

Утверждено Приказом № V-9/23 от 21 апреля 2023 г.
Руководителя Литовского филиала Compensa Life Vienna
Insurance Group SE

ОСОБЫЕ УСЛОВИЯ: ДОПОЛНИТЕЛЬНОЕ СТРАХОВАНИЕ ОТ КРИТИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ № 004

Действительны с 1 мая 2023 г.

1. ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ

1.1. Настоящие особые условия: Дополнительное страхование от критических заболеваний № 004 (далее – Особые условия) определяют условия и требования, предъявляемые к соглашениям между Страхователем и Страховщиком о Дополнительном страховании от критических заболеваний, заключаемым к основному договору страхования жизни, и являются неотъемлемой частью таких договоров.

1.2. Особые условия применяются только вместе с Общими условиями страхования Страховщика. В случае наличия противоречий между Особыми условиями и Общими условиями страхования Особые условия имеют преимущественную силу.

1.3. Дополнительное страхование неотделимо и недействительно без основного договора страхования жизни. К Дополнительному страхованию применимы Особые условия соответствующего основного страхования жизни в той мере, насколько они не противоречат положениям настоящих Особых условий.

1.4. Объектом страхования являются имущественные интересы, связанные с вредом, причинённым здоровью Застрахованного.

2. ДОПОЛНИТЕЛЬНЫЕ ОПРЕДЕЛЕНИЯ

2.1. Используемые в Договоре и уведомлениях сторон, пишущиеся с заглавной буквы понятия имеют значение, оговоренное в Общих условиях страхования, а также ниже дополнительно оговоренное значение и соответственно толкуются, если контекст явно не требует иного или не указано иначе:

2.1.1. **Критическое заболевание** – одно из заболеваний или состояний, предусмотренных в выбранном Страхователем списке Критических заболеваний.

2.1.2. **Список критических заболеваний** – список заболеваний или состояний, перечисленных в Приложениях № 1, 2 и/или 3 к данным Особым условиям.

2.1.3. **Дополнительный застрахованный** – несовершеннолетние дети, приемные дети или подопечные дети совершеннолетнего основного Застрахованного, которым на момент заключения Договора не больше 16 (шестнадцати) лет.

3. СТРАХОВЫЕ СЛУЧАИ

3.1. Страховым случаем считается первое диагностирование у Застрахованного или Дополнительного застрахованного Критического заболевания из Списка критических заболеваний, выбранного Страхователем или предусмотренного Особыми условиями, в период действия Договора.

3.2. Страховое возмещение в связи с Критическим заболеванием выплачивается только 1 (один) раз, независимо от того, сколько и какие Критические заболевания были диагностированы у Застрахованного или Дополнительного застрахованного.

3.3. Если одним Договором застраховано несколько лиц (Застрахованный и Дополнительные застрахованные), то в случае выплаты страхового возмещения одному из Дополнительных застрахованных Страховая защита продолжает действовать по отношению к Застрахованному и другому Дополнительному застрахованному (если таковой имеется), а сумма страхования не уменьшается (не меняется). Если страховое возмещение будет выплачено Застрахованному, действие Страховой защиты по отношению к Дополнительным застрахованным прекращается.

3.4. С учётом развития медицинской науки или изменений уровня заболеваемости Страховщик вправе в период действия Договора в одностороннем порядке вносить изменения и/или дополнения в определения Критических заболеваний и/или критерии их диагностирования, письменно известив об этом Страхователя в порядке и в сроки, установленные в пунктах 13.3.2 и 13.3.4 Общих условий страхования Страховщика. Страхователь вправе возразить против предусмотренных изменений или дополнений в порядке и в сроки, установленные в пункте 13.3.6 Общих условий страхования. Если



Страхователь не согласен с будущими изменениями или дополнениями, он вправе бесплатно изменить Договор, отказавшись от Дополнительного страхования от критических заболеваний.

3.5. Факт Критического заболевания и дату его диагностирования устанавливает врач-эксперт Страховщика после комплексно оценки всех связанных со случаем обстоятельств, состояния здоровья Застрахованного, а также на основании условий и требований Списка критических заболеваний.

4. НЕСТРАХОВЫЕ СЛУЧАИ

4.1. Страховщик не производит выплату Страхового возмещения в связи с нижеперечисленными Нестраховыми случаями:

4.1.1. Заболевание, увечье Застрахованного/Дополнительного застрахованного или последствия этого, связанные с Войной и чрезвычайным положением, а также с сознательным и добровольным участием Застрахованного/Дополнительного застрахованного в актах насилия и террора;

4.1.2. Заболевание, увечье Застрахованного/Дополнительного застрахованного или последствия этого, венно связанные с Радиацией или использованием химических или биологических веществ в немирных целях;

4.1.3. Увечье Застрахованного/Дополнительного застрахованного или последствия этого, связанные с попыткой самоубийства или преднамеренным членовредительством Застрахованного/Дополнительного застрахованного;

4.1.4. Заболевание, увечье Застрахованного или последствия этого по вследствие преднамеренного деяния Застрахованного, Страхователя или другого лица, заинтересованного в получении Страхового возмещения; попытки совершения преступного деяния или прямого или косвенного участия в совершении преступного деяния, за исключением случаев, когда преднамеренные действия или бездействие являются социально ценными (необходимая самооборона, исполнение гражданского долга и т.д.);

4.1.5. Увечье Застрахованного/Дополнительного застрахованного или последствия этого в

результате того, что Застрахованный/Дополнительный застрахованный находился под воздействием алкоголя, наркотических, психотропных или токсических веществ или лекарственных препаратов, действующих на центральную нервную систему, но не назначенных Застрахованному/Дополнительному застрахованному врачом или назначенных, но применявшихся в нарушение предписаний врача, или в результате отравления Застрахованного/Дополнительного застрахованного вследствие потребления вышеуказанных веществ. Страховое возмещение также не выплачивается, если Застрахованный употреблял алкоголь или другие опьяняющие вещества после несчастного случая, до медицинского освидетельствования, или уклонился от прохождения теста на трезвость или другое опьянение. Этот пункт применяется, если вышеуказанные обстоятельства имели прямую причинно-следственную связь с наступлением несчастного случая;

4.1.6. Увечье Застрахованного/Дополнительного застрахованного/ или последствия этого, связанные с занятием Застрахованного/Дополнительного застрахованного Опасными увлечениями, если Договором не предусмотрено иное;

4.1.7. Заболевание, увечье Застрахованного/Дополнительного застрахованного или последствия этого вследствие прохождения Застрахованным/Дополнительным застрахованным любой Военной службы;

4.1.8. Увечье Застрахованного/Дополнительного застрахованного или последствия этого вследствие управления Застрахованным/Дополнительным застрахованным любого транспортного средства или самоходного механизма без соответствующего водительского удостоверения, соответствующих полномочий или в состоянии алкогольного (когда концентрация алкоголя в крови не соответствует допустимым нормам, установленным действующим законодательством), токсического или наркотического опьянения.

4.2. Критическое заболевание не считается Страховым случаем, если:

4.2.1. Критическое заболевание или появились первые симптомы критического заболевания/расстройства здоровья



диагностировано менее чем через 90 (девяносто) дней со дня вступления в силу Страховой защиты, указанного в Страховом свидетельстве (полисе). Этот период применяется и в том случае, если во время действия Договора страхования Страховая сумма была увеличена (применяется только к части увеличения Страховой суммы), вносятся изменения в Список критических заболеваний (применяется только к вновь внесенным Критическим заболеваниям) или действие Страховой защиты было приостановлено, прекращено или истекло. Этот срок не распространяется на слепоту, потерю конечностей и потерю функции конечностей, глухоту, тяжелую травму головы, ожог третьей степени, если это произошло в результате несчастного случая;

4.2.2. Застрахованный/Дополнительный застрахованный умер в течение 30 (тридцати) дней после того, как у него было диагностировано одно из Критических заболеваний;

4.2.3. если Критическое заболевание не соответствует определениям Критических заболеваний и/или критериям их диагностирования, или не внесено в действующий Список критических заболеваний;

4.3. Страховщик также вправе в случаях, предусмотренных пунктом 11.13 Общих условий страхования, уменьшить Страховое возмещение или отказать в его выплате.

5. ВЫГОДОПРИБРЕТАТЕЛЬ

5.1. Выгодоприобретателем по настоящему Договору дополнительного страхования может быть только Застрахованный/Дополнительный застрахованный, если Договором не предусмотрено иначе.

6. ПЛАТЕЖИ

6.1. Плата за Дополнительное страхование отчисляется в порядке и в сроки, предусмотренные Общими условиями страхования, Особыми условиями и/или Преискурантом.

7. СТРАХОВОЕ ВОЗМЕЩЕНИЕ

7.1. В случае наступления Страхового случая по настоящим Особым условиям Страховое возмещение выплачивается как вся Страховая сумма. Если во время действия Договора

Страховая сумма Критических заболеваний была увеличена, то в случае заболевания Застрахованным/Дополнительным застрахованным Критическим заболеванием в течение 90 (девяноста) дней после увеличения Страховой суммы Критических заболеваний Страховщик выплачивает Страховое возмещение в размере Страховой суммы, установленной и действовавшей до соответствующего увеличения.

8. ОБРАЩЕНИЕ В СВЯЗИ С ВЫПЛАТОЙ СТРАХОВОГО ВОЗМЕЩЕНИЯ

8.1. Выгодоприобретатель, Страхователь или их правопреемники должны информировать Страховщика о Страховом случае в порядке, установленном Общими условиями страхования и предоставить нижеперечисленные документы, приемлемой для Страховщика по форме и содержанию:

8.1.1. заявление на получение Страховой выплаты в форме, установленной Страховщиком;

8.1.2. документы, удостоверяющие личность и/или соответствующие права лица, имеющего право на Страховое возмещение;

8.1.3. документы, подтверждающие факт и последствия Страхового случая (например, выданные медицинским учреждением документы с подтверждением диагноза, описанием анамнеза, исследований и назначенного врачом лечения, по которым можно было бы установить, соответствует ли диагноз определениям Критических заболеваний и/или критериям их диагностирования, указанным в Списках критических заболеваний);

8.1.4. по требованию Страховщика – другие дополнительные документы или информацию, необходимые для расследования Страхового случая или выплаты Страхового возмещения (например, оригинал Страхового свидетельства (полиса), медицинские документы, выданные учреждениями здравоохранения, справки, заключения или решения правоохранительных или иных компетентных учреждений и т.д.);

9. ПРЕКРАЩЕНИЕ ДОГОВОРА ДОПОЛНИТЕЛЬНОГО СТРАХОВАНИЯ

9.1. Истекает срок действия Договора дополнительного страхования или прекращается действие Страховой защиты, как указано ниже:



9.1.1. если Страховщик принимает решение о выплате Страхового возмещения в отношении Застрахованного по настоящим Особым условиям;

9.1.2. если Страховщик принимает решение о выплате Страхового возмещения в отношении Дополнительного застрахованного по настоящим Особыми условиями. При страховании нескольких Дополнительных застрахованных по одному Договору после выплаты Страховой выплаты одному из них Страховая защита остается в силе для другого дополнительно застрахованного;

9.1.3. если Застрахованный умирает (в случае смерти Дополнительного застрахованного Страховая защита прекращается только по отношению к нему);

9.1.4. когда Застрахованному/Дополнительному застрахованному исполняется 18 (восемнадцать) лет, в последний день месяца восемнадцатилетнего дня рождения по отношению к Застрахованному/Дополнительному застрахованному прекращается действие Страховой защиты;

9.1.5. если прекращается или иначе заканчивается Договор основного страхования жизни;

9.1.6. если есть другие основания прекращения Договора, установленные Общими условиями страхования.

10. ПРОЧИЕ УСЛОВИЯ

10.1. При заключении Договора Страхователь должен выбрать желательную Страховую защиту для Застрахованного совершеннолетнего лица по одному из Списков критических заболеваний, указанных в Приложении № 1 и Приложении № 2 к данным Особым условиям.

10.2. На основании заявления Страхователя дополнительно в соответствии с данными Особыми условиями может быть застрахован Дополнительный застрахованный.

10.3. В случае несовершеннолетнего Основного Застрахованного и Дополнительного застрахованного, Договор заключается только, предоставляя страхование по Списку критических заболеваний, указанному в Приложении № 3 к данным Особым условиям. В случаях, когда возраст Застрахованного лица составляет от одного месяца до трех лет, то Страховая защита не распространяется на следующие Критические заболевания, указанные в перечне Критических заболеваний настоящего приложения: Вирусный энцефалит, Бактериальный менингит, Глухота, Слепота, Апластическая анемия.

10.4. В тех случаях, когда Страхователь выбирает Список критических заболеваний, предусмотренный в Приложении № 2 к данным Особым условиям, тем же Договором, без дополнительных платежей за риск и управление, могут быть застрахованы не более 2 (двух) Дополнительных застрахованных, предоставляя им защиту по Списку критических заболеваний, предусмотренному в Приложении № 3 к Особым условиям. Чтобы воспользоваться условиями, предусмотренными в настоящем пункте, Страхователь должен заполнить заявление о заключении Договора в форме, установленной Страховщиком.

10.5. Сумма страхования, устанавливаемая на каждого Дополнительного застрахованного по Договору, составляет 25% от Страховой суммы основного Застрахованного от Критических заболеваний, однако в любом случае – не более 20 000 (двадцати тысяч) евро.

10.6. Страховая защита по Списку критических заболеваний, указанному в Приложении № 3 к данным Особым условиям, действует только до тех пор, пока соответствующему Застрахованному/Дополнительному застрахованному не исполнится 18 (восемнадцать) лет.



ОСОБЫЕ УСЛОВИЯ: ДОПОЛНИТЕЛЬНОЕ СТРАХОВАНИЕ ОТ КРИТИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ № 004

Приложение № 1

Действительно с 01.05.2023

КРИТИЧЕСКИЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ, ИХ ОПРЕДЕЛЕНИЯ И КРИТЕРИИ ДИАГНОСТИРОВАНИЯ

1. Основной список Критических заболеваний

- 1.1. Инфаркт миокарда
- 1.2. Инфаркт мозга (инсульт)
- 1.3. Рак
- 1.4. Почечная недостаточность
- 1.5. Трансплантация внутренних органов
- 1.6. Операция коронарного шунтирования
- 1.7. Протезирование клапанов сердца
- 1.8. Потеря конечностей, потеря функции конечностей
- 1.9. Ожоги третьей степени
- 1.10. Слепота
- 1.11. Рассеянный склероз

2. Общие условия

2.1. В определения критических заболеваний и в критерии их диагностирования могут вноситься изменения в случаях и порядке, предусмотренных в Особых условиях.

2.2. Датой диагностирования критического заболевания считается одна из нижеуказанных дат в зависимости от вида критического заболевания:

2.2.1. В случае операции коронарного шунтирования, протезирования клапанов сердца – день выполнения хирургической операции Застрахованному;

2.2.2. В случае трансплантации внутренних органов – день, когда Застрахованный внесен в официальный список очереди на соответствующую трансплантацию органов, или день, когда Застрахованному была выполнена трансплантация органа, если Застрахованный не был внесен в список очереди на трансплантацию органов;

2.2.3. В случае ракового заболевания – день забора пробы гистологического исследования, на основании которого врач-специалист диагностирует болезнь.

2.2.4. В других случаях, предусмотренных в настоящем Приложении № 1 Критических заболеваний – день, когда Застрахованному диагностировано Критическое заболевание.

3. Определения критических заболеваний и критерии их диагностирования

3.1. ИНФАРКТ МИОКАРДА

Это острое необратимое повреждение (некроз) сердечной мышцы, которое развивается вследствие прекращения адекватного артериального кровообращения в соответствующем сегменте миокарда. Инфаркт миокарда должен быть подтвержден изменением значений лабораторных показателей инфаркта миокарда (тропинина или ферментов СК-МВ) до характерных для инфаркта миокарда уровней, если одновременно выявляется не менее двух из нижеуказанных критериев:

- клинические симптомы ишемии (длительная грудная ангина);
- новые электрокардиографические (ЭКГ) изменения, характерные для инфаркта миокарда, показывающие ишемию миокарда (новые изменения зубцов ST-T или новая блокада левой ножки пучка Гиса);
- появление на ЭКГ патологического зубца Q.

Диагноз должен быть подтвержден врачом-кардиологом.

Страховая компенсация не выплачивается в следующих случаях:

- повышение концентрации тропонина при отсутствии явной ишемической болезни сердца (например, миокардит, вызванная стрессом кардиомиопатия, расстройство ритма сердца, эмболия легких, наркотическая интоксикация);



- если инфаркт миокарда произошел при отсутствии изменения коронарных кровеносных сосудов вследствие спазма коронарных артерий, миокардиальных «мостиков» (зажатия коронарных сосудов сердца) или употребления наркотиков;
- если инфаркт миокарда произошел в течение 14 дней после ангиопластики коронарных артерий или операции шунтирования.

3.2. ИНФАРКТ МОЗГА (ИНСУЛЬТ)

Это смерть ткани мозга вследствие острого нарушения кровообращения мозга, вызванная тромбозом интракраниальных кровеносных сосудов, кровоизлиянием (в том числе субарахноидальное кровоизлияние или эмболизация из экстракраниальных источников), вызывающим острые симптомы и новый неврологический дефицит. Диагноз должен быть подтвержден неврологом во время стационарного лечения. Страховая компенсация выплачивается только в том случае, когда постоянный неврологический дефицит* сохраняется по истечении не менее 3 (трех) месяцев после инфаркта мозга (инсульта).

Постоянный неврологический дефицит* должен быть подтвержден врачом-неврологом и наглядными исследованиями (МРТ, КТ и др.).

Страховая компенсация не выплачивается в следующих случаях:

- в связи с проходящим приступом ишемии мозга (ППИМ) и возвратным (реверсивным) ишемическим неврологическим дефицитом (РИНД);
- травматического повреждения мозга или кровеносных сосудов;
- при неврологическом дефиците вследствие общей гипоксии, инфекции, воспалительного заболевания, мигрени или медицинской интервенции;
- случайных обнаружений наглядных исследований (компьютерной томографии или магниторезонансных исследований) без явно связанных клинических симптомов инсульта («тихий инсульт»).

3.3. РАК

Это неконтролируемый рост злокачественных клеток, их распространение и инвазия (вторжение) в ткани.

Страховая компенсация выплачивается только при наличии бесспорных доказательств инвазии в ткани и гистологического подтверждения злокачественности клеток. Диагноз должен быть подтвержден врачом-онкологом.

Понятие рака также охватывает лейкемии и злокачественную лимфому и миелодиспластический синдром.

В этих случаях диагноз должен быть подтвержден врачом-онкологом или гематологом.

Страховое возмещение не выплачивается в связи с:

- локализованными неинвазивными опухолями, имеющими только ранние изменения злокачественности: пограничные карцинома in situ, дисплазия шейки матки, интраэпителиальная неоплазия шейки матки (CIN-1, CIN-2 и CIN-3);
- хронической лимфоцитарной лейкемией, если не диагностирована стадия не менее В по классификации BINET;
- раком предстательной железы менее T2bN0M0 по клинической классификации TNM, если гистологическая классификация не превышает 6 класс по шкале Глисона;
- карциномой базальных (фундаментальных) клеток кожи или карциномой плоских клеток и злокачественной меланомой на стадии IA (T1aN0M0), если не выявлены метастазы этой опухоли;
- папиллярным или фолликулярным раком щитовидной железы менее T2N0M0 в соответствии с клинической классификацией TNM - истинной полицитемией и первичной тромбоцитемией;
- истинной полицитемией и первичной тромбоцитемией;
- гастроинтестинальной стромальной опухолью (GIST), I и II стадия рака по системе определения стадии рака AJCC (the American Joint Committee on Cancer – Американский объединенный комитет по изучению рака);
- лимфомой, если болезнь не нужно лечить химиотерапией или лучевой терапией;
- всеми опухолями размера T1 по клинической классификации TNM, если не было проведено удаление опухоли или химиотерапия и/или лучевая терапия;
- дерматофибросаркомой Протуберанса
- диагностированием у Застрахованного любого онкологического заболевания, если Застрахованный ВИЧ-инфицирован или болен СПИДом.



3.4. ПОЧЕЧНАЯ НЕДОСТАТОЧНОСТЬ

Последняя стадия почечной недостаточности из-за необратимого нарушения функции обеих почек вследствие чего должны постоянно выполняться гемодиализы или перитонеальные диализы.

Необходимость диализа должна быть подтверждена врачом-нефрологом и данными исследований почечной функции.

Страховое возмещение не выплачивается в связи с острой обратимой (до 3 месяцев) почечной недостаточностью (когда требуются временные диализы).

3.5. ТРАНСПЛАНТАЦИЯ ВНУТРЕННИХ ОРГАНОВ

Это делаемая Застрахованному операция по пересадке одного или нескольких органов: сердца, почки (-чек), печени (включая трансплантацию части печени и печени живого донора), легких (включая трансплантацию доли легкого живого донора или трансплантацию одного легкого), костного мозга (трансплантация аллогенных гемопоэтических стволовых клеток, выполненная после полного удаления костного мозга), тонкого кишечника, поджелудочной железы, частичная или полная трансплантация лица, руки, кисти или ноги (комплексная пересадка аллотранспланта тканей), когда Застрахованный является реципиентом.

Застрахованному фактически должна быть выполнена трансплантация органа или состояние, в связи с которым требуется трансплантация, должно считаться неизлечимым другими средствами, и специалистом соответствующей области должно быть подтверждено, что Застрахованный внесен в официальный список очереди на трансплантацию органов.

Страховая компенсация не выплачивается в следующих случаях:

- когда выполнена трансплантация других органов, частей тела или тканей (включая роговицу и кожу);
- когда выполнена трансплантация других клеток (включая клетки островков поджелудочной железы и не гемопоэтические стволовые клетки).

3.6. ОПЕРАЦИЯ КОРОНАРНОГО ШУНТИРОВАНИЯ

Открытая сердечнососудистая операция по коррекции двух или более коронарных стенозов или окклюзии, в качестве транспланта используя шунт (поверхностную вену ноги, внутреннюю грудную или другую подходящую артерию или др.).

Страховая компенсация выплачивается только в том случае, когда необходимость операции подтверждена врачом-кардиологом или кардиохирургом, а также ее необходимость обоснована ангиографическим исследованием.

Страховая компенсация не выплачивается в следующих случаях:

- если операция шунтирования выполнена для лечения одного стеноза или одной окклюзии (тромба);
- если выполнена ангиопластика коронарных артерий или имплантация стента.

3.7. ПРОТЕЗИРОВАНИЕ КЛАПАНОВ СЕРДЦА

Это операция на сердце, во время которой заменяется один или несколько клапанов сердца.

Это понятие охватывает следующие процедуры:

- операция по замене или коррекции клапанов сердца, выполняемая открытым способом (вскрывая грудную клетку);
- операция Россо;
- коррекция клапанов сердца через катетер (катетерная вальвулопластика);
- имплантация клапана аорты через катетер (TAVI).

Необходимость операции должна быть подтверждена врачом-кардиологом или кардиохирургом, а также должна быть обоснована данными эхокардиоскопии или катетеризации сердца.

Страховая компенсация не выплачивается, когда сужение двустворчатого (митрального) клапана было выполнено катетерным способом.



3.8. ПОТЕРЯ КОНЕЧНОСТЕЙ, ПОТЕРЯ ФУНКЦИИ КОНЕЧНОСТЕЙ

Полная постоянная потеря двух или более конечностей или потеря их функции вследствие увечья или болезни спинного или головного мозга. Потерей конечности считается потеря выше коленного или локтевого сустава.

Страховая компенсация выплачивается, если потеря функции конечности сохраняется больше 3 (трех) месяцев и подтверждена врачом-неврологом на основании клинической симптоматики и диагностическими исследованиями.

Страховая компенсация не выплачивается в следующих случаях:

- паралич возник вследствие самоувечья или психических расстройств;
- диагностирован синдром Гийена-Барре;
- диагностирован периодический (проходящий), врожденный паралич.

3.9. ОЖОГИ ТРЕТЬЕЙ СТЕПЕНИ

Ожоги, которые разрушают все слои кожи (ожоги третьей степени) и охватывают не менее 20% площади поверхности тела.

Страховая компенсация выплачивается, когда это подтверждено врачом-хирургом.

Площадь поверхности тела может быть определена по правилу девяток, диаграмме Лунда-Браудера или по правилу ладони (1% площади поверхности тела равен поверхности ладони (ладони и пальцев вместе) кисти застрахованного).

3.10. СЛЕПОТА

Полная необратимая потеря зрения на оба глаза из-за травмы или болезни, которую нельзя лечить рефракционной коррекцией, лекарственными препаратами или операцией. Диагноз должен быть подтвержден данными объективных исследований и заключением комиссии врачей-окулистов. Полной потерей зрения (слепотой) считается такое состояние, при котором острота зрения лучше видящего глаза составляет 3/60 или меньше (0,05 или меньше по десятичной системе) или при котором поле зрения лучше видящего глаза меньше 10° диаметра после коррекции.

Страховая компенсация не выплачивается в следующих случаях:

- потеря зрения на один глаз;
- разные обратимые расстройства зрения.

3.11. РАССЕЯННЫЙ СКЛЕРОЗ

Диагноз рассеянного склероза может быть подтвержден неврологом после детального стационарного неврологического исследования на основании клинических неврологических симптомов и следующих критериев:

- множественный неврологический дефицит длится дольше 6 месяцев;
- результатами исследования магнитно-резонансной томографии (в головном или спинном мозге наблюдаются по меньшей мере два очага демиелинизации, характерные для рассеянного склероза).

Страховая компенсация не выплачивается в следующих случаях:

- если рассеянный склероз только подозревается при наличии неврологических или радиологических изолированных синдромов, по которым можно заподозрить, но не диагностировать рассеянный склероз;
- если выявлен изолированный неврит глазного нерва и/или нейромиеелит глазного нерва.

* Постоянный неврологический дефицит – это симптомы дисфункции нервной системы, диагностированные врачом-неврологом. К этим симптомам относятся сенсорные и двигательные расстройства, такие как онемение, гиперестезия (повышенная чувствительность), паралич, локальная слабость, расстройство речи (дизартрия), потеря речи (афазия), нарушение функции глотания (дисфагия), трудности при ходьбе, нарушение координации, тремор, судороги, летаргия, деменция, нарушения зрения, бред и кома. Неврологический дефицит определяется при выявлении не менее трех из вышеперечисленных признаков, характерных для этой группы.



Действительно с 01. 05.2023

КРИТИЧЕСКИЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ, ИХ ОПРЕДЕЛЕНИЯ И КРИТЕРИИ ДИАГНОСТИРОВАНИЯ

1. Расширенный список Критических заболеваний

- 1.1. Инфаркт миокарда
- 1.2. Инфаркт мозга (инсульт)
- 1.3. Рак
- 1.4. Почечная недостаточность
- 1.5. Трансплантация внутренних органов
- 1.6. Операция коронарного шунтирования
- 1.7. Протезирование клапанов сердца
- 1.8. Потеря конечностей, потеря функции конечностей
- 1.9. Ожоги третьей степени
- 1.10. Слепота
- 1.11. Рассеянный склероз
- 1.12. Операция аорты
- 1.13. Болезнь Альцгеймера
- 1.14. Доброкачественная опухоль головного мозга
- 1.15. Кома
- 1.16. Глухота
- 1.17. Потеря речи
- 1.18. Болезнь Паркинсона
- 1.19. Вирусный энцефалит
- 1.20 ВИЧ-инфекция, приобретенная на работе
- 1.21. Тяжелый сепсис
- 1.22. Инфекционный эндокардит
- 1.23. Тяжелая болезнь Крона
- 1.24. Кардиомиопатия
- 1.25. Бактериальный менингит
- 1.26. Тяжелая травма головы
- 1.27. Первичная легочная артериальная гипертензия
- 1.28. Столбняк
- 1.29. Болезнь Крейтцфельда-Якоба
- 1.30. Мышечная дистрофия
- 1.31. Красная волчанка
- 1.32. Абсцесс головного мозга
- 1.33. Бешенство
- 1.34. Болезнь двигательных нейронов
- 1.35. Тяжелое заболевание печени
- 1.36. Газовая гангрена
- 1.37. Апластическая анемия
- 1.38. Нейроборрелиоз
- 1.39. Тяжелое заболевание легких
- 1.40. Системная склеродермия
- 1.41. Вегетативное состояние

2. Общие условия

- 2.1. В определения критических заболеваний и в критерии их диагностирования могут вноситься изменения в случаях и порядке, предусмотренных в Особых условиях.
- 2.2. Датой диагностирования критического заболевания считается одна из нижеуказанных дат в зависимости от вида критического заболевания:



- 2.2.1. В случае операции коронарного шунтирования, протезирования клапанов сердца – день выполнения хирургической операции Застрахованному;
- 2.2.2. В случае трансплантации внутренних органов – день, когда Застрахованный внесен в официальный список очереди на соответствующую трансплантацию органов, или день, когда Застрахованному была выполнена трансплантация органа, если Застрахованный не был внесен в список очереди на трансплантацию органов;
- 2.2.3. В случае ракового заболевания – день забора пробы гистологического исследования, на основании которого врач-специалист диагностирует болезнь.
- 2.2.4. В других случаях, предусмотренных в настоящем Приложении № 2 Критических заболеваний – день, когда Застрахованному диагностировано Критическое заболевание.

3. Определения критических заболеваний и критерии их диагностирования

3.1. ИНФАРКТ МИОКАРДА

Это острое необратимое повреждение (некроз) сердечной мышцы, которое развивается вследствие прекращения адекватного артериального кровообращения в соответствующем сегменте миокарда. Инфаркт миокарда должен быть подтвержден изменением значений лабораторных показателей инфаркта миокарда (тропинина или ферментов СК-МВ) до характерных для инфаркта миокарда уровней, если одновременно определяется не менее двух из нижеуказанных критериев:

- клинические симптомы ишемии (длительная грудная ангина);
- новые электрокардиографические (ЭКГ) изменения, характерные для инфаркта миокарда, показывающие ишемию миокарда (новые изменения зубцов ST-T или новая блокада левой ножки пучка Гиса);
- появление на ЭКГ патологического зубца Q.

Диагноз должен быть подтвержден врачом-кардиологом.

Страховая компенсация не выплачивается в следующих случаях:

- повышение концентрации тропонина при отсутствии явной ишемической болезни сердца (например, миокардит, вызванная стрессом кардиомиопатия, сбой сердца, эмболия легких, наркотическая интоксикация);
- если инфаркт миокарда произошел при отсутствии изменения коронарных кровеносных сосудов вследствие спазма коронарных артерий, миокардиальных «мостиков» (зажатия коронарных сосудов сердца) или употребления наркотиков;
- если инфаркт миокарда произошел в течение 14 дней после ангиопластики коронарных артерий или операции шунтирования.

3.2. ИНФАРКТ МОЗГА (ИНСУЛЬТ)

Это смерть мозговой ткани вследствие острого нарушения кровообращения мозга, которую вызвал тромбоз интракраниальных кровеносных сосудов, кровоизлияние (в том числе субарахноидальное кровоизлияние или эмболизация из экстракраниальных источников), вызывающее острые симптомы и новый неврологический дефицит. Диагноз должен быть подтвержден неврологом во время стационарного лечения. Страховая компенсация выплачивается только в том случае, когда постоянный неврологический дефицит* сохраняется по истечении не менее 3 (трех) месяцев после инфаркта мозга (инсульта).

Постоянный неврологический дефицит* должен быть подтвержден врачом-неврологом и наглядными исследованиями (МРТ, КТ и др.).

Страховая компенсация не выплачивается в следующих случаях:

- в связи с проходящим приступом ишемии мозга (ППИМ) и возвратным (реверсивным) ишемическим неврологическим дефицитом (РИНД);
- травматического повреждения мозга или кровеносных сосудов;
- при неврологическом дефиците вследствие общей гипоксии, инфекции, воспалительного заболевания, мигрени или медицинской интервенции;
- случайные обнаружения наглядных исследований (компьютерной томографии или магниторезонансных исследований) без явно связанных клинических симптомов инсульта («тихий инсульт»).



3.3. РАК

Это неконтролируемый рост, распространение и инвазия (вторжение) злокачественных клеток в ткани. Страховая компенсация выплачивается только при наличии бесспорных доказательств инвазии в ткани и гистологического подтверждения злокачественности клеток. Диагноз должен быть подтвержден врачом-онкологом.

Понятие рака также охватывает лейкемии и злокачественную лимфому и миелодиспластический синдром. В этих случаях диагноз должен быть подтвержден врачом-онкологом или гематологом.

Страховое возмещение не выплачивается в связи с:

- локализованными неинвазивными опухолями, имеющими только ранние изменения злокачественности: пограничные карцинома *in situ*, дисплазия шейки матки, интраэпителиальная неоплазия шейки матки (CIN-1, CIN-2 и CIN-3);
- хронической лимфоцитарной лейкемией, если не диагностирована стадия не менее В по классификации BINET;
- раком предстательной железы менее T2bN0M0 по клинической классификации TNM, если гистологическая классификация не превышает 6 класс по шкале Глисона;
- карциномой базальных (фундаментальных) клеток кожи или карциномой плоских клеток и злокачественной меланомой на стадии IA (T1aN0M0), если не выявлены метастазы этой опухоли;
- папиллярным или фолликулярным раком щитовидной железы менее T2N0M0 в соответствии с клинической классификацией TNM - истинной полицитемией и первичной тромбоцитемией;
- истинной полицитемией и первичной тромбоцитемией;
- гастроинтестинальной стромальной опухолью (GIST), I и II стадия рака по системе определения стадии рака AJCC (the American Joint Committee on Cancer – Американский объединенный комитет по изучению рака);
- лимфомой, если болезнь не нужно лечить химиотерапией или лучевой терапией;
- всеми опухолями размера T1 по клинической классификации TNM, если не было проведено удаление опухоли или химиотерапия и/или лучевая терапия;
- дерматофибросаркомой Протуберанса
- диагностированием у Застрахованного любого онкологического заболевания, если Застрахованный ВИЧ-инфицирован или болен СПИДом.

3.4. ПОЧЕЧНАЯ НЕДОСТАТОЧНОСТЬ

Последняя стадия почечной недостаточности из-за необратимого нарушения функции обеих почек вследствие чего должны постоянно выполняться гемодиализы или перитонеальные диализы.

Необходимость диализа должна быть подтверждена врачом-нефрологом и данными исследований почечной функции.

Страховое возмещение не выплачивается в связи с острой обратимой (до 3 месяцев) почечной недостаточностью (когда требуются временные диализы).

3.5. ТРАНСПЛАНТАЦИЯ ВНУТРЕННИХ ОРГАНОВ

Это делаемая Застрахованному операция по пересадке одного или нескольких органов: сердца, почки (-чек), печени (включая трансплантацию части печени живого донора), легких (включая трансплантацию доли легкого живого донора или трансплантацию одного легкого), костного мозга (трансплантация аллогенных гемопоэтических стволовых клеток, выполненная после полного удаления костного мозга), тонкого кишечника, поджелудочной железы, частичная или полная трансплантация лица, руки, кисти или ноги (комплексная пересадка аллотранспланта тканей), когда Застрахованный является реципиентом.

Застрахованному фактически должна быть выполнена трансплантация органа или состояние, в связи с которым требуется трансплантация, должно считаться неизлечимым другими средствами и специалистом соответствующей области должно быть подтверждено, что Застрахованный внесен в официальный список очереди на трансплантацию органов.

Страховая компенсация не выплачивается в следующих случаях:

- когда выполнена трансплантация других органов, частей тела или тканей (включая роговицу и кожу);
- когда выполнена трансплантация других клеток (включая клетки островков поджелудочной железы и не гемопоэтические стволовые клетки).



3.6. ОПЕРАЦИЯ КОРОНАРНОГО ШУНТИРОВАНИЯ

Открытая сердечнососудистая операция по коррекции двух или более коронарных стенозов или окклюзий, в качестве транспланта используя шунт (поверхностную вену ноги, внутреннюю грудную или другую подходящую артерию или др.).

Страховая компенсация выплачивается только в том случае, когда необходимость операции подтверждена врачом-кардиологом или кардиохирургом, а также ее необходимость обоснована ангиографическим исследованием.

Страховая компенсация не выплачивается в следующих случаях:

- если операция шунтирования выполнена для лечения одного стеноза или одной окклюзии (тромба);
- если выполнена ангиопластика коронарных артерий или имплантация стента.

3.7. ПРОТЕЗИРОВАНИЕ КЛАПАНОВ СЕРДЦА

Это операция на сердце, во время которой заменяется один или несколько клапанов сердца.

Это понятие охватывает следующие процедуры:

- операция по замене или коррекции клапанов сердца, выполняемая открытым способом (вскрывая грудную клетку);
- операция Россо;
- коррекция клапанов сердца через катетер (катетерная вальвулопластика);
- имплантация клапана аорты через катетер (TAVI).

Необходимость операции должна быть подтверждена врачом-кардиологом или кардиохирургом, а также должна быть обоснована данными эхокардиоскопии или катетеризации сердца.

Страховая компенсация не выплачивается, когда сужение двустворчатого (митрального) клапана было выполнено катетерным способом.

3.8. ПОТЕРЯ КОНЕЧНОСТЕЙ, ПОТЕРЯ ФУНКЦИИ КОНЕЧНОСТЕЙ

Полная постоянная потеря двух или более конечностей или потеря их функции вследствие увечья или болезни спинного или головного мозга. Потерей конечности считается потеря выше коленного или локтевого сустава.

Страховая компенсация выплачивается, если потеря функции конечности сохраняется больше 3 (трех) месяцев и подтверждена врачом-неврологом на основании клинической симптоматики и диагностическими исследованиями.

Страховая компенсация не выплачивается в следующих случаях:

- паралич возник вследствие самоувечья или психических расстройств;
- диагностирован синдром Гийена-Барре;
- диагностирован периодический (проходящий), врожденный паралич.

3.9. ОЖОГИ ТРЕТЬЕЙ СТЕПЕНИ

Ожоги, которые разрушают все слои кожи (ожоги третьей степени) и охватывают не менее 20% площади поверхности тела.

Страховая компенсация выплачивается, когда ожоги третьей степени подтверждены врачом-хирургом.

Площадь поверхности тела может быть определена по правилу девяток, диаграмме Лунда-Браудера или по правилу ладони (1% площади поверхности тела равен поверхности ладони (ладони и пальцев вместе) кисти застрахованного).

3.10. СЛЕПОТА

Полная необратимая потеря зрения на оба глаза из-за травмы или болезни, которую нельзя лечить рефракционной коррекцией, лекарственными препаратами или операцией. Диагноз должен быть подтвержден данными объективных исследований и заключением комиссии врачей-окулистов. Полной потерей зрения (слепотой) считается такое состояние, при котором острота зрения лучше видящего глаза составляет 3/60 или меньше (0,05 или меньше по десятичной системе) или при котором поле зрения лучше видящего глаза меньше 10° диаметра после коррекции.



Страховая компенсация не выплачивается в следующих случаях:

- потеря зрения на один глаз;
- разные обратимые расстройства зрения.

3.11. РАССЕЯННЫЙ СКЛЕРОЗ

Диагноз рассеянного склероза может быть подтвержден неврологом после детального стационарного неврологического исследования на основании клинических неврологических симптомов и следующих критериев:

- множественный неврологический дефицит длится дольше 6 месяцев; и
- результатами исследования магнитно-резонансной томографии (в головном или спинном мозге наблюдаются по меньшей мере два очага демиелинизации, характерные для рассеянного склероза).

Страховая компенсация не выплачивается в следующих случаях:

- если рассеянный склероз только подозревается при наличии неврологических или радиологических изолированных синдромов, по которым можно заподозрить, но не диагностировать рассеянный склероз;
- если выявлен изолированный неврит глазного нерва и/или нейромиелит глазного нерва.

3.12. ОПЕРАЦИЯ АОРТЫ

Это операция аорты, цель которой – откорректировать (вылечить) сужение, стеноз, аневризм или расслоение аорты.

Это понятие охватывает открытые хирургические операции и минимально инвазивные процедуры, такие как эндоваскулярная коррекция. Необходимость операции должна быть подтверждена врачом-кардиохирургом и данными наглядных исследований.

Страховая компенсация не выплачивается в следующих случаях:

- по поводу операции корней грудной и абдоминальной аорты (включая шунтирование аорты и бедренной артерии и шунтирование большеберцовой артерии);
- по поводу операции аорты, связанной с врожденными заболеваниями соединительной ткани (например, Синдром Марфана, синдром Элерса-Данлоса);
- операции по поводу травматического повреждения аорты.

3.13. БОЛЕЗНЬ АЛЬЦГЕЙМЕРА

В случае явного диагноза болезни Альцгеймера страховая компенсация выплачивается при наличии всех следующих условий:

- диагноз болезни поставлен в возрасте до 65 лет;
- диагноз подтвержден данными типовых наглядных нейropsychологических исследований и исследований нервной системы (например, при помощи компьютерной томографии, магнитно-резонансной томографии)
- диагностирована потеря интеллектуальных способностей, проявляющаяся расстройствами памяти и когнитивных функций (функций последовательности, организационных, обобщения и планирования), которые вызывают резкое ухудшение умственной и социальной функции;
- выявлено изменение личности;
- медленно прогрессирующее заболевание и постоянное снижение когнитивных функций;
- отсутствуют расстройства сознания;
- Застрахованный нуждается в постоянном уходе 24 часа в сутки.

Диагноз болезни и потребность в уходе должны быть определены и подтверждены врачом-неврологом.

Страховая компенсация не выплачивается, если будут выявлены другие формы деменции (слабоумия), касающиеся умственных, системных или психических заболеваний.

3.14. ДОБРОКАЧЕСТВЕННАЯ ОПУХОЛЬ МОЗГА

Это доброкачественный рост тканей, находящийся в черепной полости (головного мозга, мозговых оболочек или черепно-мозговых нервов).

Диагноз должен быть установлен врачом-неврологом и нейрохирургом и подтвержден данными наглядных исследований.



Страховая компенсация выплачивается, когда для лечения опухоли применялся по меньшей мере один из следующих способов:

- полное или частичное хирургическое удаление;
- стереотаксическая радиохирургия;
- наружное лучевое лечение.

Если по медицинским причинам ни один из способов лечения применять нельзя, опухоль должна вызвать постоянный неврологический дефицит*, который сохраняется по меньшей мере в течение 3 (трех) месяцев со дня постановки диагноза.

Страховая компенсация не выплачивается в следующих случаях:

- при определении или лечении любых кист мозга, грануломы, гамартом или мальформации мозга, артериовенозных, венных или каверзных мальформаций;
- при обнаружении опухоли гипофиза.

3.15. КОМА

Это состояние потери сознания.

Страховая компенсация выплачивается при наличии всех следующих условий:

- отсутствует реакция Застрахованного на внешние раздражители (3–8 баллов по шкале комы Глазго (Glasgow Coma Scale) или отсутствует реакция на естественные потребности по меньшей мере в течение 96 (девятидесяти шести) часов;
- требуется применение систем поддержания жизни;
- постоянный неврологический дефицит* проявляется по меньшей мере в течение 30 (тридцати) дней с начала комы. Диагноз должен быть установлен врачом-неврологом, анестезиологом-реаниматологом.

Страховая компенсация не выплачивается в следующих случаях:

- если кома вызвана медикаментами в медицинских целях;
- если кома возникла вследствие самоувечья, употребления алкоголя или наркотиков.

3.16. ГЛУХОТА

Это постоянная и необратимая глухота на оба уха вследствие болезни или физического увечья.

Диагноз должен быть установлен врачом-отоларингологом и подтвержден данными аудиометрии (показатель порога слуха не менее 90 дБ для более здорового уха в диапазоне частоты слуха 500, 1 000 и 2 000 Гц).

3.17. ПОТЕРЯ РЕЧИ

Это полная и необратимая потеря способности говорить вследствие физического увечья или болезни, которую нельзя откорректировать никакими методами лечения и которая сохраняется по меньшей мере в течение 6 месяцев. Диагноз должен подтвердить врач-отоларинголог.

Страховая компенсация не выплачивается, если утрата речи вызвана вследствие психических расстройств или заболеваний.

3.18. БОЛЕЗНЬ ПАРКИНСОНА

Не подлежащий сомнению первичный диагноз болезни Паркинсона должен быть установлен врачом-неврологом.

Страховая компенсация выплачивается при наличии всех следующих условий:

- а) диагноз болезни поставлен в возрасте до 65 лет;
- б) диагностированы по меньшей мере два из нижеуказанных клинических признаков:
 - повышение тонуса мышц (ригидность);
 - дрожание (тремор);
 - брадикинезия (явно заметные замедленные движения, вялость физической и умственной реакции).
- в) полная неспособность самостоятельно выполнять по меньшей мере 3 из 6-ти нижеуказанных ежедневных деятельности в течение срока не менее 3 (трех) месяцев непрерывно:
 - мытье – способность мыться в ванной или душе (включая влезание в ванну или душ и вылезание из них) или удовлетворительное мытье при помощи других средств;



- одевание и раздевание – способность одеться, раздеться, застегнуть и расстегнуть пуговицы на всей одежде, если нужно, подтяжки, искусственные конечности или другие ортопедические средства;
- еда – способность самостоятельно есть, когда еда приготовлена и подана;
- соблюдение личной гигиены – способность соблюдать достаточную личную гигиену, пользуясь туалетом, или иначе управлять функциями стула и мочеиспускания;
- перемещение по комнатам – способность переходить из комнаты в комнату на том же этаже;
- влезание и вылезание с кровати – способность подняться/слезть с кровати на стул или инвалидную коляску и назад.

Если вышеперечисленные клинические признаки изменились вследствие имплантации нейростимулятора, то, независимо от способностей ежедневной деятельности, болезнь считается Критическим заболеванием. Необходимость имплантации нейростимулятора должна быть подтверждена врачом-неврологом или нейрохирургом.

Страховая компенсация не выплачивается в следующих случаях:

- если установлен вторичный паркинсонизм (включая паркинсонизм, вызванный лекарственными препаратами или токсинами);
- если установлен самопроизвольный тремор;
- если установлен паркинсонизм, связанный с другими нейродегенеративными заболеваниями.

3.19. ВИРУСНЫЙ ЭНЦЕФАЛИТ

Воспаление головного мозга (полушарий мозга, ствола мозга, мозжечков), вызванное вирусной инфекцией. Диагноз должен быть подтвержден врачом-неврологом после соответствующего стационарного исследования с указанием клинической симптоматики, изменений в ликворе, иммунологических/серологических показателей.

Страховая компенсация выплачивается при наличии всех следующих условий:

- проявляется неврологический дефицит*; и
- он продолжается по меньшей мере в течение 3 (трех) месяцев.

Страховая компенсация не выплачивается в следующих случаях:

- если энцефалит вызвал ВИЧ-вирус;
- если энцефалит вызвали бактерии или паразиты простейших;
- в случае паранеопластического энцефалита.

3.20. ВИЧ-ИНФЕКЦИЯ, ПРИОБРЕТЕННАЯ НА РАБОТЕ

Это заражение Застрахованного вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ) в результате несчастного случая, произошедшего во время обычной профессиональной деятельности Застрахованного или в результате преднамеренных действий, совершенных другим лицом или лицами в отношении Застрахованного во время профессиональной деятельности.

Случай признается страховым при наличии всех следующих условий:

- а) инцидент произошел после вступления в силу договора страхования;
- б) инфекция должна быть диагностирована на основании положительного анализа на антитела к ВИЧ в течение шести месяцев с даты уведомления о случае;
- в) предоставлен отрицательный результат анализа на антитела к ВИЧ (который должен быть проведен не позднее 7 дней после инцидента);
- г) об инциденте должна страховая компания должна быть уведомлена в течение шести месяцев с момента его наступления;
- д) об инциденте должно быть сообщено работодателю/инцидент должен быть зарегистрирован в организации в течение семи дней со дня инцидента.

Страховое возмещение не выплачивается в следующих случаях:

- если заражение прямо или косвенно наступило в результате преднамеренно совершенного Застрахованным действия/членовредительства;
- если заражение произошло другими способами передачи инфекции, в том числе при половом контакте или употреблении наркотиков, лекарств, не предписанных врачом;
- если Застрахованный полностью излечился от инфекции или достиг такого уровня здоровья, которое не мешает Застрахованному выполнять свою работу.



3.21. ТЯЖЕЛЫЙ СЕПСИС

Сепсис – это нарушение реакции организма, вызванное инфекцией, распространяющейся через кровь (бактерии, вирусы или грибки, при котором происходит повреждение тканей и органов и значительное нарушение их функции.

Случай признается страховым при наличии всех следующих условий:

- а) диагноз подтвержден на основании диагностических критериев, действующих на момент постановки диагноза, включая положительный результат микробиологического посева крови;
- б) проводилось лечение в отделении интенсивной терапии с применением внутривенных антибиотиков и вазопрессоров;
- с) диагностировано значительное нарушение или недостаточность по крайней мере двух органов или систем органов: центральной нервной системы, системы кровообращения, дыхательной, кроветворной, почечной, печеночной систем.

Страховое возмещение не выплачивается:

- если сепсис был вызван воздействием химических веществ;
- если сепсис развился в то время, когда Застрахованный болел СПИДом,
- если было выявлено наличие микроорганизмов (бактерий, вирусов или грибов) в крови при отсутствии системной воспалительной реакции и повреждения систем органов.

3.22. ИНФЕКЦИОННЫЙ ЭНДОКАРДИТ

Инфекционный эндокардит – это повреждение внутреннего слоя сердца (эндокарда) и/или клапанов, вызванное бактериальной инфекцией. Случай признается страховым при наличии всех следующих условий:

- а) диагноз подтвержден на основании диагностических критериев, действующих на момент постановки диагноза, включая положительный результат микробиологического исследования крови, эхокардиографических и/или ПЭТ-КТ признаков инфекционного эндокардита или поражений вокруг клапана;
- б) проведено консервативное стационарное лечение (т.е. без замены клапана или других хирургических вмешательств) в связи с повреждением полостей сердца или клапанов.

3.23. ТЯЖЕЛАЯ БОЛЕЗНЬ КРОНА

Болезнь Крона – это хроническое аутоиммунное заболевание пищеварительного тракта.

Случай признается страховым при наличии всех следующих условий:

- В ходе болезни диагностированы кишечные свищи (внутренние, энтерокутантные), перфорации, стриктуры;
- б) диагноз подтвержден врачом-гастроэнтерологом на основании диагностических критериев, действующих на момент постановки диагноза
- с) для лечения назначена стероидная, иммуносупрессивная или биологическая терапия;
- д) в связи с повреждением кишечника проведена резекция кишечника.

3.24. КАРДИОМИОПАТИЯ

Критической болезнью признается одна из следующих первичных кардиомиопатий:

- дилатационная кардиомиопатия;
- гипертрофическая кардиомиопатия (обструктивная или необструктивная);
- рестриктивная кардиомиопатия;

Случай признается страховым при наличии всех следующих условий:

- а) диагноз подтвержден врачом-кардиологом на основании диагностических критериев, действовавших на момент постановки диагноза, включая МРТ сердца;
- б) фракция выброса левого желудочка (ФВЛЖ) менее 40%, измерена дважды с интервалом не менее 3 месяцев;
- с) диагностирована стойкая (не менее 3 месяцев) сердечная недостаточность не ниже III функционального класса по NYHA.

Страховое возмещение не выплачивается в следующих случаях:

- диагностирована вторичная (ишемическая, аритмогенная, метаболическая, токсическая или гипертоническая) кардиомиопатия;
- диагностирована кардиомиопатия, вызванная системными заболеваниями;



3.25. БАКТЕРИАЛЬНЫЙ МЕНИНГИТ

Это воспаление оболочек головного и/или спинного мозга, вызванное бактериями.

Случай признается страховым при наличии всех следующих условий:

- а) диагноз подтвержден врачом-неврологом на основании диагностических критериев, действующих на момент постановки диагноза, включая результаты микробиологического исследования спинномозговой жидкости;
- б) сохранение постоянного неврологического дефицита* в течение не менее 3 (трех) месяцев после постановки диагноза.

Страховое возмещение не выплачивается в следующих случаях:

- если менингит вызвал ВИЧ-вирус;
- если менингит вызвали бактерии или паразиты простейших;
- в случае асептического менингита.

3.26. ТЯЖЕЛАЯ ТРАВМА ГОЛОВЫ

Возникшая во время Несчастливого случая черепно-мозговая травма с нарушением сознания (3–8 баллов по шкале комы Глазго (Glasgow Coma Scale)).

Случай признается страховым при наличии всех следующих условий:

- а) диагноз подтвержден врачом-неврологом/нейрохирургом на основании результатов КТ или МРТ;
- б) постоянный неврологический дефицит* сохраняется в течение срока не менее 3 месяцев после постановки диагноза.

Страховое возмещение не выплачивается:

- если тяжелая черепно-мозговая травма была вызвана членовредительством, употреблением алкоголя и наркотиков или других препаратов, содержащих вещества, вызывающие зависимость.

3.27. ПЕРВИЧНАЯ ЛЕГОЧНАЯ АРТЕРИАЛЬНАЯ ГИПЕРТЕНЗИЯ

Первичная (идиопатическая) легочная артериальная гипертензия Заболевание, при котором из-за возникших по неизвестной причине аномалий в кровеносных сосудах легких повышается кровяное давление в легочных артериях.

Случай признается страховым при наличии всех следующих условий:

- а) диагноз подтвержден врачом кардиологом и пульмонологом на основании диагностических критериев, действующих на момент постановки диагноза, включая катетеризацию правых полостей сердца, компьютерную томографию грудной клетки, эхокардиографию сердца;
- б) установленное во время исследований среднее артериальное давление легочной артерии в состоянии покоя составляет не менее 25 мм рт. ст. (согласно данным катетеризации правых полостей сердца);
- с) диагностирована сердечная недостаточность III-IV функционального класса по NYHA (резкое ограничение или непереносимость физической активности, с выраженными признаками недостаточности правого желудочка).

Страховое возмещение не выплачивается в следующих случаях:

- при диагнозе вторичной легочно-артериальной гипертензии, т.е. возникшей в результате других заболеваний или реакции на токсические вещества.

3.28. СТОЛБНЯК

Столбняк – острое инфекционное заболевание, вызываемое токсином бактерии Clostridium tetani.

Случай признается страховым при наличии всех следующих условий:

- а) диагноз подтвержден врачом-инфекционистом;
- б) палочка Clostridium tetani выделена из очага инфекционного поражения или столбнячный токсин обнаружен в сыворотке крови и по клиническим симптомам (мышечные спазмы);
- с) госпитализация и лечение противостолбнячным иммуноглобулином и анатоксином в связи с симптомами заболевания.



3.29. БОЛЕЗНЬ КРЕЙТЦФЕЛЬДТА-ЯКОБА

Болезнь Крейтцфельдта-Якоба – прогрессирующее заболевание нервной системы.

Случай признается страховым при наличии всех следующих условий:

а) диагноз подтвержден врачом-неврологом/инфекционистом на основании диагностических критериев, действующих на момент постановки диагноза, включая результаты электроэнцефалографии (ЭЭГ) и радиологических обследований;

б) болезнь вызвала стойкую утрату умственного и социального функционирования и подвижности в такой степени, что требуется постоянный уход или помощь третьей стороны.

Страховое возмещение не выплачивается в следующих случаях:

- при наличии диагноза семейной болезни Крейтцфельдта-Якоба.

3.30. МЫШЕЧНАЯ ДИСТРОФИЯ

Мышечная дистрофия – это генетически наследуемое заболевание, характеризующееся прогрессирующей дегенерацией мышц.

Случай признается страховым при наличии всех следующих условий:

а) диагноз должен быть подтвержден врачом-неврологом и подкреплён соответствующими клиническими исследованиями на основе диагностических критериев, действующих на момент постановки диагноза, включая генетическое исследование, биопсию мышц и электромиографию.

3.31. КРАСНАЯ ВОЛЧАНКА

Красная волчанка – это системное аутоиммунное заболевание соединительной ткани.

Случай признается страховым при наличии всех следующих условий:

б) диагноз подтвержден врачом-ревматологом на основании диагностических критериев, действующих на момент постановки диагноза

б) болезнь повредила следующие системы: нарушение сердечно-сосудистой или легочной и нервной функции (неврологический дефицит в течение не менее 3 месяцев) или почечной функции (стойкая скорость клубочковой фильтрации – менее 60 мл/мин);

с) для лечения назначена стероидная, иммуносупрессивная, биологическая терапия;

Страховое возмещение не выплачивается в следующих случаях:

- при диагнозе дискоидной красной волчанки или подострой кожной красной волчанки;

- при диагнозе лекарственно-индуцированной красной волчанки.

3.32. АБСЦЕСС ГОЛОВНОГО МОЗГА

Абсцесс головного мозга – это очаговое скопление гноя в веществе мозга.

Случай признается страховым, когда диагноз абсцесса головного мозга подтвержден хотя бы одним из следующих методов: магнитно-резонансной томографией (МРТ), компьютерной томографией (КТ) головы, биопсией.

3.33. БЕШЕНСТВО

Это инфекционное вирусное заболевание, приводящее к прогрессирующему воспалению головного и спинного мозга.

Случай признается страховым, если диагноз заболевания подтвержден врачом-инфекционистом в стационаре на основании диагностических критериев, действующих на момент постановки диагноза, подтверждающих наличие вируса.

3.34. ЗАБОЛЕВАНИЕ ДВИГАТЕЛЬНЫХ НЕЙРОНОВ

Это дегенеративное заболевание, вызывающее дегенерацию клеток ядер передних рогов серого вещества спинного мозга и черепно-мозговых нервов и нейронов пирамидного пути продолговатого мозга.

Болезнью двигательного нейрона считается один из нижеуказанных диагнозов: боковой амиотрофический склероз; первичный боковой склероз; прогрессирующая мышечная атрофия; прогрессирующий бульбарный паралич.

Случай признается страховым при наличии всех следующих условий:



- b) диагноз подтвержден заключением врача-невролога на основании диагностических критериев, действующих на момент постановки диагноза
- b) стойкое нарушение функций, вызванное заболеванием, длится не менее 3 месяцев после постановки диагноза;
- c) Застрахованный не может самостоятельно выполнять не менее 3-х функций повседневной деятельности.

3.35. ТЯЖЕЛОЕ ЗАБОЛЕВАНИЕ ПЕЧЕНИ

Хроническое заболевание печени, проявляющееся недостаточностью печеночной функции не ниже класса C по шкале Чайлд-Пью.

Случай признается страховым при наличии всех следующих условий:

- a) диагноз подтвержден в стационаре врачом-гастроэнтерологом на основании диагностических критериев, действующих на момент постановки диагноза
- b) присутствуют все следующие симптомы: стойкая желтуха, асцит и печеночная энцефалопатия..

Страховое возмещение не выплачивается, если серьезное заболевание печени вызвано употреблением алкоголя или наркотиков, лекарств или психотропных веществ.

3.36. ГАЗОВАЯ ГАНГРЕНА

Газовая гангрена – это инфекция мягких тканей, вызванная бактериями группы Clostridium.

Случай признается страховым при наличии всех следующих условий:

- a) диагностирован некроз мышц и быстро прогрессирующая гангрена пораженной ткани;
- b) диагноз заболевания подтвержден диагностическими критериями, действующими на момент постановки диагноза.

3.37. НЕЙРОБОРРЕЛИОЗ

Инфекционное заболевание центральной нервной системы, вызываемое спирохетами рода Borrelia.

Случай признается страховым при наличии всех следующих условий:

- a) диагноз подтвержден в стационаре врачом-специалистом на основании клинических и диагностических критериев, действующих на момент постановки диагноза
- б) выявлено наличие возбудителя болезни или специфических антител к болезни Лайма, подтверждающих острую инфекцию/заболевание;
- c) возникновение постоянного неврологического дефицита* (в течение не менее 3 месяцев), подтвержденного врачом-неврологом;
- d) повреждение суставов и нарушение их функции, подтвержденные специалистом.

3.38. АПЛАСТИЧЕСКАЯ АНЕМИЯ

Апластическая анемия – это хроническая необратимая недостаточность костного мозга с анемией, нейтропенией и тромбоцитопенией. Случай признается страховым при наличии всех следующих условий:

- a) диагноз подтвержден врачом-гематологом по результатам трепанобиопсии костного мозга;
- b) число гранулоцитов – менее 500/мм³, число тромбоцитов – менее 20 000/мм³, число ретикулоцитов – менее 20 000/мм³;
- c) заболевание должно лечиться переливаниями крови и, кроме того, должен применяться хотя бы один из нижеприведенных методов лечения:
 - стимуляторы костного мозга;
 - иммуносупрессанты
 - должна быть проведена трансплантация костного мозга.

Страховое возмещение не выплачивается в следующих случаях:

- если заболевание вызвано лечением лекарственными препаратами, лучевой терапией или химиотерапией;
- если это врожденная форма апластической анемии;
- если заболевание диагностировано до заключения договора вместе с онкологическим заболеванием;



- если диагноз апластической анемии был впервые подтвержден в течение первых двух лет после заключения договора страхования, а до заключения договора страхования у Застрахованного была диагностирована хроническая анемия.

3.39. ТЯЖЕЛОЕ ЗАБОЛЕВАНИЕ ЛЕГКИХ

Хроническое заболевание легких, характеризующееся хронической недостаточностью дыхательной функции.

Случай признается страховым при наличии всех следующих условий:

- a) ОФВ1 (объем форсированного выдоха за 1 секунду) составляет менее 40% ожидаемой возрастной нормы, определен в результате не менее чем двух замеров с интервалом не менее одного месяца;
- b) анализ газов артериальной крови показывает стойкое снижение частичного /парциального давления кислорода (РаО₂) ниже 55 мм рт. ст. (7,3 кПа);
- c) диагноз должен быть подтвержден врачом-пульмонологом и основан на результатах инструментальных исследований;
- d) лечение оксигенотерапией длится не менее 3 месяцев.

3.40. СИСТЕМНАЯ СКЛЕРОДЕРМИЯ

Это системное аутоиммунное заболевание, характеризующееся затвердением тканей кожи и внутренних органов.

Случай признается страховым при наличии всех следующих условий:

- a) диагноз подтвержден врачом-ревматологом на основании диагностических критериев, действующих на момент постановки диагноза
- b) применяется постоянное лечение кортикостероидами или другими иммуносупрессантами, биологическая терапия;
- c) установлено поражение кожи и одного из указанных ниже органов:
 - значительный фиброз легких с– менее 70% от нормальной газодиффузионной способности (DCO);
 - гипертензия легких, когда среднее давление в легочной артерии в покое превышает 25 мм рт.ст., при выполнении замеров во время процедуры катетеризации правых отделов сердца;
 - хроническая болезнь почек со скоростью гломерулярной фильтрации менее 60 мл/мин.

Страховое возмещение не выплачивается в следующих случаях:

- при диагнозе локализованной склеродермии без поражения других органов;
- если был диагностирован только эозинофильный фасциит;
- если был диагностирован только CREST-синдром .

3.41. ВЕГЕТАТИВНОЕ СОСТОЯНИЕ

Вегетативное состояние характеризуется отсутствием реакции и способности осознавать происходящее из-за повреждения мозга.

Случай признается страховым при наличии всех следующих условий:

- a) диагноз подтвержден врачом-неврологом после проведения необходимых нейрофизиологических или нейропсихологических и нейровизуализационных исследований;
- b) вызванное заболеванием стойкое нарушение функции сохраняется в течение не менее 3 месяцев с даты постановки диагноза;
- c) Застрахованный не в состоянии выполнять следующие функции:
 - полное отсутствие понимания себя и своего окружения;
 - неспособность общаться;
 - отсутствие реакции на внешние раздражители;
- d) сохранены функции ствола головного мозга;

Страховое возмещение не выплачивается в следующих случаях:

- диагностирован синдром Гийена-Барре;
- диагностирован периодический (проходящий), врожденный паралич.
- диагностирован центральный pontинный миелолиз;
- диагностирован акинетический мутизм.



* Постоянный неврологический дефицит – это симптомы дисфункции нервной системы, диагностированные врачом-неврологом. К этим симптомам относятся онемение, гиперестезия (повышенная чувствительность), паралич, локальная слабость, расстройство речи (дизартрия), потеря речи (афазия), нарушение функции глотания (дисфагия), трудности при ходьбе, нарушение координации, тремор, судороги, летаргия, деменция, расстройство зрения, бред и кома. Неврологический дефицит определяется в том случае, если диагностируются как минимум три признака, характерные для данной группы.



КРИТИЧЕСКИЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ, ИХ ОПРЕДЕЛЕНИЯ И КРИТЕРИИ ДИАГНОСТИРОВАНИЯ

Действителен с 01.05.2023

1. Список критических заболеваний для детей

- 1.1. Рак
- 1.2. Вирусный энцефалит
- 1.3. Бактериальный менингит
- 1.4. Инсулинозависимый сахарный диабет
- 1.5. Слепота
- 1.6. Глухота
- 1.7. Кома
- 1.8. Доброкачественная опухоль головного мозга
- 1.9. Потеря, паралич конечностей (потеря функции конечностей)
- 1.10. Трансплантация внутренних органов
- 1.11. Почечная недостаточность
- 1.12. Апластическая анемия
- 1.13. Абсцесс головного мозга
- 1.14. Тяжелая травма головы
- 1.15. Нейроборрелиоз
- 1.16. Тяжелый сепсис
- 1.17. Болезнь двигательных нейронов
- 1.18. Тяжелое заболевание печени
- 1.19. Ожоги третьей степени
- 1.20. Полиомиелит
- 1.21. Бешенство
- 1.22. Столбняк

2. Общие условия

- 2.1. В определения критических заболеваний и в критерии их диагностирования могут вноситься изменения в случаях и порядке, предусмотренных в Особых условиях.
- 2.2. Датой диагностирования критического заболевания считается одна из нижеуказанных дат в зависимости от вида критического заболевания:
 - 2.2.1. В случае операции коронарного шунтирования, протезирования клапанов сердца – день выполнения хирургической операции Застрахованному;
 - 2.2.2. В случае трансплантации внутренних органов – день, когда Застрахованный внесен в официальный список очереди на соответствующую трансплантацию органов, или день, когда Застрахованному была выполнена трансплантация органа, если Застрахованный не был внесен в список очереди на трансплантацию органов;
 - 2.2.3. В случае ракового заболевания – день забора пробы гистологического исследования, на основании которого врач-специалист диагностирует болезнь.
 - 2.2.4. В других случаях, предусмотренных в настоящем Приложении № 3 Критических заболеваний – день, когда Застрахованному диагностировано Критическое заболевание.



3. Определения критических заболеваний и критерии их диагностирования

3.1. РАК

Это неконтролируемый рост, распространение и инвазия (вторжение) злокачественных клеток в ткани. Страховая компенсация выплачивается только при наличии бесспорных доказательств инвазии в ткани и гистологического подтверждения злокачественности клеток. Диагноз должен быть подтвержден врачом-онкологом.

Понятие рака также охватывает лейкемии и злокачественную лимфому и миелодиспластический синдром. В этих случаях диагноз должен быть подтвержден врачом-онкологом или гематологом.

Страховое возмещение не выплачивается в связи с:

- локализованными неинвазивными опухолями, имеющими только ранние изменения злокачественности: пограничные карцинома in situ, дисплазия шейки матки, интраэпителиальная неоплазия шейки матки (CIN-1, CIN-2 и CIN-3);
- хронической лимфоцитарной лейкемией, если не диагностирована стадия не менее В по классификации BINET;
- раком предстательной железы менее T2bN0M0 по клинической классификации TNM, если гистологическая классификация не превышает 6 класс по шкале Глисона;
- карциномой базальных (фундаментальных) клеток кожи или карциномой плоских клеток и злокачественной меланомой на стадии IA (T1aN0M0), если не выявлены метастазы этой опухоли;
- папиллярным или фолликулярным раком щитовидной железы менее T2N0M0 в соответствии с клинической классификацией TNM - истинной полицитемией и первичной тромбоцитемией;
- истинной полицитемией и первичной тромбоцитемией;
- гастроинтестинальной стромальной опухолью (GIST), I и II стадия рака по системе определения стадии рака AJCC (the American Joint Committee on Cancer – Американский объединенный комитет по изучению рака);
- лимфомой, если болезнь не нужно лечить химиотерапией или лучевой терапией;
- всеми опухолями размера T1 по клинической классификации TNM, если не было проведено удаление опухоли или химиотерапия и/или лучевая терапия;
- дерматофибросаркомой Протуберанса
- диагностированием у Застрахованного любого онкологического заболевания, если Застрахованный ВИЧ-инфицирован или болен СПИДом.

3.2. ВИРУСНЫЙ ЭНЦЕФАЛИТ

Воспаление головного мозга (полушарий мозга, ствола мозга, мозжечков), вызванное вирусной инфекцией. Диагноз должен быть подтвержден врачом-неврологом после соответствующего стационарного исследования с указанием клинической симптоматики, изменений в ликворе, иммунологических/серологических показателей.

Страховая компенсация выплачивается при наличии всех следующих условий:

- проявляется неврологический дефицит*; и
- он продолжается по меньшей мере в течение 3 (трех) месяцев.

Страховая компенсация не выплачивается в следующих случаях:

- если энцефалит вызвал ВИЧ-вирус;
- если энцефалит вызвали бактерии или паразиты простейших;
- в случае паранеопластического энцефалита.

3.3. БАКТЕРИАЛЬНЫЙ МЕНИНГИТ И МЕНИНГОЭНЦЕФАЛИТ

Это воспаление оболочек головного и/или спинного мозга, вызванное бактериями.

Случай признается страховым при наличии всех следующих условий:

- а) диагноз подтвержден врачом-нейрологом на основании диагностических критериев, действующих на момент постановки диагноза, включая результаты микробиологического исследования спинномозговой жидкости;
- б) сохранение стойкого неврологического дефицита* в течение не менее 3 (трех) месяцев после постановки диагноза.

Страховое возмещение не выплачивается в следующих случаях:

- менингит вызван ВИЧ-вирусом;



- менингит вызван бактериями или паразитами простейших;
- в случае асептического менингита.

3.4. ИНСУЛИНОЗАВИСИМЫЙ САХАРНЫЙ ДИАБЕТ I ТИПА

Диагноз должен быть подтвержден врачом-эндокринологом.

Страховая компенсация выплачивается при наличии всех следующих условий:

- недостаток выработки инсулина поджелудочной железой подтвержден показателями лабораторных исследований;
- необходимо постоянное лечение препаратами инсулина вследствие возникающей опасности для жизни;
- состояние, при котором необходимо постоянное употребление препаратов инсулина, должно длиться по меньшей мере в течение 3 (трех) месяцев.

3.5. СЛЕПОТА

Полная необратимая потеря зрения на оба глаза из-за травмы или болезни, которую нельзя лечить рефракционной коррекцией, лекарственными препаратами или операцией. Диагноз должен быть подтвержден данными объективных исследований и заключением комиссии врачей-окулистов. Полной потерей зрения (слепотой) считается такое состояние, при котором острота зрения лучше видящего глаза составляет 3/60 или меньше (0,05 или меньше по десятичной системе) или при котором поле зрения лучше видящего глаза меньше 10° диаметра после коррекции.

Страховая компенсация не выплачивается в следующих случаях:

- потеря зрения на один глаз;
- разные обратимые расстройства зрения.

3.6. ГЛУХОТА

Это постоянная и необратимая глухота на оба уха вследствие болезни или физического увечья.

Диагноз должен быть установлен врачом-отоларингологом и подтвержден данными аудиометрии (показатель порога слуха не менее 90 дБ для более здорового уха в диапазоне частоты слуха 500, 1 000 и 2 000 Гц).

3.7. КОМА

Это состояние потери сознания.

Страховая компенсация выплачивается при наличии всех следующих условий:

- отсутствует реакция Застрахованного/Дополнительного застрахованного на внешние раздражители ((3–8 баллов по шкале комы Глазго (Glasgow Coma Scale)) или отсутствует реакция на естественные потребности по меньшей мере в течение 96 (девяноста шести) часов;
- требуется применение систем поддержания жизни;
- постоянный неврологический дефицит* проявляется по меньшей мере в течение 30 (тридцати) дней с начала комы. Диагноз должен быть установлен врачом-неврологом, анестезиологом-реаниматологом.

Страховая компенсация не выплачивается в следующих случаях:

- если кома вызвана медикаментами в медицинских целях;
- если кома возникла вследствие самоувечья, употребления алкоголя или наркотиков.

3.8. ДОБРОКАЧЕСТВЕННАЯ ОПУХОЛЬ МОЗГА

Это доброкачественный рост тканей, находящихся в черепной полости (головного мозга, мозговых оболочек или черепно-мозговых нервов).

Диагноз должен быть установлен врачом-неврологом и нейрохирургом и подтвержден данными наглядных исследований.

Страховая компенсация выплачивается, когда для лечения опухоли применялся по меньшей мере один из следующих способов:

- полное или частичное хирургическое удаление;
- стереотаксическая радиохirurgия;
- наружное лучевое лечение.



Если по медицинским причинам ни один из способов лечения применять нельзя, опухоль должна вызвать постоянный неврологический дефицит*, который сохраняется по меньшей мере в течение 3 (трех) месяцев со дня постановки диагноза.

Страховая компенсация не выплачивается в следующих случаях:

- при определении или лечении любых кист мозга, грануломы, гамартом или мальформации мозга, артериовенозных, венных или каверных мальформаций;
- при обнаружении опухоли гипофиза.

3.9. ПОТЕРЯ КОНЕЧНОСТЕЙ, ПОТЕРЯ ФУНКЦИИ КОНЕЧНОСТЕЙ

Полная и постоянная потеря двух или более конечностей или потеря их функции вследствие увечья или болезни спинного или головного мозга. Потерей конечности считается потеря выше коленного или локтевого сустава.

Страховая компенсация выплачивается, если потеря функции конечности сохраняется больше 3 (трех) месяцев и подтверждена врачом-неврологом на основании клинической симптоматики и диагностическими исследованиями.

Страховая компенсация не выплачивается в следующих случаях:

- паралич произошел вследствие психических расстройств;
- диагностирован синдром Гийена-Барре;
- диагностирован периодический (проходящий), врожденный паралич.

3.10. ТРАНСПЛАНТАЦИЯ ВНУТРЕННИХ ОРГАНОВ

Это делаемая Застрахованному/Дополнительному застрахованному операция по пересадке одного или нескольких органов: сердца, почки (-чек), печени (включая трансплантацию части печени живого донора), легких (включая трансплантацию доли легкого живого донора или трансплантацию одного легкого), костного мозга (трансплантация аллогенных гемопоэтических стволовых клеток, выполненная после полного удаления костного мозга), тонкого кишечника, поджелудочной железы, частичная или полная трансплантация лица, руки, кисти или ноги (комплексная пересадка аллотрансплантата тканей), когда Застрахованный/Дополнительный застрахованный является реципиентом.

Застрахованному/Дополнительному застрахованному фактически должна быть выполнена трансплантация органа или состояние, в связи с которым требуется трансплантация, должно считаться неизлечимым другими средствами и специалистом соответствующей области должно быть подтверждено, что Застрахованный/Дополнительный застрахованный внесен в официальный список очереди на трансплантацию органов.

Страховая компенсация не выплачивается в следующих случаях:

- когда выполнена трансплантация других органов, частей тела или тканей (включая роговицу и кожу);
- когда выполнена трансплантация других клеток (включая клетки островков поджелудочной железы и не гемопоэтические стволовые клетки).

3.11. ПОЧЕЧНАЯ НЕДОСТАТОЧНОСТЬ

Это последняя стадия почечной недостаточности из-за необратимого нарушения функции обеих почек вследствие чего должны постоянно выполняться гемодиализы или перитонеальные диализы.

Необходимость диализа должна быть подтверждена врачом-нефрологом и данными исследований почечной функции.

Страховое возмещение не выплачивается в связи с острой обратимой (до 3 месяцев) почечной недостаточностью (когда требуются временные диализы).

3.12. АПЛАСТИЧЕСКАЯ АНЕМИЯ

Апластическая анемия – это хроническая необратимая недостаточность костного мозга с анемией, нейтропенией и тромбоцитопенией. Случай признается страховым при наличии всех следующих условий:

- а) диагноз подтвержден врачом-гематологом по результатам трепанобиопсии костного мозга;
- б) число гранулоцитов – менее 500/мм³, число тромбоцитов – менее 20 000/мм³, число ретикулоцитов – менее 20 000/мм³;



с) заболевание должно лечиться переливаниями крови и, кроме того, должен применяться хотя бы один из нижеприведенных методов лечения:

- стимуляторы костного мозга;
- иммуносупрессанты
- должна быть проведена трансплантация костного мозга.

Страховое возмещение не выплачивается в следующих случаях:

- заболевание вызвано лечением лекарственными препаратами, химиотерапией;
- это врожденная форма апластической анемии;
- заболевание диагностировано до заключения договора, вместе с онкологическим заболеванием;
- диагноз апластической анемии был впервые подтвержден в течение первых двух лет после заключения договора страхования, а до заключения договора страхования у Застрахованного была диагностирована хроническая анемия.

3.13. АБСЦЕСС ГОЛОВНОГО МОЗГА

Абсцесс головного мозга – очаговое скопление гноя в веществе мозга.

Случай признается страховым, когда диагноз абсцесса головного мозга подтвержден хотя бы одним из следующих методов: магнитно-резонансной томографией (МРТ), компьютерной томографией (КТ) головы, биопсией.

3.14. ТЯЖЕЛАЯ ТРАВМА ГОЛОВЫ

Возникшая во время несчастного случая черепно-мозговая травма с нарушением сознания (3–8 баллов по шкале комы Глазго (Glasgow Coma Scale)).

Случай признается страховым при наличии всех следующих условий:

- а) диагноз подтвержден врачом-неврологом/нейрохирургом на основании результатов КТ или МРТ;
- б) стойкий неврологический дефицит сохраняется в течение срока не менее 3 месяцев после постановки диагноза.

Страховое возмещение не выплачивается:

- если тяжелая черепно-мозговая травма была вызвана членовредительством, употреблением алкоголя и наркотиков или других препаратов, содержащих вещества, вызывающие зависимость.

3.15. НЕЙРОБОРРЕЛИОЗ

Инфекционное заболевание центральной нервной системы, вызываемое спирохетами рода *Borrelia*.

Случай признается страховым при наличии всех следующих условий:

- а) диагноз подтвержден в стационаре врачом-специалистом на основании клинических и диагностических критериев, действующих на момент постановки диагноза;
- б) выявлено наличие возбудителя болезни или специфических антител к болезни Лайма, подтверждающих острую инфекцию/заболевание;
- с) возникновение стойкого неврологического дефицита (в течение не менее 3 месяцев), подтвержденного врачом-неврологом;
- д) повреждение суставов и нарушение их функции, подтвержденные специалистом.

3.16. ЗАБОЛЕВАНИЕ ДВИГАТЕЛЬНЫХ НЕЙРОНОВ

Это дегенеративное заболевание, вызывающее дегенерацию клеток ядер передних рогов серого вещества спинного мозга и черепно-мозговых нервов и нейронов пирамидного пути продолговатого мозга.

Болезнь двигательного нейрона считается одним из нижеуказанных диагнозов: боковой амиотрофический склероз; первичный боковой склероз; прогрессирующая мышечная атрофия; прогрессирующий бульбарный паралич.

Случай признается страховым при наличии всех следующих условий:

- а) диагноз подтвержден заключением врача-невролога на основании диагностических критериев, действующих на момент постановки диагноза;
- б) стойкое нарушение функций, вызванное заболеванием, длится не менее 3 месяцев после постановки диагноза;
- с) Застрахованный не может самостоятельно выполнять не менее 3-х функций повседневной деятельности.



3.17. ТЯЖЕЛЫЙ СЕПСИС

Сепсис – это нарушение реакции организма, вызванное инфекцией, распространяющейся через кровь (бактерии, вирусы или грибки), при котором происходит повреждение тканей и органов и значительное нарушение их функции.

Случай признается страховым при наличии всех следующих условий:

- а) диагноз подтвержден на основании диагностических критериев, действующих на момент постановки диагноза, включая положительный результат микробиологического посева крови;
- б) проводилось лечение в отделении интенсивной терапии с применением внутривенных антибиотиков и вазопрессоров;
- с) диагностировано значительное нарушение или недостаточность по крайней мере двух органов или систем органов: центральной нервной системы, системы кровообращения, дыхательной, кроветворной, почечной, печеночной систем.

Страховое возмещение не выплачивается:

- если сепсис был вызван воздействием химических веществ;
- если сепсис развился в то время, когда Застрахованный болел СПИДом,
- если было выявлено наличие микроорганизмов (бактерий, вирусов или грибов) в крови при отсутствии системной воспалительной реакции и повреждения систем органов.

3.18. ТЯЖЕЛОЕ ЗАБОЛЕВАНИЕ ПЕЧЕНИ

Хроническое заболевание печени, проявляющееся недостаточностью печеночной функции не ниже класса С по шкале Чайлд-Пью.

Случай признается страховым при наличии всех следующих условий:

- а) диагноз подтвержден в стационаре врачом-гастроэнтерологом на основании диагностических критериев, действующих на момент постановки диагноза;
- б) присутствуют все следующие симптомы: стойкая желтуха, асцит и печеночная энцефалопатия.

Страховое возмещение не выплачивается, если серьезное заболевание печени вызвано употреблением алкоголя или наркотиков, лекарств или психотропных веществ.

3.19. ПОЛИОМЕЛИТ

Инфекционное заболевание, вызванное полиовирусом и характеризующееся параличом: значительным нарушением моторной и дыхательной функций.

Случай считается страховым, если диагноз подтвержден врачом-неврологом во время стационарного лечения на основании диагностических критериев, действовавших на момент постановки диагноза.

Страховое возмещение не выплачивается:

- если данное заболевание не вызывает паралича;
- если Застрахованный не был привит от данного заболевания.

3.20. ОЖОГИ ТРЕТЬЕЙ СТЕПЕНИ

Ожоги, которые разрушают все слои кожи (ожоги третьей степени) и охватывают не менее 20% площади поверхности тела.

Страховое возмещение выплачивается, когда ожоги третьей степени подтверждены врачом-хирургом.

Площадь поверхности тела может быть определена по правилу девяток, диаграмме Лунда-Браудера или по правилу ладони (1% площади поверхности тела равен поверхности ладони (ладони и пальцев вместе) кисти Застрахованного).

3.21. БЕШЕНСТВО

Это инфекционное вирусное заболевание, приводящее к прогрессирующему воспалению головного и спинного мозга.

Случай признается страховым, если диагноз заболевания подтвержден врачом-инфекционистом в стационаре на основании диагностических критериев, действующих на момент постановки диагноза, подтверждающих наличие вируса.

3.22. СТОЛБНЯК

Столбняк – это острое инфекционное заболевание, вызываемое токсином бактерии *Clostridium tetani*.



Случай признается страховым при наличии всех следующих условий:

- a) диагноз подтвержден врачом-инфекционистом;
- b) палочка *Clostridium tetani* выделена из очага инфекционного поражения или столбнячный токсин обнаружен в сыворотке крови и по клиническим симптомам (мышечные спазмы);
- c) госпитализация и лечение противостолбнячным иммуноглобулином и анатоксином в связи с симптомами заболевания.

* Постоянный неврологический дефицит – это симптомы дисфункции нервной системы, диагностированные врачом-неврологом. К этим симптомам относятся онемение, гиперестезия (повышенная чувствительность), паралич, локальная слабость, расстройство речи (дизартрия), потеря речи (афазия), нарушение функции глотания (дисфагия), трудности при ходьбе, нарушение координации, тремор, судороги, летаргия, деменция, расстройство зрения, бред и кома. Неврологический дефицит определяется в том случае, если диагностируются как минимум три признака, характерные для данной группы.



ОСОБЫЕ УСЛОВИЯ: ДОПОЛНИТЕЛЬНОЕ СТРАХОВАНИЕ ОТ КРИТИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ № 004

Приложение № 4

ПРЕЙСКУРАНТ

Действителен с 01.05.2023

1. Плата за дополнительные услуги

Услуга	Плата
Изменения к Договору (уменьшение Страховой суммы, изменение Периода страхования или др.).*	5 евро
* Примечание: данная плата взимается за каждое изменение условия Договора в отдельности.	
Расторжение Договора, если расторгается только Дополнительное страхование, а основное страхование жизни остаётся в силе.	7 евро

2. Прочие условия

2.1. Минимальная сумма Дополнительного страхования: 2 000 евро.