

ИНФОРМАЦИЯ О СТРАХОВЩИКЕ

Полное наименование: Акционерное общество «Д2 Страхование».

Сокращенное наименование: АО «Д2 Страхование».

Номер в реестре субъектов страхового дела 1412.

ОГРН 1025403197995, ИНН 5407197984, КПП 540701001.

Устав утвержден Общим собранием акционеров (протокол № б/н от 13.04.2017).

Общая информация:

АО «Д2 Страхование» работает на рынке страховых услуг с 1992 г. Стратегия компании ориентирована на комплексное развитие программ страхования в канале B2B, включая банкострахование. В числе основных направлений: страхование имущества граждан, страхование от несчастных случаев и болезней; страхование финансовых рисков, страхование средств наземного транспорта, страхование ответственности арбитражных управляющих. Перестраховочную защиту портфелей компании обеспечивают ведущие российские и зарубежные перестраховщики.

Юридический адрес / почтовый адрес / адрес места нахождения – обслуживание частных и корпоративных клиентов:

630099, г. Новосибирск, ул. Депутатская, д.2, помещ. 1

Телефон: 8 800 7755 290 (звонок по России бесплатный).

E-mail: info@d2insur.ru **Сайт:** www.d2insur.ru

Московское представительство (обслуживание корпоративных клиентов): 115035, г. Москва, вн. тер. г. муниципальный округ Замоскворечье, наб. Космодамианская, д. 52 стр. 1.

Режим работы офиса по адресу места нахождения и представительство:

пн-чт 09.00-18.00, пт 09.00-17.00, перерыв 12.00-12.48, сб-вс – выходной.

Сведения об акционерах:

Игорь Владимирович Ким: 79,05%

Юрий Викторович Вавилов: 17,76%

Иные акционеры: 3,19%.

Подробнее на www.d2insur.ru/company/documents-and-requisites/ (Главная / О компании / Документы и реквизиты).

Сведения о составе Совета директоров:

Юрий Викторович Вавилов (председатель Совета директоров)

Игорь Владимирович Ким

Кирилл Владимирович Нифонтов

Марина Николаевна Байбородина

Алесь Михайлович Санников

Андрей Сергеевич Морозов

Подробнее на www.d2insur.ru/company/team/ (Главная / О компании / Рук-во)

Генеральный директор: Илья Игоревич Осипов

Главный бухгалтер: Марина Александровна Иванова

Рейтинг финансовой надежности («Эксперт РА»):

«гуА», прогноз «стабильный».

Основные финансовые показатели АО «Д2 Страхование»:

Показатель	01.01.2020	01.01.2021	31.12.2021	31.12.2022	31.12.2023
Активы, тыс. руб.	1 786 944	1 701 753	1 716 794	1 912 609	2 860 047
Собственный капитал, тыс. руб.	640 211	736 189	875 877	1 057 518	1 406 962

Подробная информация об основных финансовых показателях АО «Д2 Страхование» доступна на www.d2insur.ru/company/financial-indicators (Главная / О компании / Финансовые показатели).

Достоверность бухгалтерской отчетности АО «Д2 Страхование» в соответствии с Международными стандартами аудита (МСА) подтверждена ООО «Финансовые и бухгалтерские консультанты».

Лицензии ЦБ РФ по видам страхования (выданы без ограничения срока действия):

Добровольное имущественное страхование	СИ № 1412 от 10.03.2021
Добровольное личное страхование, за исключением добровольного страхования жизни	СИ № 1412 от 10.03.2021

АО «Д2 Страхование» оказывает услуги по следующим видам страхования:

- Страхование имущества граждан
- Страхование гражданской ответственности за причинение вреда третьим лицам
- Страхование от несчастных случаев и болезней
- Медицинское страхование
- Страхование имущества юридических лиц (за исключением сельскохозяйственного страхования)

- Страхование гражданской ответственности за неисполнение или ненадлежащее исполнение обязательств по договору
- Страхование средств наземного транспорта (за исключением средств железнодорожного транспорта)
- Страхование грузов
- Страхование предпринимательских рисков
- Страхование финансовых рисков
- Страхование ответственности арбитражных управляющих
- Страхование строительно-монтажных рисков

Правила страхования:

Перечень и текст правил страхования доступны на www.d2insur.ru/rules/ (Главная / Правила страхования). Страховые тарифы указываются в программе страхования / оферте / договоре страхования и зависят от срока действия договора страхования, страховой суммы, набора страховых рисков и иных условий.

Участие в общественных и некоммерческих организациях:

АО «Д2 Страхование» является участником Ассоциации банков России, Национальной страховой гильдии.

Членство в саморегулируемой организации:

АО «Д2 Страхование» является членом Всероссийского Союза Страховщиков (ВСС) и входила в состав членов ВСС на момент приобретения последнего статуса СРО; дата внесения сведений в реестр членов ВСС 06.12.2016.

Базовые стандарты: «Базовый стандарт совершения страховыми организациями и иностранными страховыми организациями операций на финансовом рынке», «Базовый стандарт защиты прав и интересов физических и юридических лиц – получателей финансовых услуг, оказываемых членами саморегулируемых организаций, объединяющих страховые организации и иностранные страховые организации» также размещены на <https://www.d2insur.ru/company/documents-and-requisites/> (Главная / О компании / Документы и реквизиты / Защита прав получателей страховых услуг).

Орган, осуществляющий полномочия по контролю и надзору за страховой деятельностью:

Банк России, сайт: www.cbr.ru/

СПОСОБЫ ЗАЩИТЫ ПРАВ ПОЛУЧАТЕЛЕЙ СТРАХОВЫХ УСЛУГ

В случае возникновения споров получатель страховых услуг может обратиться к страховщику в досудебном порядке, направив письменное обращение (контактные данные страховщика указаны ниже).

Срок рассмотрения обращений, связанных с событиями, имеющими признаки страхового случая – не более 15 рабочих дней, связанных с расторжением договоров страхования – не более 7 рабочих дней.

При недостижении согласия по требованиям, предусмотренным частью 1 статьи 15 Федерального закона от 04.06.2018 № 123-ФЗ «Об уполномоченном по правам потребителей финансовых услуг» (далее – Закон 123-ФЗ), получатель страховых услуг вправе обратиться к финансовому уполномоченному.

Потребитель страховых услуг вправе заявлять в судебном порядке требования к страховщику, указанные в настоящем абзаце, в случае несогласия с вступившим в силу решением финансового уполномоченного, а также в иных случаях, предусмотренных статьей 25 Закона 123-ФЗ. При недостижении согласия по иным требованиям (помимо предусмотренных частью 1 статьи 15 Закона 123-ФЗ) получатель страховых услуг вправе обратиться для защиты своих интересов непосредственно в суд.

СПОСОБЫ И АДРЕСА ДЛЯ НАПРАВЛЕНИЯ ОБРАЩЕНИЙ ПОЛУЧАТЕЛЕЙ СТРАХОВЫХ УСЛУГ

Для обращения в АО «Д2 Страхование»: Обращение может быть направлено в письменной форме:

- на почтовый адрес, указанный на сайте АО «Д2 Страхование»,
- по электронной почте, указанной на сайте АО «Д2 Страхование»,
- через форму обратной связи на сайте АО «Д2 Страхование»,
- через онлайн - форму подачи заявления на расторжение договора страхования на сайте АО «Д2 Страхование»,
- через «открытую линию» на сайте АО «Д2 Страхование» или при обращении в офис АО «Д2 Страхование».

Юридический (почтовый) адрес: 630099, Новосибирск, ул. Депутатская, 2, помещ. 1.

E-mail: info@d2insur.ru

Форма обратной связи на сайте: www.d2insur.ru/callback/

Обращения в виде электронного документа, направленные на другие электронные адреса АО «Д2 Страхование» или посредством иных механизмов, в том числе через социальные сети, рассмотрению не подлежат.

Заявление о включении в Список застрахованных лиц к Договору добровольного коллективного страхования №Д2/БНС/01/25 от 06.02.2025 г. по Программе добровольного коллективного страхования от несчастного случая № К-2.30 (ред. 13.06.2024)

Настоящим я,	\${lastName} \${firstName} \${patronymic}		
Дата рождения	\${birthDate}г.	Телефон	\${client.mobilePhone}
Паспортные данные	\${seria} \${no}, выдан \${passportIssueDate}г. \${manager}		
Адрес регистрации	\${fullRegAddressText}		

действую осознанно и добровольно, выражаю свое желание быть Основным Застрахованным лицом по Программе добровольного коллективного страхования жизни и здоровья № К-2.30 (ред. 13.06.2024) (далее – Программа страхования) в соответствии с Договором добровольного коллективного страхования №Д2/БНС/01/25 от 06.02.2025 г.

заключенным между ООО МКК «Броктон» (далее – Страхователь) и АО «Д2 Страхование» (далее – Страховщик) (далее – Договор добровольного коллективного страхования).

Настоящим я подтверждаю, что ознакомлен (-а) с информацией о Страховщике, со всеми условиями Программы страхования, включая сведения о застрахованных лицах, страховых случаях / рисках; событиях, которые не являются страховым случаем; размере страховой суммы, сроке страхования, имущественном интересе, являющемся объектом страхования, размере страховой премии (страхового тарифа), условиях досрочного расторжения договора страхования в отношении Основного Застрахованного лица, порядке осуществления страховой выплаты.

Располагая всей необходимой информацией, я прошу указать меня в Списке Застрахованных лиц (являющемся неотъемлемой частью Договора добровольного коллективного страхования) в качестве Основного Застрахованного лица на следующих условиях:

Страховой случай	Страховая сумма	Срок страхования
1. Смерть Застрахованного лица; 2. Установление Застрахованному лицу I (первой) либо II (второй) группы инвалидности впервые, либо категории «ребенок-инвалид» впервые; 3. Временная утрата Застрахованным лицом трудоспособности (для работающих граждан) / временное расстройство здоровья (для неработающих граждан), в результате: 3.1. одного из следующих событий (несчастных случаев), произошедшего в течение срока страхования: взрыв; действие электрического тока; удар молнии; нападение животных; противоправные действия третьих лиц; падение предметов на Застрахованное лицо; падение самого Застрахованного лица; попадание в дыхательные пути инородного тела; острое отравление ядовитыми растениями, грибами, ядовитыми газами; движение средств транспорта или их крушение; пользование движущимися механизмами, оружием, всякого рода инструментами; воздействие высоких или низких температур, химических веществ. 3.2. заболевания, впервые диагностированного в течение срока страхования. 4. Возникновение у Выгодоприобретателя расходов, связанных с оплатой лекарственных рецептурных препаратов, отпуск которых осуществляется только после предъявления работнику аптеки рецепта, выписанного Застрахованному лицу лечащим врачом в соответствии с нормативными актами РФ, вследствие утраты Застрахованным лицом трудоспособности (для работающих граждан) или расстройством здоровья (для неработающих граждан). 5. Факт впервые диагностированного у Застрахованного лица в течение срока действия страхования квалифицированным врачом и подтвержденное клинико-инструментальными методами исследования одно из следующих заболеваний, представленных в Перечне, указанном в п. 6.5 Программы страхования. 6. Факт возникновения непредвиденных расходов Основного Застрахованного лица или Близкого родственника Основного Застрахованного лица на погребение в результате смерти одного или нескольких Застрахованных лиц. События, указанные в п.1 - 6 Заявления, считаются страховыми случаями, если они произошли, в том числе, в результате военных действий, маневров или иных военных мероприятий, участия Застрахованного лица в военных действиях, вооруженных столкновениях, иных аналогичных или приравняемых к ним событиях, а также во время прохождения Застрахованным лицом военной службы, участия в военных сборах и учениях.	\${insuranceAmount} руб.	с \${insuranceStartDate} по \${insuranceEndDate} при условии уплаты Страхователем страховой премии.
	Выгодоприобретатель	
	По рискам, указанным в п.1 – 3, 5 получателем страховой выплаты (Выгодоприобретателем) является Застрахованное лицо, а в случае его смерти – наследники Застрахованного лица. По риску, указанному в п.4 получателем страховой выплаты (Выгодоприобретателем) является Застрахованное лицо или его законный представитель. По риску, указанному в п.6, получателем страховой выплаты (Выгодоприобретателем) является Основное Застрахованное лицо или Близкий родственник Основного Застрахованного лица.	

ФИОГ.
 подпись / собственноручная расшифровка подписи дата

Я заявляю, что на дату подписания настоящего заявления: а) не страдаю / не страдал онкологическими заболеваниями, психическими расстройствами, болезнями нервной системы (включая эпилепсию), рассеянным склерозом, наркоманией, токсикоманией и другими видами химической зависимости, алкоголизмом, и / или не состою на учете в наркологическом, психоневрологическом диспансерах; б) не страдаю / не страдал врожденной, генетической, приобретенной патологией костной системы и опорно-двигательного аппарата; в) мне не установлен диагноз «Гепатит С», СПИД, ВИЧ-инфекция, саркома Капоши и другие опухоли, связанные с ВИЧ-инфекцией или СПИДом; г) не нуждаюсь в длительной посторонней помощи, не парализован; д) не являюсь недееспособным лицом; е) не нахожусь под следствием и не осужден к лишению свободы. Я подтверждаю достоверность всех сведений, указанных в настоящем заявлении. Мне известно, что характер этих сведений является основанием для моего участия в Программе страхования. Я понимаю и согласен (-а) с тем, что если мною приведены ложные (недостоверные) сведения, сокрыты факты, то Договор добровольного коллективного страхования в отношении меня является незаключенным. Я уведомлен и согласен, что действие Договора добровольного коллективного страхования (страховая защита) не действует в период нахождения Застрахованного лица в состоянии алкогольного, наркотического, токсического опьянения. Я подтверждаю, что до подписания настоящего Заявления мне была предоставлена полная и достоверная информация о Договоре добровольного коллективного страхования, в том числе в виде Ключевого информационного документа по форме, утвержденной Указанием Банка России от 17.05.2022 №6139-У (далее - КИД). Я даю согласие на предоставление медицинскими учреждениями, страховыми организациями, Фондом ОМС, в соответствии с Федеральным законом от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» и Федеральным законом от 27.07.2006 № 152-ФЗ «О персональных данных» по запросу Страховщика документов и заключений, связанных с наступлением страхового случая, содержащих мои персональные данные и сведения, составляющие врачебную тайну, включая сведения о факте моего обращения за оказанием медицинской помощи, состоянии моего здоровья и диагнозе, иные сведения, полученные при медицинском обследовании и лечении, о перечне медицинских учреждений, в которые я обращался за медицинской помощью, и иную информацию, необходимую для решения вопроса о страховой выплате. Я подтверждаю, что Страховщик выбран мною добровольно, и что я уведомлен (-а) Страхователем о своем праве выбрать любую другую страховую компанию по своему усмотрению либо отказаться от участия в Программе страхования. Я уведомлен (-а), что участие в Программе страхования не является условием для получения иных услуг, в том числе предоставляемых Страхователем, и мой отказ от участия в Программе страхования не может являться основанием для отказа в предоставлении таких услуг или ухудшения условий предоставления таких услуг. Я подтверждаю, что Договор добровольного коллективного страхования / мое участие в Программе страхования не является способом обеспечения исполнения каких-либо моих обязательств. Я даю согласие Страховщику – АО «Д2 Страхование» (630099, Новосибирск, ул. Депутатская, д. 2, помещ. 1) и его контрагентам на обработку (в том числе сбор, запись, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), извлечение, использование, передачу (распространение, предоставление, доступ), обезличивание, блокирование, удаление, уничтожение) любым, не противоречащим законодательству РФ, способом (в том числе с использованием средств автоматизации или без использования таких средств) моих персональных данных, включая: фамилию, имя, отчество, год, месяц, дату рождения, адреса проживания (регистрации), номера телефонов, адреса электронной почты, реквизиты документа, удостоверяющего личность, демографические характеристики, сведения о состоянии моего здоровья – в целях включения меня в качестве Основного застрахованного лица в Список застрахованных лиц к Договору добровольного коллективного страхования по Программе страхования, исполнения договора страхования, перестрахования, проведения маркетинговых исследований и рекламных акций. Я даю согласие Страховщику – АО «Д2 Страхование» на осуществление информирования меня путем направления смс / голосовых сообщений, а также по

телефону, сети Интернет, электронной почте, почте и другим каналам связи о продуктах и услугах Страховщика (включая сообщения рекламного характера).
Согласие на обработку персональных данных и согласие на информирование вступают в силу в момент подписания настоящего заявления и действуют в течение 5 (Пяти) лет с даты окончания срока страхования; по истечении указанного срока действие согласий считается продленным на каждые следующие 5 (Пять) лет при отсутствии сведений об их отзыве. Согласие может быть отозвано в любое время путем передачи Страховщику подписанного мной письменного уведомления; в случае отзыва согласия Страховщик прекращает обработку персональных данных после выполнения требований законодательства, регламентирующих его деятельность, и в сроки, предусмотренные действующим законодательством РФ. Я уведомлен, что уплаченная Страхователем Страховщику страховая премия составляет 50 руб.

С Договором добровольного коллективного страхования, Ключевым информационным документом, Программой страхования ознакомлен (-а) и согласен (-а). Ключевой информационный документ, Программу страхования получил (-а), обязуюсь ее выполнять.

Со всеми документами и условиями, перечисленными в заявлении, я подробно ознакомился (-ась), все указываемые в заявлении условия мной проверены, я с ними согласен (-на) и подтверждаю.

Я, \${lastNameUpper} \${firstNameUpper} \${patronymicUpper}, ознакомлен, что Отказ от включения в Список застрахованных лиц к Договору страхования в течение 30 (Тридцати) календарных дней со дня подписания Заявления о включении с даты включения меня в Список застрахованных лиц к Договору добровольного коллективного страхования №Д2/БНС/01/25 от 06.02.2025 г., подать заявления об исключении меня из списка застрахованных лиц возможно: Почтой России на адрес: 420032, г. Казань, ул. Лукницкого, дом 2, офис 713; путем подачи заявления при непосредственном посещении Офиса Компании (Адрес офиса Компании Вы можете уточнить по телефону 8 (800) 600-78-40); путем подачи заявления в электронном виде, подписанного простой электронной подписью по адресу электронной почты Кредитора - brokton@bunnymoney.ru.

ФИО/Г.
подпись / собственноручная расшифровка подписи дата

**Соглашение-оферта
об оказании услуги включения в Список застрахованных лиц
по Программе добровольного коллективного страхования
от несчастного случая № К-2.30 (ред. 13.06.2024)**

(далее – Соглашение/Договор/Оферта) в соответствии с
Договором добровольного коллективного страхования № Д2/БНС/01/25 от 06.02.2025 г.

Общество с ограниченной ответственностью Микрокредитная компания «Броктон» (именуемое в дальнейшем «Общество»), в лице в лице генерального директора Сибгатуллина Ильнара Ринатовича, действующего на основании Устава, с одной стороны, и любое физическое лицо, полностью и безоговорочно принимающее условия настоящего соглашения, выразившее акцепт настоящей оферты путем размещения своих персональных данных, заполнив форму регистрации и заполнив анкету на Сайте Общества <https://bunnymoney.ru/>

и подтвердив свое согласие с приведенными ниже условиями (путем выбора и акцептования указанного Соглашения-оферты на сайте Общества простой электронной подписью), именуемое в дальнейшем «Клиент», с другой стороны, совместно именуемые «Сторонами», заключили настоящее Соглашение о нижеследующем:

1. Клиент имеет право на включение в Список застрахованных лиц по Программе добровольного коллективного страхования от несчастного случая № К-2.30 (ред. 13.06.2024) (Приложение №1 к настоящему Соглашению, далее – Программа страхования) в соответствии с Договором добровольного коллективного страхования № Д2/БНС/01/25 от 06.02.2025г. (заключенного между страхователем - Обществом и страховщиком – АО «Д2 Страхование») (Далее –Договор коллективного страхования) в качестве Застрахованного лица.

2. Стоимость услуги Общества по включению Клиента в Список застрахованных лиц по Программе добровольного коллективного страхования по Договору коллективного страхования составляет **{insuranceCommission}** руб. Услуга Общества, оказываемая по настоящему Соглашению, (далее – Услуга Общества) включает в себя консультирование по условиям Программы страхования, сбор, обработку и техническую передачу информации о Клиенте Страховщику, связанную с организацией включения застрахованного лица в Список застрахованных лиц по Договору коллективного страхования, а также консультирование и документальное сопровождение при урегулировании страховых случаев.

Клиент, подписывая настоящее Соглашение, подтверждает, что:

- сумма услуги, оказываемой Обществом, не включает в себя компенсацию каких-либо расходов Страхователя (Общества) на оплату страховой премии Страховщику;

- при включении в Список застрахованных лиц будет являться Застрахованным лицом по Договору коллективного страхования на условиях Программы страхования и в соответствии со ст.934 ГК РФ, застрахованное лицо не уплачивает прямо или косвенно страховую премию Страховщику, застрахованное лицо не является Страхователем по Договору коллективного страхования (в связи с чем, на отношения сторон по настоящему Соглашению и по Договору коллективного страхования не распространяются положения Указания Банка России от 20.11.2015г. № 3854-у «О минимальных (стандартных) требованиях к условиям и порядку осуществления отдельных видов добровольного страхования»);

3. Клиент оплачивает Услугу Общества путем безакцептного (автоматического) списания денежных средств на основании соглашения о регулярных платежах, подписанного при заключении Договора займа.

ФИО

Дата ____ . ____ . ____ г.

Подпись _____

аналог собственноручной подписи



ИНФОРМАЦИЯ ОБ УСЛОВИЯХ СТРАХОВАНИЯ (ПАМЯТКА ЗАСТРАХОВАННОМУ ЛИЦУ)

а) Настоящая Программа добровольного коллективного страхования жизни и здоровья №К-2.30 (далее – Программа страхования) регулируется в части рисков, указанных в п.6.1. – 6.3, 6.5. Программы страхования - Правилами страхования жизни и здоровья от несчастных случаев и болезней 7.0., в части риска, указанного в п.6.4 Программы страхования – Правилами добровольного медицинского страхования, в части риска, указанного в п.6.6. Программы страхования – Правилами страхования финансовых рисков физических лиц 1.0. (далее – Правила страхования) в редакции, действующей на дату подписания Заявления о включении в Список застрахованных лиц к Договору добровольного коллективного страхования (далее – Договор страхования) по Программе страхования (далее – Заявление о включении). Программа страхования и Правила страхования доступны на сайте Страховщика www.d2insur.ru.

б) Участие в Программе страхования не является необходимым условием для получения иных услуг (в том числе финансовых, включая выдачу кредита и др.) и не может являться основанием для отказа в их предоставлении.

в) До подписания Заявления о включении физическое лицо, изъявившее желание застраховаться по настоящей Программе страхования, знакомится с условиями, содержащимися в Ключевом информационном документе по форме, установленной Указанием Банка России от 17.05.2022 №6139-У, с Договором страхования. В случае, если физическому лицу при выражении им согласия на включение его в Список застрахованных лиц к Договору страхования не была предоставлена / предоставлена неполная или недостоверная информация о Договоре страхования, он вправе отказаться от страхования по Программе страхования, путем обращения к Страхователю. В таком случае Страховщик возвращает Страхователю страховую премию, уплаченную им за такое лицо, за вычетом части страховой премии, исчисляемой пропорционально времени, в течение которого действовало страхование, в срок, не превышающий 7 (Семи) рабочих дней со дня получения заявления об исключении из Списка застрахованных лиц к Договору страхования.

г) Выгодоприобретатель определен в разделе 5 Программы страхования.

1. СТРАХОВЩИК Акционерное общество «Д2 Страхование», лицензия ЦБ РФ СЛ № 1412, СИ №1412. Полная информация о Страховщике доступна на сайте www.d2insur.ru.

2. СТРАХОВАТЕЛЬ Указан в Договоре страхования, Заявлении о включении.

3. ЗАСТРАХОВАННОЕ ЛИЦО

3.1. По рискам, указанным в п.6.1. – 6.5. Программы страхования Застрахованным лицом является:

- Основное Застрахованное лицо - физическое лицо, указанное в Списке Застрахованных лиц и за которое Страхователем уплачена страховая премия Страховщику;
- мать, отец, муж/жена, сын, дочь Основного Застрахованного лица, в том числе находящийся (находящаяся) под опекой или попечительством, приемный (-ая), усыновленный, удочеренная, по возрасту и состоянию здоровья, отвечающие требованиям настоящей Программы страхования:
- в возрасте старше 3 (Трех) лет на дату подписания Заявления о включении и не старше 75 (Семидесяти пяти) лет на дату окончания срока страхования;
- не страдают / не страдали врожденной, генетической, приобретенной патологией костной системы и опорно-двигательного аппарата;
- не страдают / не страдали онкологическими заболеваниями, психическими расстройствами, болезнями нервной системы (включая эпилепсию), рассеянным склерозом, наркоманией, токсикоманией и другими видами химической зависимости, алкоголизмом и / или не состоят на учете в наркологическом, психоневрологическом диспансерах;
- не установлен диагноз «Гепатит С», СПИД, ВИЧ-инфекция, саркома Капоши и другие опухоли, связанные с ВИЧ-инфекцией или СПИДом;
- не состоят на службе в действующей армии, не принимают участия в военных действиях, прочих военных мероприятиях и подавлении беспорядков;
- не находятся на стационарном, амбулаторном лечении или обследовании;
- не являются недееспособными лицами (за исключением лиц, не достигших совершеннолетия);
- не находятся под следствием и не осуждены к лишению свободы;
- не участвуют в клинических испытаниях лекарственных препаратов.

Количество застрахованных лиц по одному Заявлению о включении не может превышать 5 (Пять) человек.

3.2. По риску, указанному в п.6.6. Программы страхования, застрахованным лицом является дееспособное физическое лицо, которое в результате смерти Застрахованного лица или нескольких Застрахованных лиц, указанных в п. 3.1. Программы страхования, понесло непредвиденные расходы на его/их погребение. При этом застрахованное лицо, указанное в п. 3.2. Программы страхования, должно приходиться Основному Застрахованному лицу близким родственником (мать/отец, супруг/супруга, мать/отец супруга/супруги, дети (в том числе, усыновленные/удочеренные и/или опекаемые), сестра/брат, бабушка/дедушка, внуки) (далее – Близкий родственник Основного Застрахованного лица) или является Основным Застрахованным лицом.

3.3. Подписывая Заявление о включении, Основное Застрахованное лицо подтверждает, что оно соответствует условиям п. 3.1. Программы страхования. Если Застрахованное лицо не соответствует условиям п. 3.1. Программы страхования, то Договор страхования в отношении такого лица является незаключенным.

4. ОБЪЕКТ СТРАХОВАНИЯ

Объектами страхования являются не противоречащие законодательству РФ:

- имущественные интересы, связанные с причинением вреда здоровью Застрахованного лица, а также его смертью в результате событий, предусмотренных разделом 6 Программы страхования;
- имущественные интересы Близкого родственника Основного Застрахованного лица, связанные с риском возникновения непредвиденных расходов в результате смерти Застрахованного лица;
- имущественные интересы, связанные с оплатой лекарственной помощи вследствие расстройства здоровья Застрахованного лица или состояния Застрахованного лица, требующих оказания такой помощи.

5. ВЫГОДОПРИБРЕТАТЕЛЬ

Получателем страховой выплаты (Выгодоприобретателем) является:

- по рискам, указанным в п.6.1. – 6.3., 6.5., Программы страхования, Застрахованное лицо, а в случае его смерти – его наследники, если иное не указано в Заявлении о включении;
- по риску, указанному в п. 6.4. Программы страхования, Застрахованное лицо или его законный представитель;
- по риску, указанному в п.6.6. Программы страхования, Основное Застрахованное лицо или Близкий родственник Основного Застрахованного лица.

6. СТРАХОВЫЕ СЛУЧАИ / РИСКИ

Страховым случаем является одно из следующих событий, произошедших в течение срока страхования (при условии, что данное событие не относится к событиям, которые в соответствии с разделом 7 Программы страхования не являются страховыми случаями): 6.1. Смерть Застрахованного лица. 6.2. Установление Застрахованному лицу I (первой) либо II (второй) группы инвалидности впервые, либо категории «ребенок-инвалид» впервые. 6.3. Временная утрата Застрахованным лицом трудоспособности (для работающих граждан) / временное расстройство здоровья (для неработающих граждан), в результате: 6.3.1. одного из следующих событий (несчастных случаев), произошедших в течение срока страхования: а) взрыв; б) действие электрического тока; в) удар молнии; г) нападение животных; д) противоправные действия третьих лиц; е) падение предметов на Застрахованное лицо; ж) падение самого Застрахованного лица; з) попадание в дыхательные пути инородного тела; и) острое отравление ядовитыми растениями, грибами, ядовитыми газами; к) движение средств транспорта или их крушение; л) пользование движущимися механизмами, оружием, всякого рода инструментами; м) воздействие высоких или низких температур, химических веществ.

Страховым случаем является одно из следующих событий, произошедших в течение срока страхования (при условии, что данное событие не относится к событиям, которые в соответствии с разделом 7 Программы страхования не являются страховыми случаями):

- 6.1. Смерть Основного Застрахованного лица.**
- 6.2. Установление Основному Застрахованному лицу I (первой) либо II (второй) группы инвалидности впервые.**
- 6.3. Временная утрата Основным Застрахованным лицом общей трудоспособности (для работающих) / временное расстройство здоровья (для неработающих), в результате:**
 - 6.3.1. одного из следующих событий (несчастных случаев), произошедших в течение срока страхования:**

а) взрыв;	е) падение предметов на Основное Застрахованное лицо;	а) взрыв;
б) действие электрического тока;	ж) падение самого Основного Застрахованного лица;	б) действие электрического тока;
в) удар молнии;	з) попадание в дыхательные пути инородного тела;	в) удар молнии;
г) нападение животных;	и) острое отравление ядовитыми растениями, грибами, ядовитыми газами;	г) нападение животных;
д) противоправные действия третьих лиц;		д) противоправные действия третьих лиц;

6.3.2. заболевания, впервые диагностированного в течение срока страхования.

6.4. Возникновение у Выгодоприобретателя расходов, связанных с оплатой лекарственных рецептурных препаратов, отпуск которых осуществляется только после предъявления работнику аптеки рецепта, выписанного Застрахованному лицу лечащим врачом в соответствии с нормативными актами РФ, вследствие утраты Застрахованным лицом трудоспособности (для работающих граждан) или расстройством здоровья (для неработающих граждан).

6.5. Факт впервые диагностированного у Застрахованного лица в течение срока действия страхования квалифицированным врачом и подтвержденное клиникоинструментальными методами исследования одно из следующих заболеваний (указанный перечень заболеваний является закрытым и не подлежит расширенному толкованию):

а) Инсульт (острое нарушение мозгового кровообращения) – заболевание головного мозга, обусловленное сужением или закупоркой (ишемия) или разрывом (кровоизлияние – геморрагия) того или иного сосуда, питающего часть мозга, или же кровоизлиянием в оболочки мозга (субарахноидальное кровоизлияние), вызвавшее возникновение постоянной неврологической симптоматики на срок более 48 часов. Кроме:

- преходящих ишемических нарушений мозгового кровообращения;
- инсультов на фоне неврологических симптомов, возникающих в результате мигрени; лакунарных инсультов без неврологической симптоматики;
- инсультов на фоне хронических патологий сердечно-сосудистой системы;
- повторного инсульта (при том, что первичный инсульт произошел до начала срока действия страхования).

б) Доброкачественная опухоль мозга – заболевание, заключающееся в развитии опухоли головного мозга без признаков злокачественности (бесконтрольный рост, инвазия в окружающие ткани, метастазирование).

в) Инфаркт миокарда – некроз участка миокарда в результате острой недостаточности кровоснабжения сердечной мышцы. Кроме:

- инфаркта на фоне острых коронарных синдромов, таких как стабильная / нестабильная стенокардия;
- безболевого формы инфаркта миокарда;
- инфаркта на фоне хронических патологий сердечно-сосудистой системы;
- повторного инфаркта (при том, что первичный инфаркт произошел до начала срока действия страхования).

г) Рак – заболевание, проявляющееся в развитии злокачественной опухоли, характеризующейся бесконтрольным ростом, метастазированием злокачественных клеток и инвазией в нормальную ткань. Термин рак также включает лейкемию и злокачественные заболевания лимфатической системы, в т. ч. болезнь Ходжкина.

Кроме:
- Состояний, гистологически определяемых как предраковые или неинвазивные изменения, включая, но не ограничиваясь следующими: карцинома in situ различных локализаций, дисплазия шейки матки CIN-1, CIN-2, CIN-3 и т. д.;

- Базальноклеточной карциномы, плоскоклеточной карциномы, меланомы стадии при толщине Бреслоу менее 1,5 мм или ниже 3 уровня инвазии по Кларку, при отсутствии метастаз;

- Хронической лимфоцитарной лейкемии на стадии менее, чем стадия III по классификации Rai или стадии A-I по Бинету, папиллярной микрокарциномы мочевого пузыря на стадии T1N0M0, папиллярной микрокарциномы щитовидной железы на стадии T1N0M0; рака предстательной железы стадии 1 (T1a, 1b, 1c);

- Всех злокачественных опухолей при наличии ВИЧ-инфекции.

д) Паралич – полная потеря двигательной функции двух и более конечностей вследствие заболевания, впервые развившегося и диагностированного у Застрахованного лица в течение срока действия страхования.

е) Заболевание, приведшее к терминальной стадии почечной недостаточности (хронической болезни почек 5 стадии) – терминальной стадии заболевания обеих почек, характеризующейся хроническим необратимым нарушением функции обеих почек

(а именно: клинические признаки уремии, выраженная азотемия при СКФ менее 10 мл/мин., не поддающиеся коррекции гиперкалиемия или ацидоз), для коррекции которого проводится регулярный диализ (гемодиализ или перитонеальный диализ) или трансплантация донорской почки.

ж) Заболевание, приведшее к полной потере зрения – заболевание, следствием которого явилась необратимая потеря зрения на оба глаза.

з) Заболевание, приведшее к полной потере слуха – заболевание, следствием которого явилась полная и постоянная потеря слуха на оба уха.

6.6. Факт возникновения непредвиденных расходов Основного Застрахованного лица или Близкого родственника Основного Застрахованного лица на погребение в результате смерти одного или нескольких Застрахованных лиц.

6.7. События, указанные в п.6.1. – 6.6. Программы страхования, считаются страховыми случаями, если они произошли, в том числе, в результате военных действий, маневров или иных военных мероприятий, участия Застрахованного лица в военных действиях, вооруженных столкновениях, иных аналогичных или приравняемых к ним событиях, а также во время прохождения Застрахованным лицом военной службы, участия в военных сборах и учениях.

6.8. События, указанные в п. 6.2. Программы страхования, произошедшие после истечения срока страхования, но явившиеся следствием события, произошедшего в течение срока страхования, также признаются страховым случаем, если они наступили в течение 180 (Ста восьмидесяти) календарных дней с момента наступления такого события.

7. НЕ ЯВЛЯЮТСЯ СТРАХОВЫМИ СЛУЧАЯМИ

7.1. События, указанные в п.6.1. – 6.3., 6.5. Программы страхования, не являются страховым случаем, и страховая выплата по ним не производится, если:

а) событие находится в прямой причинно-следственной связи с алкогольным, наркотическим, токсическим опьянением (отравлением) Застрахованного лица, а также вследствие алкогольного, наркотического или токсического опьянения (отравления) Застрахованного лица,

б) произошло вследствие события, при котором Застрахованное лицо отказалось от медицинского освидетельствования на предмет алкогольного, наркотического или токсического опьянения (отравления).

7.2. Событие, указанное в п. 6.1. Программы страхования, также не является страховым случаем, и страховая выплата по нему не производится, если оно является следствием

наличия у Застрахованного лица инвалидности любой группы либо категории «ребенок-инвалид» на дату подписания Заявления о включении.

7.3. Событие, указанное в п. 6.2. Программы страхования, также не является страховым случаем и страховая выплата по нему не производится, если:

а) оно является следствием наличия у Застрахованного лица II (второй) либо III (третьей) группы инвалидности либо категории «ребенок-инвалид» на дату подписания Заявления о включении;

б) на дату подписания Заявления о включении существовали основания для установления I (первой) либо II (второй) группы инвалидности либо категории «ребенок-инвалид»

(в т.ч. диагностированное заболевание, травма, направление на медико-социальную экспертизу и т.д.), находящиеся в прямой причинно-следственной связи с событием, имеющим признаки страхового случая по п. 6.2. Программы страхования, на которые ссылается Застрахованное лицо в обосновании требований о выплате страхового возмещения.

7.4. Событие, указанное в п. 6.3. Программы страхования, также не является страховым случаем и страховая выплата по нему не производится, если оно произошло в результате:

а) воздействия ядерного взрыва, радиации или радиоактивного заражения;

б) случаев, произошедших во время пребывания Застрахованного лица в местах лишения свободы;

в) развития сердечно-сосудистых заболеваний, гипертонической болезни (артериальной гипертензии), инсульта, инфаркта миокарда или мозга, вследствие заболеваний крови

и кроветворных органов, злокачественных, онкологических заболеваний, меланом, любых гиперкератозов или базально-клеточных карцином кожи; туберкулеза, сахарного диабета, цирроза печени, терминальной почечной недостаточности, «Гепатита С», аллергических реакций, любых заболеваний, связанных с ВИЧ-инфекцией или СПИДом;

г) причин, прямо или косвенно вызванных нервным или психическим заболеванием Застрахованного лица, параличей, эпилептических припадков, если они не явились следствием несчастного случая, произошедшего в течение срока страхования Застрахованного лица;

д) занятий любым видом спорта на профессиональном уровне, включая соревнования и тренировки;

е) занятия опасными видами спорта на любительской основе: авто-, мотоспорт, альпинизм, спелеология, бокс, фридайвинг, скайсерфинг, дайвинг при глубине погружения более 25 (Двадцати пяти) метров, кайтинг, бейсджампинг, экстремальные водные виды спорта, парашютный спорт, парапланеризм, дельтапланеризм, конный спорт, боевые единоборства, экстремальные виды велосипедного спорта, поездки или управления мотоциклом, мотороллером, маломерным судном или снегоходом и т.п.;

ж) стерилизации, методов оплодотворения, лечения бесплодия, прерыванием беременности без медицинских показаний;

- з) заболеваний, связанных с беременностью, в третьем триместре беременности;
 - и) инфекционных заболеваний, указанных в пп. «в», «г» п. 7.4. Программы страхования, а также ОРВИ, гриппа, инфекций, передающихся половым путем;
 - к) неустановленной причины.
- 7.5. Событие, указанное в п. 6.4. Программы страхования, также не является страховым случаем, и страховая выплата по нему не производится, если оно наступило в связи с:
- а) расходами на лекарственные препараты, назначенные в связи с заболеваниями и состояниями, возникшими вне срока страхования;
 - б) расходами на лекарственные препараты, назначенные в связи с заболеваниями и их осложнениями, диагностированными у Застрахованного лица до даты подписания Заявления о включении;
 - в) расходами на лекарственные препараты, назначенные лицу, отличному от Застрахованного лица;
 - г) расходами на лекарственные препараты, применяемые для лечения последствий приема алкоголя и / или наркотических веществ, а также заболеваний, ассоциированных с вирусом иммунодефицита человека;
 - д) расходами на лекарственные препараты, применяемые для лечения вирусных гепатитов;
 - е) расходами на лекарственные препараты, купленные в количествах, превышающих назначенные врачом;
 - ж) расходами на лекарственные препараты, покупка которых не подтверждена документами об оплате;
 - з) расходами на лекарственные препараты, назначенные по поводу заболеваний, состояний, не указанных в медицинских документах;
 - и) расходами на лекарственные препараты, купленные не на территории Российской Федерации;
 - к) расходами на лекарственные препараты, не прошедшие государственную регистрацию в соответствии с законодательством РФ и не внесенные в государственный реестр лекарственных средств / которые были приобретены Выгодоприобретателем в нарушение нормативных актов РФ;
 - л) расходами на биологически активные добавки;
 - м) расходами на лекарственные препараты, отпускаемые без рецепта (без предъявления работнику аптеки рецепта) в соответствии с нормативными актами РФ.

8. СТРАХОВАЯ СУММА

Страховая сумма не может превышать максимального размера, установленного Договором страхования. Страховая сумма также указывается в Заявлении о включении, Сертификате (при наличии).

Страховая сумма, установленная в отношении Основного Застрахованного лица, является общей для всех страховых рисков, указанных в разделе 6 Программы страхования, а также для всех застрахованных лиц в рамках одного Заявления о включении.

9. СТРАХОВАЯ ВЫПЛАТА

9.1. При наступлении страхового случая по п.6.1. – 6.3. Программы страхования страховая выплата осуществляется Страховщиком в денежной форме в пределах установленной страховой суммы:

- а) По риску «Смерть Застрахованного лица» (п. 6.1. Программы страхования) – 100% страховой суммы.
- б) По риску «Установление Застрахованному лицу I (первой) группы инвалидности впервые» (п. 6.2. Программы страхования) либо категории «ребенок-инвалид» впервые» – 100% страховой суммы.
- в) По риску «Установление Застрахованному лицу II (второй) группы инвалидности впервые» (п. 6.2. Программы страхования) – 75% страховой суммы
- г) По риску «Временная утрата Застрахованным лицом трудоспособности (для работающих граждан)/ временное расстройство здоровья (для неработающих граждан)» (п.6.3. Программы страхования) - 1% от страховой суммы за каждый день временной утраты трудоспособности (для работающих граждан)/временного расстройства здоровья (для неработающих граждан), но не менее 1000 (Одной тысячи) рублей по каждому страховому событию по данному риску и не более:
 - 3000 (Трех тысяч) рублей по всем страховым событиям по данному риску за весь срок страхования, если причиной страхового события является инфекционное заболевание, за исключением заболеваний, указанных в п. 7.4. Программы страхования, а также ОРВИ, гриппа, инфекций, передающихся половым путем;
 - 2000 (Двух тысяч) рублей по всем страховым событиям по данному риску за весь срок страхования, если страховое событие связано с беременностью в первые два триместра беременности;
 - 5000 (Пяти тысяч) рублей по всем остальным страховым событиям по данному риску за весь срок страхования.

Выплата уменьшается на 25% от расчетной, если Застрахованное лицо не соблюдало рекомендации лечащего врача, нарушало предписанный лечебный режим (в т. ч. неявка на прием к врачу).

9.2. При наступлении страхового случая по п. 6.4. Программы страхования страховая выплата осуществляется Страховщиком в денежной форме в размере затрат на лекарственные препараты, отпускаемые по рецепту и приобретенные для Застрахованного лица, но не более 1500 (Полутора тысяч) рублей.

9.3. При наступлении страхового случая по п. 6.5. Программы страхования страховая выплата осуществляется Страховщиком в размере 4000 (Четырех тысяч) рублей однократно за весь срок действия страхования.

9.4. При наступлении страхового случая по п.6.6. Программы страхования страховая выплата осуществляется Страховщиком обратившемуся лицу в денежной форме в размере фактически понесенных Основным Застрахованным лицом или Близким родственником Основного Застрахованного лица расходов на погребение Застрахованного лица (Застрахованных лиц), в сумме не более 15000 (Пятнадцати тысяч) рублей и в любом случае не более страховой суммы. После осуществления страховой выплаты в вышеуказанном размере обязательства Страховщика по страховому случаю, предусмотренному п. 6.6. Программы страхования, прекращаются и считаются выполненными в полном объеме.

9.5. Страховая выплата осуществляется в течение 15 (Пятнадцати) рабочих дней со дня, следующего за днем получения Страховщиком полного пакета надлежащим образом оформленных документов в соответствии с разделом 13 Программы страхования, а в случае отсутствия оснований для страховой выплаты Страховщик в указанный срок направляет Страхователю / Выгодоприобретателю соответствующее уведомление.

Срок урегулирования требования о страховой выплате может быть продлен на 90 (Девяносто) календарных дней со дня направления Страховщиком соответствующего запроса (или на период получения Страховщиком ответов на направленные им запросы) в связи с необходимостью получения Страховщиком информации от компетентных органов и / или сторонних организаций, непосредственно связанной с возможностью принятия решения о признании события страховым случаем или о размере страховой выплаты.

9.6. При наличии достаточных оснований Страховщик имеет право отсрочить решение вопроса о страховой выплате в случае возбуждения по факту наступления страхового события уголовного дела – до момента окончания расследования компетентными органами.

9.7. Общая сумма страховых выплат не может превышать страховой суммы. Если Выгодоприобретателю произведена страховая выплата, то страховая сумма уменьшается на величину выплаченного возмещения со дня выплаты страхового возмещения.

9.8. Страховая выплата НЕ осуществляется, если:

- а) компетентные органы не подтверждают факт события и в отношении риска, указанного в п.6.3. Программы страхования, не установлена причинно-следственная связь между несчастным случаем / впервые диагностированным заболеванием и временной утратой трудоспособности / временным расстройством здоровья;
- б) Выгодоприобретателем не предоставлены документы и сведения в соответствии с разделом 13 Программы страхования, и / или уполномоченными органами не предоставлены обоснованно затребованные Страховщиком документы;
- в) Застрахованное лицо отказывается пройти медицинское освидетельствование по требованию Страховщика;
- г) Выгодоприобретателем представлены для получения страховой выплаты ложные сведения и документы. В этом случае Страховщик отказывает в выплате, независимо от того, что событие, имевшее место в действительности, может быть классифицировано как страховой случай;
- д) событие произошло в результате умышленных действий Застрахованного лица, направленных на наступление страхового случая, причинения Застрахованным лицом себе телесных повреждений, в том числе самоубийства Застрахованного лица, совершенного в течение первых двух лет действия страхования;
- е) страховой случай наступил вследствие воздействия ядерного взрыва, радиации или радиоактивного заражения.

10. СРОК СТРАХОВАНИЯ

Срок страхования устанавливается индивидуально в Списке Застрахованных лиц и может составлять от 1 (Одного) до 12 (Двенадцати) месяцев. Срок страхования также указывается в Заявлении о включении, Сертификате (при наличии).

Срок страхования начинается с даты, указанной в Списке Застрахованных лиц, и оканчивается истечением срока страхования, указанного в Списке Застрахованных лиц, при условии уплаты Страхователем страховой премии.

11. ПОРЯДОК УПЛАТЫ СТРАХОВОЙ ПРЕМИИ

Уплата страховой премии осуществляется Страхователем одновременно путем безналичного перечисления на счет Страховщика. Конкретный порядок уплаты и расчета страховой премии определяется в Договоре страхования.

12. ВРЕМЯ И ТЕРРИТОРИЯ СТРАХОВАНИЯ

В любое время суток и в любой точке мира. Действие Договора страхования (страховая защита) в части рисков, указанных в п.6.1. – 6.5. Программы страхования, не распространяется на период нахождения Застрахованного лица в состоянии алкогольного, наркотического, токсического опьянения.

13. ДОКУМЕНТЫ, ПРЕДСТАВЛЯЕМЫЕ ПРИ НАСТУПЛЕНИИ СОБЫТИЯ, ИМЕЮЩЕГО ПРИЗНАКИ СТРАХОВОГО СЛУЧАЯ

Для установления, является ли заявленное событие страховым случаем, и принятия решения о страховой выплате Выгодоприобретатель предоставляет Страховщику следующие документы:

13.1. Общие документы:

- а) Уведомление о событии, имеющем признаки страхового случая, – оригинал; бланк уведомления доступен на сайте www.d2insur.ru;
- б) Заявление о включении, подписанное Основным Застрахованным лицом, – копия, заверенная Страхователем;
- в) Сертификат, подписанный Страховщиком (при наличии), – копия;
- г) Паспорт Застрахованного лица / Выгодоприобретателя / наследника Застрахованного лица / Основного Застрахованного лица / Близкого родственника Основного Застрахованного лица (основная страница, страница с адресом регистрации), свидетельство о рождении (по страховому случаю в отношении несовершеннолетнего лица до 14 (Четырнадцати) лет) – копия (в случае смерти Застрахованного лица копия его паспорта не предоставляется);
- д) Документы, подтверждающие родственные отношения между лицом, подписавшим Заявление о включении, и лицом, в отношении которого наступил страховой случай:
 - Свидетельство о рождении – копия;
 - Свидетельство о заключении брака – копия;
 - Свидетельство о перемене имени – копия;
 - Запись в паспорте, подтверждающая заключение брака и/или наличие детей (при наличии) – копия;
 - Решение суда об усыновлении, удочерении или другом признании родственных связей – копия;
 - Акт органа опеки и попечительства о назначении опекуна или попечителя или акт о предварительной опеке или попечительстве – копия;
 - Справка МФЦ и ЗАГС (и других учреждений, у которых есть доступ к соответствующим архивным данным) – оригинал или копия, заверенная выдавшим учреждением.
- е) Реквизиты банковского счета Выгодоприобретателя для получения страховой выплаты, включая наименование и БИК банка, ИНН банка, номер корреспондентского счета банка, номер лицевого счета клиента;
- ж) Выписка из амбулаторной карты Застрахованного лица за 5 (Пять) лет до даты подписания Заявления о включении, а также за период действия страхования, с указанием общего физического состояния, точных диагнозов и дат их постановки, предписанного и проведенного лечения, дат госпитализации и причин, установленных групп инвалидности (с указанием дат и причин) – оригинал или копия, заверенная выдавшим учреждением;
- з) Сведения об оказанной в рамках территориальной программы обязательного медицинского страхования (ОМС) медицинской помощи Застрахованному лицу – оригинал или копия, заверенная выдавшим учреждением.

13.2. При наступлении риска «Смерть Застрахованного лица» (п. 6.1. Программы страхования):

- а) Свидетельство о смерти Застрахованного лица – оригинал или копия, заверенная выдавшим учреждением;
- б) Справка о смерти с указанием причины смерти – оригинал или копия, заверенная выдавшим учреждением;
- в) Медицинское (врачебное) заключение о причине смерти и/или заключение судебно-медицинской экспертизы и/или заключение патологоанатома и/или посмертный эпикриз – оригинал или копия, заверенная выдавшим учреждением;
- г) Выписка из акта судебно-химического исследования / справка на момент поступления в стационар о результатах исследования биологических жидкостей трупа (кровь, моча и т. д.) на содержание этилового алкоголя, наркотических, токсических веществ – оригинал или копия, заверенная выдавшим учреждением (не предоставляется, если указанная информация содержится в документах, предоставленных согласно предшествующего пункта);
- д) Выписные эпикризы, выписки из медицинских карт стационарного больного (истории болезни) с указанием анамнеза и диагноза, периода непрерывного лечения (при прохождении Застрахованным лицом стационарного лечения) – оригинал или копия, заверенная выдавшим учреждением.
- е) Свидетельство о праве на наследство, подтверждающее право наследников на получение страховой суммы или ее части либо справка о круге наследников с указанием доли каждого, выданная по истечении 6 (Шести) месяцев с даты смерти Застрахованного лица – нотариально заверенная копия; копия документа, удостоверяющего личность наследника.

13.3. При наступлении риска «Установление Застрахованному лицу I (первой) либо II (второй) группы инвалидности либо категории «ребенок-инвалид» впервые» (п. 6.2. Программы страхования):

- а) Справка, подтверждающая факт установления инвалидности I (первой) / II (второй) группы впервые либо категории «ребенок-инвалид» впервые, – копия;
- б) Заключение медико-социальной экспертизы (МСЭ) об установлении инвалидности либо категории «ребенок-инвалид» – оригинал или копия, заверенная выдавшим учреждением;
- в) Направление на МСЭ – оригинал или копия, заверенная выдавшим учреждением;
- г) Выписные эпикризы в случае госпитализации, прохождения стационарного лечения, справка лечебного учреждения об обращении Застрахованного лица, с указанием в ней анамнеза и диагноза, периода непрерывного лечения – оригинал или копия, заверенная выдавшим учреждением;
- д) Справка лечебного учреждения в случае амбулаторного лечения, с указанием в ней анамнеза и диагноза, периода непрерывного лечения – оригинал или копия, заверенная выдавшим учреждением;
- е) Справка лечебного учреждения (травмпункта) о первичном обращении по факту полученной травмы – оригинал или копия, заверенная выдавшим учреждением;
- ж) Справка лечебного учреждения о результатах освидетельствования на содержание этилового алкоголя, наркотических, токсических веществ при обращении за медицинской помощью в медицинское учреждение по факту полученной травмы (не предоставляется, если указанная информация содержится в документах, предоставленных согласно предшествующим пунктам) – оригинал или копия, заверенная выдавшим учреждением;

13.4. При наступлении риска «Временная утрата Застрахованным лицом трудоспособности (для работающих граждан)/ временное расстройство здоровья (для неработающих граждан)» (п. 6.3. Программы страхования):

- а) Листок (-ки) нетрудоспособности (для работающих граждан предоставляются все листки нетрудоспособности, включая закрытый листок нетрудоспособности), справка лечебного учреждения (для неработающих граждан) – оригинал или копия, заверенная выдавшим учреждением;
- б) Выписные эпикризы в случае госпитализации, прохождения стационарного лечения, выписка из медицинской карты стационарного больного (истории болезни) с указанием анамнеза и диагноза, периода непрерывного лечения – оригинал или копия, заверенная выдавшим учреждением;
- в) Справка лечебного учреждения в случае амбулаторного лечения по факту полученной травмы, с указанием в ней анамнеза и диагноза, периода непрерывного лечения – оригинал или копия, заверенная выдавшим учреждением;
- г) Справка лечебного учреждения (травмпункта) о первичном обращении по факту полученной травмы – оригинал или копия, заверенная выдавшим учреждением;
- д) Справка лечебного учреждения о результатах освидетельствования Застрахованного лица на содержание этилового алкоголя, наркотических, токсических веществ при обращении за медицинской помощью в медицинское учреждение по факту полученной травмы – оригинал или копия, заверенная выдавшим учреждением. Не предоставляется, если указанная информация содержится в документах, предоставленных согласно предшествующим пунктам.

13.5. Документы, предоставляемые при возникновении расходов на лекарственные рецептурные препараты (п. 6.4. Программы страхования):

- а) Медицинские документы, подтверждающие назначение врачом Застрахованному лицу рецептурных лекарственных препаратов, – оригинал;
- б) Выписка из медицинской карты Застрахованного лица (эпикриз) с информацией об анамнезе, дате обращения, диагнозе, дате получения травмы (заболевания), проведенном обследовании, лечении и сроках лечения – оригинал. При травме в выписке должны быть указаны обстоятельства травмы, рентгеновские снимки с заключением рентгенолога;
- в) Документы, подтверждающие факт оплаты рецептурных лекарственных препаратов, выписанных Застрахованному лицу, – оригинал;
- г) Лицензия (с приложениями) медицинской организации, в которой Застрахованное лицо проходило лечение, или разрешение на оказание платных медицинских услуг населению – копия.

13.6. При наступлении риска «Факт впервые диагностированного у Застрахованного лица в течение срока действия страхования квалифицированным врачом и подтвержденное клинико-инструментальными методами исследования одно из заболеваний, указанных в Перечне» (п. 6.5. Программы страхования):

- а) Листок (-ки) нетрудоспособности (для работающих граждан предоставляются все листки нетрудоспособности, включая закрытый листок нетрудоспособности), справка лечебного учреждения (для неработающих граждан) – оригинал или копия, заверенная выдавшим учреждением;
- б) Выписные эпикризы в случае госпитализации, прохождения стационарного лечения, выписка из медицинской карты стационарного больного (истории болезни) с указанием анамнеза и диагноза, периода непрерывного лечения – оригинал или копия, заверенная выдавшим учреждением;
- в) Извещение (форма 090/у) о больном с впервые в жизни установленном диагнозе злокачественного новообразования, выписка из популяционного канцер-регистра, если событие произошло в результате онкологического заболевания – оригинал или копия, заверенная выдавшим учреждением.
- г) Справка онкологического диспансера / противотуберкулезного диспансера / центра по борьбе со СПИД / инфекциониста (по заболеваниям гепатит / цирроз печени) с датами установления диагноза и постановки на учет, если причиной события являются указанные заболевания – оригинал или копия, заверенная выдавшим учреждением.

13.7. При возникновении непредвиденных расходов на погребение в результате смерти Близкого родственника Основного Застрахованного лица (п. 6.6. Программы страхования):

- а) документы, подтверждающие близкое родство с Основным Застрахованным лицом: свидетельство о заключении брака, свидетельство о рождении и др.;

б) оригинал или копия свидетельства о смерти.

13.8. Документы, предоставляемые при определенных обстоятельствах:

- а) При ДТП: справка из ГИБДД с указанием времени и места ДТП, постановление в отношении участников, протокол об административном правонарушении – оригинал или копия, заверенная выдавшим учреждением;
- б) При противоправных действиях третьих лиц: документ из компетентных органов (справка о возбуждении, приостановлении уголовного дела, постановление об отказе в возбуждении уголовного дела, постановление о признании потерпевшим, иной документ, подтверждающий, что о происшедшем было заявлено в компетентные органы) – оригинал или копия, заверенная выдавшим учреждением;
- в) При несчастном случае на производстве: акт о несчастном случае на производстве по форме Н-1 – оригинал или копия, заверенная выдавшим учреждением;
- г) При несчастном случае по пути на работу: акт о несчастном случае по пути на работу или с работы, составленный работодателем, – оригинал или копия, заверенная работодателем.

13.9. Документы компетентных органов должны быть оформлены в соответствии с законодательством, действующим на момент составления документа, содержать дату их выдачи, быть заверены подписью должностного лица и печатью организации (органа, предприятия, учреждения), должны быть составлены на русском языке либо иметь нотариально удостоверенный перевод на русский язык. Справки врачей, лечебных учреждений должны содержать дату выдачи справки, Ф.И.О., возраст (дату рождения), анамнез, диагноз, период непрерывного лечения, заверены подписью врача и печатью лечебного учреждения. Справки, заверенные только печатью врача, не являются надлежаще оформленным документом.

13.10. При наступлении страхового случая и принятии решения о страховой выплате Страховщик проводит проверку наличия имущественного интереса у получателя страховых услуг на основании предоставленных им документов.

13.11. В случае выявления факта предоставления Страховщику неполного пакета документов и / или документов, оформленных ненадлежащим образом, Страховщик направляет уведомление заявителю с указанием перечня недостающих и / или ненадлежащим образом оформленных документов не позднее 15 (Пятнадцати) рабочих дней с момента получения Страховщиком неполного пакета документов и / или документов, оформленных ненадлежащим образом.

ЧТО ДЕЛАТЬ ПРИ НАСТУПЛЕНИИ СТРАХОВОГО СЛУЧАЯ

1. Незамедлительно обратитесь в лечебное учреждение для получения медицинской помощи.
2. Уведомите АО «Д2 Страхование» любым доступным способом в течение 30 (Тридцати) календарных дней с момента события.
3. Соберите полный пакет документов (раздел 13 Программы страхования) и направьте в страховую компанию на адрес, указанный ниже.

КОНТАКТНАЯ ИНФОРМАЦИЯ

АО «Д2 Страхование». Почтовый адрес: 630099, Новосибирск, ул. Депутатская, д. 2, помещ. 1.
Телефон: 8 800 7755 290 (звонок по России бесплатный). Адрес электронной почты info@d2insur.ru. Интернет-сайт страховой компании www.d2insur.ru.

ФИО

Дата ____ . ____ . ____ г.

Подпись _____

аналог собственноручной подписи