

Условия договора добровольного страхования жизни по продукту «Гардиа Гарант» (RT)

1. ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ. ОПРЕДЕЛЕНИЯ

1.1. Договор страхования жизни по продукту «Гардиа Гарант» (далее – договор, договор страхования) заключается в соответствии с положениями Общих правил добровольного страхования жизни №2 ООО СК «Эверия Лайф», утвержденных 30 апреля 2025 г. (далее – Правила), и дополнительных условий к ним: по страхованию от несчастных случаев по продукту «Гардиа Гарант», страхования на случай смертельно опасных заболеваний (расширенных), страхования на случай инвалидности I или II группы по любой причине, страхования на случай хирургических операций в результате болезни (далее совместно и по отдельности – Дополнительные условия). В случае расхождений между положениями настоящих Условий договора страхования жизни по продукту «Гардиа Гарант» (далее – Условия), Правил и Дополнительных условий применяются положения Условий. Правила и Дополнительные условия являются неотъемлемой частью договора страхования.

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

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

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

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

1.3. Договор заключается между Страховщиком и Страхователем в отношении Застрахованных лиц.

1.4. По продукту «Гардиа Гарант» Застрахованными могут быть физические лица в возрасте от 18 до 70 лет, при этом на момент заключения договора возраст Застрахованного не может превышать 65 лет.

2. СТРАХОВЫЕ РИСКИ. СТРАХОВЫЕ СЛУЧАИ. ПРОГРАММЫ СТРАХОВАНИЯ

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

2.2. **Базовая программа** по продукту «Гардиа Гарант» включает:

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

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

2.3. **Дополнительными программами** по продукту «Гар

• возраст Застрахованного на дату начала действия программы не может превышать 60 лет (включительно).

2.3.4.2. По Программе Хирургические операции в результате болезни настоящими Условиями устанавливается период ожидания, составляющий 180 (сто восемьдесят) календарных дней с начала срока страхования по программе страхования, в случае если период ожидания указан к соответствующей хирургической операции в Таблице размеров страховых выплат в связи со страховыми случаями «Хирургические операции в результате болезни». Проведение соответствующих хирургических операций в результате болезни в течение периода ожидания не является страховым случаем.

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

3. СТРАХОВАЯ СУММА. СТРАХОВАЯ ПРЕМИЯ (СТРАХОВЫЕ ВЗНОСЫ)

3.1. Страховые суммы зафиксированы в страховом полисе в разделе «Программы страхования». При этом размер страховой суммы по программе «Страхование на дожитие» Базовой программы определяется и указывается в договоре страхования по выбору Страхователя в зависимости от срока действия договора страхования:

3.1.1. при сроке действия договора от 5 (пяти) до 9 (девяти) лет включительно – в размере 25% (двадцати пяти процентов) от размера страховых взносов, подлежащих оплате по договору страхования за весь срок страхования;

3.1.2. при сроке действия договора 10 (десять) – в размере 25% (двадцати пяти процентов) или 50% (пятидесяти процентов) от размера страховых взносов, подлежащих оплате по договору страхования за весь срок страхования.

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

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

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

3.5. В соответствии с п. 5.14 Правил Страхователю предоставляется льготный период для уплаты очередного страхового взноса - 60 (шестьдесят) дней.

3.6. Договором страхования предусмотрены минимальные гарантированные размеры страховой суммы по программе «Страхование на срок» Базовой программы при переводе договора в Оплаченный договор в зависимости от срока действия договора на дату перевода в оплаченный и срока договора (Приложение №2 к страховому полису). Минимальные гарантированные размеры страховой суммы по программе «Страхование на дожитие» Базовой программы при переводе договора в Оплаченный договор соответствуют фиксированному проценту, определенному при заключении договора в соответствии с п. 3.1 настоящих Условий, рассчитанному от фактически оплаченных страховых взносов.

3.7. Минимальные гарантированные размеры выкупной суммы в зависимости от срока, в течение которого действовал договор страхования на дату расторжения, и от срока действия договора зафиксированы в Приложении №2 к страховому полису.

4. ПОРЯДОК ЗАКЛЮЧЕНИЯ, ИСПОЛН

информацией о получении или неполучении налогового вычета за каждый календарный год действия договора страхования, в котором Страхователь имело право на получение социального налогового вычета, указанного в подп. 4 п. 1 ст. 219 Налогового кодекса РФ и в котором уплачивались страховые взносы, и копии паспорта Страхователя.

4.9. Страховщик по согласованию со Страхователем может произвести одновременное изменение страховой суммы и страхового взноса – Индексацию – в порядке, предусмотренном с п. 5.17 Правил при этом Страховщик может устанавливать индекс общий для всех программ страхования, предусмотренных договором, либо отдельный индекс для Базовой программы и Дополнительным программам. Подлежащими индексации программами могут являться:

4.9.1. Базовая программа;

4.9.2. Одна или несколько Дополнительных программ;

4.9.3. Базовая программа и одна или несколько Дополнительных программ.

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

4.11. В дополнение к условию п. 6.27.5 Правил (о прекращении действия договора страхования по инициативе Страхователя) Страхователь вправе отказаться от договора страхования в любое время после истечения срока, предусмотренного п. 6.27.5.1 Правил, в случае непредоставления Страховщиком Страхователю информации о договоре страхования, предоставления неполной или недостоверной информации (ненадлежащее информирование Страховщиком Страхователя об условиях страхования) и потребовать возврата части уплаченной страховой премии (страховых взносов) (за вычетом части страховой премии, исчисляемой пропорционально времени, в течение которого действовало страхование).

К ненадлежащему информированию Страховщиком Страхователя об условиях страхования относятся:

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

- вручение Страхователю КИД, который по содержанию не соответствует п. 1.1 - 1.9 Указания Банка России № 6109-У;

- вручение Страхователю КИД, который по своему содержанию не соответствует заключенному договору страхования.

</

документы не могут являться подтверждением временной нетрудоспособности Застрахованного. Если Застрахованный был выписан на работу и далее снова оказался нетрудоспособен в связи с тем же несчастным случаем (даже если на следующий день), такая нетрудоспособность не считается непрерывной, и страховая выплата за последующие дни этой нетрудоспособности Застрахованного не производится.

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

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

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

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

- пластика сосудов, нервов, мышц, сухожилий, связок, капсулы суставов;
- костная пластика, резекция кости, артропластика, артродез, эндопротезирование, вправление вывихов (при условии подтверждения данного факта рентгеновским снимком), трепанация кости черепа, ампутация, трахеостомия;
- эндоскопические операции (артроскопия, лапароскопия, лапароцентез, бронхоскопия, эзофагоскопия, пункция грудной полости при гемо-, пневмотораксе)

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

5.7.7. при наступлении страхового случая по риску **«госпитализация Застрахованного»** страховая выплата осуществляется в размере страховой суммы по этому случаю за каждый день непрерывного стационарного лечения, начиная с 3 (третьего) дня, но не более чем за 90 (девяносто) дней стационарного лечения в связи с одним несчастным случаем. Если Застрахованный был выписан из стационара, направлен на амбулаторное лечение и далее снова госпитализирован в связи с тем же несчастным случаем (даже если на следующий день), такая госпитализация не считается непрерывной, и страховая выплата за последующее нахождение Застрахованного на стационарном лечении в