

## Условия договора добровольного страхования жизни по продукту «Глория Гарант» (GM)

### 1. ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ. ОПРЕДЕЛЕНИЯ

1.1. Договор страхования жизни по продукту «Глория Гарант» (далее – договор, договор страхования) заключается в соответствии с положениями Общих правил добровольного страхования жизни №2 ООО СК «Эверия Лайф», утвержденных 30.04.2025 г., (далее – Правила ДСЖ) и дополнительных условий к ним: по страхованию от несчастных случаев, страхования по Программе Защита женского здоровья, страхования на случай смертельно опасных заболеваний по продукту «Глория Гарант», по страхованию на случай хирургических операций в результате болезни, страхования по Программе страхования для беременных, а также в соответствии с положениями Правил добровольного медицинского страхования ООО СК «Эверия Лайф», утвержденных 30.04.2025 г. (далее Правила ДМС, а совместно с Правилами ДСЖ – Правила). В случае расхождений между положениями настоящих Условий договора добровольного страхования жизни по продукту «Глория Гарант» (далее – Условия), Правил и Дополнительных условий применяются положения Условий. Правила, указанные здесь и Дополнительные условия и 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.

1.2.4. Договор заключается между Страховщиком и Страхователем в отношении Застрахованного лица.

1.3. По продукту «Глория Гарант» Застрахованными могут быть физические лица женского пола в возрасте от 18 до 70 лет, при этом на момент заключения договора возраст Застрахованного не может превышать 60 лет, а по Программе страхования для беременных - не может превышать 45 лет.

### 2. СТРАХОВЫЕ РИСКИ. СТРАХОВЫЕ СЛУЧАИ. ПРОГРАММЫ СТРАХОВАНИЯ

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

2.2. Базовая программа по продукту «Глория Гарант» включает:

2.2.1. Программа 2. **Страхование на срок** (в соответствии с п.4.2.2 Правил);

2.2.2. Программа 3. **Страхование на дожитие** (в соответствии с п.4.2.3 Правил).

2.3. В качестве дополнительных программ страхования по продукту «Глория Гарант» в договор могут быть включены следующие программы страхования:

2.3.1. **Программа Защита женского здоровья** (далее – **Программа Защита женского здоровья**), действующая в соответствии с Дополнительными условиями страхования по Программе Защита женского здоровья, которая при включении в договор по продукту «Глория Гарант» содержит следующие страховые риски:

- **первичное диагностирование** ЖОЗ, включая ЖОЗ in situ;
- **мастэктомия, гистерэктомия**, в том числе в связи с ЖОЗ in situ;
- **подтверждение диагноза** онкологического заболевания;
- **осложнения после ПКП**;

2.3.1.1. по **Программе Защита женского здоровья** Условиями устанавливается период ожидания, составляющий 90 (девяносто) календарных дней с начала срока страхования по программе. Наступление в течение периода ожидания события, предусмотренных п.2.3.1 настоящих Условий, не является страховым случаем.

2.3.2. Программа страхования на случай смертельно опасных заболеваний (далее – **Программа СОЗ**), действующая в соответствии с Дополнительными условиями страхования на случай СОЗ по продукту «Глория Гарант»;

2.3.2.1. по **Программе СОЗ** Условиями устанавливается период ожидания, составляющий 180 (сто восемьдесят) календарных дней с начала срока страхования по программе. Диагностирование в течение периода ожидания СОЗ, предусмотренных п.2.3.2 настоящих Условий, не является страховым случаем.

2.3.3. Программа страхования от несчастных случаев (далее - **Программа НС**), действующая в соответствии с Дополнительными условиями по страхованию от несчастных случаев, которая при включении в договор по продукту «Глория Гарант» может содержать следующие страховые риски:

- **смерть Застрахованного в результате несчастного случая («смерть Застрахованного в результате НС»);**
- **постоянная утрата трудоспособности Застрахованным в результате несчастного случая («инвалидность Застрахованного в результате НС»);**

• **телесные повреждения Застрахованного в результате несчастного случая, предусмотренные Таблицей размеров страховых выплат (Приложение № 3 к договору страхования) («телесные повреждения Застрахованного»);**

• **временная утрата трудоспособности в связи с госпитализацией Застрахованного в результате несчастного случая («госпитализация Застрахованного в результате НС»);**

• **проведение Застрахованному хирургической операции в результате несчастного случая в соответствии с Таблицей размеров страховых выплат в связи со страховыми случаями «Хирургические операции Застрахованного» (Приложение № 4 к договору страхования) («хирургические операции Застрахованного в результате НС»).**

2.3.4. Программа страхования на случай хирургических операций в результате болезни (далее – **Программа Хирургические операции в результате болезни**). В договор страхования может быть включена Программа Хирургические операции в результате болезни (максимальная), действующая в соответствии с Дополнительными условиями по страхованию на случай хирургических операций в результате болезни;

2.3.4.1. 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 на случай если применение периода ожидания указано 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.

2.3.5. обращение Застрахованного в течение срока страхования по данной программе в сервисную организацию за медицинской консультацией врача (узкие специалисты, психолог, диетолог) (далее – **Программа Онлайн-консультации** (в соответствии с п.4.1.2 Правил ДМС).

Страховым случаем по Программе Онлайн-консультации является обращение Застрахованного в предусмотренную договором страхования сервисную организацию в течение срока страхования по программе за организацией медицинской консультации врачей узкой специализации, а именно: врача общей практики, врача-акушера-гинеколога, врача-невролога, врача-оториноларинголога, врача-гастроэнтеролога, врача-дерматовенеролога, врача уролога-андролога, врача-травматолога, врача-эндокринолога, врача-аллерголога-иммунолога, врача-кардиолога, врача-терапевта, врача-УЗИ, врача-хирурга, врача-ревматолога, врача-офтальмолога, врача-стоматолога, врача-пульмонолога, врача-репродуктолога, врача-маммолога, врача-онколога, врача-гематолога (без ограничений количества консультаций), психолога (не более 5 (пяти) консультаций) и диетолога (не более 2 (двух) консультаций) в течение срока страхования.

2.3.5.1. По Программе Онлайн-консультации Условиями устанавливается период ожидания, составляющий 30 (тридцать) календарных дней с даты заключения договора. Обращение в течение периода ожидания за онлайн-консультацией не является страховым случаем.

2.3.6. Программа страхования для беременных (далее – **Программа страхования для беременных**), действующая в соответствии с Дополнительными условиями страхования по Программе страхования для беременных, которая при включении в договор по продукту «Глория Гарант» может содержать страховые риски, определенные п.3.1. и п.3.2. указанных Дополнительных условий к Правилам ДСЖ, а также страховой риск, определенный п.4.1.2 Правил ДМС, – обращение Застрахованного в течение срока страхования по данной программе в сервисную организацию за медицинской консультацией врача (гинеколога, эндокринолога) (далее – **страховой риск «консультация женщины во время беременности»**) (в соответствии с п.4.1.2 Правил ДМС).

Страховым случаем по страховому риску «консультация женщины во время беременности» является обращение Застрахованного в предусмотренную договором страхования сервисную организацию в течение срока страхования по программе за организацией медицинской консультации гинеколога (не более 4 (четырёх) консультаций в течение срока страхования по данной программе), а также за

организацией медицинской консультации эндокринолога (не более 1 (одной) консультации в течение срока страхования по данной программе).

2.3.6.1. в отношении Застрахованного ребенка (Застрахованных детей) – обращение Застрахованного в течение срока страхования по данной программе в сервисную организацию за медицинской консультацией врача (педиатра) (далее - страховой риск **«консультация педиатра»**) (в соответствии с п. 4.1.2 Правил ДМС).

Страховым случаем по страховому риску «консультация педиатра» является обращение Застрахованного в предусмотренную договором страхования сервисную организацию в течение срока страхования по программе за организацией медицинской консультации педиатра (без ограничений количества консультаций).

2.3.6.2. По страховым рискам **«консультация женщины во время беременности»** и **«консультация педиатра»** Условными устанавливается период ожидания, составляющий 30 (тридцать) календарных дней с даты заключения договора. Обращение в течение периода ожидания за онлайн-консультацией не является страховым случаем.

2.4. Не являются страховыми случаями события, перечисленные в качестве исключений в Правилах и Дополнительных условиях к ним, 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 исключением страховых взносов по Программе страхования для беременных и Программы Онлайн-консультации);

3.1.2. при сроке действия договора 10 (десять) лет включительно – в размере 25% (двадцати пяти процентов) или 50% (пятидесяти процентов) от размера страховых взносов, подлежащих оплате по договору страхования за весь срок страхования (за исключением страховых взносов по Программе страхования для беременных и Программы Онлайн-консультации).

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 по договору страхования рассчитывается в зависимости от выбранной Программы (Программ) в соответствии с установленными Страховщиком страховыми тарифами; часть страховой премии, уплачиваемой в рассрочку, (страховой взнос) в установленные договором срок и порядке указывается в графе «Итого сумма страхового взноса» полиса.

3.4. Страховая премия уплачивается Страхователем одновременно или в рассрочку (ежеквартально, раз в полгода, ежегодно) равными платежами в течение срока действия договора, за исключением первых трех страховых взносов, уплата которых осуществляется в соответствии с условиями договора страхования. Даты уплаты первого и очередных страховых взносов указываются в страховом полисе.

3.5. В соответствии с п.5.12 Правил ДСЖ Страхователю предоставляется льготный период для уплаты очередного (второго и последующих) страхового взноса - 60 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 договор и срока договора (Приложение №2 к договору страхования). 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 по договору на дату перевода в Оплаченный договор (за исключением страховых взносов по Программе страхования для беременных и Программы Онлайн-консультации).

3.7. Минимальные гарантированные размеры выкупной суммы в зависимости от срока действия договора страхования на дату расторжения и срока договора зафиксированы в Приложении №2 к договору страхования. Страховые взносы по Программе страхования для беременных и Программе Онлайн-консультации не участвуют в расчете размера выкупной суммы.

### 4. ПОРЯДОК ЗАКЛЮЧЕНИЯ, ИСПОЛНЕНИЯ И ПРЕКРАЩЕНИЯ ДОГОВОРА СТРАХОВАНИЯ

4.1. Если иное не предусмотрено соглашением сторон, договор заключается на основании письменного заявления Страхователя путем составления и двустороннего подписания Страховщиком и Страхователем одного документа – страхового полиса или вручения Стра-

ховщиком Страхователю на основании его письменного заявления страхового полиса, подписанного Страховщиком. В последнем случае согласие Страхователя заключить договор страхования на предложенных Страховщиком условиях подтверждается принятием от Страховщика страхового полиса. Заявление Страхователя является неотъемлемой частью договора. При расхождении положений заявления и страхового полиса применяются положения полиса. Страховой полис составляется и подписывается в двух идентичных экземплярах (для Страховщика и Страхователя), имеющие равную юридическую силу. Стороны договора согласны с тем, что при подписании договора страхования (страхового полиса), приложений к нему, дополнительных соглашений и других документов, относящихся к договору страхования, Страховщик вправе использовать факсимильное (с помощью средств электронного копирования) воспроизведение печати Страховщика и подписи лица, уполномоченного от имени Страховщика подписывать договоры страхования (страховые полисы).

4.2. Договор может быть заключен на срок от 5 или 6 лет (при оплате страховой премии в рассрочку) либо от 5 до 10 лет (с шагом 1 год) (при единовременной оплате страховой премии). На момент окончания срока действия договора возраст Застрахованного не может превышать 70 лет. В договор страхования по продукту «Глория Гарант» не может быть включена Программа страхования для беременных, если возраст Застрахованного не соответствует указанному в п.1.3 настоящих Условий ограничению.

4.3. Срок действия договора указан в страховом полисе.

Страхователь обязан уплатить первый страховой взнос в полном объеме не позднее указанной в договоре страхования даты начала действия договора наличным или безналичным путем. Если в дату начала действия договора первый страховой взнос не был уплачен в полном объеме, то действие договора прекращается с даты, установленной для оплаты первого страхового взноса, страхование, обусловленное договором, не действует, обязанность Страховщика по выплате страхового возмещения не возникает; поступившие денежные средства возвращаются плательщику в полном объеме в течение 10 (десяти) рабочих дней с даты поступления Страховщику оригинала заявления на возврат денежных средств.

4.4. Срок страхования по договору начинается с даты, следующей за датой уплаты первого страхового взноса в полном объеме, но не ранее даты начала действия договора, и заканчивается (кроме Программы страхования для беременных и Программы Онлайн-консультации) датой наступления первого из перечисленных событий: окончания срока действия договора, досрочного прекращения договора или наступления смерти Застрахованного. По Программе страхования для беременных и по Программе Онлайн-консультации день и месяц даты окончания действия программы страхования равны дню и месяцу даты заключения договора (включения Программы в договор страхования), а год даты окончания равен году даты заключения договора (включения Программы в договор страхования), увеличенному на 1 (один) год.

При этом Программа Онлайн-консультации и/или Программа страхования для беременных может быть включена в договор страхования, в том числе на новый срок, на 1 (один) год путем внесения изменений в договор страхования по Заявлению Страхователя, но не ранее истечения 30 (тридцати) календарных дней с даты начала договора.

4.5. Действие договора страхования прекращается в случаях, предусмотренных п.6.27 Правил ДСЖ.

4.6. В случае неуплаты очередного страхового взноса по истечении льготного периода, и если Страхователь не информировал в письменной форме Страховщика о желании досрочно расторгнуть договор или изменить условия договора, то в соответствии с п.5.13.1 Правил ДСЖ Страховщик осуществляет перерасчет размера страховой суммы по программе «Страхование на срок» Базовой программы на дату, предшествующую дате уплаты такого очередного страхового взноса по договору (в соответствии с п.3.6 Условий предусмотрены минимальные гарантированные страховые суммы). Если в результате расчета полученная страховая сумма превышает 30 000 (тридцать тысяч) рублей, то договор преобразуется в Оплаченный договор. В противном случае договор считается прекратившим свое действие в порядке, предусмотренном п.5.14 Правил ДСЖ, с даты уплаты очередного страхового взноса по договору, уплата которого просрочена; срок страхования оканчивается датой, предшествующей дате уплаты очередного страхового взноса по договору, уплата которого просрочена. При этом Страховщик выплачивает Страхователю выкупную сумму, рассчитанную на дату, предшествующую дате уплаты очередного страхового взноса по договору, уплата которого просрочена. При этом страховые взносы по Программе страхования для беременных и Программе Онлайн-консультации не участвуют в расчете размера выкупной суммы.

4.7. Выплата выкупной суммы (за минусом задолженности Страхователя по оплате страховых взносов, если имеется), если договор страхования расторгается по инициативе Страхователя, производится в течение 30 (тридцати) дней с даты получения Страховщиком заявления на расторжение договора и выплату денежных средств в связи с расторжением (с обязательным заполнением данных об ИНН и СНИЛС), справки установленного образца из налоговой службы по месту жительства с информацией о получении или неполучении налогового вычета за каждый календарный год действия договора страхования, в котором Страхователь имел право на получение социального налогового вычета, указанного в подп.4 п.1 ст.219 Налогового кодекса РФ, и в котором уплачивались страховые взносы по договору, а также копии паспорта Страхователя.

4.8. Страховщик по согласованию со Страхователем может произвести одновременное изменение страховой суммы и страхового взноса – Индексацию – в порядке, предусмотренном с п.5.15 Правил ДСЖ, при этом Страховщик может устанавливать индекс общий для всех программ страхования, предусмотренных договором, либо отдельный индекс для Базовой программы и для Дополнительных программ. Подлежащими индексации программами могут являться:

4.8.1. Базовая программа;

4.8.2. одна или несколько Дополнительных программ;

4.8.3. Базовая программа и одна или несколько Дополнительных программ.

4.9. 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](https://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.

4.10. 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.

В указанном случае часть уплаченной по договору страхования страховой премии (страховых взносов) (за вычетом части страховой премии, исчисляемой пропорционально времени, в течение которого действовало страхование) подлежит возврату Страховщиком в срок, не превышающий 7 (семь) рабочих дней со дня получения Страховщиком соответствующего письменного заявления Страхователя.

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

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

## 5. ПОРЯДОК РАСЧЕТА РАЗМЕРА И ОСУЩЕСТВЛЕНИЯ СТРАХОВОЙ ВЫПЛАТЫ

5.1. Выплаты по страховым случаям проводятся, только если соответствующие страховые риски включены в договор страхования и указаны в страховом полисе в составе Базовой и Дополнительной программ.

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

5.3. По **Базовой программе** при наступлении страхового случая по страховому риску «смерть Застрахованного» в период действия договора страхования Страховщик производит одновременную страховую выплату по программе **«Страхование на срок»** Базовой программы в размере 100% страховой суммы, указанной в договоре по данной программе.

5.4. По Базовой программе при наступлении страхового случая по страховому риску **«дожитие Застрахованного»** Страховщик производит одновременную страховую выплату по программе **«Страхование на дожитие»** в размере 100% страховой суммы, указанной в договоре по данной программе.

5.5. При наступлении страхового случая по страховым рискам **Программы защита женского здоровья:**

5.5.1. **«первичное диагностирование ЖОЗ, включая ЖОЗ in situ»:** страховая выплата осуществляется по первому случаю ЖОЗ, наступив-

шему в течение срока страхования, одновременно в размере 100% страховой суммы, установленной по данному страховому риску, – при диагностировании ЖОЗ, а при диагностировании в течение срока страхования ЖОЗ in situ – в размере 20% страховой суммы установленной по данному страховому риску. При этом размер страховой выплаты по страховому риску за весь срок страхования не может превышать 100% страховой суммы, установленной по данному страховому риску.

5.5.1.1. Страховая выплата производится при условии, что Застрахованный остается жив на 31 (тридцать первый) календарный день с даты наступления событий **«первичное диагностирование ЖОЗ»** или **«первичное диагностирование ЖОЗ in situ»**. Если Застрахованный умирает в течение 30 (тридцати) календарных дней с даты наступления события **«первичное диагностирование ЖОЗ»** или **«первичное диагностирование ЖОЗ in situ»**, то страховая выплата не производится (период выживания).

5.5.1.2. Страховая выплата по страховому случаю **«первичное диагностирование ЖОЗ»** уменьшается на величину суммы страховой выплаты по страховому случаю **«первичное диагностирование ЖОЗ in situ»**, если такая страховая выплата ранее была произведена по договору.

5.5.2. **«мастэктомия, гистерэктомия**, в том числе в связи с ЖОЗ in situ): страховая выплата осуществляется одновременно в размере 100% страховой суммы, установленной по данному страховому риску, – при проведении операции в связи с ЖОЗ, а при проведении операции в связи с ЖОЗ in situ – в размере 80% страховой суммы, установленной по данному страховому риску. При этом размер страховой выплаты по страховому риску за весь срок страхования не может превышать 100% страховой суммы, установленной по данному страховому риску.

5.5.2.1. Страховая выплата производится при условии, что Застрахованный остается жив на 31 (тридцать первый) календарный день с даты наступления события **«мастэктомия, гистерэктомия**, в том числе в связи с ЖОЗ in situ». Если Застрахованный умирает в течение 30 (тридцати) календарных дней с даты наступления события **«мастэктомия, гистерэктомия**, в том числе в связи с ЖОЗ in situ», то страховая выплата не производится (период выживания).

5.5.2.2. Страховая выплата по страховым случаям **«мастэктомия, гистерэктомия**, в том числе в связи с ЖОЗ in situ) осуществляется независимо от страховых выплат по другим страховым рискам и программам страхования по договору.

5.5.2.3. Застрахованный может обратиться за страховой выплатой по риску **«мастэктомия, гистерэктомия**, в том числе в связи с ЖОЗ in situ» в течение одного года после диагностирования соответствующего онкологического заболевания, при условии диагностирования ЖОЗ или ЖОЗ in situ в течение срока страхования по программе.

5.5.3. В счет страховой выплаты по страховому риску **«подтверждение диагноза онкологического заболевания»** Страховщик организует оказание предусмотренных настоящими Условиями медицинских услуг Застрахованному и оплачивает их Провайдеру медицинских услуг.

5.5.3.1. Организация медицинских услуг по страховому риску **«подтверждение диагноза онкологического заболевания»** осуществляется Страховщиком в случае наступления события **«первичное диагностирование ЖОЗ»** или **«первичное диагностирование ЖОЗ in situ»**, независимо от страховых выплат по другим страховым рискам и программам страхования по договору;

5.5.3.2. Застрахованный может обратиться к Страховщику за организацией медицинских услуг по страховому риску **«подтверждение диагноза онкологического заболевания»** в течение одного года со дня диагностирования ЖОЗ, заполнив соответствующее заявление, при условии диагностирования ЖОЗ или ЖОЗ in situ в течение срока страхования по программе. Результаты соответствующего медицинского заключения представляются Застрахованному Провайдером медицинских услуг не позднее 30 рабочих дней со дня такого обращения; в случае составления документа на иностранном языке, медицинское заключение предоставляется Застрахованному с переводом на русский язык. При этом не может быть представлено более двух медицинских заключений в соответствии с пп. 3.1.4.1-3.1.4.2 Дополнительных условий страхования по Программе Защита женского здоровья.

5.5.3.3. Предоставление медицинской информации и любое дополнительное обращение к Провайдеру медицинских услуг для разъяснения результатов медицинского заключения по страховому риску **«подтверждение диагноза онкологического заболевания»** по истечении 30 дней после предоставления **первичного заключения** будут считаться повторным предоставлением Провайдером медицинских услуг письменного заключения относительно диагноза и/или методов лечения.

5.5.4. **«осложнения после ПКП»:** страховая выплата осуществляется одновременно в размере 100% страховой суммы, установленной по данному страховому риску.

5.6. Страховая выплата при наступлении страхового случая по страховым рискам **Программы СОЗ** осуществляется одновременно в размере, определенном п.7.1.1 Дополнительных условий страхования на случай смертельно опасных заболеваний по продукту «Глория Гарант».

5.6.1. Страховая выплата по **Программе СОЗ** производится при условии, что Застрахованный остается жив на 31 (тридцать первый) календарный день с даты наступления события СОЗ. Если Застрахованный умирает в течение 30 (тридцати) календарных дней с даты наступления события СОЗ, то страховая выплата не производится (период выживания).

5.6.2. Страховая выплата по **Программе СОЗ** осуществляется независимо от страховых выплат по другим программам страхования по договору.

5.7. Условия предусматривают следующий порядок определения размеров страховых выплат при наступлении страхового случая по **Программе НС**:

5.7.1. при наступлении страхового случая по страховому риску **«смерть Застрахованного в результате НС»** страховая выплата осуществляется в размере 100% от страховой суммы по этому случаю;

5.7.2. при наступлении страхового случая по страховому риску **«инвалидность Застрахованного в результате НС»** страховая выплата осуществляется Застрахованному одновременно при установлении:

- I (первой) группы инвалидности – в размере 100 % (ста процентов) от страховой суммы по этому случаю;

- II (второй) группы – в размере 80 % (восемьдесят процентов) от страховой суммы по этому случаю;

- III (третьей) группы – в размере 50 % (пятидесяти процентов) от страховой суммы по этому случаю;

Страховая выплата производится в размере, предусмотренном Условиями для группы инвалидности, первоначально установленной в результате несчастного случая.

Если в течение одного календарного года с даты наступления несчастного случая происходит увеличение степени инвалидности по сравнению с ранее установленной, то выплата по страховому случаю **«инвалидность Застрахованного в результате НС»** в связи с установлением более тяжелой степени инвалидности производится Страховщиком в размере разницы между суммой, подлежащей выплате в связи с установлением определенной группы инвалидности, и суммой произведенных ранее страховых выплат в связи с данным страховым риском.

5.7.3. при наступлении страхового случая по страховому риску **«телесные повреждения Застрахованного»** страховая выплата осуществляется в соответствии с Таблицей размеров страховых выплат (Приложение №3 к договору страхования);

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

5.7.5. при наступлении страхового случая по страховому риску **«хирургические операции Застрахованного в результате НС»** страховая выплата осуществляется в соответствии с Таблицей размеров страховых выплат в связи со страховыми случаями **«хирургические операции Застрахованного в результате НС»** (Приложение № 4 к договору страхования). Размер страховой выплаты рассчитывается исходя из страховой суммы по этому страховому риску, выплата производится только в случае, если операция указана в Таблице размеров страховых выплат в связи со страховым случаем «Хирургические операции Застрахованного в результате НС».

5.7.6. Размер страховых выплат по страховым случаям по рискам **«телесные повреждения Застрахованного»** и **«хирургические операции Застрахованного в результате НС»** в связи с несчастными случаями (несчастным случаем), произошедшими в течение одного страхового года, не может превышать 100% (ста процентов) от размера страховой суммы, установленной в отношении данных страховых рисков договором.

5.8. Страховая выплата при наступлении страхового случая по страховым рискам по **Программе Хирургические операции в результате болезни** рассчитывается и осуществляется в соответствии с Таблицей размеров страховых выплат в связи со страховыми случаями «Хирургические операции в результате болезни» (Приложение № 5 к договору страхования) и исходя из страховой суммы по этому страховому риску. Страховая выплата производится только в случае, если хирургическая операция указана в Таблице размеров страховых выплат в связи со страховыми случаями «Хирургические операции в результате болезни». При этом:

5.8.1. если Застрахованному проводится несколько хирургических операций в рамках одного хирургического вмешательства, размер суммы страховой выплаты будет равен сумме, соответствующей указанной в Таблице размеров страховых выплат в связи со страховыми случаями «Хирургические операции в результате болезни» хирургической операции с самым высоким процентом страховой выплаты;

5.8.2. страховые выплаты осуществляются не более чем по 3 (трем) страховым случаям, произошедшим в одном страховом году; в случае если в одном страховом году Застрахованному проведены последующие хирургические операции (4 (четвертая) и/или более), страховая выплата по таким событиям не производится. При этом максимальная сумма страховых выплат, которая может быть осуществлена на основании Условий по страховым случаям, произошедшим в течение одного страхового года, равна 100% от страховой суммы по соответствующему страховому риску.

5.9. При наступлении страхового случая по страховым рискам, предусмотренным **Программой Онлайн-консультации**, размер страховой выплаты определяется стоимостью услуг (медицинской консультации),

организуемых Застрахованному сервисной организацией. Оказание предусмотренных Программой Онлайн-консультации услуг осуществляется посредством видеосвязи, аудиосвязи, путем обмена сообщениями и файлами, после запроса через сайт сервисной организации (<https://dr-telemed.ru/>) или через мобильное приложение «Доктор рядом 24/7». Информация о медицинских организациях и врачах, предоставляющих услуги, их профессиональном образовании, квалификации и пр., размещены на сайте сервисной организации. При этом: 5.9.1. Застрахованному предоставляются медицинские консультации по всем вопросам в рамках профессиональной компетенции врача, за исключением:

- вопросов, по которым врач не может сформировать свое профессиональное мнение ввиду технической невозможности произвести осмотр и иные манипуляции с Застрахованным дистанционным способом;

- вопросов, для которых необходимо получение дополнительной информации (результатов осмотров, анализов и пр.) - при ее отсутствии.

5.9.2. Застрахованный до получения медицинской консультации по Программе Онлайн-консультации предоставляет врачу информацию об установленных Застрахованному диагнозах, перенесенных им заболеваниях, известных ему аллергических реакциях, противопоказаниях, пересылает врачу скан-копии необходимых документов с использованием «Личного кабинета» Застрахованного на сайте сервисной организации.

При проведении медицинской консультации, в том числе при установлении необходимости проведения очных консультаций, диагностических обследований, врач информирует Застрахованного о специалистах, к которым следует обратиться для постановки/подтверждения/уточнения диагноза, о рекомендуемых методах диагностики, лечения, связанных с ними рисках, их последствиях и ожидаемых результатах и предоставляет иную подобную информацию.

5.9.3. По Программе Онлайн-консультации Застрахованный может обратиться за организацией консультации врача узкой специальности – без ограничения количества консультаций в течение срока страхования по программе, психолога – не более 5 (пяти) консультаций в течение страхового года, диетолога – не более 2 (двух) консультаций в течение страхового года.

5.10. Размер страховой выплаты по страховым случаям, предусмотренным п.3.1 и п.3.2. Дополнительных условий страхования по Программе страхования для беременных определяется в размере, установленном п.7.1. Дополнительных условий страхования по **Программе страхования для беременных**.

5.11. При наступлении страхового случая по страховым рискам «консультация женщины во время беременности» и «консультация педиатра» **Программы страхования для беременных**, предусмотренным п.2.3.6 настоящих Условий, размер страховой выплаты определяется стоимостью услуг (медицинской консультации), организуемых Застрахованному сервисной организацией. Оказание предусмотренных **Программой страхования для беременных** услуг (медицинской консультации) осуществляется посредством видеосвязи, аудиосвязи, путем обмена сообщениями и файлами, после запроса через сайт сервисной организации (<https://dr-telemed.ru/>) или через мобильное приложение «Доктор рядом 24/7». Информация о медицинских организациях и врачах, предоставляющих услуги, их профессиональном образовании, квалификации и пр., размещены на сайте сервисной организации. При этом:

5.11.1. Застрахованному предоставляются медицинские консультации по всем вопросам в рамках профессиональной компетенции врача, за исключением:

- вопросов, по которым врач не может сформировать свое профессиональное мнение ввиду технической невозможности произвести осмотр и иные манипуляции с Застрахованным дистанционным способом;

- вопросов, для которых необходимо получение дополнительной информации (результатов осмотров, анализов и пр.) - при ее отсутствии.

5.11.2. Застрахованный до получения медицинской консультации по Программе страхования для беременных предоставляет врачу информацию об установленных Застрахованному / Застрахованному ребенку диагнозах, перенесенных им заболеваниях, известных ему аллергических реакциях, противопоказаниях, пересылает врачу скан-копии необходимых документов с использованием «Личного кабинета» Застрахованного на сайте сервисной организации.

При проведении медицинской консультации, в том числе при установлении необходимости проведения очных консультаций, диагностических обследований, врач информирует Застрахованного о специалистах, к которым следует обратиться для постановки/подтверждения/уточнения диагноза, о рекомендуемых методах диагностики, лечения, связанных с ними рисках, их последствиях и ожидаемых результатах и предоставляет иную подобную информацию.

5.11.3. По Программе страхования для беременных Застрахованный может обратиться в течение срока страхования по программе за организацией консультации гинеколога – не более 4 (четырёх) раз в течение срока страхования по программе, за организацией консультации эндокринолога – не более 1 (одного) раза в течение срока страхования по программе и за организацией консультации педиатра – без ограничений в течение срока страхования по программе.