

ПАМЯТКА

по краевой профсоюзной программе страхования «ЗАЩИТА ЖИЗНИ И ЗДОРОВЬЯ»

Работа в отрасли образования, а в особенности педагогическая деятельность, связана с высоким физическим и психоэмоциональным напряжением, необходимостью принимать оперативные решения, высокой плотностью межличностных конфликтов.

По гигиенической оценке факторов рабочей среды и трудового процесса условия труда педагогов характеризуются такими уровнями вредных факторов, которые вызывают стойкие функциональные изменения, отражающиеся на состоянии наиболее уязвимых органов и систем организма, приводящие в большинстве случаев к производственной заболеваемости, влекущей утрату трудоспособности.

Повседневно педагоги испытывают на своём здоровье следующие вредные факторы:

- высокие физические нагрузки, вызванные ненормированным рабочим графиком, общественными мероприятиями и работой более чем на одну ставку;

- постоянное моральное напряжение для нервно-психического здоровья и как следствие повышение артериального давления, развитие ишемической болезни, неврозов;

- нагрузка на опорно-двигательный аппарат, что увеличивает риск варикозного расширения вен.

Список перечисленных факторов не исчерпывающий, но наиболее часто встречаемый.

Сотрудники института Бехтерева установили статистику в нервно-психическом здоровье педагогов:

- после 10-ти лет работы страдают более 35% педагогов;

- после 15-ти лет – 40%;

- после 20-ти лет – более 50 %.

Все эти факторы приводят к угнетению иммунной системы. Это как раз и может послужить одной из причин возникновения онкологического заболевания.

Онкозаболевание занимает второе место по численности смертей после сердечно-сосудистых заболеваний.

По состоянию на 2018 год в России было зарегистрировано 3,76 млн. пациентов с онкологическими заболеваниями, что составило рост на 23% к 2008 году.

При этом, как следует из данных Росстата, за первую половину 2019 года в России от онкозаболеваний умерло 149 384 человека, что на 1,5% больше по сравнению с аналогичным периодом 2018 года.

За весь 2019 год от онкологии умерло 295 455 человек, в то время как в 2018 году от новообразований умерло меньше на 1 825 человек.

По данным Минздрава России в 2019 году Краснодарский край по уровню заболеваемости раком остался на четвёртом месте среди остальных регионов страны. В указанный период проходило лечение с диагнозом рака 3 225,2 человека на 100 тыс. населения.

Не лучшим образом обстоят дела с сердечно-сосудистыми заболеваниями. В 2019 году в России от сердечно-сосудистых заболеваний умерло около 841 тыс. человек. Это чуть меньше, чем в 2018 году (850 624).

При этом по статистике 26 % педагогических работников в среднем также имеют проблемы с сердечно-сосудистой системой.

Бюджетным финансированием образовательных организаций средства на добровольное медицинское страхование педагогических работников не выделяются. При том, что по статистике две трети учителей общеобразовательных школ по различным причинам своевременно не обращаются за медицинской помощью, вследствие чего в ходе диспансеризации у них выявляются многочисленные заболевания уже в хронической стадии.

Кроме того, с 2019 на 2020 годы возникла новая угроза для всего человечества – COVID-2019. Всего с начала пандемии (на сегодняшний день) диагноз данного заболевания подтвердился у более 569 тыс. жителей России. Число умерших от данного заболевания превысило 7 800 человек в 83 регионах России.

В связи с угрожающей тенденцией онкологических, сердечно-сосудистых заболеваний и заболеванием COVID-2019 среди населения, краевой организацией Профсоюза совместно с СК «Согласие» ежегодно реализуется профсоюзная программа страхования «Защита жизни и здоровья» членов Профсоюза и членов их семей.

Дополнительно для участника Программы предусмотрено страхование от инвалидности, различных травм и смерти результате несчастного случая.

Страхование от несчастных случаев и болезней:

1. Страховыми случаями признаются следующие события (страховые риски), произошедшие в период срока страхования и подтверждённые документально:

1.1. *Первичное диагностирование критического заболевания или проведение хирургической операции.*

1.2. *Смерть в результате болезни COVID-19.*

1.3. *Инвалидность I, II, и III групп.*

1.4. *Телесные повреждения (травма) в результате несчастного случая.*

1.5. *Смерть в результате несчастного случая.*

2. Время действия страхования – **24 часа**.

3. Территорией страхования является территория Российской Федерации.

4. Включение участника в Программу страхования осуществляется **1 (первого)** числа каждого месяца при условии направления необходимых документов Страхователю для их предоставления Страховщику **не позднее 20 (двадцатого)** числа месяца, предшествующего месяцу страхования.

5. Застрахованное лицо (Выгодоприобретатель) после того, как ему стало известно о наступлении страхового случая обязан в течение **35 (тридцати пяти)** календарных дней сообщить **непосредственно** Страховщику о его наступлении любым доступным способом, позволяющим зафиксировать факт сообщения (по телефону, факсу, по электронной почте, письмом).

6. Для решения вопроса о страховой выплате участник Программы или его Выгодоприобретатель обязаны предоставить Страховщику следующие документы:

- заявление на получение страховой выплаты, установленного Страховщиком образца с указанием полных банковских реквизитов получателя страховой выплаты;

- документ, удостоверяющий личность получателя страховой выплаты;

- документы медицинского учреждения (оригиналы или заверенные копии, учреждением их выдавшим), подтверждающие диагностирование Застрахованному лицу критического заболевания или перенесение Застрахованным лицом операции, предусмотренной Программой страхования. В документах должен быть указан диагноз, результаты лабораторных, клинических, гистологических, радиологических исследований;

- выписка из медицинской карты стационарного больного, подтверждающая нахождение Застрахованного лица в стационаре и заверенная медицинским учреждением (в случае стационарного лечения);

- заверенная копия извещения о больном с впервые в жизни установленным диагнозом злокачественного новообразования;

- выписка из медицинской карты амбулаторного больного, содержащая информацию обо всех заболеваниях Застрахованного лица (в том числе профессиональных, общих хронических заболеваниях, злокачественных новообразованиях, в том числе заболеваниях крови) за 5 лет, предшествующих наступлению страхового случая;

- документы медицинского характера, указанные в описании критического заболевания, хирургической операции в Приложении 1 к Программе.

**I. Выплата в размере 500 000 (пятьсот тысяч) рублей по риску:
«Первичное диагностирование критического заболевания или
проведение хирургической операции»
производиться в случае:**

1. «Злокачественная опухоль(угрожающий жизни рак)», если:

1.1. Выявлено **первичное** новообразование, возникшее в результате перерождения клеток.

1.2. Диагноз должен быть подтверждён онкологом на основании данных гистологического исследования. ПРИ БИОПСИИ (гистологически) определённое как злокачественное, характеризующееся бесконтрольным размножением, отсутствием дифференцировки, способностью к инвазии тканей и метастазированию.

1.3. Страховая выплата не производится в случае:

1) если диагноз «рак» **впервые** поставлен в течение **первых трёх месяцев** срока страхования (период ожидания).

2) если диагноз рак поставлен НЕ ВПЕРВЫЕ, имелся период стойкой ремиссии, а в период страхования отмечается рецидив (обострение) заболевания.

3) если диагноз рак поставлен НЕ ВПЕРВЫЕ, а в период страхования имеет место развитие метастазов после периода стойкой ремиссии.

1.4. Не относятся к «Злокачественные опухоли (угрожающий жизни рак)» следующие заболевания:

- опухоли со злокачественными изменениями карцином *in situ* (включая дисплазию шейки матки 1,2,3 стадии) или гистологически описанные как предраковые заболевания;

- рак кожи всех видов, в т.ч. меланома, максимальная толщина которой, в соответствии с гистологическим заключением, меньше 1,5 мм или которая не превышает уровень развития T3N(0)M(0) по классификации TNM, а также любая другая опухоль, не проникшая в сосочково-ретикулярный слой;

- все гиперкератозы или базально-клеточные карциномы кожи;

- все эпителиально-клеточные раки кожи при отсутствии прорастания в другие органы;

- саркома Капоши и другие опухоли, ассоциированные с ВИЧ-инфекцией или СПИД;

- не угрожающие жизни раки, такие как раки предстательной железы, которые гистологически описаны как T1 (a) или T1 (b) по классификации TNM или имеют эквивалентную или меньшую стадию по другой классификации;

- папиллярная микрокарцинома щитовидной железы;

- неинвазивный папиллярный рак мочевого пузыря, гистологически описанный как имеющий стадию TaN0M0 или меньше.

2. «Инфаркт миокарда», если:

2.1. Заболевание, характеризующееся ишемическим некрозом части сердечной мышцы, развивающимся в результате острой абсолютной или относительной недостаточности коронарного кровообращения.

Диагноз подтверждён специалистом (врачом – кардиологом) с обязательным наличием **всех трёх** симптомов:

- 1) присутствие в анамнезе типичных болей в грудной клетке;
- 2) вновь возникшие (новые) изменения на электрокардиограмме, характерные для инфаркта миокарда;
- 3) значительное увеличение кардиальных ферментов в крови, характерных для повреждения клеток миокарда (АЛТ, АСТ, ЛДГ, КФК), тропонинов и/или других биохимических маркеров.

2.2. Страховая выплата не производится, если:

- 1) инфаркты миокарда только с увеличением показателей Тропонина I или T в крови без изменения сегмента ST и других характерных для инфаркта миокарда симптомов в том числе безболевого форма инфаркта миокарда;
- 2) другие острые коронарные синдромы (такие как стабильная/нестабильная стенокардия).

3. «Инсульт», если:

3.1. Форма острого нарушения мозгового кровообращения связанного с омертвлением участка мозговой ткани, геморрагии и эмболии из экстракраниального источника и характеризующаяся постоянной общей и очаговой неврологической симптоматикой.

При диагностировании развития инсульта в период страхования как формы острого нарушения мозгового кровообращения связанного с омертвлением участка мозговой ткани, геморрагии и эмболии из экстракраниального источника и характеризующаяся постоянной общей и очаговой неврологической симптоматикой.

3.2. Диагноз должен быть подтверждён специалистом при наличии типичных клинических симптомов, а также данных компьютерной или магнитно-резонансной томографии головного мозга.

3.3. Неврологическая симптоматика должна наблюдаться по меньшей мере **3 месяца** после первичного (в период страхования) диагностирования инсульта.

3.4. Должны иметься явные доказательства, полученные в результате объективного обследования в период страхования, с помощью КТ, МРТ, ангиографии, ультразвуковой доплерографии или сходной подходящей методики визуализации, исследования спинномозговой жидкости, того, что имели место:

инсульт

или инфаркт,

или инфаркт ткани мозга,

или внутричерепное или субарахноидальное кровоизлияние.

3.5. Страховая выплата не производится в случае:

- 1) церебральные расстройства, вызванные мигренью;
- 2) церебральные расстройства вследствие травмы или гипоксии;
- 3) сосудистые заболевания, поражающие глаз или глазной нерв;
- 4) преходящие нарушения мозгового кровообращения, длящиеся менее 24 часов;
- 5) приступы вертебробазилярной ишемии.
- 6) инсульты, повлекшие за собой единственное неврологическое нарушение - потерю сенсорной чувствительности.

4. «Терминальная почечная недостаточность», если:

4.1. Симптомокомплекс, обусловленный резким уменьшением числа и функции нефронов, что приводит к нарушению экскреторной и инкреторной функции почек, расстройству всех видов обмена веществ, кислотно-щелочного равновесия, деятельности всех органов и систем организма.

Стадия необратимого хронического нарушения функции обеих или единственной почки, сопровождающаяся повышением уровня креатинина в крови выше 0,89 ммоль/л и иными клиническими симптомами и требующая проведения постоянного (программного, хронического) гемодиализа, перитонеального диализа или трансплантации донорской почки, **возникшая в период страхования.**

4.2. Постоянная необходимость в диализе должна быть подтверждена заключением врача - нефролога.

4.3. Страховая выплата может быть произведена только при подтверждении факта проведения процедуры диализа в период страхования или по завершении пересадки трансплантата.

4.4. Страховая выплата не производится в случае:

- 1) почечная недостаточность в стадии компенсации;
- 2) почечная недостаточность, не требующая регулярного проведения гемодиализа или трансплантации донорской почки.

5. Выплаты по риску: «Аорто-коронарное шунтирование (хирургическое лечение коронарных артерий)», если:

5.1. Прямое оперативное вмешательство на сердце для устранения стеноза или окклюзии по меньшей мере двух коронарных артерий, путём создания артериального сосуда между аортой и артериями, питающими сердце.

5.2. Необходимым условием для проведения оперативного вмешательства должно являться наличие коронарной ангиографии.

5.3. Страховая выплата не производится при следующих операциях:

- 1) баллонная ангиопластика (дилатация) коронарных артерий;
- 2) применение лазера;
- 3) другие хирургические и нехирургические виды лечения.

5.4. Страховая выплата возможна только после проведения операции и предоставления лечебным учреждением выписки из истории болезни Застрахованного лица с отчётом о проведённой операции.

5.5. Страховая выплата в связи с аорто-коронарным шунтированием не производится, если диагноз стеноз или окклюзия поставлен в течение **первых трёх месяцев** срока страхования.

6. «Трансплантация основных органов», если:

6.1. Пересадка от человека к человеку сердца, лёгких, печени, почки, поджелудочной железы (исключая трансплантацию только островков Лангерганса) или костного мозга.

6.2. Имеется медицинское заключение о необходимости трансплантации органов и (или) тканей человека, выданного учреждением здравоохранения, которому в соответствии с законодательством Российской Федерации разрешено осуществлять трансплантацию органов, подписанного членами врачебного консилиума (дополнительное условие для выплаты).

6.3. Необходимо наличие медицинского заключения о необходимости трансплантации органов и (или) тканей человека, выданного учреждением здравоохранения, которому в соответствии с законодательством Российской Федерации разрешено осуществлять трансплантацию органов, подписанного членами врачебного консилиума.

6.4. Страховая выплата возможна только после проведения операции.

6.5. Страховая выплата не производится в случае:

- 1) трансплантация других органов, частей органов или какой-либо ткани.
- 2) донорство органов.

7. «Паралич», если:

7.1. Полное отсутствие двигательных функций двух и более конечностей в результате впервые возникших различных патологических процессов в нервной системе, приводящее к:

- 1) значительным нарушениям статодинамических функций;
- 2) неспособности к самообслуживанию, необходимости в постоянной посторонней помощи и полной зависимости от других лиц;
- 3) неспособности к самостоятельному передвижению и нуждаемости в постоянной помощи других лиц.

7.2. Диагноз подтверждён врачом-невропатологом по результатам **шестимесячного наблюдения** Застрахованного лица с момента постановки первоначального диагноза.

7.3. Первоначальный диагноз поставлен в период страхования.

7.4. Квалификационный период для данного заболевания равен 6 (шести) месяцам.

7.5. **Страховая выплата не производится в случае:**

1) Постановки диагноза: синдром Гийена-Барре.

II. Выплата в размере 500 000 рублей (пятьсот тысяч) по риску: «Смерть Застрахованного лица в результате болезни COVID-19»:

Под болезнью «COVID-19» понимается опасное инфекционное заболевание: коронавирусная инфекция COVID-19, вызванная семейством коронавирусов SARS-CoV-2, диагностированная на основании лабораторных тестов на наличие SARS-CoV-2 методом ПЦР (полимеразной цепной реакции).

III. Выплаты по риску: «Установление инвалидности в результате несчастного случая» производятся в случае:

1. Установления инвалидности - постоянной (полная или частичная) утрата профессиональной трудоспособности вследствие профессионального заболевания, несчастного случая или болезни:

1) I-ой группы в размере страховой выплаты - 500 000 (пятьсот тысяч) рублей;

2) II-ой группы в размер страховой выплаты - 375 000 (триста семьдесят пять тысяч) рублей;

3) III-ей группы в размере страховой выплаты - 250 000 (двести пятьдесят тысяч) рублей.

IV. Выплаты по риску: «Телесные повреждения (травма) в результате несчастного случая» производятся:

1. В результате несчастного случая, в зависимости от полученной травмы, если характер повреждений предусмотрен для Застрахованных лиц в возрасте от 18 (восемнадцати) лет и старше Таблицей страховых выплат «Расширенная» (приложение № 2 к Программе страхования, далее - Таблица).

2. Выплата по риску травмы:

- «повреждение плечевого сустава, повлекшее за собой отсутствие движений в суставе (анкилоз)» производится **не ранее чем через 3 месяца со**

дня травмы при подтверждении первоначального диагноза (пп. «а» п. 60 Таблицы);

- «Перелом плеча, осложнённый образованием ложного сустава» производится **не ранее чем через 3 месяца** со дня травмы при условии подтверждения диагноза (п. 63 Таблицы);

- «Перелом бедра, осложнившийся образованием ложного сустава (несросшийся перелом)», производится **не ранее 6 месяцев** со дня травмы при условии подтверждения диагноза (п. 85 Таблицы);

- Паралич, возникший в результате травмы, полученной в период страхования и указанной в Таблице размеров страхового обеспечения в % от страховой суммы в связи со страховыми событиями “телесные повреждения в результате несчастного случая” и существующий постоянно производится **не ранее 6 месяцев** после травмы: Моноплегия, Параплегия, Тетраплегия (п. 98 Таблицы).

По остальным рискам, перечисленным в Таблице, сроки ожидания выплат не установлены.

**V. «Выплата в размере 1 000 000 (один миллион) рублей по риску:
«Смерть застрахованного лица в результате несчастного случая»
производится в случае:**

1. Смерти от болезни, несчастного случая, дорожно-транспортного происшествия, авиакатастрофы, железнодорожной катастрофы, кораблекрушения.

2. Страховщик освобождается от страховой выплаты в случае смерти Застрахованного лица вследствие самоубийства, если к этому времени Договор действовал менее двух лет, за исключением тех случаев, когда Застрахованное лицо было доведено до такого состояния противоправными действиями третьих лиц.