# Приложение 1 к приказу от 02.08.2021 г. № 096

# ОБЩЕСТВО С ОГРАНИЧЕННОЙ ОТВЕТСТВЕННОСТЬЮ

**«СТРАХОВАЯ КОМПАНИЯ СОГАЗ-ЖИЗНЬ»**

УТВЕРЖДАЮ

Генеральный директор

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ И.В. Якушева

«02» \_\_08\_\_ 2021 г.

(в ред. Приказа от 12.12.2017 №118, от 03.07.2018 №073,

от 20.07.2018 №083, от 21.12.2018 №135, от 12.04.2019 №051, от 25.04.2019 №060, от 05.11.2020 №107-1, от 02.08.2021 № 096)

**КОМПЛЕКСНАЯ Программа**

**ИНДИВИДУАЛЬНОГО СТРАХОВАНИЯ ЖИЗНИ И ЗДОРОВЬЯ**

**НА СЛУЧАЙ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ НЕПРИГОДНОСТИ**

**«ПРОФЕССИОНАЛЬНАЯ ЗАЩИТА»**

СОДЕРЖАНИЕ

1. Общие положения 2

2. Субъекты страхования 2

3. Объект страхования 3

4. Страховые риски, страховые случаи 3

5. Исключения из страховых случаев 3

6. Страховые суммы 3

7. Страховые тарифы, страховые взносы 4

 8. Срок действия договора страхования 4

 9. Заключение и прекращение договора

 страхования 4

10. Участие в инвестиционном доходе

 Страховщика 6

11. Страховые выплаты 6

12. Перечень приложений 6

Москва

2021 г.

#

# 1. ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ

1.1. Настоящая Комплексная программа индивидуального страхования жизни и здоровья на случай профессиональной непригодности «ПРОФЕССИОНАЛЬНАЯ ЗАЩИТА» (далее – Комплексная программа) разработана в соответствии с Полисными условиями страхования жизни и здоровья на случай профессиональной непригодности «ПРОФЕССИОНАЛЬНАЯ ЗАЩИТА» (далее – Полисные условия в действующей на дату заключения договора страхования редакции.

1.2. Цель настоящей Комплексной программы: обеспечение страховой и финансовой защиты Застрахованного лица в течение трудовой деятельности.

1.3. Канал продаж – в соответствии с Едиными справочниками управленческого учета и отчетности Общества: Агентский.

1.4. Клиентский сегмент - ФЛ, не относящиеся к сегменту РКК:

1.4.1. работники железнодорожного транспорта, непосредственно связанные с движением поездов (далее - Работники локомотивных бригад);

1.4.2. иные работники, обеспечивающие движение поездов (далее - Работники, обеспечивающие движение поездов).

Перечень профессий работников, подпадающих под действие настоящей Комплексной программы: Приложение 6 Комплексной программы.

1.5. Основные определения: в соответствии с разделом 2 Полисных условий.

#

# 2. СУБЪЕКТЫ СТРАХОВАНИЯ

2.1. Страхователь (Застрахованное лицо).

2.1.1. Страхователями, являющимися Застрахованными лицами по Договорам страхования, являются дееспособные физические лица: Работники локомотивных бригад и Работники, обеспечивающие движение поездов, профессии и должности которых на дату заключения договора страхования включены в перечень, установленный Постановлениями Правительства РФ от 24 апреля 1992 г. N 272 «Об утверждении Списка профессий рабочих локомотивных бригад, а также профессий и должностей работников отдельных категорий на железнодорожном транспорте и метрополитене, пользующихся правом на пенсию в связи с особыми условиями труда» и от 16 июля 2014 г. N 665 «О списках работ, производств, профессий, должностей, специальностей и учреждений (организаций), с учетом которых досрочно назначается страховая пенсия по старости, и правилах исчисления периодов работы (деятельности), дающей право на досрочное пенсионное обеспечение».

2.1.1.1. допуск которых к исполнению трудовых обязанностей регламентируется нормативными документами Правительства России и юридического лица, с которым физические лица состоят в трудовых отношениях, и обусловлен требованием прохождения:

- обязательного предварительного при поступлении на работу и периодического медицинского осмотра, проводимого на основании Постановления Правительства РФ от 8 сентября 1999 г. N 1020 «Об утверждении перечня профессий и должностей работников, обеспечивающих движение поездов, подлежащих обязательным предварительным, при поступлении на работу, и периодическим медицинским осмотрам» и Приказов Министерства путей сообщения РФ от 29.03.1999 г. № 6Ц «Об утверждении Положения о порядке проведения обязательных предварительных, при поступлении на работу, и периодических медицинских осмотров на федеральном железнодорожном транспорте», Министерства транспорта Российской Федерации от 19.10.2020 № 428 «Об утверждении Порядка проведения обязательных предварительных (при поступлении на работу) и периодических (в течение трудовой деятельности) медицинских осмотров на железнодорожном транспорте»;

- обязательного медицинского осмотра, проводимого на основании Приказов Министерства путей сообщения РФ от 29.03.1999 г. № 6Ц «Об утверждении Положения о порядке проведения обязательных предварительных, при поступлении на работу, и периодических медицинских осмотров на федеральном железнодорожном транспорте», Министерства транспорта Российской Федерации от 19.10.2020 № 428 «Об утверждении Порядка проведения обязательных предварительных (при поступлении на работу) и периодических (в течение трудовой деятельности) медицинских осмотров на железнодорожном транспорте» по решению ВЭК об индивидуальных сроках проведения обязательных медицинских осмотров для отдельных работников в связи с наличием медицинских показаний, по совместному решению лечащего врача и врача-терапевта участкового цехового врачебного участка в случаях заболеваний работников болезнями, влияющими на профессионально значимые функции организма, или по направлению организаций железнодорожного транспорта перед назначением на работы с более сложными условиями труда и (или) более высокой степенью ответственности, для которых определены повышенные требования к состоянию здоровья;

2.1.1.2. которые могут быть признаны профессионально непригодным к работе в своей специальности, профессии, группе специальностей или профессий по любой причине по результатам заключения врачебно-экспертной комиссии.

2.1.1.3. возраст которых (число полных лет) должен быть (независимо от пола):

а) на дату начала страхования:

- 60 лет минус срок страхования для работников локомотивных бригад;

- 65 лет минус срок страхования для работников, обеспечивающих движение поездов;

б) на дату окончания договора страхования:

- не свыше 60 лет для работников локомотивных бригад;

- не свыше 65 лет для работников, обеспечивающих движение поездов.

2.1.2. Не подлежат страхованию лица, которые на дату заключения договора страхования:

а) страдали злокачественными новообразованиями, в том числе злокачественными заболеваниями кроветворной, лимфоидной и родственных им тканей; любыми заболеваниями и/или состояниями, сопровождающимися хронической почечной, печеночной недостаточностью, недостаточностью кровообращения, дыхательной и/или легочно-сердечной недостаточностью; СПИДом, ВИЧ-инфицированные.

б) были направлены на медико-социальную экспертизу для установления инвалидности;

в) состояли на учете в наркологическом и/или психоневрологическом, противотуберкулезном диспансерах, находились на стационарном лечении или обследовании до момента их выписки из лечебного учреждения;

г) находились на амбулаторном или стационарном, либо имели индивидуальный допуск к работе по медицинским показаниям на основании решения ВЭК.

2.2. Выгодоприобретатель

2.2.1. По страховым случаям «СМЕРТЬ по любой причине», «СМЕРТЬ в результате катастрофы на пассажирском авиационном, морском, железнодорожном транспорте» Выгодоприобретателем признается лицо, указанное в Договоре страхования Выгодоприобретателем на случай смерти Страхователя (Застрахованного лица). При указании Выгодоприобретателями нескольких лиц страховая выплата производится пропорционально указанным в договоре страхования долям по каждому Выгодоприобретателю. Если Выгодоприобретатели не установлены, ими признаются наследники Страхователя в соответствии с действующим законодательством, в этом случае страховая выплата производится им пропорционально их наследственным долям.

2.2.2. По страховым случаям «ДОЖИТИЕ», «ПРОФЕССИОНАЛЬНАЯ НЕПРИГОДНОСТЬ» Выгодоприобретателем является Страхователь (Застрахованное лицо).

#

# 3. ОБЪЕКТ СТРАХОВАНИЯ

Объектом страхования являются имущественные интересы, связанные с дожитием Страхователя (Застрахованного лица) до определенного срока, со смертью, а также с причинением вреда здоровью Страхователя (Застрахованного лица).

#

# 4. СТРАХОВЫЕ РИСКИ, СТРАХОВЫЕ СЛУЧАИ

4.1. Обязательные страховые риски, по которым заключаются договоры страхования по настоящей Комплексной программе:

4.1.1. «СМЕРТЬ по любой причине» (п. 5.1.1. Полисных условий) – смерть Страхователя (Застрахованного лица) по любой причине, произошедшая в течение Срока страхования;

4.1.2. «ДОЖИТИЕ» (п. 5.1.2 Полисных условий) - дожитие Страхователя (Застрахованного лица) до окончания Срока страхования;

4.1.3. «ПРОФЕССИОНАЛЬНАЯ НЕПРИГОДНОСТЬ» (п. 5.1.3 Полисных условий) - признание Страхователя (Застрахованного лица) в течение Срока страхования профессионально непригодным к работе по любой причине по заключению Врачебно-экспертной комиссии;

4.1.4. «СМЕРТЬ в результате катастрофы на пассажирском авиационном, морском, железнодорожном транспорте» - (п. 5.1.4. Полисных условий) – смерть Страхователя (Застрахованного лица), произошедшая в течение Срока страхования после окончания Периода ожидания или в Период ожидания в результате Несчастного случая.

4.2. Период ожидания по страховому риску «ПРОФЕССИОНАЛЬНАЯ НЕПРИГОДНОСТЬ» составляет 6 (шесть) месяцев, за исключением случая установления профессиональной непригодности в результате несчастного случая.

#

# 5. ИСКЛЮЧЕНИЯ ИЗ СТРАХОВЫХ СЛУЧАЕВ

Исключения из страховых случаев: п.5.3 Полисных условий.

#

# 6. СТРАХОВЫЕ СУММЫ

6.1. Страховая сумма устанавливается отдельно по каждому страховому риску в соответствии с Предельными значениями страховых сумм (Таблица 1 Приложения №5 Комплексной программы).

6.2. Страхователь (Застрахованное лицо) вправе с согласия Страховщика заключить дополнительный договор страхования по Комплексной программе на срок, оставшийся до окончания действия действующего Договора (но не менее 1 года), при условии, что страховая сумма по действующему и дополнительному договору страхования не превысит предельного значения страховой суммы по Страховому риску «ПРОФЕССИОНАЛЬНАЯ НЕПРИГОДНОСТЬ».

6.3. Валюта договора страхования: Российские рубли.

#

# 7. СТРАХОВЫЕ ТАРИФЫ, СТРАХОВЫЕ ВЗНОСЫ

7.1. Базовые страховые тарифы рассчитываются в зависимости от пола и возраста Страхователя (Застрахованного лица), срока действия договора страхования, порядка уплаты страховой премии, нагрузки на нетто-ставку, гарантированной нормы доходности.

7.2. Размер гарантированной нормы доходности, заложенной в расчет страховых тарифов: Таблица 3 Приложения 5 настоящей Комплексной программы.

7.3. Суммарный страховой взнос определяется как сумма страховых взносов по каждому риску.

Страховой взнос по риску «СМЕРТЬ по любой причине» рассчитывается от страховой суммы, установленной по данному риску на начало страхования.

7.4**.** Порядок оплаты страховой премии: ежемесячно, если иное (ежеквартально, раз в полгода, ежегодно, единовременно) не указано в договоре страхования.

7.5. Страховая премия может уплачиваться через бухгалтерию по месту работы Застрахованного лица по его поручению или иным способом: через банкоматы ВТБ24 (ПАО), сайт партнера по Комплексной программе (по заявлению партнеру об удержании страховых взносов через процессинговый центр Uniteller), через сайт Страховщика (после уплаты первого взноса) либо иным способом по безналичной или наличной оплате.

7.6. Льготный период: при неуплате Страхователем очередного страхового взноса в установленный Договором страхования срок Страховщик предоставляет Страхователю возможность в течение последующих 60 календарных дней (Льготный период) погасить задолженность по уплате страховых взносов без изменения условий договора (далее - уплаты). Льготный период начинается с даты, указанной в Договоре страхования как дата уплаты очередного страхового взноса, и предоставляется не чаще двух раз в год, если иное не оговорено в Договоре страхования.

7.7.Структура тарифной ставки: Таблица 2 Приложения 5 настоящей Комплексной программы.

#

# 8. СРОК ДЕЙСТВИЯ ДОГОВОРА СТРАХОВАНИЯ

8.1. Срок действия договора страхования по Комплексной программе определяется в целых годах от 5 до 47 лет, при этом возраст Страхователя на дату окончания срока действия Договора не должен превышать:

- для Работников локомотивных бригад: 60 лет;

- для Работников, обеспечивающих движение поездов: 65 лет.

8.2. Действие Договора страхования начинается с 00 часов 00 минут дня (даты), указанной в Договоре страхования, но не ранее дня, следующего за днем уплаты страховой премии (первого страхового взноса) в полном объеме на расчетный счет Страховщика или его Агента.

8.3. Период охлаждения: 14 дней, начиная с даты заключения договора страхования.

# 9. ЗАКЛЮЧЕНИЕ И ПРЕКРАЩЕНИЕ ДОГОВОРА СТРАХОВАНИЯ

9.1. Договор страхования, заключенный по настоящей Программе, признается Стандартным договором страхования, если он отвечает следующим требованиям:

* Договор страхования оформлен в соответствии с Типовыми формами (Приложения 0.1, 1 – 4 Комплексной программы и );
* условия договора страхования, включая требования к субъектам страхования (раздел 2 Комплексной программы), Страховые риски (раздел 4 Комплексной программы), исключения из страховых случаев (раздел 5 Комплексной программы), валюта договора страхования (раздел 6 Комплексной программы), сроки действия Договора страхования (раздел 8 Комплексной программы), размеры страховых выплат (раздел 10 Комплексной программы), а также ценовые условия договора, включая Страховые тарифы, Структуру тарифной ставки, Гарантированную норму доходности (раздел 7 Комплексной программы), соответствуют условиям Комплексной программы;
* страховые суммы по рискам соответствуют диапазону допустимых значений (раздел 6 Комплексной программы), установленному по Комплексной программе.
* Страхователь (Застрахованное лицо) не имеет заболеваний и иных обстоятельств, указанных в разделе 13 Договора страхования (Приложение 1 Комплексной программы) или – при наличии какого-либо заболевания, указанного в разделе 13 Договора страхования - в Декларации о состоянии здоровья (Приложение 1 Комплексной программы).

9.2. Договор страхования в случае соответствия требованиям, указанным в п.9.1, заключается на основании устного заявления Страхователя (Застрахованного лица) и следующих документов:

* Декларация о состоянии здоровья (по требованию Страховщика: с приложением выписки из карты амбулаторного больного медицинского учреждения, к которому Страхователь прикреплен по месту работы, если с прохождения последнего медицинского осмотра прошло 10 месяцев и более);
* Согласие на обработку персональных данных;
* Заявление о назначении Выгодоприобретателей (при необходимости) (Приложение 4 настоящей Комплексной программы).

9.3. Договор страхования, заключенный по настоящей Программе, признается Нестандартным договором страхования, если он не отвечает хотя бы одному из требований, указанных в п. 9.1.

9.4. Стандартные и нестандартные договоры по Комплексной программе требуют оценки риска Страховщиком в обязательном порядке.

9.5. Действие страховой защиты по Договору страхования приостанавливается, а Страхователь (Застрахованное лицо) прекращает уплачивать страховые взносы в связи с призывом Застрахованного лица в Вооруженные силы Российской Федерации (срочная служба), при условии, что Страховщик письменно уведомлен об этом. По окончании срока службы и восстановления Застрахованного лица в должности, Страховщик осуществляет перерасчет размера страхового взноса и/или срока действия, которые указываются в Дополнительном соглашении к Договору страхования. Действие страховой защиты по Договору страхования возобновляется с момента уплаты очередного страхового взноса.

9.6. Договор страхования прекращается: в соответствии с п.8.9 Полисных условий.

9.7. В случае досрочного прекращения договора страхования:

9.7.1. По Страховому риску «ДОЖИТИЕ» Страховщик выплачивает Страхователю (Застрахованному лицу) выкупную сумму, которая рассчитывается в процентах от страховой суммы по Страховому риску «ДОЖИТИЕ» по Таблице выкупных сумм (в % от страховой суммы), приведенной в Договоре страхования.

9.7.2. По Страховым рискам «СМЕРТЬ по любой причине», «ПРОФЕССИОНАЛЬНАЯ НЕПРИГОДНОСТЬ», «СМЕРТЬ в результате катастрофы на пассажирском авиационном, морском, железнодорожном транспорте» страховая премия за неистекший срок страхования не подлежит возврату.

9.8. Документы, которые необходимо предоставить Страхователю (его представителю) для получения выкупной суммы при досрочном прекращении Договора страхования: п.8.13.3 Полисных условий.

9.9. В случае отказа Страхователя от Договора страхования в течение 14 календарных дней со дня его заключения независимо от момента уплаты страховой премии, при отсутствии в данном периоде событий, имеющих признаки страхового случая, Страховщик возвращает Страхователю уплаченную им страховую премию в полном размере, при условии поступления заявления об отказе от Договора страхования до даты начала его действия.

В случае если Страхователь отказался от Договора страхования в срок, установленный настоящим пунктом, но после даты начала действия страхования, Страховщик при возврате уплаченной страховой премии Страхователю вправе удержать ее часть пропорционально сроку действия Договора страхования, прошедшему с даты начала действия страхования до даты прекращения его действия.

Договор страхования считается прекратившим свое действие с даты получения Страховщиком заявления Страхователя об отказе от Договора страхования, но не позднее срока, определенного в соответствии с настоящим пунктом, при этом возврат Страхователю страховой премии может осуществляться по выбору Страхователя наличными деньгами или в безналичном порядке в срок, не превышающий 10 рабочих дней со дня получения Страховщиком заявления Страхователя об отказе от Договора страхования.

Заявление об отказе от Договора страхования подается Страховщику через официальный сайт www.sogaz-life.ru.

В случае досрочного прекращения договора страхования позднее периода, указанного в первом абзаце настоящего пункта, страховая премия по Страховым рискам «СМЕРТЬ по любой причине» и «ПРОФЕССИОНАЛЬНАЯ НЕПРИГОДНОСТЬ», «СМЕРТЬ в результате катастрофы на пассажирском авиационном, морском, железнодорожном транспорте» не подлежит возврату, по Страховому риску «ДОЖИТИЕ» выплачивается выкупная сумма.

**10. УЧАСТИЕ В ИНВЕСТИЦИОННОМ ДОХОДЕ СТРАХОВЩИКА**

Дополнительный инвестиционный доход по настоящей Программе не формируется и не выплачивается.

# 11. СТРАХОВЫЕ ВЫПЛАТЫ

11.1. При наступлении страховых случаев «СМЕРТЬ по любой причине», «СМЕРТЬ в результате катастрофы на транспорте» страховая выплата производится Выгодоприобретателю, указанному в договоре страхования:

11.1.1. по страховому случаю «СМЕРТЬ по любой причине» - в размере суммы фактически уплаченных по договору страхования страховых взносов на дату смерти Страхователя (Застрахованного лица);

11.1.2. по страховому случаю «СМЕРТЬ в результате катастрофы на пассажирском авиационном, морском, железнодорожном транспорте» - в размере страховой суммы, установленной по данному Страховому риску.

11.2. При наступлении страховых случаев «ДОЖИТИЕ» и «ПРОФЕССИОНАЛЬНАЯ НЕПРИГОДНОСТЬ» страховая выплата производится непосредственно Страхователю (Застрахованному лицу) в размере 100% страховой суммы, установленной по  соответствующему Страховому риску.

11.3. Документы, необходимые для получения страховой выплаты, которые Страхователь (Застрахованное лицо, Выгодоприобретатель) должен передать Страховщику: раздел 12 Полисных условий.

\*) конкретный перечень документов определяется Страховщиком в зависимости от обстоятельств страхового случая.

11.4. Все обязательства Страховщика считаются исполненными в полном объеме после произведения страховой выплаты по любому из страховых случаев в договоре страхования.

11.5. Страховщик освобождается от страховой выплаты, когда страховой случай причинения вреда жизни и здоровью наступил вследствие:

11.5.1. воздействия ядерного взрыва, радиации или радиоактивного заражения;

11.5.2. военных действий, вне зависимости от того, объявлена война или нет, а также маневров или иных военных мероприятий;

11.5.3. гражданской войны, народных волнений всякого рода или забастовок, введения военного правления, свержения или захвата власти.

11.6. Страховые выплаты производятся независимо от выплат по социальному страхованию и перечисляются Страховщиком на указанный получателем выплаты банковский счет.

# 12. ПЕРЕЧЕНЬ ПРИЛОЖЕНИЙ

Типовые формы страховых документов:

* Приложение 0.1. Памятка;
* Приложение 1. Декларация о состоянии здоровья Страхователя (Застрахованного лица);
* Приложение 2а. Согласие на обработку персональных данных;
* Приложение 2б. Согласие на обработку персональных данных несовершеннолетнего ребенка
* Приложение 3. Договор страхования;
* Приложение 4. Заявление о назначении Выгодоприобретателей;
* Приложение 5. Предельные размеры страховых сумм. Структура тарифной ставки. Гарантированная норма доходности.
* Приложение 6. Перечень профессий работников, подпадающих под действие Комплексной программы «Профессиональная защита».

Приложение 0.1

|  |  |
| --- | --- |
| **Общество с ограниченной ответственностью «Страховая компания СОГАЗ-ЖИЗНЬ»**Место нахождения: 107078, г.Москва, прос. Академика Сахарова, д.10. Сайт: www.sogaz-life.ruПочтовый адрес: 107045, г.Москва, Уланский пер., д.26 Тел: (800) 600-0440Лицензия на осуществление страхования СЖ № 3825 от 25.09.2018 г. (страхование жизни)Лицензия на осуществление страхования СЛ № 3825 от 25.09.2018 г. (личное страхование иное, чем страхование жизни) | https://upload.wikimedia.org/wikipedia/ru/thumb/0/0f/SOGAZ_life_blue_rus.jpg/800px-SOGAZ_life_blue_rus.jpg |
|  |
| **ПАМЯТКА СТРАХОВАТЕЛЮ ПО ДОГОВОРУ СТРАХОВАНИЯ ЖИЗНИ И ЗДОРОВЬЯ**  | **ПРОФЕССИОНАЛЬНАЯ ЗАЩИТА** |
|  |
|  | **Накопительное страхование жизни – это** |
|  |
| **ГАРАНТИРОВАННЫЕ НАКОПЛЕНИЯ** к определенному сроку | **СТРАХОВАЯ ЗАЩИТА** на случай смерти и утраты профессиональной трудоспособности  | **СОЦИАЛЬНЫЙ НАЛОГОВЫЙ ВЫЧЕТ** по договорам страхования на срок не менее 5 летв размере 13%, возвращаемый с каждого уплаченного страхового взноса (не свыше 120 тыс. руб. в год) |
|  |
|  | **Термины** |
|  |
| * **Страховщик** – страховая организация (СОГАЗ-ЖИЗНЬ)
* **Страховая сумма -** денежная сумма, исходя из которой определяется размер страховой выплаты и размер страховой премии
 |  | * **Страховая премия (страховые взносы) –** плата за страхование, которую Страхователь обязан уплатить Страховщику
* **Выкупная сумма** – сумма в пределах сформированного страхового резерва на день прекращения Договора, возвращаемая Страхователю при расторжении Договора
 |
|  |
|  | **Договор накопительного страхования жизни** (далее – Договор) |
|  |
| * Договор не является банковским вкладом и не входит в систему гарантирования Агентства по страхованию вкладов в соответствии с Федеральным законом от 23.12.2003 № 177-ФЗ «О страховании вкладов физических лиц в банках Российской Федерации»
* Договор носит долгосрочный характер и предусматривает обязательства Страхователя по регулярной оплате страховых взносов (если оплата не была единовременно)
 |  | * При досрочном прекращении Договора выплачивается выкупная сумма, размер которой указан в Договоре и может быть меньше уплаченной страховой премии
* Обязательства по Договору несет Страховщик, а не организация (страховой агент), при посредничестве которой заключен Договор
* Договор включает Период охлаждения, в течение которого Вы можете отказаться от его заключения
 |
|  |
|  | **Основные условия страхования** |
|  |
| **Полисные условия:** Полисные условиястрахования жизни и здоровья на случай профессиональной непригодности «ПРОФЕССИОНАЛЬНАЯ ЗАЩИТА»**Объект страхования:** имущественные интересы, связанные с дожитием Страхователя до определенного срока, со смертью, причинением вреда здоровью**Страховые риски / страховые случаи:** ● **ДОЖИТИЕ** до окончания срока страхования ● **СМЕРТЬ по любой причине** **● ПРОФЕССИОНАЛЬНАЯ НЕПРИГОДНОСТЬ ● СМЕРТЬ в результате катастрофы на пассажирском авиационном, морском, железнодорожном транспорте**. Исключения из страховых случаев: раздел 6 Договора (ссылки на пункты Полисных условий)**Дополнительные опции:** ● Льготный период: 60 календарных дней с даты, указанной в Договоре как дата уплаты очередного страхового взноса, но не чаще 2-х раз в год● **Порядок оплаты страховой премии:** ежемесячно / ежегодно / единовременно**Страховые выплаты:** ● ДОЖИТИЕ – 100% страховой суммы, СМЕРТЬ по любой причине – сумма уплдаченных страховых взносов ● ПРОФЕССИОНАЛЬНАЯ НЕПРИГОДНОСТЬ – 100% страховой суммы ● СМЕРТЬ в результате катастрофы на пассажирском авиационном, морском, железнодорожном транспорте – 100% страховой суммы. Документы, которые необходимо представить по страховому случаю: п.9.2 Договора. Сроки рассмотрения обращений о страховой выплате: п.п.11.8-11.9 Полисных условий. | **Выкупная сумма** (в проценте от страховой суммы по риску ДОЖИТИЕ): раздел 10 Договора**Период охлаждения:** период времени, в течение которого Страхователь имеет право отказаться от исполнения Договора страхования. Период охлаждения начинается в дату заключения Договора страхования и заканчивается днем, предшествующим дню начала Срока страхования, но не ранее 14 (четырнадцати) календарных дней с даты заключения Договора страхования. **Досрочное прекращение**: при отказе Страхователя от Договора в Период охлаждения до даты начала его действия при отсутствии событий, имеющих признаки страхового случая, Страхователю возвращается уплаченная им страховая премия в полном размере. При отказе от Договора в Период охлаждения, но после даты начала действия страхования, Страховщик при возврате уплаченной страховой премии Страхователю вправе удержать ее часть пропорционально сроку действия Договора с даты начала действия страхования до даты его прекращения. Возврат страховой премии осуществляется в срок не свыше 10 рабочих дней со дня получения Страховщиком заявления Страхователя об отказе от Договора, которое подается Страховщику через его официальный сайт, либо путем личного обращения в офис Страховщика. При досрочном прекращении Договора после окончания Периода охлаждения Страхователю выплачивается выкупная сумма по риску ДОЖИТИЕ, возврат страховой премии за неистекший срок страхования по другим рискам не производится.**Налогообложение:** ● по случаям ухода из жизни страховые выплаты не облагаются налогом ● по дожитию: в соответствии со ст. 213 НК РФ |
|  |
| **Рекомендуемые способы оплаты страховых взносов, по которым не взимается комиссия:** через бухгалтерию по месту работы / банкоматы Банка ВТБ / сайт организации, при посредничестве которой заключен Договор (по заявлению об удержании страховых взносов) / Личный кабинет на сайте Страховщика (после уплаты первого страхового взноса) |
| Взаимодействие Страховщика и Страхователя (Застрахованного лица, Выгодоприобретателя) осуществляется через Личный кабинет Страхователя на сайте Страховщика [www.lk.sogaz-life.ru](http://www.lk.sogaz-life.ru), через сайт Страховщика [www.sogaz-life.ru](http://www.sogaz-life.ru), а также посредством телефонной и почтовой связи по реквизитам Страховщика, указанным в разделе 1 Договора страхования.Страховая компания уведомляет о факте неоплаты очередного страхового взноса или его уплаты не в полном объеме посредством СМС- информирования, информирования по электронной почте (если реквизиты для информирования указаны Страхователем) и в Личном кабинете Страхователя на сайте Страховщика [www.lk.sogaz-life.ru](http://www.lk.sogaz-life.ru). |
|  |  |
| **С Памяткой ознакомлен(-а)** |  | **/** | Фамилия И.О. | **/**  |  **Дата:** | ДД.ММ.ГГГГ |

|  |  |
| --- | --- |
| \* настоящая Памятка носит справочный характер и предназначена для разъяснения условий страхования. Объем обязательств ООО «СК СОГАЗ-ЖИЗНЬ» (страховые риски, страховые суммы,  | страховые выплаты), права Страхователя и иные условия страхования определены в Полисных условиях на сайте Страховщика <ссылка на Полисные условия> и Договоре страхования. |

Приложение 1.

**ДЕКЛАРАЦИЯ О СОСТОЯНИИ ЗДОРОВЬЯ СТРАХОВАТЕЛЯ (ЗАСТРАХОВАННОГО) ЛИЦА**

|  |  |
| --- | --- |
| 1. Фамилия, Имя, Отчество: |  |
| 2. Связана ли Ваша профессиональная деятельность с вредными факторами: шум, вибрация, загазованность, токсичность, СВЧ облучение, опасные химические вещества и другое? |  Да Нет | Если «Да», укажите подробности |
| 3. Занимаетесь ли Вы спортом (спортивные увлечения) на любительской основе или профессионально?  |  Да Нет | Если «Да», укажите виды спорта, регулярность занятий |
| 4. Укажите: Ваш рост, вес и артериальное давление (обычное, мм. рт. ст.) | Рост \_\_\_\_\_\_\_см / Вес \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ кгВерхнее \_\_\_\_\_\_ / Нижнее \_\_\_\_\_\_\_ |
| 5. Курите ли Вы или употребляете никотиносодержащую продукцию (например, электронные сигареты)? |  Да Нет | Если «Да», укажите количество \_\_\_\_ сигарет в день или поясните \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| 6. Употребляете ли Вы алкоголь? |  Да Нет | Если «Да», укажите какой именно\_\_\_\_\_\_\_\_, и объем потребления алкоголя за неделю *\_\_\_\_\_\_\_\_* (грамм) |
| 7. Употребляете ли Вы психотропные и/или наркосодержащие лекарственные препараты, наркотики? |  Да Нет | Если «Да», укажите подробности. |
| **Имеются ли у вас в настоящее время или имелись в течение последних 5 (Пяти) лет следующие заболевания** |
| 8. Заболевания системы кровообращения и сердечно-сосудистой системы(в т.ч. гипертония, ишемическая болезнь сердца, стенокардия, инфаркт, инсульт, кардиомиопатия, пороки сердца, аневризма, атеро/кардиосклероз, нарушения сердечного ритма, тромбоз, ревматическая болезнь сердца, преходящее нарушение мозгового кровообращения, хроническая сердечная недостаточность и др.)? |  Да Нет | Если «Да», укажите диагноз: |
| 9. Заболевания органов дыхания (в т.ч. бронхиальная астма, туберкулез, пневмония, бронхит с астматическим компонентом, эмфизема, хроническая обструктивная болезнь легких, пневмосклероз, хроническая легочная недостаточность и др.)? | Ђ ДаЂ Нет | Если «Да», укажите диагноз: |
| 10. Заболевания нервной системы (в т.ч. эпилепсия, рассеянный склероз и др.), психические расстройства? |  Да Нет | Если «Да», укажите диагноз: |
| 11. Заболевания желудочно-кишечного тракта (в т.ч. хронический панкреатит, язвенная болезнь, цирроз печени, альвеококкоз печени и др.) |  Да Нет | Если «Да», укажите диагноз: |
| 12. Заболевания мочеполовой системы (в т.ч. мочекаменная болезнь, хронический пиело- или гломерулонефрит, хроническая почечная недостаточность, нефрэктомия (удаление почки) и др., гинекологические, урологические заболевания? | Ђ ДаЂ Нет | Если «Да», укажите диагноз: |
| 13. Заболевания опорно-двигательного аппарата (в т.ч. остеохондроз, грыжа позвоночника, артрит, артроз, деформирующий спондилез и др.)? | Ђ ДаЂ Нет | Если «Да», укажите диагноз: |
| 14. Имеются ли нарушения функции движения? | Ђ ДаЂ Нет | Если «Да», укажите подробности |
| 15. Заболевания органов слуха (в т.ч. тугоухость, кохлеарный неврит и др.)? | Ђ ДаЂ Нет | Если «Да», укажите диагноз: |
| 16. Заболевания органов зрения (в т.ч кератит, катаракта, глаукома, ангиопатия сетчатки и макулодистрофия, др.)? | Ђ ДаЂ Нет | Если «Да», укажите диагноз: |
| 17. Заболевания уха, горла, носа (в т.ч. синусит, отит, хронический тонзиллит и др.)? | Ђ ДаЂ Нет | Если «Да», укажите диагноз: |
| 18. Заболевания крови?  | Ђ ДаЂ Нет | Если «Да», укажите диагноз: |
| 19. Болеете ли СПИД, инфицированы ВИЧ, гепатитом А, В, С, D? | Ђ ДаЂ Нет | Если «Да», укажите диагноз и дату диагностирования: |
| 20. Заболевания эндокринной системы (в т.ч. сахарный диабет, тиреотоксикоз, гипотиреоз, аденома гипофиза и надпочечников, и др.)? | Ђ ДаЂ Нет | Если «Да», укажите диагноз: |
| 21. Онкологические заболевания, новообразования или опухоли любого вида? | Ђ ДаЂ Нет | Если «Да», укажите диагноз |
| 22. Проходили ли Вы лечение в стационаре в течение последних 5 лет? | Ђ ДаЂ Нет | Если «Да», укажите дату и диагноз: |
| 23. Были ли Вы оперированы в течение последних 5 лет? | Ђ ДаЂ Нет | Если «Да», укажите дату и диагноз: |
| 24. Проходите ли Вы лечение (стационарно, амбулаторно), медицинское обследование в настоящее время? | Ђ ДаЂ Нет | Если «Да», укажите причину: |
| 25. Имеются ли у Вас или имелись травмы (повреждения) в течение последних 5 лет? | Ђ ДаЂ Нет | Если «Да», укажите дату и диагноз: |
| 26. Устанавливалась ли Вам ранее или установлена в настоящее время группа инвалидности?  | Ђ ДаЂ Нет | Если «Да», то укажите дату, группу и диагноз |
| 27. Дата прохождения последнего обязательного медицинского осмотра (ВЭК)?  | Дата: \_\_\_\_\_\_\_\_ Укажите результаты: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| 28. Дата прохождения досрочного медицинского осмотра (ВЭК)? | Дата: \_\_\_\_\_\_\_\_ Укажите результаты: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| 29. Дата прохождения следующего очередного обязательного медицинского осмотра? | Дата: \_\_\_\_\_\_\_\_ Укажите результаты: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| 30. Укажите наименование лечебных учреждений, оказывавших Вам медицинские услуги в течение последних 5 лет: |

Настоящим заявляю, что при заполнении настоящей персональной Декларации все поставленные ООО «СК СОГАЗ-ЖИЗНЬ» (далее Страховщик) вопросы мне были понятны, их содержание и смысл мне ясны. Отвечая на поставленные вопросы, я сообщил(-а) обо всех известных мне сведениях и обстоятельствах, имеющих существенное значение для определения степени страхового риска и вероятности наступления страхового случая.

В случае заполнения Декларации не моим почерком подтверждаю, что текст мной прочитан и признан правильным.

Я ознакомлен(-а) с содержанием ст. 944 ГК РФ и заявляю, что все сведения, сообщенные мною в настоящей Декларации, являются полными и достоверными. Мне известно, что сообщение Страховщику ложных сведений о степени риска по Договору является основанием для признания Договора страхования недействительным. Мне известно, что я обязан(-а) сообщать Страховщику о всяких изменениях в обстоятельствах, относительно которых мне были заданы вопросы в настоящей Декларации.

**Страхователь:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **Дата:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ г.

/ подпись /

Приложение 2а.

Приложение

к договору страхования

№\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

от\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Согласие на обработку персональных данных**

Я (далее - Субъект), \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

*(фамилия, имя, отчество)*

сведения о документе, удостоверяющем личность \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ серия \_\_\_\_\_\_\_\_ № \_\_\_\_\_\_\_,

 *(вид документа)*

выдан \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

 *( когда, кем, код подразделения)*

даю свое согласие ООО «СК СОГАЗ-ЖИЗНЬ» (далее - Оператор), зарегистрированному по адресу: 107078, Москва, проспект Академика Сахарова, д.10,

на обработку своих персональных данных, на следующих условиях:

1. Оператор осуществляет обработку персональных данных в целях исполнения обязательств по договору страхования.

2. Перечень персональных данных передаваемых Оператору на обработку:

* фамилия, имя, отчество;
* дата рождения;
* пол;
* паспортные данные (серия, номер, кем и когда выдан);
* адреса мест регистрации и фактического проживания;
* ИНН;
* условия страхования (страховая сумма, размер кредита, срок действия договора)
* сведения о состоянии здоровья;
* сведения о доходах;
* сведения о выплатах.

3. Субъект дает согласие на обработку Оператором своих персональных данных, то есть совершение следующих действий: сбор, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), использование, передачу (доступ, предоставление), трансграничную передачу, обезличивание, блокирование, уничтожение.

4. Настоящее согласие действует в течение сроков обработки персональных данных во исполнение заключенного договора и в течение сроков хранения персональных данных в соответствии с законодательством РФ.

5. Настоящее согласие может быть отозвано по письменному заявлению Субъекта.

6. Субъект имеет право на получение информации, касающейся обработки его персональных данных в соответствии с п.7 ст. 14 Федерального закона от 27.07.2006 г. №152-ФЗ «О персональных данных», предоставив в письменной форме соответствующий запрос.

Подтверждаю, что ознакомлен (а) с положениями Федерального закона от 27.07.2006 № 152-ФЗ «О персональных данных», права и обязанности в области защиты персональных данных мне разъяснены.

«\_\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_ г. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 *( Подпись) (ФИО)*

Я, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, подтверждаю, что:

 - не являюсь иностранным публичным должностным лицом и/или родственником иностранного публичного должностного лица;

- не являюсь лицом, замещающим (занимающим) государственную должность РФ, должность члена Совета Директоров ЦБ РФ, должность федеральной государственной службы, назначение и освобождение от которой осуществляется Президентом РФ или Правительством РФ, должность в ЦБ РФ, государственных корпорациях и иных организациях, созданных РФ на основании федеральных законов, включенную в перечни должностей, определяемые Президентом РФ;

- не имею регистрацию, места жительства / нахождения, счета в банке в государстве (на территории), которое (ая) не выполняет требования Закона США «О налогообложении иностранных счетов» (FATCA); не являюсь субъектом санкций Управления по контролю за иностранными активами Министерства финансов США и Европейского Союза;

- не имею место рождения, адрес проживания (почтовый адрес), контактный номер телефона на территории США, поручений на постоянное перечисление средств на счет или адрес в США, не являюсь гражданином США, не имею разрешение на постоянное пребывание в США (карточка постоянного жителя (форма I-551 (Green Card), не являюсь налоговым резидентом США.

«\_\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_ г. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 *( Подпись) (ФИО)*

Я, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, сообщаю, что являюсь налоговым резидентом указанной ниже страны (стран) и имею ИНН (TIN) \*:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 *(страна) ИНН (TIN)*

«\_\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_ г. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 *( Подпись) (ФИО)*

\*ИНН (TIN-налоговый номер) указывается в случае, если клиент имеет налоговое резидентство иностранного государства

Приложение 3б.

Приложение

к договору страхования

№\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

от\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Согласие на обработку персональных данных несовершеннолетнего ребенка**

Я, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

*(фамилия, имя, отчество)*

являюсь Законным представителем несовершеннолетнего (далее - Субъект), \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

*(фамилия, имя, отчество)*

сведения о документе, удостоверяющем личность Субъекта\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*(вид документа)*

серия \_\_\_\_\_ № \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, выдан \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

 *(когда, кем выдан документ)*

на основании ст. 31 Гражданского Кодекса РФ даю свое согласие ООО «СК СОГАЗ-ЖИЗНЬ» (далее - Оператор), зарегистрированному по адресу: 107078, г. Москва, проспект Академика Сахарова, дом 10, на обработку моих персональных данных, включенных в настоящее согласие (исключительно в целях получения согласия), и персональных данных моего несовершеннолетнего ребенка на следующих условиях:

1. Оператор осуществляет обработку персональных данных в целях исполнения обязательств по договору страхования.

2. Перечень персональных данных передаваемых Оператору на обработку:

* фамилия, имя, отчество;
* дата рождения;
* пол;
* данные документа, удостоверяющего личность (серия, номер, кем и когда выдан);
* адреса мест регистрации и фактического проживания;
* ИНН;
* условия страхования (страховая сумма, размер кредита, срок действия договора)
* сведения о состоянии здоровья;
* сведения о доходах;
* сведения о выплатах.

3. Даю согласие на обработку Оператором своих персональных данных и персональных данных Субъекта, то есть совершение следующих действий: сбор, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), использование, передачу (доступ, предоставление), трансграничную передачу, обезличивание, блокирование, уничтожение.

4. Настоящее согласие действует в течение сроков обработки персональных данных во исполнение заключенного договора и в течение сроков хранения персональных данных в соответствии с законодательством РФ.

5. Настоящее согласие может быть отозвано в любой момент мной (или моим ребенком, по достижении совершеннолетия) по письменному заявлению.

6. Законный представитель или Субъект (по достижении совершеннолетия) имеет право на получение информации, касающейся обработки его персональных данных в соответствии с п.7 ст. 14 Федерального закона от 27.07.2006 г. №152-ФЗ «О персональных данных», предоставив в письменной форме соответствующий запрос.

Подтверждаю, что ознакомлен (а) с положениями Федерального закона от 27.07.2006 № 152-ФЗ «О персональных данных», права и обязанности в области защиты персональных данных мне разъяснены.

Я подтверждаю, что, давая настоящее согласие, я действую по своей воле и в интересах ребенка, законным представителем которого являюсь.

Законный представитель Субъекта: ,

 *(фамилия, имя, отчество)*

сведения о документе, удостоверяющем личность Законного представителя

 *(вид документа)*

серия № , выдан ,

 *(когда, кем выдан документ)*

«\_\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_ г.

 *( Подпись) (ФИО)*

Я, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, сообщаю, что являюсь налоговым резидентом указанной ниже страны (стран) и имею ИНН (TIN) \*:

 *(страна) ИНН (TIN)*

«\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_ г. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 *(Подпись) (ФИО)*

\*ИНН (TIN-налоговый номер) указывается в случае, если клиент имеет налоговое резидентство иностранного государства

Приложение 3.

**ДОГОВОР СТРАХОВАНИЯ**

**ПО КОМПЛЕКСНОЙ ПРОГРАММЕ СТРАХОВАНИЯ ЖИЗНИ И ЗДОРОВЬЯ «ПРОФЕССИОНАЛЬАЯ ЗАЩИТА»**

**№ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ г. г. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Настоящий договор заключен в соответствии с Полисными условиями страхования жизни и здоровья на случай профессиональной непригодности «ПРОФЕССИОНАЛЬНАЯ ЗАЩИТА» ООО «СК СОГАЗ-ЖИЗНЬ» (далее – Полисные условия) в редакции, действующей на дату заключения договора страхования.

|  |  |
| --- | --- |
| **1. Страховщик** | Общество с ограниченной ответственностью «Страховая Компания СОГАЗ-ЖИЗНЬ» (ООО «СК СОГАЗ-ЖИЗНЬ») |
| **Юридический адрес** | 107078, г. Москва, проспект Академика Сахарова, дом 10 |
| **Адрес для корреспонденции** | 107045, Уланский пер., д. 26 |
| **Телефон** | 8800-600-0440 |
| **Банковские реквизиты** | р/с 40701810100000093171 в Банке ГПБ (АО) г. Москва к/с 30101810200000000823 БИК 044525823 ИНН 7729503816 КПП 770801001 |
|  |  |
| **2. Страхователь (Застрахованное лицо)** |
| **Фамилия Имя Отчество** |  |
| **Дата рождения** |  | **Возраст (полных лет):** |  | **Пол:** |  |
| **Паспорт**  |  |
| **Место рождения** |  |
| **Адрес места регистрации** |  |
| **Адрес для корреспонденции** |  |
| **Телефоны**  |  | **E-mail** |  |
| **Должность, место работы** | Категория: Работник локомотивной бригады / Работник, обеспечивающий движение поездовДолжность: Место работы:  |
|  |  |
| **3. Выгодоприобретатель (на случай смерти Застрахованного лица)**  |
| **Фамилия Имя Отчество** |  |
| **Паспорт**  |  |
| **Место рождения** |  |
| **Адрес места регистрации** |  |
| **Дата рождения** |  |
|  |  |
| 4. Валюта договора | Российские рубли |
|  |  |
| 5. Период ожидания | по риску «ПРОФЕССИОНАЛЬНАЯ НЕПРИГОДНОСТЬ» (п.6.3 настоящего Договора), за исключением установления профессиональной непригодности в прямой связи с несчастным случаем | с 00:00 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ г.по 23:59 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_г. |
|  |  |
| 6. Условия страхования |  |
| Страховые риски  | Cтраховые суммы | Страховые взносы |
| 6.1. «СМЕРТЬ по любой причине» (п. 5.1.1. Полисных условий, исключения п.5.3. Полисных условий) | На каждый месяц действия настоящего Договора в размере суммы страховых взносов (п.7.1 настоящего Договора), подлежащих оплате за данный период. |  |
| 6.2. «ДОЖИТИЕ» (п. 5.1.2. Полисных условий) |  |  |
| 6.3. «ПРОФЕССИОНАЛЬНАЯ НЕПРИГОДНОСТЬ» (п. 5.1.3. Полисных условий, исключения п.5.3. Полисных условий)  |  |  |
| 6.4. «СМЕРТЬ в результате катастрофы на пассажирском авиационном, морском, железнодорожном транспор-те» (п. 5.1.4. Полисных условий, исключения п.5.3. Полисных условий) |  |  |
|  |  |
| **7. Общая страховая премия** | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ руб. 00 коп.)  |
| **7.1. Порядок и сроки уплаты страховой премии** | Первый ежемесячный страховой взнос в размере \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ уплатить до \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ г. (включительно). Ежемесячные страховые взносы в размере \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ уплачивать до <ДД> числа каждого месяца действия договора (включительно). |
|  |  |
| **8. Срок действия договора страхования** | С 00:00 часов \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_г. по 24:00 часа \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_г. |
| Договор вступает в силу с даты начала срока действия договора страхования, но не ранее дня, следующего за днем уплаты страховой премии (первого страхового взноса) в установленные настоящим Договором сроки и размере.  |
|  |  |
| **9. Страховые выплаты** | 9.1. Размер страховых выплат при наступлении страхового случая:- «СМЕРТЬ по любой причине»: в размере суммы фактически уплаченных по данной программе страховых взносов на дату смерти Застрахованного лица.- «ДОЖИТИЕ» – в размере страховой суммы (п.6.2 настоящего Договора).- «ПРОФЕССИОНАЛЬНАЯ НЕПРИГОДНОСТЬ» – в размере страховой суммы (п.6.3 настоящего Договора);- «СМЕРТЬ в результате катастрофы на пассажирском авиационном, морском, железнодорожном транспорте» – в размере страховой суммы (п.6.4 настоящего Договора).9.2. Документы по страховому случаю для передачи Страховщику:9.2.1. по каждому страховому случаю: заявление на получение Страховой выплаты; Договор страхования; документ, удостоверяющий личность подающего заявление на получение Страховой выплаты Выгодоприобретателя).Если заявление на получение Страховой выплаты подаётся представителем Страхователя (Выгодоприобретателя) - документ, удостоверяющий личность заявителя и нотариально заверенная доверенность, выданная Выгодоприобретателем своему законному представителю, или иной предусмотренный действующим законодательством РФ документ, удостоверяющий права законного представителя на предоставление интересов Выгодоприобретателя перед Страховщиком.Если заявление на получение Страховой выплаты подаётся наследниками Страхователя (Выгодоприобретателя) - свидетельство о праве на наследство с указанием размера Страховой выплаты или ее части.9.2.2. Дополнительно к документам, указанным в п.9.2.1:а) по страховому случаю «СМЕРТЬ по любой причине»: нотариально заверенная копия свидетельства о смерти Страхователя; документы лечебно-профилактического или иного медицинского учреждения, врача, подтверждающие факт наступления страхового случая, решение суда, вступившего в законную силу, о признании Страхователя умершим (если Страхователь пропал без вести). б) по страховому случаю «ПРОФЕССИОНАЛЬНАЯ НЕПРИГОДНОСТЬ»: копия заключения Врачебно-экспертной комиссии о профессиональной непригодности к работе (с приложением заключений врачей-специалистов и указанием диагнозов заболеваний), выданная соответствующим компетентным органом, заверенная лечебным учреждением, выдавшим заключение, и отделом кадров работодателя Страхователя; копия приказа об увольнении/переводе на другую работу Страхователя в связи с его профессиональной непригодностью, заверенная отделом кадров работодателя Страхователя; копия заключения врачебно-экспертной комиссии (с приложением заключений врачей-специалистов и указанием диагнозов заболеваний), которое было дано по результатам прохождения Страхователем последней до заключения Договора страхования врачебно-экспертной комиссии, выданная соответствующим компетентным органом, заверенная лечебным учреждением, выдавшим заключение, и отделом кадров работодателя Страхователя; справка бюро медико-социальной экспертизы (бюро МСЭ) об установлении Страхователю группы инвалидности (при установлении группы инвалидности) либо надлежащим образом заверенная копия; надлежащим образом заверенные выписки из истории болезни Страхователя, копии выписных эпикризов (в случае стационарного лечения); надлежащим образом заверенная выписка из амбулаторной карты, с указанием имеющихся у Страхователя заболеваний и дат их диагностирования, а также информации о заболевании (несчастном случае), послужившем причиной утраты профессиональной непригодности к работе, дате диагностирования данного заболевания (несчастного случая), результатов проведенных исследований, продолжительности и результатов лечения, с указанием номера пунктов (статей) перечня медицинских противопоказаний к работам, в соответствии с которым был установлен факт профессиональной непригодности к работе; надлежащим образом заверенная копия предусмотренного законодательством документа, выданного соответствующим уполномоченным органом, достоверно свидетельствующего о факте и обстоятельствах наступления события, послужившего причиной профессиональной непригодности к работе Страхователя (акт о несчастном случае на производстве/о случае профессионального заболевания, решение суда по уголовному / административному делу, постановление о возбуждении / отказе в возбуждении уголовного дела, акт судебно-медицинского освидетельствования).в) по страховому случаю «СМЕРТЬ в результате катастрофы на пассажирском авиационном, морском, железнодорожном транспорте»: акт о несчастном случае на транспорте по установленной форме; билет на перевозку воздушным, морским или железнодорожным транспортом; документы из органов и учреждений МВД России, МЧС России, прокуратуры, от перевозчика (лица, уполномоченного перевозчиком), осуществлявшего воздушную, морскую или железнодорожную перевозку, или иных компетентных органов власти / организаций / учреждений / лиц (акт о несчастном случае на производстве, протоколы, постановления, справки, определения, акты, материалы и результаты расследований и др.), когда событие или его обстоятельства зафиксированы или должны быть ими зафиксированы9.3. Все обязательства Страховщика считаются исполненными в полном объеме, а действие настоящего договора прекращается после произведения страховой выплаты по любому из страховых случаев, указанных в разделе 6 настоящего Договора.  |
|  |  |
| **10. Таблица выкупных сумм (по кварталам года досрочного прекращения договора страхования, в % от страховой суммы по риску ДОЖИТИЕ)** | Год страхования | Квартал досрочного прекращения договора |
| 1 кв.с дд.мм по дд.мм | 2 кв.с дд.мм по дд.мм | 3 кв.с дд.мм по дд.мм | 4 кв.с дд.мм по дд.мм |
| 1 |  |  |  |  |
| … |  |  |  |  |
| В данной таблице для сведения Страхователя указан размер выкупной суммы по кварталам года досрочного прекращения договора, которая может быть выплачена Страхователю в случае расторжения договора страхования в любую дату, приходящуюся на период соответствующего квартала досрочного прекращения договора, и при условии оплаты всех страховых премий за период до расторжения договора. |
|  |  |
| **11. Дополнительные условия** | 11.1. В случае неуплаты страховой премии (первого страхового взноса) в установленные в настоящем Договоре срок и размере Договор считается не вступившим в силу.11.2. Договором страхования не предусмотрено участие Страхователя (Застрахованного лица) в инвестиционном доходе Страховщика.11.3. В случае отказа Страхователя от настоящего Договора в течение четырнадцати календарных дней со дня его заключения независимо от момента уплаты страховой премии, при отсутствии в данном периоде событий, имеющих признаки страхового случая, Страховщик возвращает Страхователю уплаченную им страховую премию в полном размере, при условии поступления заявления об отказе от договора страхования до даты начала его действия.В случае если Страхователь отказался от настоящего Договора в срок, установленный настоящим пунктом, но после даты начала действия страхования, Страховщик при возврате уплаченной страховой премии Страхователю вправе удержать ее часть пропорционально сроку действия настоящего Договора, прошедшему с даты начала действия страхования до даты прекращения его действия.Договор страхования считается прекратившим свое действие с даты получения Страховщиком заявления Страхователя об отказе от настоящего Договора, но не позднее срока, определенного в соответствии с настоящим пунктом, при этом возврат Страхователю страховой премии может осуществляться по выбору Страхователя наличными деньгами или в безналичном порядке в срок, не превышающий 10 рабочих дней со дня получения Страховщиком заявления Страхователя об отказе от настоящего Договора.Заявление об отказе от договора страхования подается Страховщику через официальный сайт, либо путем личного обращения в любой офис Страховщика (адреса указаны на официальном сайте www.sogaz-life.ru).В случае досрочного прекращения договора страхования позднее периода, указанного в первом абзаце настоящего пункта, страховая премия по рискам «СМЕРТЬ по любой причине» (п.6.1 настоящего Договора), «ПРОФЕССИОНАЛЬНАЯ НЕПРИГОДНОСТЬ» (п.6.3 настоящего Договора), «СМЕРТЬ в результате катастрофы на пассажирском авиационном, морском, железнодорожном транспорте» (п.6.4 настоящего Договора) за неистекший срок страхования не подлежит возврату, по риску«ДОЖИТИЕ» (п.6.2 настоящего Договора) выплачивается выкупная сумма в соответствии с разделом 10 настоящего Договора. 11.4. При неуплате Страхователем очередного страхового взноса в установленные договором страхования сроки и размере Страховщик предоставляет Страхователю возможность в течение следующих 60-ти календарных дней погасить задолженность по уплате страховых взносов без изменения условий договора (далее - Льготный период уплаты), но не чаще 2-х раз в год.11.5. Неуплата Страхователем очередного страхового взноса в установленный срок, включая Льготный период уплаты, а также при использовании срока Льготного периода уплаты более 2-х раз в год, признается волеизъявлением Страхователя о расторжении Договора страхования (далее – Автоматическое расторжение). Датой Автоматического расторжения Договора страхования считается календарный день, следующий за датой окончания Льготного периода.11.6. Страхователь вправе заключить с согласия Страховщика дополнительный договор страхования по Комплексной программе страхования «Профессиональная защита» на срок, оставшийся до окончания действия настоящего Договора (но не менее 1 года), при условии, что страховая сумма по настоящему и дополнительному договору страхования не превысит 750 тыс.руб. по риску «ПРОФЕССИОНАЛЬНАЯ НЕПРИГОДНОСТЬ».11.7. В соответствии со ст.160 ГК РФ, Стороны признают равную юридическую силу собственноручной подписи Страхователя и факсимильного воспроизведения подписи Страховщика с помощью средств механического или иного копирования на полисе, а также приложениях и дополнительных соглашениях к нему.11.8. При противоречии положений Полисных условий положениям настоящего Договора применяются положения настоящего Договора.11.9. Полисные условия размещены на сайте Страховщика по адресу <ссылка на Полисные условия > |
|  |  |
| **12. Приложения, являющиеся неотъемлемой частью настоящего договора и обязательные для сторон** | 12.1. Полисные условия страхования жизни и здоровья на случай профессиональной непригодности «ПРОФЕССИОНАЛЬНАЯ ЗАЩИТА» в редакции на дату заключения настоящего Договора.12.2. Согласие на обработку персональных данных от \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_г.12.3. Декларация о состоянии здоровья Страхователя (Застрахованного лица) от \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ г.12.4. Заявление о назначении Выгодоприобретателей от \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ г.12.5. Выписка из истории болезни |
|  |  |
| **13. Декларация о состоянии здоровья Страхователя (Застрахованного лица)**Страхователь (Застрахованное лицо) подтверждает, что он:1. не находился в течение последних 5 лет на стационарном лечении любой продолжительности или амбулаторном лечении продолжительностью более 14 дней, не получал рекомендации врача пройти обследование, лечь в больницу (стационар) или сделать операцию;2. не имеет I-II-III группы инвалидности и не имеет направления на освидетельствование в бюро медико-социальной экспертизы;3. не страдает и не страдал сердечно-сосудистыми заболеваниями (в том числе ишемической болезнью сердца, пороками сердца, сердечной недостаточностью, нарушением ритма сердца, артериальной гипертензией 2 степени и выше, атеросклерозом), не переносил инфаркта миокарда, инсульта, нарушений мозгового кровообращения, не имеет установленного стента, водителя ритма, протеза клапана сердца) 4. не страдает и не страдал болезнями органов дыхания (в том числе хронической дыхательной недостаточностью, астмой, туберкулезом, хроническим бронхитом, хроническими заболеваниями дыхательной системы), 5. не страдает и не страдал психическими или неврологическими расстройствами (в том числе эпилепсией, обмороками, параличами, рассеянным склерозом и др.), не употребляет и не употреблял наркотики или токсические вещества, не страдает и не страдал алкоголизмом, не состоит и не состоял по любой из указанных причин на диспансерном учете или под наблюдением врача-специалиста;6. не страдает и не страдал заболеваниями пищеварительной системы (в том числе, язвенной болезнью желудка или двенадцатиперстной кишки, колитом, гепатитом, циррозом печени, панкреатитом и др.), ожирением,7. не страдает и не страдал заболеваниями почек или мочеполовой системы (в том числе, мочекаменной болезнью, хроническим пиелонефритом, гломерулонефритом, почечной недостаточностью и др.), 8. не страдает и не страдал заболеваниями костно-мышечной системы и соединительной ткани (в том числе остеохондрозом позвоночника, межпозвоночной грыжей, артритом, артрозом, спондилезом, системной красной волчанкой, склеродермией), не имеет привычных вывихов, не имеет установленного протеза, имплантата (за исключением стоматологических), металлоконструкций, не переносил травмы головного и спинного мозга;9. не имеет нарушений зрения или слуха (в том числе, миопии (близорукости), гиперметропии (дальнозоркости), глаукомы, катаракты, макулодистрофии, кератоконуса, хронического отита, тугоухости);10. не имеет и не имел доброкачественные или злокачественные новообразования/опухоли, включая злокачественные заболевания крови, лимфоидной и родственных им тканей, не страдает анемией, за исключением железодефицитной анемии легкой степени, гемофилией, и другими заболеваниями крови;11. не имеет установленного диагноза СПИД, выявленной ВИЧ-инфекции, положительных результатов на наличие вирусов гепатитов В, С или D;12. не страдает и не страдал заболеваниями эндокринной системы (в том числе сахарным диабетом, гипотиреозом, тиреотоксикозом, аденомой гипофиза и надпочечников и др.);13. не занимается профессиональным спортом или любительским спортом с целью достижения спортивных результатов, включая участия в соревнованиях, за исключением интеллектуальных видов спорта (шахматы, шашки, го, рензю и т.п.); не занимается опасными видами спорта: внедорожный автоспорт, авто-мотогонки, конный спорт, хоккей, регби, яхтинг, тяжелая атлетика, дайвинг (погружения глубже 25 метров), парашютный спорт, дельтапланеризм, альпинизм, спелеология, экстремальные виды велоспорта, контактные боевые искусства;14. прошел обязательный медицинский осмотр (Врачебно-экспертную комиссию) в срок не свыше 10 месяцев до даты устного заявления о страховании (указать дату) и был допущен к работе в установленном порядке на срок не менее 1 года, не имеет направления на внеочередную Врачебно-экспертную комиссию, и не был допущен к работе в индивидуальном порядке. |
| Информация о текущем состоянии договора страхования предоставляется в Личном кабинете на сайте Страховщика. |
| **Страхователь:** | **Страховщик:** |
|  | **ООО “СК СОГАЗ-ЖИЗНЬ”**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | /  | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |  | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | / \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/ |
|  | действующий (-ая) на основаниидоверенности № \_\_\_\_\_\_\_ от \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ г.МП |

**КОМПЛЕКСНАЯ ПРОГРАММА СТРАХОВАНИЯ**

**«ПРОФЕССИОНАЛЬНАЯ ЗАЩИТА»**

Приложение 4.

Приложение

к договору страхования

№\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

от\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

В ООО «СК СОГАЗ-ЖИЗНЬ»

Заявление о назначении Выгодоприобретателей от ***\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*** г.

Я, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, являющийся Страхователем (Застрахованным лицом) по Договору страхования № \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ от \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ г., прошу считать Выгодоприобретателя, указанного в Договоре страхования, Выгодоприобретателем 1 и включить в состав Выгодоприобретателей следующее лицо (лиц):

Выгодоприобретатель 2:

- ФИО:

- паспорт:

- адрес места регистрации:

- дата рождения:

- гражданство:

- ИНН:

… <при необходимости указать данные еще одного Выгодоприобретателя>

Доли Выгодоприобретателей в страховой выплате:

- Выгодоприобретатель 1: \_\_\_\_ %

- Выгодоприобретатель 2: \_\_\_\_ %

… <при необходимости указать долю еще одного Выгодоприобретателя>

Страхователь: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (подпись Страхователя)

Приложение 5.

**Таблица 1. Предельные значения страховых сумм**

|  |  |
| --- | --- |
| Страховой риск | Значения страховых сумм |
| ПРОФЕССИОНАЛЬНАЯ НЕПРИГОДНОСТЬ | От 100 000 руб.до 750 000 руб. с шагом 50 тыс. руб. |
| СМЕРТЬ по любой причине | На каждый оплаченный период страхования: в размере суммы страховых взносов по совокупности страховых рисков по договору страхования, подлежащих оплате на данный период: Сi = В \* i, гдеСi – страховая сумма на i-ый оплаченный период страхования;В – рассроченный страховой взнос по договору страхования; i – порядковый номер оплаченного периода страхования.Оплаченный период страхования продолжительностью один месяц для ежемесячной рассрочки в оплате страховых взносов начинается с указанного в договоре страхования числа, до которого Страхователь обязан уплатить страховой взнос, до числа начала последующего оплаченного периода (для последнего оплаченного периода – до даты окончания действия Договора страхования). |
| ДОЖИТИЕ | Срок страхования (полных лет) | Страховая сумма по риску «ДОЖИТИЕ» в % от страховой суммы по риску «ПРОФЕССИОНАЛЬНАЯ НЕПРИГОДНОСТЬ» |
| 35 - 47 | 40% |
| 30 - 34 | 40% |
| 25 - 29 | 40% |
| 20 - 24 | 35% |
| 15 - 19 | 30% |
| 10 - 14 | 25% |
| 5 - 9 | 20% |
| СМЕРТЬ в результате катастрофы на пассажирском авиационном, морском, железнодорожном транспорте | В размере страховой суммы по риску «ПРОФЕССИОНАЛЬНАЯ НЕПРИГОДНОСТЬ» |

**Таблица 2. Гарантированная норма доходности**

|  |  |
| --- | --- |
| Гарантированная норма доходности | 5,0% |

Приложение 6.

**Перечень профессий работников, подпадающих под действие Комплексной Программы «Профессиональная защита»**

**I. Работники локомотивных бригад:**

- Машинист дизель-поезда

- Машинист-инструктор локомотивных бригад

- Машинист паровоза

- Машинист тепловоза

- Машинист электровоза

- Машинист электропоезда

- Помощник машиниста дизель-поезда

- Помощник машиниста паровоза

- Помощник машиниста тепловоза

- Помощник машиниста электровоза

- Помощник машиниста электропоезда

**II. Работники, обеспечивающие движение поездов**

**Работники управления движением:**

- Водитель дрезины

- Кочегар паровоза в депо

- Машинист автомотрисы

- Машинист газотурбовоза

- Машинист железнодорожно-строительных машин

- Машинист-инструктор бригад путевых машин и моторно-рельсового транспорта

- Машинист крана (крановщик) (на железнодорожном ходу)

- Машинист мотовоза

- Помощник водителя дрезины

- Помощник машиниста автомотрисы

- Помощник машиниста газотурбовоза

- Помощник машиниста железнодорожно-строительных машин

- Помощник машиниста крана (на железнодорожном ходу)

- Помощник машиниста мотовоза

**Работники диспетчерско-операторской группы**

**Работники станционно-маневровой группы**

**Работники группы, обслуживающей поезда в пути следования**

**Работники группы пути**

**Работники группы энергоснабжения (электрификации), сигнализации, централизации, блокировки и связи**