(а), понял(а) и согласен(на) с условиями заключаемого договора.

**Страхователь**

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
подпись Ф.И.О.

**Дата заполнения**

« \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20\_\_ года

## 6. Отчет медицинского обследования

Печать лечебного учреждения

### Отчет медицинского обследования

ФИО обследуемого \_\_\_\_\_

Дата рождения \_\_\_\_\_

Заполняется врачом, проводившим осмотр по результатам обследования

1. Обследовали, консультировали или лечили ранее человека принимаемого на страхование? (если да, то указать дату и установленный диагноз)	
2. Имеются ли какие-либо отклонения в физическом развитии страхователя?	
3. Укажите: Рост \ Вес см: кг: Окружность груди в см.: Окружность живота в см:	
4. Считаете ли Вы, что скелетно-мышечная система здорова?	
5. Считаете ли Вы, что кожные покровы и слизистые оболочки здоровы?	
6. Считаете ли Вы, что органы дыхания здоровы?	
7. Считаете ли Вы, что зубы и ЛОР органы здоровы?	
8. Имеется ли гипертрофия сердца? Сердечные тоны в норме? Имеются ли какие-либо шумы при выслушивании сердца? Если да, опишите их подробно, включая проекцию шума, интенсивность и проводимость. Кроме того, укажите воздействие на интенсивность шума изменения положения тела и дыхания. Каково артериальное давление в мм. рт. ст. (систолическое \ диастолическое)? 1-е измерение: 2-е измерение: Пожалуйста, проведите 2 последующих измерения через 5 и 10 минут, если показатели первого измерения превышали 140\90 3-е измерение: Укажите, пожалуйста, частоту пульса. Имеются ли какие-либо атеросклеротические изменения? Пальпируется ли пульс на артериях стоп? Имеются ли варикозное расширение вен или язвы?	
9. Имеются ли какие-либо нарушения со стороны брюшной полости, печени, селезенки при пальпации или перкуссии?  Считаете ли Вы, что органы пищеварения здоровы?	

<p>Анализы мочи  Мочу нужно сдать в период медицинского освидетельствования.  Если обнаружится альбумин, пожалуйста, проведите другой анализ рано утром.  Первый анализ:  альбумин:  сахар:  др. (пожалуйста, уточните):  Повторный анализ (рано утром)  альбумин:  сахар:  др. (пожалуйста, уточните):  Вы считаете, что органы мочеполовой системы в норме?  Для женщин:  Если женщина беременна, возможны ли какие-либо осложнения?</p>	
<p>11. Имеются ли какие-либо другие нарушения со стороны органов и систем не указанных выше?</p>	
<p>12. Укажите, пожалуйста, окончательный результат Вашего медицинского обследования.</p>	

\_\_\_\_\_ /  
Дата

\_\_\_\_\_ /  
Подпись

Ф.И.О.

Печать врача



Приложение №2  
к Правилам страхования жизни с условием периодических страховых выплат (рент, аннуитетов) и (или) с участием страхователя в инвестиционном доходе страховщика

**Документы для заключения договора страхования и оценки страховых рисков  
для юридических лиц и индивидуальных предпринимателей**

**1. Заявление на заключение договора с юридическим лицом**

**В ЗАО «Страховая компания «Югория-Жизнь»**

**ЗАЯВЛЕНИЕ**

**на заключение договора \_\_\_\_\_  
(наименование договора)**

**Страхователь \_\_\_\_\_  
(наименование организации без сокращений)**

**Организационно-правовая форма \_\_\_\_\_**

**Вид деятельности \_\_\_\_\_**

**Идентификационный номер налогоплательщика или код иностранной организации \_\_\_\_\_**

**Сведения о государственной регистрации (ОГРН) (для нерезидента – регистрационный номер в стране регистрации) \_\_\_\_\_**

**Серия и номер документа, подтверждающего государственную регистрацию \_\_\_\_\_**

**Место государственной регистрации \_\_\_\_\_**

**Адрес (место нахождения), указанный в ЕГРЮЛ\* \_\_\_\_\_**

**Место нахождения, указанное в учредительных документах \_\_\_\_\_**

**Дата государственной регистрации \_\_\_\_\_**

**Коды форм федерального государственного статистического наблюдения (при наличии) \_\_\_\_\_**

**Почтовый адрес и номера контактных телефонов \_\_\_\_\_**

Прошу заключить договор добровольного страхования в отношении работников организации.

**Программы страхования, включаемые в договор: \_\_\_\_\_**

**Срок страхования: \_\_\_\_\_ Количество работников в организации, всего \_\_\_\_\_ (чел.)**

**Количество работников, подлежащих страхованию \_\_\_\_\_ (чел.), в т. ч. в разрезе групп:**

№ п/п	Наименование группы	Количество работников (чел.)	Размер страховой суммы

**Наличие опасных условий труда\*\*:** \_\_\_\_\_  
*(описать, в чем заключаются опасные условия труда,*

*частоту и сменность работы работников в опасных условиях труда,*

*статистика несчастных случаев на производстве, в т.ч. со смертельным исходом)*

**Периодичность уплаты взносов:** \_\_\_\_\_  
*(единовременно, ежегодно, раз в полгода, ежеквартально, ежемесячно)*

**Страховая сумма, страховая премия устанавливаются в \_\_\_\_\_  
*(рублях РФ, долларах США, евро)***

**Особые условия договора:**

1. Работники на момент заключения договора страхования не отсутствовали на работе по болезни более чем 3 недели в году в течение предыдущих двух лет.

2. Работники были приняты на работу: женщины до достижения ими 50 лет, мужчины – 55 лет.

3. Размер страховых сумм по рискованной программе не превышает 5-кратного годового дохода работника.

Заявление является неотъемлемой частью договора страхования, сведения, изложенные в настоящем заявлении, являются достоверными и обязательными в течение всего срока действия договора страхования.

**Страхователь** \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
*Должность представителя Страхователя Подпись Расшифровка подписи*

**Дата и номер документа, подтверждающего полномочия представителя Страхователя:** \_\_\_\_\_

**Дата заполнения заявления « \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.**

\* - для нерезидента - адрес (место нахождения) представительства, отделения, иного обособленного подразделения нерезидента на территории Российской Федерации либо сведения о регистрации по месту жительства и о фактическом месте жительства (месте пребывания) физического лица – уполномоченного представителя нерезидента на территории Российской Федерации (при наличии);

\*\* - раздел заполняется в случае заключения договора по рискованной программе страхования.

## 2. Заявление на заключение договора с индивидуальным предпринимателем

### В ЗАО «Страховая компания «Югория-Жизнь»

#### ЗАЯВЛЕНИЕ

на заключение договора \_\_\_\_\_  
(наименование договора)

Страхователь \_\_\_\_\_  
(фамилия имя отчество)

Гражданство \_\_\_\_\_ Дата рождения \_\_\_\_\_ Место рождения \_\_\_\_\_

Данные документа, удостоверяющего личность\*: наименование \_\_\_\_\_  
серия \_\_\_\_\_ номер \_\_\_\_\_ дата выдачи \_\_\_\_\_ наименование органа, выдавшего документ, и код подразделения \_\_\_\_\_

Идентификационный номер налогоплательщика \_\_\_\_\_

Адрес регистрации по месту жительства \_\_\_\_\_

Адрес фактического места жительства (места пребывания) \_\_\_\_\_

Основной государственный регистрационный номер записи о государственной регистрации индивидуального предпринимателя (ОГРНИП): \_\_\_\_\_

Дата государственной регистрации и данные документа, подтверждающего факт внесения в Единый государственный реестр индивидуальных предпринимателей записи об указанной государственной регистрации \_\_\_\_\_

Наименование и адрес регистрирующего органа \_\_\_\_\_

Почтовый адрес и номера контактных телефонов \_\_\_\_\_

Прошу заключить договор добровольного страхования в отношении моих работников.

Программы страхования, включаемые в договор: \_\_\_\_\_

Срок страхования: \_\_\_\_\_ Количество работников, всего \_\_\_\_\_ (чел.)

Количество работников, подлежащих страхованию \_\_\_\_\_ (чел.), в т. ч. в разрезе групп:

№ п/п	Наименование группы	Количество работников (чел.)	Размер страховой суммы

Наличие опасных условий труда \*\*: \_\_\_\_\_  
(описать, в чем заключаются опасные условия труда,

частоту и сменность работы работников в опасных условиях труда,

статистика несчастных случаев на производстве, в т.ч. со смертельным исходом)

Периодичность уплаты взносов: \_\_\_\_\_  
(единовременно, ежегодно, раз в полгода, ежеквартально, ежемесячно)

Страховая сумма, страховая премия устанавливаются в \_\_\_\_\_  
(рублях РФ, долларах США, евро)

#### Особые условия договора:

1. Работники на момент заключения договора страхования не отсутствовали на работе по болезни более чем 3 недели в году в течение предыдущих двух лет.
2. Работники были приняты на работу: женщины до достижения ими 50 лет, мужчины – 55 лет.
3. Размер страховых сумм по рисковому договору не превышает 5-кратного годового дохода работника.

Заявление является неотъемлемой частью договора страхования, сведения, изложенные в настоящем заявлении, являются достоверными и обязательными в течение всего срока действия договора страхования.

Являетесь ли Вы иностранным публичным должностным лицом, его супругом, близким родственником (родственником по прямой восходящей или нисходящей линии (родителем или ребенком, дедушкой, бабушкой или внуком)), полноправным или неполноправным (имеющим общего отца или мать) братом или сестрой, усыновителем или усыновленным?  да /  нет

Страхователь \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ Дата заполнения « \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_ г.  
Подпись \_\_\_\_\_ Расшифровка подписи \_\_\_\_\_

\* - для иностранных граждан или лиц без гражданства - данные миграционной карты: серия, номер карты, дата начала срока пребывания и дата окончания срока пребывания, данные документа, подтверждающего право иностранного гражданина или лица без гражданства на пребывание (проживание) в Российской Федерации: серия (если имеется) и номер документа, дата начала срока действия права пребывания (проживания), дата окончания срока действия права пребывания (проживания);

\*\* - раздел заполняется в случае заключения договора по рисковому программ страхования.

### 3. Анкета Застрахованного лица

Анкета Застрахованного лица  
к Договору № \_\_\_\_\_

Заполняется Застрахованным лицом или законным представителем Застрахованного лица

ФИО застрахованного \_\_\_\_\_

Гражданство \_\_\_\_\_ Место рождения \_\_\_\_\_

В случае, если застрахованное лицо является иностранным гражданином или лицом без гражданства, в списке застрахованных лиц необходимо указать данные миграционной карты (серия, номер карты, дата начала срока пребывания и дата окончания срока пребывания, данные документа, подтверждающего право иностранного гражданина или лица без гражданства на пребывание (проживание) в Российской Федерации: серия (если имеется) и номер документа, дата начала срока действия права пребывания (проживания), дата окончания срока действия права пребывания (проживания)).

Идентификационный номер налогоплательщика (при его наличии) \_\_\_\_\_

На Застрахованном лице лежит обязанность полно и достоверно ответить на все вопросы, так как они связаны с оценкой вероятности наступления страхового случая по нему. Несоблюдение этого условия может повлечь признание договора страхования недействительным, отказ в страховой выплате.

Страховая компания отвечает за конфиденциальность сообщенной Вами информации.

<b>1. Укажите Ваши физические параметры:</b>			
Рост (см):	____ ____ ____	Вес (кг):	____ ____ ____
<b>2. Курите ли Вы?</b> <input type="checkbox"/> да / <input type="checkbox"/> нет	<b>Курили ли Вы ранее?</b> <input type="checkbox"/> да / <input type="checkbox"/> нет	<b>Если да, то сколько лет назад бросили?</b> ____	<b>Сколько лет курили?</b> ____
Если да, то укажите среднее количество выкуриваемых за 1 день: сигарет ____  сигар ____  трубок ____			
<b>3. Употребляете ли Вы пиво, вино или крепкие спиртные напитки?</b> <input type="checkbox"/> да / <input type="checkbox"/> нет			
Если да, то укажите среднее дневное количество употребления и тип алкоголя:			
<b>4. Получаете ли Вы в настоящий момент стационарную медицинскую помощь по любой причине?*</b> <input type="checkbox"/> да / <input type="checkbox"/> нет			
<b>5. Являетесь ли Вы:</b>			
5.1. Инвалидом I группы	<input type="checkbox"/> да / <input type="checkbox"/> нет	5.3. Инвалидом детства	<input type="checkbox"/> да / <input type="checkbox"/> нет
5.2. Инвалидом II группы	<input type="checkbox"/> да / <input type="checkbox"/> нет	5.4. Ребенком-инвалидом	<input type="checkbox"/> да / <input type="checkbox"/> нет
<b>6. Имеете ли Вы в настоящий момент или имели в прошлом установленный диагноз или подозрение на наличие следующих заболеваний*:</b>			
1) онкологические заболевания любой локализации, в том числе заболевания кроветворной и лимфатической системы			<input type="checkbox"/> да / <input type="checkbox"/> нет
2) системное заболевание соединительной ткани: ревматизм в активной фазе с острым, подострым, затяжным или непрерывно рецидивирующим течением; диффузные болезни соединительной ткани (системная красная волчанка, системная склеродермия, болезнь Шегрена), системный васкулит; ревматоидный артрит, подагра или заболевания костей и суставов			<input type="checkbox"/> да / <input type="checkbox"/> нет
3) инфаркт, аневризма сердца, аорты и центральных сосудов, боли в грудной клетке, высокое кровяное (артериальное) давление, сердцебиение, шумы в сердце, одышка, отеки, ишемическая болезнь сердца (ИБС), стенокардия, нарушения сердечного ритма (аритмия – тахикардия, брадикардия и др.), сердечная недостаточность, порок сердца, ревматизм или какие-либо другие признаки заболевания со стороны сердечнососудистой системы			<input type="checkbox"/> да / <input type="checkbox"/> нет
4) инсульт, острое нарушение мозгового кровообращения, органическое поражение центральной нервной системы; хроническое нарушение мозгового кровообращения			<input type="checkbox"/> да / <input type="checkbox"/> нет
5) туберкулез (активный или хронический) всех форм локализации			<input type="checkbox"/> да / <input type="checkbox"/> нет
6) заболевание печени, сопровождающееся недостаточностью её функции			<input type="checkbox"/> да / <input type="checkbox"/> нет
7) астма, бронхит, плеврит, пневмония, навязчивый кашель или другие признаки заболевания бронхо-легочной системы			<input type="checkbox"/> да / <input type="checkbox"/> нет
8) заболевание почек, сопровождающееся почечной недостаточностью (независимо от степени), заболевание мочеточников, мочевого пузыря, половых органов, простатит, белок в моче, отеки, камни в почках, другие нарушения со стороны почек, мочевого пузыря или органов мочеполовой системы			<input type="checkbox"/> да / <input type="checkbox"/> нет
9) необъяснимая периодически повторяющаяся или постоянная лихорадка, снижение веса, заболевания кожи			<input type="checkbox"/> да / <input type="checkbox"/> нет
10) гепатит В или С			<input type="checkbox"/> да / <input type="checkbox"/> нет
11) синдром приобретённого иммунодефицита (СПИД) и другие заболевания, связанные с вирусом иммунодефицита человека; заболевания, передающиеся половым путем (такие как сифилис, гонорея)			<input type="checkbox"/> да / <input type="checkbox"/> нет
12) какие-либо признаки заболевания органов зрения (нарушение зрения - близорукость, дальнозоркость – более 6 диоптрий, патология сетчатки, катаракта, глаукома и др.), ушей (хронический отит и др.), носа, глотки (тонзиллит, ангина и др.), полости рта, исключая грипп, ОРВИ, детские инфекционные заболевания, не оставившие последствий и осложнений			<input type="checkbox"/> да / <input type="checkbox"/> нет
13) заболевания, вызванные воздействием ионизирующего излучения			<input type="checkbox"/> да / <input type="checkbox"/> нет
14) профессиональное заболевание			<input type="checkbox"/> да / <input type="checkbox"/> нет
15) инсулинозависимый диабет (диабет I типа) средней (II) или тяжёлой (III) степени, или находящийся в состоянии декомпенсации, или сопровождающийся поражением других органов и систем (энтеропатия, гепатопатия, катаракта, остеоартропатия, дермопатия и др.), или при наличии его поздних осложнений (микроангиопатия, инфаркт миокарда, инсульт, гангрена ног, ретинопатия, нефропатия, нейропатия)			<input type="checkbox"/> да / <input type="checkbox"/> нет
16) алкоголизм, наркомания, токсикомания			<input type="checkbox"/> да / <input type="checkbox"/> нет
17) эпилепсия, потери сознания, «провалы» в памяти, параличи, судороги, рассеянный склероз или какие-либо нарушения в работе психической или нервной систем			<input type="checkbox"/> да / <input type="checkbox"/> нет

18) хроническая или хронически повторяющаяся диарея, язвенная болезнь желудка, двенадцатиперстной кишки или других органов желудочно-кишечного тракта, неспецифический язвенный колит, какие-либо жалобы со стороны желудка и кишечника	<input type="checkbox"/> да / <input type="checkbox"/> нет
19) повышенный уровень холестерина, повышенное содержание сахара в крови, увеличение щитовидной железы, другие эндокринные нарушения и заболевания желез (сахарный диабет, токсический зоб и др.)	<input type="checkbox"/> да / <input type="checkbox"/> нет
20) заболевание крови (анемия, нарушение свертываемости крови, новообразования или опухоли любого вида - лейкомия и др.)	<input type="checkbox"/> да / <input type="checkbox"/> нет
21) гастрит или подозрение на него, изжога, воспаление печени, желчного пузыря, поджелудочной железы, кишок, хроническая или хронически повторяющаяся диарея или другие признаки заболевания органов желудочно-кишечного тракта (печени, желчного пузыря, поджелудочной железы, желудка, 12-перстной кишки, других отделов толстого и / или тонкого кишечника), какие-либо другие жалобы со стороны желудка и кишечника	<input type="checkbox"/> да / <input type="checkbox"/> нет
22) артриты, артрозы, подагра, заболевания мышц, связок, позвоночника, межпозвоночных дисков (остеопороз, смещение дисков и позвонков и др.), какие-либо ограничения двигательных функций, другие заболевания костей и суставов	<input type="checkbox"/> да / <input type="checkbox"/> нет
23) острые аллергические реакции	<input type="checkbox"/> да / <input type="checkbox"/> нет
24) другие хронические или врожденные заболевания/состояния, не указанные в пп.1)-23) п. 6 настоящей анкеты	<input type="checkbox"/> да / <input type="checkbox"/> нет
<b>* В случае положительного ответа на какой-либо вопрос из раздела 4 и 6 необходимо указать диагноз, дату установления диагноза, длительность лечения, ФИО и медицинская специальность врача и медицинское учреждение, в котором Вы лечились (лечитесь):</b>	
<b>№</b>	<b>Комментарии</b>
<b>7. Принимаете ли Вы медицинские препараты в настоящее время?</b>	<input type="checkbox"/> да / <input type="checkbox"/> нет
Если да, то укажите, какие именно:	
<b>8. Получали ли Вы лечение препаратами крови или подвергались переливанию крови?</b>	<input type="checkbox"/> да / <input type="checkbox"/> нет
Если да, то укажите дату переливания:	
<b>9. Кто-либо из Ваших родителей, братьев, сестер умер или страдал от: диабета, инсульта, заболеваний сердца, рака, туберкулеза или психических заболеваний?</b>	<input type="checkbox"/> да / <input type="checkbox"/> нет
Если да, то укажите детали (кто именно, заболевание, возраст смерти):	
<b>10. Были ли у Вас удалены органы или части органов?</b>	<input type="checkbox"/> да / <input type="checkbox"/> нет
Если да, то укажите, какой орган/часть органа удален, дату удаления	
<b>11. Были ли у Вас переломы костей?</b>	<input type="checkbox"/> да / <input type="checkbox"/> нет
Если да, то укажите дату и характер перелома	
<b>12. Проходите ли Вы в настоящий момент военную службу или военные сборы?</b>	<input type="checkbox"/> да / <input type="checkbox"/> нет
<b>13. Отбываете ли Вы в настоящий момент наказание в виде лишения или ограничения свободы, ареста?</b>	<input type="checkbox"/> да / <input type="checkbox"/> нет
<b>14. Работаете ли Вы со взрывчатыми веществами?</b>	<input type="checkbox"/> да / <input type="checkbox"/> нет
<b>15. Работаете ли Вы сейчас или работали ранее на вредном производстве?</b>	<input type="checkbox"/> да / <input type="checkbox"/> нет
Если да, то укажите, где работали, когда и в течение какого времени:	
<b>16. Участвуете ли Вы в испытаниях военной техники или иных подобных операциях в качестве гражданского служащего?</b>	<input type="checkbox"/> да / <input type="checkbox"/> нет
<b>17. Участвуете ли Вы в качестве биологического объекта экспериментов, клинических исследований и испытаний?</b>	<input type="checkbox"/> да / <input type="checkbox"/> нет
<b>18. Занимаетесь ли Вы опасными видами спорта?</b>	<input type="checkbox"/> да / <input type="checkbox"/> нет
Если да, то укажите вид (виды) спорта:	
<b>19. Участвуете ли Вы в соревнованиях по каким-либо видам спорта на любительском уровне?</b>	<input type="checkbox"/> да / <input type="checkbox"/> нет
Если да, то укажите вид (виды) спорта:	
<b>20. Занимаетесь ли Вы каким-либо видом спорта профессионально?</b>	<input type="checkbox"/> да / <input type="checkbox"/> нет
Если да, то укажите вид (виды) спорта:	
<b>21. Участвуете ли Вы в соревнованиях по каким-либо видам спорта на профессиональном уровне?</b>	<input type="checkbox"/> да / <input type="checkbox"/> нет
Если да, то укажите вид (виды) спорта:	
<b>22. Вопрос для женщин: Беременны ли Вы?</b>	<input type="checkbox"/> да / <input type="checkbox"/> нет
Если да, то укажите срок беременности (количество недель):	
<b>23. Вопрос для мужчин: Проходили ли Вы военную службу?</b>	<input type="checkbox"/> да / <input type="checkbox"/> нет
Если нет, то укажите причину (в случае, если освобождение или увольнение связано с состоянием здоровья, необходимо указать диагноз):	
<b>24. Планируете ли Вы совершать поездки за рубеж (кроме стран Европы, Северной Америки, Австралии, Японии)?</b>	<input type="checkbox"/> да / <input type="checkbox"/> нет
Если да, то укажите страну и цель, предполагаемую длительность и условия пребывания:	
<b>25. Подавали ли Вы заявление на страхование жизни или страхование от несчастных случаев в какую-либо другую страховую компанию в течение последних двух лет?</b>	<input type="checkbox"/> да / <input type="checkbox"/> нет
Если да, то укажите, в какую компанию:	

<b>26. Было ли Ваше заявление на страхование жизни или страхование от несчастных случаев когда-либо отложено на определенное время, отклонено или принято на специальных условиях?</b>	<input type="checkbox"/> да / <input type="checkbox"/> нет
Если да, то укажите причину отклонения или принятия заявления на специальных условиях:	
<b>27. Имеете ли Вы действующие полисы по страхованию жизни или страхованию от несчастных случаев?</b>	<input type="checkbox"/> да / <input type="checkbox"/> нет
Если да, то укажите, на какую страховую сумму и количество полисов:	
<b>28. Являетесь ли Вы иностранным публичным должностным лицом, его супругом, близким родственником (родственником по прямой восходящей или нисходящей линии (родителем или ребенком, дедушкой, бабушкой или внуком)), полнородным или неполнородным (имеющим общего отца или мать) братом или сестрой, усыновителем или усыновленным?</b>	<input type="checkbox"/> да / <input type="checkbox"/> нет

Заявляю, что представленные мною ответы являются исчерпывающими и верными, и я понимаю, что сообщенная информация может иметь решающее значение при заключении договора страхования и при решении вопроса о страховой выплате.

В соответствии со ст. 13, ст. 22 Федерального закона РФ №323-ФЗ от 21 ноября 2011г. «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», разрешаю любому медицинскому или иному учреждению, а также врачам, иным специалистам, должностным лицам, имеющим информацию о состоянии моего здоровья, фактах моего обращения за медицинской помощью, перечне лечебных учреждений, куда я обращался за медицинской помощью за запрашиваемый период времени, с указанием диагнозов и дат обращений, для решения вопроса о возможности производства страховой выплаты по заявленному случаю, сообщать эту информацию в страховую компанию ЗАО СК «Югория-Жизнь», по её письменному запросу, или её представителю. Данное согласие действительно на весь период действия договора страхования.

Обязуюсь незамедлительно уведомить Страховщика о любых изменениях сообщенных выше данных после наступления таковых.

Предоставляю страховой компании право произвести индивидуальную оценку риска, и если будет необходимо, предложить мне изменить условия страхования, предложить мне предоставить дополнительные данные или предложить пройти медицинское обследование.

С Правилами страхования я ознакомлен(а), понял(а) и согласен(на) с условиями заключаемого договора.

**Застрахованное лицо\*** \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ **Дата заполнения** «\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.  
Подпись ФИО

\* - Представитель Застрахованного лица: в случае, если Застрахованное лицо не достигло 18-ти лет – отец, мать или законный опекун. В случае, если представитель по доверенности, то указать дату и номер документа, подтверждающего наличие соответствующих полномочий представителя физического лица: \_\_\_\_\_

## СТРАХОВОЙ ПОЛИС

№ \_\_\_\_\_

дата вступления договора в силу с «\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_г.

**1. Страховщик:** Закрытое акционерное общество «Страховая компания «Югория-Жизнь», Лицензия С № 4014 86 на осуществление страхования, 628012, Российская Федерация, Тюменская область, Ханты-Мансийский автономный округ – Югра, г. Ханты-Мансийск, ул. Комсомольская, д. 61; ИНН/КПП 8601027509/860101001; Тел. 8-800-100-82-00, Р/с 40701810000000000035 в ОАО «Ханты-Мансийский банк» г. Ханты-Мансийск, К/с 301018101000000000740; БИК 047162740

**2. Страхователь:** \_\_\_\_\_

Дата рождения: \_\_\_\_\_

Гражданство: \_\_\_\_\_

Паспортные данные: \_\_\_\_\_

Место фактического проживания: \_\_\_\_\_

**3. Застрахованное лицо:** \_\_\_\_\_

Дата рождения: \_\_\_\_\_

Гражданство: \_\_\_\_\_

Паспортные данные: \_\_\_\_\_

Место фактического проживания: \_\_\_\_\_

**4. Выгодоприобретатели:**

4.1. На случай смерти Застрахованного лица:

4.1.1. \_\_\_\_\_

4.1.2. \_\_\_\_\_

4.1.3. \_\_\_\_\_

4.2. На случай дожития Застрахованного лица до окончания срока страхования или до срока выплаты страховой ренты (начала выплаты наследуемой ренты):

4.2.1. \_\_\_\_\_

4.2.2. \_\_\_\_\_

4.2.3. \_\_\_\_\_

**5. Программы страхования:**

№ п/п	Наименование программы страхования*	Страховая сумма	Страховой взнос	Срок страхования
	Основная программа:			
	Дополнительные программы:			

\* - страховые случаи предусмотрены главой III Правил страхования.

**6. Порядок уплаты страховых взносов:**

6.1. Итого страховой взнос по Страховому полису: \_\_\_\_\_

6.2. Периодичность уплаты страхового взноса: \_\_\_\_\_ числа каждого \_\_\_\_\_

6.3. Срок уплаты страховых взносов/страховой премии:

с « \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_ г. по « \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_ г.

7. Льготный период \_\_\_\_\_ дней со дня, следующего за датой, установленной в качестве даты оплаты очередного страхового взноса.

8. Валюта договора (условная единица): \_\_\_\_\_

9. Периодичность выплаты страховой ренты: ежемесячно

10. Дата начала выплаты страховой ренты: « \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_ г.

11. Срок выплаты страховой ренты: « \_\_\_\_ » число каждого месяца до « \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_ г.

12. Особые условия: \_\_\_\_\_

13. Срок действия Страхового полиса \_\_\_\_\_

Нижеследующей подписью Страхователь подтверждает, что он ознакомлен со Страховым полисом, Условиями Страхового полиса и Правилами страхования, а также получил в подлинной форме один экземпляр Страхового полиса, Условий Страхового полиса, Правил страхования и копию заявления на заключение договора страхования.

**Страхователь**

\_\_\_\_\_

*подпись*

\_\_\_\_\_

*Ф.И.О. Страхователя*

**Страховщик**

\_\_\_\_\_

*подпись*

\_\_\_\_\_

*Ф.И.О. Представителя Страховщика*

**м.п. Страховщика**

Дата подписания Страхового полиса:

« \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_ г.

Доверенность Представителя Страховщика

№ \_\_\_\_\_ от « \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_ г.

Приложение №4

к Правилам страхования жизни с условием периодических страховых выплат (рент, аннуитетов) и (или) с участием страхователя в инвестиционном доходе страховщика

ДОГОВОР №\_\_ - \_\_\_\_ - \_\_/\_\_

от «\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.

\_\_\_\_\_ (место заключения договора)

Закрытое акционерное общество «Страховая компания «Югория-Жизнь», именуемое в дальнейшем Страховщик, в лице \_\_\_\_\_,

(ФИО Директора филиала/Агентства по долгосрочному страхованию)

действующего на основании Доверенности №\_\_\_\_\_ от «\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_ г. (Приложение №1 к настоящему договору), с одной стороны, и \_\_\_\_\_, именуемое в дальнейшем

(полное наименование юридического лица)

Страхователь, в лице \_\_\_\_\_, действующего на основании \_\_\_\_\_ (ФИО уполномоченного лица на заключение настоящего договора) \_\_\_\_\_ (Приложение №2

(Устава, Положения, доверенности (указать номер и дату выдачи доверенности))

к настоящему договору), с другой стороны, совместно именуемые в дальнейшем Стороны, в соответствии с Правилами Страхования жизни с условием периодических страховых выплат (рент, аннуитетов) и (или) с участием страхователя в инвестиционном доходе страховщика, Редакция \_\_ от \_\_.\_\_.200\_\_г. (Приложение №3 к настоящему договору), далее именуемые Правила страхования, заключили настоящий договор о нижеследующем:

## 1. ПРЕДМЕТ ДОГОВОРА

1.1. По настоящему договору Страхователь обязуется уплатить страховую премию в размере, в порядке и в сроки, предусмотренные настоящим договором, а Страховщик обязуется при наступлении обусловленных настоящим договором страховых случаев выплатить Застрахованному лицу или назначенному Выгодоприобретателю обусловленное настоящим договором страховое обеспечение.

## 2. ОБЪЕКТ СТРАХОВАНИЯ, ЗАСТРАХОВАННЫЕ ЛИЦА

2.1. Объектом страхования по настоящему договору являются не противоречащие законодательству Российской Федерации имущественные интересы, связанные со смертью, дожитием Застрахованного лица (Застрахованных лиц), указанного (указанных) в Списке Застрахованных лиц по программе «\_\_\_\_\_» (Приложение №4 к настоящему договору), до определенного срока.

## 3. ПРОГРАММЫ СТРАХОВАНИЯ. СТРАХОВЫЕ СЛУЧАИ, ПОДЛЕЖАЩИЕ СТРАХОВАНИЮ

3.1. Настоящий договор заключен по программе «\_\_\_\_\_».

Страховые случаи:

- 3.1.1. \_\_\_\_\_;
- 3.1.2. \_\_\_\_\_.

## 4. СТРАХОВАЯ СУММА

4.1. Страховая сумма – денежная сумма, установленная настоящим договором, исходя из которой устанавливаются размеры страховой премии (страховых взносов) и страхового обеспечения.

4.2. Страховая сумма определяется по соглашению Сторон и указывается в Списке Застрахованных лиц по программе «\_\_\_\_\_» (Приложение № 4 к настоящему договору).

4.3. Общая страховая сумма по договору определяется путем сложения страховых сумм на каждое Застрахованное лицо.

4.4. Общая страховая сумма по настоящему договору составляет \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_\_) рублей \_\_ копеек.

## 5. СТРАХОВАЯ ПРЕМИЯ

5.1. Общая сумма страховой премии по настоящему договору составляет \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_\_) руб.

Сумма прописью

5.2. Страховая премия по договору уплачивается Страхователем единовременно/ в рассрочку в порядке наличного/безналичного расчета равными страховыми взносами по \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_\_) руб. не позднее \_\_\_\_-го числа каждого месяца/квартала/полугодия/года в течение \_\_\_\_\_ лет/месяцев.

5.3. Срок уплаты страховой премии/первого страхового взноса – до «\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.

5.4. Страховая премия уплачивается в рублях Российской Федерации.

5.5. Страховые взносы/премия уплачиваются Страхователем в форме безналичного перечисления на расчетный счет Страховщика или наличными денежными средствами непосредственно в кассу Страховщика или страховому агенту, чьи полномочия подтверждены соответствующей доверенностью, либо другим согласованным со Страховщиком способом. Страховщик не несет ответственность за утрату денег Страхователя при оплате страховых взносов способами, не согласованными со Страховщиком.

5.6. Днём уплаты страхового взноса считается день зачисления денежных средств на расчетный счет Страховщика (при безналичной форме расчетов), день поступления денежных средств в кассу Страховщика или день, указанный в квитанции или ином платежном документе, подтверждающем передачу денежных средств Агенту (финансовому консультанту) Страховщика по доверенности.

5.7. В случае если Страхователь не уплачивает страховые взносы в размерах и в сроки, предусмотренные пп.5.2, 5.3 настоящего договора, устанавливается период, во время которого договор остаётся в силе без изменений обязательств Страховщика (далее – Льготный период). Длительность Льготного периода устанавливается на срок 30 дней со дня, следующего за датой, установленной в качестве даты оплаты очередного страхового взноса.

5.8. Если к концу Льготного периода задолженность по уплате очередного страхового взноса не будет погашена Страхователем, то договор переводится в оплаченный или прекращает свое действие в соответствии с условиями выбранных программ страхования.

5.9. При переводе договора в оплаченный Страхователь и Страховщик заключают Дополнительное соглашение о переводе договора в оплаченный. При переводе договора в оплаченный в соответствии с п.5.8 настоящего договора Страховщик направляет Страхователю уведомительное письмо о переводе договора в оплаченный (фактом уведомления Страхователя считается факт отправки уведомительного письма на адрес Страхователя, указанный в разделе 16 настоящего договора).

5.10. При переводе договора в оплаченный происходит изменение условий договора путем уменьшения страховой суммы по программе. Срок страхования при переводе договора в оплаченный не меняется.

5.11. Договор, переведенный в оплаченный, продолжает своё действие на условиях, установленных Дополнительным соглашением о переводе договора в оплаченный либо

уведомительным письмом о переводе договора в оплаченный. После перевода договора в оплаченный Страхователь освобождается от обязанности по дальнейшей плате взносов, но имеет право в любое время до окончания срока страхования (периода уплаты взносов) увеличить страховую сумму по программе «\_\_\_\_\_», подписав соответствующее Дополнительное соглашение и продолжив уплату страховых взносов.

## 6. СРОК ДЕЙСТВИЯ ДОГОВОРА И СРОК СТРАХОВАНИЯ

6.1. Настоящий договор заключен на \_\_\_\_\_ ( \_\_\_\_\_ ) лет/года.  
Числом Прописью

6.2. Настоящий договор вступает в силу с 00 часов даты, следующей за датой уплаты страховой премии или первого страхового взноса.

6.3. Если по истечении 60 (шестидесяти) дней с даты, установленной п.5.3. настоящего договора, *страховая премия/первый страховой взнос* не будет уплачена (*уплачен*) в полном объеме, то настоящий договор признается не вступившим в силу и не влечет обязанностей для Страховщика и Страхователя.

6.4. Срок страхования устанавливается для каждого Застрахованного лица. Дата начала и дата окончания срока страхования указываются в списке Застрахованных лиц по программе «\_\_\_\_\_» (Приложении № 4 к настоящему договору).

6.5. В случаях, не предусмотренных настоящим договором, условия и порядок прекращения настоящего договора определяются Правилами страхования и законодательством Российской Федерации.

## 7. ПРАВА И ОБЯЗАННОСТИ СТОРОН

7.1. Страховщик обязан:

7.1.1. в случае принятия решения о признании произошедшего события страховым случаем произвести страховую выплату в соответствии с условиями настоящего договора;

7.1.2. в случае принятия решения о признании заявленного события нестраховым случаем письменно отказать в признании заявленного события страховым случаем и в выплате страхового обеспечения, мотивированно обосновав причины отказа.

7.2. Страхователь обязан:

7.2.1. своевременно уплачивать страховые взносы;

7.2.2. при заключении настоящего договора сообщить Страховщику всю существенную информацию. Существенной является информация, изложение которой требуется от Страхователя Страховщиком при заполнении документов для заключения настоящего договора и Приложений к настоящему договору;

7.2.3. в случае изменения в период страхования данных, представленных Страхователем Страховщику при заключении настоящего договора, Страхователь обязан незамедлительно в письменной форме сообщить о произошедших изменениях Страховщику, при этом, в случае увеличения степени риска наступления страхового случая, Страховщик вправе потребовать изменения условий настоящего договора или уплаты дополнительной страховой премии;

7.2.4. представить имеющиеся документы и материалы, необходимые для принятия Страховщиком решения о признании произошедшего события страховым случаем.

7.3. В случаях, не предусмотренных настоящим договором, права, обязательства и ответственность Сторон по настоящему договору определяется в соответствии с действующим законодательством Российской Федерации и Правилами страхования.

## 8. ВЫПЛАТА СТРАХОВОГО ОБЕСПЕЧЕНИЯ

8.1. При наступлении событий, имеющих признаки страховых случаев, предусмотренных настоящим договором, Страховщик обязан принять решение о признании (непризнании)

заявленного события страховым случаем в сроки и в порядке, предусмотренные Правилами страхования.

8.2. Если при наступлении страховых случаев, предусмотренных п. 3.1. настоящего договора, у Страхователя имеется задолженность по уплате страховых взносов по договору, Страховщик вправе из страхового обеспечения, причитающегося Застрахованному лицу (Выгодоприобретателю), вычесть долю просроченных страховых взносов. При этом доля просроченных страховых взносов на каждое Застрахованное лицо рассчитывается пропорционально доле страховой премии по каждому Застрахованному лицу в общей сумме страховой премии по договору.

8.3. Страховое обеспечение выплачивается в рублях Российской Федерации.

8.4. В случаях, не предусмотренных настоящим договором, обязательства Сторон и порядок осуществления страховой выплаты определяются Правилами страхования и законодательством Российской Федерации.

## **9. ИЗМЕНЕНИЕ УСЛОВИЙ ДОГОВОРА**

9.1. Настоящий договор может быть изменен по взаимному соглашению Сторон в части, определяющей страховую сумму.

9.2. Список Застрахованных лиц (Приложение №4 к настоящему договору) может быть изменен по согласованию Сторон один раз в месяц/квартал/полугодие/год (*оставить нужное в зависимости от периодичности уплаты взносов*) в форме Дополнительного соглашения.

9.3. Для изменения Списка Застрахованных лиц Страхователь обязан предоставить Страховщику информацию об изменениях фактического списка работников, застрахованных по данному договору.

9.4. Исключение Застрахованного лица из списка производится с его согласия путем досрочного прекращения договора в отношении этого Застрахованного лица. Выкупная сумма/часть уплаченных страховых взносов при этом возвращается Страхователю или по письменному заявлению Страхователя направляется в качестве дополнительного взноса для увеличения страховых сумм других Застрахованных лиц либо в счёт уплаты будущих страховых взносов по договору.

9.5. В случае дополнения списка Застрахованных лиц в период действия договора, дополнительный взнос рассчитывается исходя из тарифа, соответствующего возрасту, полу нового Застрахованного лица и сроку страхования.

9.6. Если Застрахованное лицо предъявило требования к Страховщику, условия настоящего договора не могут быть изменены без письменного согласия лиц, предъявивших требования.

9.7. Любые изменения и дополнения к договору действительны при условии, если они совершены в письменной форме в виде Дополнительных соглашений к договору и подписаны сторонами или надлежаще уполномоченными на то представителями Сторон.

## **10. ПРЕКРАЩЕНИЕ ДОГОВОРА**

10.1. Действие настоящего договора страхования прекращается в случаях, предусмотренных Правилами страхования.

10.2. При досрочном прекращении договора, если это предусмотрено условиями программы страхования, выплачивается выкупная сумма в расчёте на каждое Застрахованное лицо в размере 100% от суммы сформированных на момент расторжения договора математического резерва и резерва дополнительных выплат (страховых бонусов) независимо от года действия договора и формы уплаты страховой премии. При выплате выкупной суммы из неё удерживаются все задолженности Страхователя по договору.

10.3. Страховщик вправе требовать досрочно расторгнуть настоящий договор, в случае нарушения Страхователем, Застрахованным лицом обязанностей и условий договора.

10.4. Прекращение действия договора не освобождает Стороны от ответственности за нарушение его условий.

## **11. КОНФИДЕНЦИАЛЬНОСТЬ**

11.2. Условия, Дополнительные соглашения и иная информация, полученная Страховщиком в соответствии с настоящим договором, конфиденциальны и не подлежат разглашению.

11.3. Страховщик вправе использовать информацию о заключении настоящего договора в целях рекламы своей страховой деятельности.

## **12. ВЗАИМООТНОШЕНИЯ СТОРОН И РАЗРЕШЕНИЕ СПОРОВ**

12.2. Все уведомления и извещения в связи с исполнением и прекращением настоящего договора направляются по почтовым адресам, которые указаны в настоящем договоре. В случае изменения адресов и/или реквизитов Стороны обязаны заблаговременно известить друг друга об этом. Если одна из Сторон не была заблаговременно известена об изменении адреса и/или реквизитов другой Стороны, то все уведомления и извещения, направленные по прежнему адресу, будут считаться полученными с даты их поступления по прежнему адресу. Любые уведомления и извещения в связи с заключением, исполнением, изменением или прекращением правоотношений в рамках настоящего договора считаются направленными Сторонами в надлежащем порядке, если они совершены в письменной форме и направлены контрагенту посредством почтовой связи (экспресс-почта; заказная корреспонденция), курьером (вручение под расписку уполномоченного лица).

12.3. Все споры по настоящему договору между Сторонами разрешаются в соответствии с Правилами страхования и законодательством Российской Федерации.

## **13. ФОРС-МАЖОР**

13.1. Исполнение Сторонами обязательств по настоящему договору в случае наступления обстоятельств непреодолимой силы (форс-мажор), препятствующих частичному или полному исполнению одной из Сторон обязательств по настоящему договору, не зависящих от Сторон, предотвратить которые Стороны не могут, осуществляется в соответствии с Правилами страхования и законодательством Российской Федерации.

## **14. ДОПОЛНИТЕЛЬНЫЕ УСЛОВИЯ И ЗАКЛЮЧИТЕЛЬНЫЕ ПОЛОЖЕНИЯ**

14.1. Во всем, что не предусмотрено настоящим договором, Стороны руководствуются Правилами страхования и законодательством Российской Федерации.

14.2. Все Приложения, Дополнительные соглашения к настоящему договору являются его неотъемлемой частью.

14.3. Настоящий договор составлен в двух экземплярах, имеющих одинаковую юридическую силу, по одному для каждой Стороны.

14.4. Нижеследующей подписью Страхователь подтверждает, что он с Правилами страхования ознакомлен, на руки получил и обязуется выполнять.

## **15. ПРИЛОЖЕНИЯ**

15.1. Приложение №1 - копия Доверенности ЗАО СК «Югория-Жизнь» № \_\_\_\_ от « \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_ г. на имя \_\_\_\_\_.

15.2. Приложение № 2 - копия Доверенности/Устава/Положения № \_\_\_\_ от « \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_ г. на имя \_\_\_\_\_.

15.3. Приложение № 3 - \_\_ редакция «\_\_\_\_\_»,  
утвержденная \_\_ \_\_\_\_\_ 200\_\_ года.

15.4. Приложение № 4 - список Застрахованных лиц по программе «\_\_\_\_\_».

## 16. АДРЕСА, РЕКВИЗИТЫ И ПОДПИСИ СТОРОН

### СТРАХОВЩИК

**ЗАО «Страховая компания «Югория-Жизнь»**

Адрес: г. Ханты-Мансийск

ул. Комсомольская д.61

ИНН 8601027509

КПП 860101001

БИК 047162740

р/с 40701810000000000035

к/с 301018101000000000740

в ОАО Ханты-Мансийский Банк

г. Ханты-Мансийск

### СТРАХОВАТЕЛЬ

\_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
Адрес: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
ИНН \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
р/с \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
в \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
к/с \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
БИК \_\_\_\_\_,

\_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
ОКПО \_\_\_\_\_

Представитель

\_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
Подпись и ФИО Директора филиала/Агентства

М.П.

Доверенность № \_\_\_\_ от « \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_ г.

\_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
М.П.

Исполнитель

\_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
Подпись / Расшифровка подписи

Канал продаж: \_\_\_\_\_  
(агентский/корпоративный)

Приложение №5

к Правилам страхования жизни с условием периодических страховых выплат (рент, аннуитетов) и (или) с участием страхователя в инвестиционном доходе страховщика

В ЗАО СК «Югория-Жизнь»

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
(Ф.И.О. заявителя)

**Заявление**

Прошу выплатить мне страховое обеспечение по Договору серия \_\_\_\_\_ № \_\_\_\_\_ от « \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_\_ года в связи с \_\_\_\_\_

(указывается характер страхового случая, дата и обстоятельства наступления страхового случая)

(либо: в связи с дожитием до даты начала выплаты страховой ренты, установленной Договором, периодическими платежами не позднее \_\_\_\_\_ числа каждого месяца/квартала/полугодия/года *(нужное подчеркнуть)*) и перечислить причитающееся мне страховое обеспечение на реквизиты:

Лицевой расчетный счет заявителя: \_\_\_\_\_  
Наименование банка: \_\_\_\_\_  
Местонахождение банка: \_\_\_\_\_  
Р/сч банка: \_\_\_\_\_  
Кор/сч банка: \_\_\_\_\_  
БИК банка: \_\_\_\_\_  
ИНН банка: \_\_\_\_\_  
КПП банка: \_\_\_\_\_

**Сведения о заявителе:**

Дата рождения: | Д | Д | . | М | М | . | Г | Г | Г | Г |

Место рождения: \_\_\_\_\_

Гражданство: \_\_\_\_\_

Документ, удостоверяющий личность: наименование \_\_\_\_\_  
серия \_\_\_\_\_ номер \_\_\_\_\_

Дата выдачи: | Д | Д | . | М | М | . | Г | Г | Г | Г | Кем выдан: \_\_\_\_\_

Код подразделения (если имеется): | \_ | \_ | \_ | \_ | - | \_ | \_ | \_ | \_ |

Данные миграционной карты: серия \_\_\_\_\_ номер \_\_\_\_\_

Дата начала срока пребывания: | Д | Д | . | М | М | . | Г | Г | Г | Г |

Дата окончания срока пребывания: | Д | Д | . | М | М | . | Г | Г | Г | Г |

Данные документа, подтверждающего право иностранного гражданина или лица без гражданства на пребывание (проживание) в РФ: серия (если имеется) \_\_\_\_\_ номер \_\_\_\_\_

Дата начала срока действия права пребывания (проживания) | Д | Д | . | М | М | . | Г | Г | Г | Г |

Дата окончания срока действия права пребывания (проживания) | Д | Д | . | М | М | . | Г | Г | Г | Г |

Дата и номер документа, подтверждающего наличие соответствующих полномочий представителя выгодоприобретателя: \_\_\_\_\_

Являюсь/не являюсь иностранным публичным должностным лицом, его супругом, близким родственником (родственником по прямой восходящей или нисходящей линии (родителем или ребенком, дедущкой, бабушкой или внуком), полнородными или неполнородными (имеющим общего отца или мать) братом или сестрой, усыновителем или усыновленным): \_\_\_\_\_

Адрес регистрации: \_\_\_\_\_

Место жительства (место пребывания) \_\_\_\_\_

Тел. дом. | \_ | \_ | \_ | \_ | \_ | \_ | \_ | \_ | \_ | \_ | | Тел. моб. | \_ | \_ | \_ | \_ | \_ | \_ | \_ | \_ | \_ | \_ |

ИНН | \_ | \_ | \_ | \_ | \_ | \_ | \_ | \_ | \_ | \_ |

**Приложения:**

1. Страховой полис: серия \_\_\_\_\_ номер \_\_\_\_\_ от « \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_\_ г.
2. Копия паспорта на имя \_\_\_\_\_
3. \_\_\_\_\_  
« \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_\_ г.

\_\_\_\_\_  
(подпись заявителя)

**ТАРИФНОЕ РУКОВОДСТВО**  
**к Правилам страхования жизни с условием периодических**  
**страховых выплат (рент, аннуитетов) и (или) с участием страхователя в**  
**инвестиционном доходе страховщика**

## Преамбула

1. Настоящее Тарифное руководство определяет в соответствии с Правилами страхования жизни с условием периодических страховых выплат (рент, аннуитетов) и (или) с участием страхователя в инвестиционном доходе страховщика (далее – Правила) Закрытого акционерного общества «Страховая Компания «Югория-Жизнь» (далее – Страховщик) страховые тарифы страхования жизни с условием периодических страховых выплат (рент, аннуитетов) и (или) с участием страхователя в инвестиционном доходе страховщика.

2. По программам «Пожизненная финансовая защита и наследство», «Страхование на дожитие», «Страхование на дожитие с защитой накоплений», «Страхование на срок», «Смешанное страхование жизни», «Страхование на случай установления инвалидности по причине несчастного случая или болезни», «Страхование от критических заболеваний - б», «Страхование от критических заболеваний - 11» приводится два вида тарифов в зависимости от порядка внесения страховой премии Страхователем:

- при уплате страховой премии в рассрочку (ежемесячно, ежеквартально, раз в полгода, ежегодно);
- при уплате страховой премии в виде единовременного взноса.

По программе «Освобождение от уплаты страховых взносов» уплата страховой премии производится только в рассрочку.

3. По программам, предусматривающим выплату ренты, страховой тариф определяется путём умножения базового тарифа по соответствующим программам с единовременной выплатой на стоимость ренты:

Программа с выплатой ренты	Базовый тариф программы
Пожизненная страховая рента	Страхование на дожитие
Срочная рента	Страхование на дожитие
Пожизненная рента с защитой накоплений	Страхование на дожитие с защитой накоплений
Срочная наследуемая рента с защитой накоплений	Страхование на дожитие с защитой накоплений

Стоимость ренты в расчёте на 1 руб. страховой суммы (годовой ренты) приведена в таблицах № 11-1, 11-2, 12, 13 настоящего тарифного руководства.

4. По результатам андеррайтинга Страховщик имеет право применять к тарифам программ страхования, предусматривающим риск смерти по любой причине, риск установления инвалидности или риск первичного диагностирования критического заболевания, поправочные коэффициенты:

4.1. в связи с обстоятельствами, имеющими существенное значение для определения степени страхового риска:

- состояние здоровья Застрахованного лица – в пределах 1,01-3,0;
- профессия Застрахованного лица – в пределах 1,01-3,0;
- наличие у Застрахованного лица вредных привычек, хобби и увлечений,

связанных с повышенной степенью риска смерти и телесных повреждений – в пределах 1,01-5,0.

4.2. в связи с условиями страхования (время действия страховой защиты, количество застрахованных и т.п.) – в пределах 0,3-0,9.

<b>Правила страхования жизни с условием периодических страховых выплат (рент, аннуитетов) и (или) с участием страхователя в инвестиционном доходе страховщика</b>	
<b>Программа "Пожизненная финансовая защита и наследство"</b>	
<b>Тарифы единовременных взносов для мужчин (в единицах на 100 единиц страховой суммы).</b>	
Норма доходности=0.04	Таблица 1-1
Возраст	Тарифы пожизненного страхования, %
18	23,762
19	24,513
20	25,261
21	26,004
22	26,747
23	27,503
24	28,278
25	29,081
26	29,914
27	30,779
28	31,671
29	32,587
30	33,517
31	34,461
32	35,427
33	36,423
34	37,442
35	38,477
36	39,529
37	40,603
38	41,700
39	42,814
40	43,939
41	45,078
42	46,231
43	47,403
44	48,589
45	49,786
46	50,991
47	52,205
48	53,418
49	54,628
50	55,853
51	57,091
52	58,328
53	59,551
54	60,757
55	61,954
56	63,143
57	64,328
58	65,510
59	66,687
60	67,856
61	69,020
62	70,178
63	71,328

64	72,467
65	73,596
66	74,711
67	75,813
68	76,900
69	77,970
70	79,021
71	80,053
72	81,066
73	82,061
74	83,036
75	83,991
76	84,925
77	85,837
78	86,727
79	87,598
80	88,446