Соглашение-оферта
об оказании услуги включения в Список застрахованных лиц
по Программе добровольного коллективного страхования
жизни и здоровья № К-2.30(далее – Соглашение/Договор/Оферта) в соответствии с Договором
добровольного коллективного страхования
№Д2/БЗнс/05/25 от 21.05.2025 г.

Общество с ограниченной ответственностью Микрокредитная компания «Бонзайм» (ООО МКК «Бонзайм»), именуемое в дальнейшем «Общество», в лице Генерального директора Санкова Павла Александровича, действующей 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 www.bon-zaim.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 жизни и здоровья № К-2.30) (Приложение №1 к настоящему Соглашению, далее – Программа страхования) в соответствии с Договором добровольного коллективного страхования №Д2/БЗнс/05/25 от 21.05.2025 г. (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 (далее – услуга общества) определяется в зависимости от выбранного тарифа: (1 тариф – стоимость услуги 2500 рублей, страховое покрытие 11000 рублей; 2 тариф – стоимость услуги 3000 рублей, страховое покрытие 13000 рублей; 3 тариф – стоимость услуги 3500 рублей, страховое покрытие 15000 рублей; 4 тариф – стоимость услуги 4000 рублей, страховое покрытие 17000 рублей; 5 тариф – стоимость услуги 5000 рублей, страховое покрытие 19000 рублей; 6 тариф – стоимость услуги 5500 рублей, страховое покрытие 30000 рублей). Услуга Общества, оказываемая по настоящему Соглашению, 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 в случае их наступления. По факту включения в список застрахованных лиц, в том числе при не наступлении страхового случая, Услуга Общества считается оказанной в полном объеме.

Участие в Программе страхования не является условием для получения иных услуг, в том числе предоставляемых Обществом. Отказ от участия в Программе страхования не может являться основанием для отказа в предоставлении таких услуг или ухудшения условий их предоставления. Участие в Программе страхования не является способом обеспечения исполнения каких-либо обязательств Застрахованного лица.

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 соответствие 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»);
- уведомлен о том, что вправе оплатить приобретаемую услугу за счет собственных либо заемных средств.

3. 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 соответствие 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»);
- клиент уведомлен о том, что вправе оплатить приобретаемую услугу за счет собственных либо заемных средств.

4. Клиент оплачивает Услугу Общества:

- путем перевода по следующим реквизитам:

Р/с 40701810362000000665 в Отделении "Банк Татарстан" №8610 ПАО Сбербанк
К/с 30101810600000000603
БИК 049205603
ИНН 1655501627
Получатель: ООО МКК «Бонзайм»
Назначение платежа: оплата по соглашению об оказании услуги включения в Список застрахованных лиц по Программе добровольного коллективного страхования от несчастного случая». ФИО Заемщика.

- путем перевода денежных средств платежными картами VISA, MasterCard, МИР в Личном кабинете на Сайте Общества.

Приложение № 1 к Соглашению-оферте
об оказании услуги включения в Список застрахованных лиц по
Программе добровольного коллективного страхования
жизни и здоровья № К-2.30 в соответствии с Договором
добровольного коллективного страхования № Д2/БЗнс/05/25 от 21.05.2025 г.

Приложение № 1
к Договору добровольного коллективного страхования
№Д2/БЗнс/05/25 от 21.05.2025 г.

страхование

ПРОГРАММА ДОБРОВОЛЬНОГО КОЛЛЕКТИВНОГО СТРАХОВАНИЯ ЖИЗНИ И ЗДОРОВЬЯ №К-2.30 (ред. 13.06.2024)

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. ВЫГОДОПРИОБРЕТАТЕЛЬ

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 движущими механизмами, оружием, всякого рода инструментами;
м) воздействие высоких или низких температур, химических веществ.

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 клинико-инструментальными 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 возник-

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.;

новение 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;
– безболевой 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.
- 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 приравниваемых 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 Заявлении 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 единовременно 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;
- Справки 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 (историй 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.