



Образец полиса

			в соответствии с «Таблицей выплат при постоянной частичной утрате трудоспособности» (Приложение № к настоящему Полису).	<input type="checkbox"/> да, <input type="checkbox"/> нет
			в соответствии с «Таблицей выплат «Континентальная»» (Приложение № к настоящему Полису).	<input type="checkbox"/> да, <input type="checkbox"/> нет
			% от страховой суммы на основании заключения квалифицированного врача в соответствии с «Критериями установления страхового случая» (Приложение № к настоящему Полису).	<input type="checkbox"/> да, <input type="checkbox"/> нет
7	Постоянная (полная или частичная) утрата трудоспособности в результате болезни (естественных причин) / установление группы инвалидности в результате болезни (естественных причин) / инвалидность в результате болезни (естественных причин)		% от страховой суммы – при установлении I группы инвалидности;	<input type="checkbox"/> да, <input type="checkbox"/> нет
			% от страховой суммы – при установлении II группы инвалидности.	<input type="checkbox"/> да, <input type="checkbox"/> нет
			% от страховой суммы – при установлении III группы инвалидности.	<input type="checkbox"/> да, <input type="checkbox"/> нет
			в соответствии с «Таблицей выплат при постоянной полной или частичной утрате трудоспособности» (Приложение № к настоящему Полису).	<input type="checkbox"/> да, <input type="checkbox"/> нет
			в соответствии с «Таблицей выплат при постоянной частичной утрате трудоспособности» (Приложение № к настоящему Полису).	<input type="checkbox"/> да, <input type="checkbox"/> нет
			в соответствии с «Таблицей выплат «Континентальная»» (Приложение № к настоящему Полису).	<input type="checkbox"/> да, <input type="checkbox"/> нет
			% от страховой суммы на основании заключения квалифицированного врача в соответствии с «Критериями установления страхового случая» (Приложение № к настоящему Полису).	<input type="checkbox"/> да, <input type="checkbox"/> нет
8	Постоянная (полная или частичная) утрата профессиональной трудоспособности в результате несчастного случая		в размере определенного процента от страховой суммы по данному риску, соответствующего проценту, на который снизилась профессиональная трудоспособность Застрахованного лица, определенному в установленном законодательством порядке.	<input type="checkbox"/> да, <input type="checkbox"/> нет
			% от страховой суммы.	<input type="checkbox"/> да, <input type="checkbox"/> нет
9	Постоянная (полная или частичная) утрата профессиональной трудоспособности в результате профессионального заболевания		в размере определенного процента от страховой суммы по данному риску, соответствующего проценту, на который снизилась профессиональная трудоспособность Застрахованного лица, определенному в установленном законодательством порядке.	<input type="checkbox"/> да, <input type="checkbox"/> нет
			% от страховой суммы.	<input type="checkbox"/> да, <input type="checkbox"/> нет
10	Постоянная (полная или частичная) утрата профессиональной трудоспособности в результате заболевания (естественных причин)		в размере определенного процента от страховой суммы по данному риску, соответствующего проценту, на который снизилась профессиональная трудоспособность Застрахованного лица, определенному в установленном законодательством порядке.	<input type="checkbox"/> да, <input type="checkbox"/> нет
			% от страховой суммы.	<input type="checkbox"/> да, <input type="checkbox"/> нет
11	Временная утрата трудоспособности в результате несчастного случая		в соответствии с «Таблицами страховых выплат при временной утрате трудоспособности в результате несчастного случая (вариант №1)» (Приложение № к настоящему Полису).	<input type="checkbox"/> да, <input type="checkbox"/> нет
			в соответствии с «Таблицами страховых выплат при временной утрате трудоспособности в результате несчастного случая (вариант №2)» (Приложение № к настоящему Полису).	<input type="checkbox"/> да, <input type="checkbox"/> нет
			в соответствии с «Таблицей страховых выплат при переломах и ожогах» (Приложение № к настоящему Полису).	<input type="checkbox"/> да, <input type="checkbox"/> нет
			в соответствии с «Таблицами страховых выплат при потере или повреждении органов и тканей Застрахованного лица в результате несчастного случая» (Приложение № к настоящему Полису).	<input type="checkbox"/> да, <input type="checkbox"/> нет
			в соответствии с «Таблицей страховых выплат «Базовая»» (Приложение № к настоящему Полису).	<input type="checkbox"/> да, <input type="checkbox"/> нет
			в соответствии с «Таблицей страховых выплат «Корпоративная»» (Приложение № к настоящему Полису).	<input type="checkbox"/> да, <input type="checkbox"/> нет
			в соответствии с «Таблицей страховых выплат «Универсальная»» (Приложение № к настоящему Полису).	<input type="checkbox"/> да, <input type="checkbox"/> нет
			в соответствии с «Таблицей страховых выплат «Европейская»» (Приложение № к настоящему Полису).	<input type="checkbox"/> да, <input type="checkbox"/> нет
			в соответствии с таблицей «Переломы» (Приложение № к настоящему Полису).	<input type="checkbox"/> да, <input type="checkbox"/> нет
			в соответствии с таблицей «Ожоги» (Приложение № к настоящему Полису).	<input type="checkbox"/> да, <input type="checkbox"/> нет
			в соответствии с таблицей «Травмы мягких тканей» (Приложение № к настоящему Полису).	<input type="checkbox"/> да, <input type="checkbox"/> нет
			в соответствии с таблицей «Заболевания» (Приложение № к настоящему Полису).	<input type="checkbox"/> да, <input type="checkbox"/> нет
			в соответствии с «Таблицей страховых выплат «Унифицированная»» (Приложение № к настоящему Полису).	<input type="checkbox"/> да, <input type="checkbox"/> нет
			в размере % от страховой суммы за каждый день временной нетрудоспособности, начиная с дня нетрудоспособности, но не более дней за один страховой случай и не более дней за год, не более % от страховой суммы за весь период страхования.	<input type="checkbox"/> да, <input type="checkbox"/> нет
			в размере % от страховой суммы по данному риску (при наступлении страхового случая в результате несчастного случая, определенного в соответствии с п.п. 3.5.2.а) – с). Правил).	<input type="checkbox"/> да, <input type="checkbox"/> нет
в размере % от страховой суммы при получении тяжелого увечья, % от страховой суммы при получении легкого увечья отдельно для случаев получения тяжелого и легкого увечий, степень которых определяется в соответствии с «Перечнем увечий (ранений, травм, контузий), относящихся к тяжелым и легким» (Приложение №19 к Правилам)	<input type="checkbox"/> да, <input type="checkbox"/> нет			
в соответствии с «Таблицами страховых выплат при временной утрате трудоспособности в результате несчастного случая (вариант №3)» (Приложение № к настоящему Полису).	<input type="checkbox"/> да, <input type="checkbox"/> нет			
В соответствии с «Перечнем телесных повреждений» (Приложение № к настоящему Полису).	<input type="checkbox"/> да, <input type="checkbox"/> нет			
12	Временная утрата трудоспособности в результате несчастного случая или болезни		в соответствии с «Таблицами страховых выплат при временной утрате трудоспособности в результате несчастного случая (вариант №1)» (Приложение № к настоящему Полису).	<input type="checkbox"/> да, <input type="checkbox"/> нет

Образец полиса

			<p>в соответствии с «Таблицами страховых выплат при временной утрате трудоспособности в результате несчастного случая (вариант №2)» (Приложение № к настоящему Полису). <input type="checkbox"/> да, <input type="checkbox"/> нет</p> <p>в соответствии с «Таблицей страховых выплат при переломах и ожогах» (Приложение № к настоящему Полису). <input type="checkbox"/> да, <input type="checkbox"/> нет</p> <p>в соответствии с «Таблицами страховых выплат при потере или повреждении органов и тканей Застрахованного лица в результате несчастного случая» (Приложение № к настоящему Полису). <input type="checkbox"/> да, <input type="checkbox"/> нет</p> <p>в соответствии с «Таблицей страховых выплат «Базовая»» (Приложение № к настоящему Полису). <input type="checkbox"/> да, <input type="checkbox"/> нет</p> <p>в соответствии с «Таблицей страховых выплат «Корпоративная»» (Приложение № к настоящему Полису). <input type="checkbox"/> да, <input type="checkbox"/> нет</p> <p>в соответствии с «Таблицей страховых выплат «Универсальная»» (Приложение № к настоящему Полису). <input type="checkbox"/> да, <input type="checkbox"/> нет</p> <p>в соответствии с «Таблицей страховых выплат «Европейская»» (Приложение № к настоящему Полису). <input type="checkbox"/> да, <input type="checkbox"/> нет</p> <p>в соответствии с таблицей «Переломы» (Приложение № к настоящему Полису). <input type="checkbox"/> да, <input type="checkbox"/> нет</p> <p>в соответствии с таблицей «Ожоги» (Приложение № к настоящему Полису). <input type="checkbox"/> да, <input type="checkbox"/> нет</p> <p>в соответствии с таблицей «Травмы мягких тканей» (Приложение № к настоящему Полису). <input type="checkbox"/> да, <input type="checkbox"/> нет</p> <p>в соответствии с таблицей «Заболевания» (Приложение № к настоящему Полису). <input type="checkbox"/> да, <input type="checkbox"/> нет</p> <p>в соответствии с «Таблицей страховых выплат «Унифицированная»» (Приложение № к настоящему Полису). <input type="checkbox"/> да, <input type="checkbox"/> нет</p> <p>в размере % от страховой суммы за каждый день временной нетрудоспособности, начиная с дня нетрудоспособности, но не более дней за один страховой случай и не более дней за год, не более % от страховой суммы за весь период страхования. <input type="checkbox"/> да, <input type="checkbox"/> нет</p> <p>в размере % от страховой суммы по данному риску (при наступлении страхового случая в результате несчастного случая, определенного в соответствии с п.п. 3.5.2.а) – с). Правил). <input type="checkbox"/> да, <input type="checkbox"/> нет</p> <p>в размере % от страховой суммы при получении тяжелого увечья, % от страховой суммы при получении легкого увечья отдельно для случаев получения тяжелого и легкого увечий, степень которых определяется в соответствии с «Перечнем увечий (ранений, травм, контузий), относящихся к тяжелым и легким» (Приложение №19 к Правилам) <input type="checkbox"/> да, <input type="checkbox"/> нет</p>
13	Временная утрата трудоспособности в результате болезни		<p>в соответствии с «Таблицами страховых выплат при временной утрате трудоспособности в результате несчастного случая (вариант №1)» (Приложение № к настоящему Полису). <input type="checkbox"/> да, <input type="checkbox"/> нет</p> <p>в соответствии с «Таблицами страховых выплат при временной утрате трудоспособности в результате несчастного случая (вариант №2)» (Приложение № к настоящему Полису). <input type="checkbox"/> да, <input type="checkbox"/> нет</p> <p>в соответствии с «Таблицей страховых выплат при переломах и ожогах» (Приложение № к настоящему Полису). <input type="checkbox"/> да, <input type="checkbox"/> нет</p> <p>в соответствии с «Таблицами страховых выплат при потере или повреждении органов и тканей Застрахованного лица в результате несчастного случая» (Приложение № к настоящему Полису). <input type="checkbox"/> да, <input type="checkbox"/> нет</p> <p>в соответствии с «Таблицей страховых выплат «Базовая»» (Приложение № к настоящему Полису). <input type="checkbox"/> да, <input type="checkbox"/> нет</p> <p>в соответствии с «Таблицей страховых выплат «Корпоративная»» (Приложение № к настоящему Полису). <input type="checkbox"/> да, <input type="checkbox"/> нет</p> <p>в соответствии с «Таблицей страховых выплат «Универсальная»» (Приложение № к настоящему Полису). <input type="checkbox"/> да, <input type="checkbox"/> нет</p> <p>в соответствии с «Таблицей страховых выплат «Европейская»» (Приложение № к настоящему Полису). <input type="checkbox"/> да, <input type="checkbox"/> нет</p> <p>в соответствии с таблицей «Переломы» (Приложение № к настоящему Полису). <input type="checkbox"/> да, <input type="checkbox"/> нет</p> <p>в соответствии с таблицей «Ожоги» (Приложение № к настоящему Полису). <input type="checkbox"/> да, <input type="checkbox"/> нет</p> <p>в соответствии с таблицей «Травмы мягких тканей» (Приложение № к настоящему Полису). <input type="checkbox"/> да, <input type="checkbox"/> нет</p> <p>в соответствии с таблицей «Заболевания» (Приложение № к настоящему Полису). <input type="checkbox"/> да, <input type="checkbox"/> нет</p> <p>в соответствии с «Таблицей страховых выплат «Унифицированная»» (Приложение № к настоящему Полису). <input type="checkbox"/> да, <input type="checkbox"/> нет</p> <p>в размере % от страховой суммы за каждый день временной нетрудоспособности, начиная с дня нетрудоспособности, но не более дней за один страховой случай и не более дней за год, не более % от страховой суммы за весь период страхования. <input type="checkbox"/> да, <input type="checkbox"/> нет</p> <p>в размере % от страховой суммы по данному риску (при наступлении страхового случая в результате несчастного случая, определенного в соответствии с п.п. 3.5.2.а) – с). Правил). <input type="checkbox"/> да, <input type="checkbox"/> нет</p> <p>в размере % от страховой суммы при получении тяжелого увечья, % от страховой суммы при получении легкого увечья отдельно для случаев получения тяжелого и легкого увечий, степень которых определяется в соответствии с «Перечнем увечий (ранений, травм, контузий), относящихся к тяжелым и легким» (Приложение №19 к Правилам) <input type="checkbox"/> да, <input type="checkbox"/> нет</p>
14	Госпитализация в результате несчастного случая		<p>в размере % от страховой суммы за каждый день пребывания в стационаре, начиная с дня госпитализации, но не более дней за один страховой случай и не более дней за год, не более % от страховой суммы за весь период страхования, не более % от страховой суммы за один страховой случай. <input type="checkbox"/> да, <input type="checkbox"/> нет</p> <p>в размере % от страховой суммы по данному риску по факту госпитализации. <input type="checkbox"/> да, <input type="checkbox"/> нет</p> <p>удвоенный размер выплат за каждый день нахождения в реанимации в период лечения в стационаре круглосуточного медицинского наблюдения. <input type="checkbox"/> да, <input type="checkbox"/> нет</p>

Образец полиса

15	Госпитализация в результате несчастного случая или болезни		в размере % от страховой суммы за каждый день пребывания в стационаре, начиная с дня госпитализации, но не более дней за один страховой случай и не более дней за год, не более % от страховой суммы за весь период страхования, не более % от страховой суммы за один страховой случай.	<input type="checkbox"/> да, <input type="checkbox"/> нет
			в размере % от страховой суммы по данному риску по факту госпитализации.	<input type="checkbox"/> да, <input type="checkbox"/> нет
			удвоенный размер выплат за каждый день нахождения в реанимации в период лечения в стационаре круглосуточного медицинского наблюдения.	<input type="checkbox"/> да, <input type="checkbox"/> нет
16	Госпитализация в результате болезни		в размере % от страховой суммы за каждый день пребывания в стационаре, начиная с дня госпитализации, но не более дней за один страховой случай и не более дней за год, не более % от страховой суммы за весь период страхования, не более % от страховой суммы за один страховой случай.	<input type="checkbox"/> да, <input type="checkbox"/> нет
			в размере % от страховой суммы по данному риску по факту госпитализации.	<input type="checkbox"/> да, <input type="checkbox"/> нет
			удвоенный размер выплат за каждый день нахождения в реанимации в период лечения в стационаре круглосуточного медицинского наблюдения.	<input type="checkbox"/> да, <input type="checkbox"/> нет
17	Хирургическая операция в результате несчастного случая		в соответствии с «Таблицей страховых выплат при хирургических операциях №1» (Приложение № к настоящему Полису).	<input type="checkbox"/> да, <input type="checkbox"/> нет
			в соответствии с «Таблицей страховых выплат при хирургических операциях №2» (Приложение № к настоящему Полису).	<input type="checkbox"/> да, <input type="checkbox"/> нет
			в соответствии с «Таблицей страховых выплат при хирургических операциях №3» (Приложение № к настоящему Полису).	<input type="checkbox"/> да, <input type="checkbox"/> нет
			в соответствии с «Перечнем хирургических операций (полным)» (Приложение № к настоящему Полису).	<input type="checkbox"/> да, <input type="checkbox"/> нет
			в соответствии с «Перечнем хирургических операций (сокращенным)» (Приложение № к настоящему Полису).	<input type="checkbox"/> да, <input type="checkbox"/> нет
			в размере от % от страховой суммы по данному риску по факту хирургической операции.	<input type="checkbox"/> да, <input type="checkbox"/> нет
18	Хирургическая операция в результате несчастного случая или болезни		в соответствии с «Таблицей страховых выплат при хирургических операциях №1» (Приложение № к настоящему Полису).	<input type="checkbox"/> да, <input type="checkbox"/> нет
			в соответствии с «Таблицей страховых выплат при хирургических операциях №2» (Приложение № к настоящему Полису).	<input type="checkbox"/> да, <input type="checkbox"/> нет
			в соответствии с «Таблицей страховых выплат при хирургических операциях №3» (Приложение № к настоящему Полису).	<input type="checkbox"/> да, <input type="checkbox"/> нет
			в соответствии с «Перечнем хирургических операций (полным)» (Приложение № к настоящему Полису).	<input type="checkbox"/> да, <input type="checkbox"/> нет
			в соответствии с «Перечнем хирургических операций (сокращенным)» (Приложение № к настоящему Полису).	<input type="checkbox"/> да, <input type="checkbox"/> нет
			в размере от % от страховой суммы по данному риску по факту хирургической операции.	<input type="checkbox"/> да, <input type="checkbox"/> нет
19	Хирургическая операция в результате болезни		в соответствии с «Таблицей страховых выплат при хирургических операциях №1» (Приложение № к настоящему Полису).	<input type="checkbox"/> да, <input type="checkbox"/> нет
			в соответствии с «Таблицей страховых выплат при хирургических операциях №2» (Приложение № к настоящему Полису).	<input type="checkbox"/> да, <input type="checkbox"/> нет
			в соответствии с «Таблицей страховых выплат при хирургических операциях №3» (Приложение № к настоящему Полису).	<input type="checkbox"/> да, <input type="checkbox"/> нет
			в соответствии с «Перечнем хирургических операций (полным)» (Приложение № к настоящему Полису).	<input type="checkbox"/> да, <input type="checkbox"/> нет
			в соответствии с «Перечнем хирургических операций (сокращенным)» (Приложение № к настоящему Полису).	<input type="checkbox"/> да, <input type="checkbox"/> нет
			в размере от % от страховой суммы по данному риску по факту хирургической операции.	<input type="checkbox"/> да, <input type="checkbox"/> нет
20	Диагностирование критического заболевания или проведение серьезной операции, предусмотренных и определенных в соответствии со Списком критических заболеваний и серьезных операций (Приложением № к настоящему Полису), впервые после вступления Договора страхования в силу.		в размере % от страховой суммы.	<input type="checkbox"/> да, <input type="checkbox"/> нет
			в соответствии со Списком критических заболеваний и серьезных операций (Приложением № к настоящему Полису).	<input type="checkbox"/> да, <input type="checkbox"/> нет
21	Инфицирование Застрахованного лица вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ) или синдром приобретенного иммунодефицита (СПИД) вследствие переливания крови.		в размере % от страховой суммы.	<input type="checkbox"/> да, <input type="checkbox"/> нет
22	Инфицирование Застрахованного лица вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ) или синдром приобретенного иммунодефицита (СПИД) вследствие профессиональной (или медицинской) деятельности.		в размере % от страховой суммы.	<input type="checkbox"/> да, <input type="checkbox"/> нет
23	Инфицирование Застрахованного лица вирусным сывороточным гепатитом (гепатитом В) или вирусным посттрансфузионным гепатитом (гепатитом С) вследствие переливания крови.		в размере % от страховой суммы.	<input type="checkbox"/> да, <input type="checkbox"/> нет
24	Инфицирование Застрахованного лица вирусным сывороточным гепатитом (гепатитом В) или вирусным посттрансфузионным гепатитом (гепатитом С) вследствие профессиональной (или медицинской) деятельности.		в размере % от страховой суммы.	<input type="checkbox"/> да, <input type="checkbox"/> нет
<b>Вариант осуществления страховой выплаты по риску «диагностирования критического</b>			при наступлении смерти Застрахованного размер страховой выплаты уменьшается на сумму выплат, произведенных по риску «диагностирование критического заболевания или проведение серьезной операции».	<input type="checkbox"/> да, <input type="checkbox"/> нет

Образец полиса

заболевания или проведения серьезной операции» (при его включении в покрытие):	при наступлении смерти Застрахованного страховая выплата производится независимо от произведенных выплат по риску «диагностирование критического заболевания или проведение серьезной операции», но только в том случае, если Застрахованный прожил минимум _____ месяц после диагностирования критического заболевания.	<input type="checkbox"/> да, <input type="checkbox"/> нет
Вариант страхования, определения страховой суммы по одному Застрахованному (если Застрахованные - пассажиры и водитель указанного в Полисе транспортного средства):	по «системе мест».	<input type="checkbox"/> да, <input type="checkbox"/> нет
	по «паушальной системе».	<input type="checkbox"/> да, <input type="checkbox"/> нет
ВРЕМЕННАЯ ФРАНШИЗА (если установлена):	По риску _____ установлена временная франшиза в размере _____ дней с даты вступления настоящего Договора страхования в силу.	
ВАРИАНТ ДЕЙСТВИЯ СТРАХОВОЙ ЗАЩИТЫ (один вариант по выбору Страхователя):	24 часа в сутки (круглосуточно)	<input type="checkbox"/> да, <input type="checkbox"/> нет
	только во время исполнения Застрахованным лицом служебных обязанностей (нахождения в учебном заведении), исключая время пути к месту исполнения служебных обязанностей (к учебному заведению) и обратно;	<input type="checkbox"/> да, <input type="checkbox"/> нет
	только во время исполнения Застрахованным лицом служебных обязанностей (нахождения в учебном заведении), включая время в пути к месту исполнения служебных обязанностей (к учебному заведению) и обратно. Время нахождения в пути составляет _____ часа до начала рабочего дня и _____ часа после его окончания.	<input type="checkbox"/> да, <input type="checkbox"/> нет
	только в быту (во время, свободное от исполнения Застрахованным лицом служебных обязанностей);	<input type="checkbox"/> да, <input type="checkbox"/> нет
	только во время тренировок и соревнований;	<input type="checkbox"/> да, <input type="checkbox"/> нет
По настоящему полису страховыми случаями также признаются события, происшедшие с Застрахованным во время занятий спортом (включая время тренировок и соревнований): <input type="checkbox"/> да (указать вид спорта) <input type="checkbox"/> нет	Вид спорта: _____	
ТЕРРИТОРИЯ СТРАХОВОГО ПОКРЫТИЯ:	Весь мир (кроме зон военных конфликтов).	
ВАЛЮТА СТРАХОВАНИЯ	<input type="checkbox"/> Российский рубль. <input type="checkbox"/> Доллары США <input type="checkbox"/> ЕВРО <input type="checkbox"/> другое:	
СТРАХОВАЯ ПРЕМИЯ (цифрами и прописью):		
ПОРЯДОК ОПЛАТЫ СТРАХОВОЙ ПРЕМИИ:	<input type="checkbox"/> одновременно. <input type="checkbox"/> в рассрочку: двумя равными платежами, 2-й взнос оплатить до ____/____/____ (в срок не более _____ месяцев с даты вступления договора страхования в силу).	
ПЕРИОД ДЕЙСТВИЯ ДОГОВОРА СТРАХОВАНИЯ:	с 00 часов ____/____/____ г. по 24 часа ____/____/____ г.	
ОСОБЫЕ УСЛОВИЯ:	Договор страхования вступает в силу с 00 часов 00 минут дня, следующего за датой оплаты страховой премии, но не ранее дня, указанного как дата начала его действия. При этом днем оплаты считается день поступления денежных средств на расчетный счет или в кассу Страховщика. При оплате в рассрочку в случае неуплаты очередного взноса в размере и сроки, установленные Договором, действие настоящего Договора прекращается без предварительного уведомления Страхователя по окончании первой половины периода действия Договора.	
	В рамках настоящего полиса несчастным случаем признаются также патологические роды, т.е. физиологический процесс завершения беременности при условии, что срок беременности на момент начала родов составлял 28 акушерских недель и более, сопровождающийся одним или несколькими из следующих признаков: аномалии родовой деятельности (фаза раскрытия шейки матки у первородящих женщин продолжается более 20 часов (14 часов у повторнородящих); скорость быстрого раскрытия шейки матки составляет менее 1,2 см в час (1,5 см в час у повторнородящих) либо наблюдается остановка раскрытия шейки матки в течение 2 часов и более; продолжительность второго периода родов составляет более 3 часов (2 часов у повторнородящих) либо положение предлежащей части плода при полном раскрытии шейки матки остается неизменным более 1 часа (остановка продвижения плода по родовым путям); общая продолжительность родов составляет менее 1 часа (стремительные роды); аномалии положения и предлежащей части плода на момент начала родов (поперечная, задняя позиция; лобное, лицевое, тазовое, поперечное или смешанное предлежание); многоплодная беременность; аномалии костей таза и мягких тканей родовых путей (опухоли органов малого таза (миома матки или опухоль яичников и другие); аномалии костей таза (вследствие недооценки, наследственных болезней, патологического крестцового кифоза, сколиоза или травмы); пороки развития влагалища (продольная или поперечная перегородка); изменения шейки матки (рубцы после конизации или наложения кругового шва на шейку матки)); другие осложнения родов (выпадение пуповины; разрыв матки (самопроизвольный, травматический, по рубцу); преждевременная отслойка плаценты; задержка отделения плаценты (более, чем через 30 минут после рождения плода), выворот матки (полный или частичный), послеродовое кровотечение, гипотоническое, атоническое кровотечение в период родов; а также воспалительные изменения в матке, наступившие не позже 42 (Сорок второго) дня после родов).	<input type="checkbox"/> да, <input type="checkbox"/> нет
	В рамках настоящего полиса несчастным случаем признаются также патологические роды, т.е. физиологический процесс завершения беременности при условии, что срок беременности на момент начала родов составлял 28 акушерских недель и более, сопровождающийся одним или несколькими из следующих признаков: аномалии родовой деятельности (фаза раскрытия шейки матки у первородящих женщин продолжается более 20 часов (14 часов у повторнородящих); скорость быстрого раскрытия шейки матки составляет менее 1,2 см в час (1,5 см в час у повторнородящих) либо наблюдается остановка раскрытия шейки матки в течение 2 часов и более; продолжительность второго периода родов составляет более 3 часов (2 часов у повторнородящих) либо положение предлежащей части плода при полном раскрытии шейки матки остается неизменным более 1 часа (остановка продвижения плода по родовым путям); общая продолжительность родов составляет менее 1 часа (стремительные роды); аномалии положения и предлежащей части плода на момент начала родов (поперечная, задняя позиция; лобное, лицевое, тазовое, поперечное или смешанное предлежание); многоплодная беременность; аномалии костей таза и мягких тканей родовых путей (опухоли органов малого таза (миома матки или опухоль яичников и другие); аномалии костей таза (вследствие недооценки, наследственных болезней, патологического крестцового кифоза, сколиоза или травмы); пороки развития влагалища (продольная или поперечная перегородка); изменения шейки матки (рубцы после конизации или наложения кругового шва на шейку матки)); другие осложнения родов (выпадение пуповины; разрыв матки (самопроизвольный, травматический, по рубцу); преждевременная отслойка плаценты; задержка отделения плаценты (более, чем через 30 минут после рождения плода), выворот матки (полный или частичный), послеродовое кровотечение, гипотоническое, атоническое кровотечение в период родов; а также воспалительные изменения в матке, наступившие не позже 42 (Сорок второго) дня после родов).	<input type="checkbox"/> да, <input type="checkbox"/> нет
	В рамках настоящего полиса несчастным случаем признаются также непреднамеренное заражение Гепатитом В, С, СПИДом или ВИЧ-инфекцией, сифилисом, туберкулезом, возникшее в течение срока действия настоящего Полиса.	<input type="checkbox"/> да, <input type="checkbox"/> нет
	В рамках настоящего полиса несчастным случаем признаются также непреднамеренное заражение Гепатитом В, С, СПИДом или ВИЧ-инфекцией, сифилисом, туберкулезом, возникшее в течение срока действия настоящего Полиса.	<input type="checkbox"/> да, <input type="checkbox"/> нет
В рамках настоящего полиса несчастным случаем признаются также заражение инфекционными заболеваниями, тромбозом и воздушная эмболия - в результате выполнения Застрахованным донорских функций по сдаче крови и (или) её компонентов.	<input type="checkbox"/> да, <input type="checkbox"/> нет	
В рамках настоящего полиса несчастным случаем признаются также заражение инфекционными заболеваниями, тромбозом и воздушная эмболия - в результате выполнения Застрахованным донорских функций по сдаче крови и (или) её компонентов.	<input type="checkbox"/> да, <input type="checkbox"/> нет	
...	<input type="checkbox"/> да, <input type="checkbox"/> нет	
ПРИЛОЖЕНИЯ:	1. Общие правила страхования от несчастных случаев и болезней от _____ г. 2. «Таблицы страховых выплат при временной утрате трудоспособности в результате несчастного случая (вариант №1)». ... N. Заявление на страхование: <input type="checkbox"/> да, <input type="checkbox"/> нет.	

Образец полиса

Настоящий полис удостоверяет заключение Договора страхования в соответствии с Общими правилами страхования от несчастных случаев и болезней от (Приложением №1 к настоящему Полису, далее – Правила страхования). Настоящий полис выдан Страхователю на основании устного Заявления и удостоверяет факт заключения Договора страхования со Страховщиком на условиях, содержащихся в тексте настоящего полиса, а также Условиях страхования. Полис, Приложения к нему и Правила страхования являются неотъемлемой частью договора страхования и выданы Страхователю.

Страхователь гарантирует, что все сведения и обстоятельства, указанные в настоящем договоре являются достоверными и полными, а также имеют существенное значение для определения вероятности наступления страхового случая и размера возможных убытков. В случае указания Страхователем неполных и/или недостоверных сведений Страховщик имеет право отказать в выплате страхового возмещения, а также потребовать признания договора страхования недействительным, полностью или в части, с момента его заключения по основаниям Статьи 944 ГК РФ. Страхователь с правилами и условиями страхования, указанными в настоящем полисе (как на лицевой, так и оборотной сторонах) и в его Приложениях, ознакомлен, согласен и обязуется их выполнять.

Настоящим, в соответствии с Федеральным законом от 27.07.2006 №152-ФЗ «О персональных данных» (далее - Закон), Страхователь подтверждает свое согласие на обработку (включая все действия, перечисленные в ст.3 Закона) своих персональных данных и персональных данных Застрахованных лиц, указанных в заявлении на страхование/договоре (полисе) страхования и иных документах, представленных при заключении договора (полиса) страхования, в целях надлежащего исполнения договора страхования, организации оказания услуг, включения персональных данных в информационную систему персональных данных (клиентскую базу данных группы компаний Альянс) для информирования о новинках страховых продуктов, участия в маркетинговых, рекламных акциях и исследованиях, а также для осуществления информационного сопровождения исполнения договора страхования, в том числе посредством направления уведомлений с применением смс-сообщений, посредством электронной почты и иными доступными способами. Передача персональных данных Застрахованных лиц происходит с их письменного согласия. Настоящее согласие действительно в течение срока действия договора (полиса) страхования и в течение 5 (пяти) лет после окончания действия договора (полиса) страхования. Настоящее согласие на обработку персональных данных может быть отозвано посредством направления письменного уведомления в адрес Страховщика.

**СТРАХОВАТЕЛЬ:**

\_\_\_\_\_  
(подпись) (Фамилия И.О.)  
МП (для юр.лиц)

**ОТ ИМЕНИ СТРАХОВЩИКА:**

Филиал ОАО СК «Альянс» (название и адрес):  
Договор заключен при посредничестве агента (наименование агента),  
действующего на основании Агентского договора № \_\_\_\_\_ от \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
\_\_\_\_г. и Доверенности № \_\_\_\_\_ от \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
\_\_\_\_г.  
ОГРН \_\_\_\_\_, ИКП \_\_\_\_\_  
Телефон: \_\_\_\_\_, e-mail: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
(подпись) (Фамилия И.О.)  
МП

По вопросам качества обслуживания просим обращаться в Отдел по работе с обращениями клиентов ОАО СК "Альянс" на адрес электронной почты [dk@allianz.ru](mailto:dk@allianz.ru) или по телефону +7 495 232 3333.

**Директор Департамента страхования  
от несчастных случаев и болезней  
ОАО СК «Альянс»**

**Д.Б. Шарафутдинов**