



УТВЕРЖДАЮ

Генеральный директор АНО «БВЛ»



Беленький А.А.

14 сентября 2022г.

## ВИРТУАЛЬНАЯ СТРАХОВКА ИГРОКОВ БВЛ

Редакция 1.0

### ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ

1. Виртуальная страховка создана как механизм возврата целевых взносов, оплаченных **игроками** за участие в рейтинговом сезоне, при невозможности их дальнейшего участия в турнирах данного сезона на основании медицинского заключения.
2. Предоставление медицинского заключения с указанием периода действия ограничений на физические нагрузки означает, что игрок не может принимать участие в любых игровых тренировках и (или) соревнованиях в указанный период.
3. Виртуальная страховка действует только для игроков, заявленных с **первого турнира** рейтингового сезона.
4. Возврату подлежат только взносы, оплаченные **лично игроком** на расчётный счёт АНО «БВЛ». Исключение для несовершеннолетних игроков, целевые взносы которых оплачены родителями (законными представителями).
5. Целевой взнос по виртуальной страховке возвращается игроку на **Депозит его личного счета в БВЛ** и может быть использован для оплаты целевых взносов на участие **данного игрока** в рейтинговых турнирах БВЛ в будущем.
6. Виртуальная страховка не распространяется на игроков, чьи целевые взносы были **в полном объеме** оплачены спонсором или сертификатами БВЛ по программам Золотой фонд, Семья БВЛ, Победители Суперфинала, Наша команда, Игроки года и т.п.

### ОСНОВАНИЯ ДЛЯ ВОЗВРАТА ЦЕЛЕВЫХ ВЗНОСОВ

1. **Травма**, полученная игроком **во время матча на турнире БВЛ**.

- 1.1. Факт получения травмы должен быть зафиксирован первым судьёй матча и медицинским работником, обслуживающим турнир. Форма документа приведена в Приложении №1;
  - 1.2. В течение 7 (семи) календарных дней с момента получения травмы игроку необходимо направить на электронную почту службы регистрации [registration@myvolley.ru](mailto:registration@myvolley.ru) заявление на возврат целевого взноса **на депозит** (Приложение №2) и скан (фотокопию) медицинского заключения от профильного специалиста (травматолог, хирург и т.п.) с указанием периода ограничения физических нагрузок. Качество присланного скана (фотокопии) медицинского заключения должно быть таким, чтобы можно было прочитать всю информацию в нём;
  - 1.3. Возврату подлежат целевые взносы за рейтинговые турниры начиная с турнира, следующего за тем, на котором игроком получена травма;
  - 1.4. Возврат целевых взносов производится, если даты следующего рейтингового турнира (турниров), на которые заявлен данный игрок, приходятся на период действия ограничения;
  - 1.5. В качестве исключения, при получении травмы игроком, чей целевой взнос оплачен спонсором, учредители команды могут **заявить другого игрока на место выбывшего**, без дополнительной оплаты целевого взноса. Для совершения замены учредителю необходимо направить запрос на электронную почту Службы регистрации в произвольной форме, а травмированному игроку предоставить в Службу регистрации пакет документов согласно пунктам 1.1 и 1.2 данного раздела регламента. Обратная замена игроков в данном сезоне запрещена.
2. **Заболевание** (за исключением спортивных и бытовых травм), вызвавшее запрет на физические нагрузки (тренировки и участие в соревнованиях), диагностированное у игрока во время рейтингового сезона.
    - 2.1. Для оформления возврата целевого взноса игроку необходимо направить на электронную почту службы регистрации [registration@myvolley.ru](mailto:registration@myvolley.ru) заявление на возврат целевого взноса **на депозит** (Приложение №2) и скан (фотокопию) медицинского заключения от профильного специалиста (терапевт, кардиолог, невропатолог и т.п.) с указанием диагноза и периода ограничения физических нагрузок. Качество присланного скана (фотокопии) медицинского заключения должно быть таким, чтобы можно было прочитать всю информацию в нём;
    - 2.2. Заявление на возврат целевых взносов на депозит должно быть направлено в Службу регистрации не позднее, чем за один день до дня игр команды, в составе которой заявлен игрок, на рейтинговом турнире, начиная с которого запрашивается возврат целевых взносов;

- 2.3. Медицинское заключение необходимо направить в Службу регистрации по факту его получения. Возврат целевых взносов производится после получения медицинского заключения;
- 2.4. Возврат целевых взносов производится, если дата игрового дня команды данного игрока на следующем рейтинговом турнире (турнирах) сезона, на который заявлен данный игрок, приходится на период действия ограничения.

## **ОСОБЫЕ УСЛОВИЯ**

1. В случае, когда период ограничения физических нагрузок действует **год и более** с момента подачи заявления, игрок может подать заявление на возврат целевых взносов на свой расчётный счёт в банке. Форма заявления приведена в Приложении №3. В ином случае выплата денежного эквивалента целевого взноса не предусмотрена.

## **РАЗМЕР ВЫПЛАТ ПО ВИРТУАЛЬНОЙ СТРАХОВКЕ**

1. Суммы возврата целевых взносов (за один турнир):
  - 1200 рублей** – при полной оплате игроком целевого взноса;
  - 900 рублей** – при оплате целевого взноса по программе Семья БВЛ;
  - 500 рублей** – при оплате целевого взноса несовершеннолетним игроком, один из родителей которого заявлен на тот же рейтинговый сезон.
2. Суммы выплат рассчитаны исходя из утверждённой величины целевых взносов на 2023 игровой год и подлежат пересмотру при её изменении.

## **КОНФИДЕНЦИАЛЬНОСТЬ**

1. АНО «БВЛ» гарантирует игрокам конфиденциальность предоставленной информации, указанной в медицинских заключениях.

## **ОТВЕТСТВЕННОСТЬ ЗА ПРЕДОСТАВЛЕНИЕ ЛОЖНОЙ ИНФОРМАЦИИ**

1. АНО «БВЛ» оставляет за собой право проверки подлинности предоставленного медицинского заключения.
2. В случае выявления факта фальсификации медицинского заключения или получения информации об участии игрока, который подал в БВЛ заявление на возврат целевого взноса, в игровых тренировках или соревнованиях в период действия ограничений, данный игрок **исключается из БВЛ** без возможности восстановления в будущем.
3. Ответственность за фальсификацию данных **не имеет срока давности**.

**АКТ**  
**о получении травмы на турнире БВЛ**

Настоящим подтверждаем, что игрок команды \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
(название команды, Ф.И.О. игрока)

Травмировался во время матча \_\_\_\_\_

(указать какие команды участвовали в матче)

На турнире \_\_\_\_\_

(название турнира)

Описание травмы (локализация, степень тяжести и т.п.):

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

Вызов бригады скорой помощи  (отметить, если был вызов)

Дата получения травмы: «\_\_\_\_\_» \_\_\_\_\_ 202\_\_ г.

Первый судья матча \_\_\_\_\_

(Ф.И.О., личная подпись)

Медицинский работник \_\_\_\_\_

(Ф.И.О., личная подпись)

Генеральному директору АНО «БВЛ»

Беленькому А.А.

от \_\_\_\_\_

(Ф.И.О. заявителя)

## ЗАЯВЛЕНИЕ

### на возврат целевых взносов с зачислением на депозит

В связи с невозможностью продолжить участие в турнирах БВЛ в текущем рейтинговом сезоне, связанной с (указать причину):

Травма на турнире БВЛ \_\_\_\_\_

(название турнира)

Заболевание

Прошу вернуть на депозит моего личного счета на сайте myvolley.ru оплаченный мною целевой взнос за оставшиеся турниры рейтингового сезона в размере (указать сумму цифрами и прописью):

\_\_\_\_\_ руб. \_\_\_\_\_ коп. (\_\_\_\_\_)

Медицинское заключение об ограничении физической нагрузки на срок до «\_\_\_\_\_» \_\_\_\_\_ 202\_\_ г. прилагаю.

Я подтверждаю, что информирован об ответственности за фальсификацию медицинского заключения и гарантирую, что не буду принимать участие в тренировочных играх и соревнованиях в период действия ограничений на физическую нагрузку.

Копию платежного поручения (квитанции) об оплате целевого взноса прилагаю.

\_\_\_\_\_  
(фамилия, имя, отчество полностью и подпись)

«\_\_\_\_\_» \_\_\_\_\_ 202\_\_ г.

Генеральному директору АНО «БВЛ»

Беленькому А.А.

от \_\_\_\_\_

(Ф.И.О. заявителя)

## ЗАЯВЛЕНИЕ

### на возврат целевых взносов на расчётный счёт

В связи с невозможностью продолжить участие в турнирах БВЛ в следующие двенадцать месяцев, связанной с (указать причину):

Травма на турнире БВЛ \_\_\_\_\_

(название турнира)

Заболевание

Прошу вернуть оплаченные мною целевые взносы за оставшиеся турниры рейтингового сезона в размере (указать сумму цифрами и прописью):

\_\_\_\_\_ руб. \_\_\_\_\_ коп. (\_\_\_\_\_)

по реквизитам:

Получатель \_\_\_\_\_

Расчётный счет \_\_\_\_\_

Банк \_\_\_\_\_

БИК \_\_\_\_\_

Медицинское заключение об ограничении физической нагрузки на срок до «\_\_\_\_\_» \_\_\_\_\_ 202\_\_ г. прилагаю.

Я подтверждаю, что информирован об ответственности за фальсификацию медицинского заключения и гарантирую, что не буду принимать участие в тренировочных играх и соревнованиях в период действия ограничений на физическую нагрузку.

Копию платежного поручения (квитанции) об оплате целевого взноса прилагаю.

\_\_\_\_\_  
(фамилия, имя, отчество полностью и подпись)

«\_\_\_\_\_» \_\_\_\_\_ 202\_\_ г.