

ПРАВИЛА СТРАХОВАНИЯ

на случай первичного диагностирования критических заболеваний с возможностью оплаты лечения, на случай смерти по любой причине и на случай дожития до установленной Договором страхования даты от 31.03.2017

1. Общие положения
2. Субъекты страхования
3. Объект страхования
4. Определения
5. Страховые случаи, страховые риски
6. Исключения из страхового покрытия
7. Заключение и исполнение договора
8. Страховая сумма и страховая премия.
Порядок определения страховой суммы, страхового тарифа, страховой премии
9. Порядок рассмотрения страхового события, признания случая страховым и определения размера страховых выплат
10. Порядок осуществления страховых выплат
11. Участие Страхователя в инвестиционном доходе Страховщика
12. Прекращение Договора
13. Выкупная сумма
14. Права и обязанности сторон.
Основания отказа в страховой выплате
15. Форс-мажор
16. Конфиденциальная информация
17. Заключительные положения

Приложение №1

Список критических заболеваний и хирургических операций, являющихся страховыми случаями, в том числе подлежащих лечению или проведению на территории России и за ее пределами

1. ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ

Настоящие Правила страхования на случай первичного диагностирования критических заболеваний с возможностью оплаты лечения, на случай смерти по любой причине и на случай дожития до установленной договором страхования даты (именуемые в дальнейшем «Правила») разработаны в соответствии с законодательными и иными нормативными правовыми актами Российской Федерации.

В рамках настоящих Правил Общество с ограниченной ответственностью «Страховая компания «Ингосстрах-Жизнь» (именуемое в дальнейшем «Страховщик») осуществляет добровольное страхование, относящееся согласно принятой в законодательстве РФ классификации к следующим видам страхования: медицинское страхование, страхование от несчастных случаев и болезней, страхование жизни на случай дожития до определенного возраста или срока либо наступления иного события.

Страховщик на условиях настоящих Правил и действующего законодательства РФ заключает Договоры с физическими и юридическими лицами (именуемыми в дальнейшем «Страхователями»). Данные Правила являются неотъемлемой частью Договора страхования на случай первичного диагностирования критических заболеваний с возможностью оплаты лечения, на случай смерти по любой причине и на случай дожития до установленной договором страхования даты (именуемого в дальнейшем «Договор»).

Страховщик вправе на основе настоящих Правил формировать условия Договора (полиса) или Выдержки из Правил, ориентированные на конкретного Страхователя или сегмент Страхователей, в той мере, в какой это не противоречит действующему законодательству РФ и настоящим Правилам. Такие условия или Выдержки из Правил прилагаются к Договору наряду с Правилами и являются его неотъемлемой частью.

2. СУБЪЕКТЫ СТРАХОВАНИЯ

2.1. Страховщик – Общество с ограниченной ответственностью «Страховая компания «Ингосстрах-Жизнь», страховая организация, созданная в соответствии с законодательством РФ для осуществления деятельности по страхованию и получившая лицензию на осуществление соответствующего вида страховой деятельности в установленном законом порядке.

2.2. Страхователь – дееспособное физическое лицо либо российское или иностранное юридическое лицо любой организационно-правовой формы или индивидуальный предприниматель, заключивший со Страховщиком Договор в соответствии с настоящими Правилами (именуемое в дальнейшем «Страхователь»). Страхователь вправе заключать Договор в отношении себя или третьего лица.

2.3. Застрахованный – физическое лицо, в отношении которого Страхователь и Страховщик заключают Договор в соответствии с Правилами (именуемое в дальнейшем «Застрахованный»).

Фактический возраст Застрахованного составляет не менее 6 (шести) месяцев на момент заключения Договора и не более 70 (семидесяти) лет на дату окончания срока страхования, если иное не предусмотрено Договором.

Договоры, заключенные в отношении единственного Застрахованного или нескольких Застрахованных, находящихся в родственной связи, являются Договорами индивидуального страхования.

Договоры, заключенные в отношении нескольких Застрахованных, при условии, что Застрахованные имеют общего работодателя, объединены другим общим интересом или другим фактором, объединяющим их, помимо заинтересованности в заключении Договора, являются Договорами коллективного страхования.

2.4. Если Договором не предусмотрено иное, на страхование не принимаются и Договор не заключается в отношении лиц:

2.4.1. являющихся инвалидами I или II группы либо инвалидами детства;

2.4.2. употребляющих наркотики, токсические вещества с целью наркотического, токсического опьянения,

страдающих алкоголизмом и/или состоящих по любой из указанных причин на диспансерном учете;

2.4.3. со стойкими нервными или психическими расстройствами, состоящих на учете по этому поводу в психоневрологическом диспансере и/или имеющих основания для постановки на учет в соответствующем медицинском учреждении;

2.4.4. больных онкологическими заболеваниями (рак или злокачественное новообразование любого типа), включая болезнь Ходжкина;

2.4.5. имеющих любые виды опухолей или кист головного мозга и других внутричерепных структур, костей черепа, придаточных пазух, или спинного мозга;

2.4.6. имеющих диагноз лейкемии или любого заболевания крови, требующего лечения сроком не менее одного месяца (например, анемия, лимфома, миелома, нарушение свертываемости крови, гемофилия или повышенная кровоточивость сосудов и т.д.);

2.4.7. имеющих неинвазивные опухоли (рак *in situ*), или любые предраковые (предзлокачественные) заболевания или патологические изменения органов и тканей (дисплазии), имеющие высокую вероятность перерождения в злокачественные новообразования, включая, но не ограничиваясь, предраковые изменения в области молочных желез, женских половых органов, мочевого пузыря или простаты;

2.4.8. страдающие любой формой заболевания сердца (например, стенокардия, кардиосклероз, кардиомиопатия, перенесенные инфаркт миокарда или иной сердечный приступ, заболевания (включая пороки) клапанов сердца, шумы в сердце, ревматизм и т.д.);

2.4.9. перенесшие любую форму инсульта или кровоизлияния в мозг;

2.4.10. страдающие любой формой диабета;

2.4.11. на момент заключения Договора больных заболеваниями или находящихся в состояниях, указанных в Списке критических заболеваний и хирургических операций, являющихся страховыми случаями, в том числе подлежащих лечению или проведению на территории России

и за её пределами (Приложение № 1 к Правилам, именуемые в дальнейшем «Список критических заболеваний и операций»), а также лиц, которые ранее уже перенесли одно или несколько заболеваний (состояний) или операций, указанных в Списке критических заболеваний и операций;

2.4.12. больных СПИДом, а также ВИЧ-инфицированных.

2.4.13. Договором страхования может быть предусмотрено страхование вышеуказанных лиц по соглашению Сторон при обязательном условии, что о вышеназванном состоянии здоровья данного лица Страховщик был письменно уведомлен Страхователем до заключения Договора.

2.5. **Выгодоприобретатель** – лицо, которому принадлежит право на получение страховой выплаты по Договору. Выгодоприобретателем является Застрахованный, если иное не предусмотрено Договором. В случае смерти Застрахованного, если в Договоре не предусмотрен иной Выгодоприобретатель, Выгодоприобретателями признаются наследники Застрахованного.

Назначение Выгодоприобретателя может быть произведено только с письменного согласия Застрахованного.

В случае если Выгодоприобретателями являются несколько лиц, в Договоре необходимо указать абсолютную

или относительную величину страховых выплат, приходящуюся на каждого Выгодоприобретателя. Если абсолютная или относительная величина страховых выплат не указана в Договоре, то при наступлении страховых случаев страховая выплата осуществляется в равных долях каждому из Выгодоприобретателей.

Если получателем страховой выплаты является:

а) малолетний (до 14 лет), то право на получение страховой выплаты имеют его родитель, усыновитель либо опекун;

б) несовершеннолетний, не объявленный полностью дееспособным (от 14 до 18 лет), то право на получение страховой выплаты остается за самим получателем;

в) лицо, признанное недееспособным, то право на получение страховой выплаты переходит его опекуну;

г) лицо, дееспособность которого ограничена, то право на получение страховой выплаты остается за получателем, только с письменного согласия его попечителя.

В случаях, когда получателем страховой выплаты является лицо, указанное в п.п. а), в), г) данной статьи, страховая выплата производится указанным законным представителям получателя только на основании подтверждающих соответствующее право документов.

3. ОБЪЕКТ СТРАХОВАНИЯ

3.1. Объектом страхования являются не противоречащие законодательству Российской Федерации имущественные интересы, связанные с причинением вреда здоровью Застрахованного, а также связанные с оплатой организации и оказания медицинской и лекарственной помощи (медицинских услуг) и иных услуг вследствие расстройства здоровья физического лица или состояния физического лица,

требующих организации и оказания таких услуг, а также проведения профилактических мероприятий, снижающих степень опасных для жизни или здоровья физического лица угроз и (или) устраняющих их, а также имущественные интересы, связанные с дожитием Застрахованного до определенного возраста или срока либо наступлением иных событий в жизни Застрахованного.

4. ОПРЕДЕЛЕНИЯ

4.1. В рамках настоящих Правил используются следующие определения:

4.1.1. **Альтернативная медицина** – системы, практика и продукты медицины и здравоохранения, которые в настоящее время не признаются как часть общепринятой медицины или стандартных схем лечения. К ним, в частности, относится акупунктура, ароматерапия, хиропрактика, гомеопатия, натуропатия и остеопатия.

4.1.2. **Ассистанс** – вид деятельности Сервисной организации в области предоставления Застрахованному широкого спектра медицинских, технических, информационных услуг и организации его лечения.

4.1.3. **Врач** – специалист, на законных основаниях допущенный к осуществлению медицинской практики.

4.1.4. Второе медицинское мнение – структурированный процесс вынесения второго медицинского заключения, основанный на углубленном изучении медицинских данных Застрахованного и прилагающегося диагностического материала признанным медицинским экспертом мирового класса. Услуга предоставляется Сервисной организацией.

4.1.5. **Выжидательный период** (для рисков, указанных в п. 5.2.б и 5.2.в Правил) – установленный Договором период с начала действия Договора, в течение которого любое заболевание – диагностированное либо первые, связанные с заболеванием, симптомы которого были

зафиксированы в медицинских документах – не будет являться основанием для получения каких-либо выплат по Договору на протяжении срока действия. Если иной срок не определен Договором, продолжительность выжидательного периода в отношении каждого Застрахованного устанавливается равным 120 календарным дням со дня вступления Договора в силу. Выжидательный период не применяется при пролонгации Договора на новый срок, если иное не установлено Договором.

4.1.6. **Выжидательный период** (для рисков, указанных в п. 5.2.г и 5.2.д Правил) – установленный Договором период с начала действия Договора, в течение которого установление диагноза критического заболевания или проведение одной из хирургических операций, определенных в Договоре, не признается страховым случаем. Если иной срок не определен Договором, продолжительность выжидательного периода в отношении каждого Застрахованного устанавливается равным 120 календарным дням со дня вступления Договора в силу. Выжидательный период не применяется при пролонгации Договора на новый срок, если иное не установлено Договором.

4.1.7. **Госпитализация** – помещение больного в течение срока страхования для проведения лечения (в связи с лечением критического заболевания, впервые диагностированного в течение срока страхования) в круглосуточный стационар медицинского учреждения, имеющего все

необходимые разрешения и лицензии, необходимость которого была вызвана произошедшим в период срока страхования критическим заболеванием.

При этом госпитализацией не признается: помещение Застрахованного в стационар для проведения медицинского обследования; проживание Застрахованного в клинике или санатории для прохождения им восстановительного (реабилитационного) курса лечения; задержание Застрахованного в связи с карантином или иными превентивными мерами официальных властей.

4.1.8. Декларация о состоянии здоровья – декларация, заполненная и подписанная Застрахованным перед оформлением Договора в отношении состояния здоровья заявляемых на страхование лиц, являющаяся основой для Страховщика для принятия на страхование заявленных лиц.

4.1.9. Заболевание – любые изменения в состоянии здоровья человека, не связанные с несчастными случаями, диагноз и подтверждение которых выполнены врачом, официально зарегистрированным в данном виде деятельности. Заболевание будет включать в себя все повреждения либо последствия, возникшие на фоне одного диагноза, а также все виды недомоганий, связанных с одной причиной или группой взаимосвязанных причин. Если недомогание возникло вследствие той же причины, которая вызвала предыдущее заболевание, либо вследствие родственной причины, данное заболевание будет считаться продолжением предыдущего заболевания, а не отдельным заболеванием.

4.1.10. Комплексное обследование организма (check-up) – вид медицинской услуги, представляющий собой комплекс медицинских услуг по медицинскому обследованию Застрахованного, предусмотренный условиями Договора, в случае обращения Застрахованного за получением указанного сервиса в течение срока действия Договора.

4.1.11. Критическое заболевание – значительное нарушение жизнедеятельности организма (необратимое заболевание, диагноз или хирургическое вмешательство), входящее в Список критических заболеваний и операций и соответствующее определению заболевания, если оно впервые диагностировано у Застрахованного, выявлено или произведено (или если его первые симптомы зафиксированы в медицинских документах (применимо только к рискам, указанным в п. 5.2.б и 5.2.в Правил) в течение срока страхования, но не ранее даты окончания выжидательного периода, если таковой установлен Договором.

4.1.12. Лекарственные препараты – любое вещество или комбинация веществ, которые могут использоваться или применяться в отношении Застрахованного с целью восстановления, коррекции или изменения физиологических функций, оказывая фармакологическое, иммунологическое или метаболическое действие, либо для проведения медицинской диагностики, которые можно получить только по рецепту врача у лицензированного фармацевта.

Рецепты, выписанные на фирменные препараты, действительны и для аналогов фирменного препарата с такими же активными ингредиентами, действием и лекарственной формой, как у фирменного препарата.

4.1.13. Лечение критического заболевания – в рамках настоящих Правил под лечением заболевания

понимается обращение Застрахованного в течение срока страхования в Сервисную организацию/к Страховщику с последующей организацией лечения в медицинской организации в связи с впервые диагностированным после истечения выжидательного периода критическим заболеванием и/или впервые назначенной после истечения выжидательного периода хирургической операции.

4.1.14. Льготный период – установленный в соответствии с Правилами срок, в течение которого действие страхования по Договору не приостанавливается при нарушении Страхователем обязанности по своевременной уплате страховых взносов. При уплате очередного страхового взноса до окончания соответствующего льготного периода Страхователь освобождается от обязанности уплатить пеню за несвоевременную уплату страхового взноса.

4.1.15. Медицинское учреждение – частная или государственная организация, законно уполномоченная на обеспечение медицинского лечения заболеваний или травм, оснащенная материальными/техническими средствами и укомплектованная квалифицированным персоналом для выполнения мер диагностического и хирургического вмешательства, в которой круглосуточно присутствуют врачи и медицинский персонал.

4.1.16. Онкологическое заболевание – заболевание, входящее в перечень критических заболеваний, проявляющееся наличием одной или более опухолей, которые гистологически описываются как злокачественные, характеризующееся неконтролируемым ростом клеток.

4.1.17. Период выживания – установленный Договором период с даты установления Застрахованному диагноза критического заболевания или проведения хирургической операции, определенных в Договоре, в течение которого страховая выплата не производится. Если иной срок не определен Договором, продолжительность периода выживания устанавливается равным 30 (тридцати) календарным дням с даты установления Застрахованному диагноза критического заболевания или проведения хирургической операции.

4.1.18. Предварительное медицинское свидетельство – письменное подтверждение Страховщика или Сервисной организации, в котором указывается подтверждение страхового покрытия по Договору до начала оказания услуг в указанной больнице – на лечение, услуги, изделия медицинского назначения и рецептурные лекарственные препараты, имеющие отношение к страховому случаю.

4.1.19. Предшествующее состояние (для рисков, указанных в п. 5.2.б и 5.2.в Правил) – любые заболевания, которые были диагностированы, в отношении которых было проведено лечение, либо проявившиеся связанными зафиксированными в медицинских документах симптомами, подтвержденными записями врачей, лабораторными и инструментальными исследованиями, в течение 10 лет до даты начала действия Договора страхования.

4.1.20. Предшествующее состояние (для рисков, указанных в п. 5.2.г и 5.2.д Правил) – любое нарушение здоровья (расстройство, заболевание), травма, увечье, врожденная или приобретенная патология, хроническое или острое заболевание, психическое или нервное расстройство, которое уже было диагностировано у Застрахованного на дату заключения Договора, либо проявившееся в течение 12 месяцев до заключения Договора, или

симптомы которого имелись у Застрахованного на дату заключения Договора, и приведшее к возникновению заболеваний (состояний) или необходимости проведения операций, указанных в Списке критических заболеваний и операций. Предшествующие состояния также включают в себя любые осложнения или последствия, связанные с указанными состояниями.

4.1.21. **Протез** – устройство, полностью или частично заменяющее собой орган либо функцию не действующей либо действующей с нарушениями части тела.

4.1.22. **Сервисная организация** – компания, отвечающая за организацию и предоставление всех сервисных услуг по лечению диагностированного критического заболевания/проведению хирургической операции, предусмотренных Договором (именуемая в дальнейшем «Сервисная организация»).

4.1.23. **Срок действия Договора** – указывается в Договоре.

4.1.24. **Срок страхования** – период времени, определяемый Договором, на который распространяется страхование и в течение которого может произойти страховой случай, в результате чего у Страховщика возникает обязанность по осуществлению страховой выплаты в соответствии с настоящими Правилами и Договором.

4.1.25. **Страховая выплата** – денежная сумма, выплачиваемая Страховщиком Застрахованному при наступлении страхового случая или Выгодоприобретателю в случае смерти Застрахованного (за исключением выплаты по рискам, указанным в п. 5.2.б и 5.2.в Правил), или иному третьему лицу (медицинским и иным организациям) в качестве оплаты медицинских и иных услуг, предусмотренных Договором (по рискам, указанным в п. 5.2.б и 5.2.в Правил).

5. СТРАХОВЫЕ СЛУЧАИ, СТРАХОВЫЕ РИСКИ

5.1. Страховым случаем является свершившееся событие, предусмотренное Договором, с наступлением которого возникает обязанность Страховщика произвести страховую выплату Застрахованному, Выгодоприобретателю или иным третьим лицам.

5.2. Страховыми рисками являются предполагаемые события, на случай наступления которых проводится страхование. В Договор могут быть включены по соглашению сторон следующие риски в соответствии с возможными вариантами их комбинирования, указанными в п. 5.3 Правил, если иное не установлено в Договоре:

а) смерть Застрахованного по любой причине, наступившая в течение срока страхования (далее – риск «Смерть по любой причине»);

б) лечение установленного Застрахованному впервые диагностированного в течение срока страхования онкологического заболевания, предусмотренного пунктом 1 Списка критических заболеваний и операций (далее – риск «Лечение онкологического заболевания»);

в) лечение установленного Застрахованному впервые диагностированного в течение срока страхования критического заболевания или хирургическая операция, рекомендованная Застрахованному в течение срока страхования, предусмотренные Списком критических заболеваний и операций (далее – риск «Лечение критического заболевания»);

4.1.26. **Террористические акты** – действия, к которым, в частности, относится применение силы или насилия и/или угроз такого применения, совершаемые лицом или группой(-ами) лиц самостоятельно, от имени или во взаимосвязи с любой организацией(-ями) или правительством(-ами), которые осуществляются в политических, религиозных, идеологических или аналогичных целях, в т. ч. с намерением повлиять на какое-либо правительство и/или вызвать у общественности или какой-либо части общественности страх; либо использование любого биологического, химического, радиоактивного или ядерного вещества, материала, устройства или оружия.

4.1.27. **Хирургическая операция** – все операции, проводимые в диагностических либо терапевтических целях, выполняемые путем надреза или иных способов внутреннего проникновения хирургом в медицинском учреждении, для проведения которых обычно требуется наличие операционной.

4.1.28. **Церебральный синдром** – наличие церебрального нарушения или повреждения головного мозга, приводящего к частичному или полному нарушению мозговых функций.

4.1.29. **Экспериментальное лечение** – лечение, процедура, курс лечения, аппаратура, лекарственные препараты или фармацевтический продукт, предназначенные для медицинского или хирургического применения, которые не являются общепринятыми в качестве безопасных, эффективных и подходящих для лечения тех или иных заболеваний или травм научными организациями, признанными международным медицинским сообществом, либо проходящие стадию исследования, тестирования, либо находящиеся на любом этапе клинических испытаний.

г) установление Застрахованному врачом, имеющим необходимую квалификацию, заключительного диагноза впервые диагностированного в течение срока страхования онкологического заболевания, предусмотренного пунктом 6 Списка критических заболеваний и операций, с выплатой Застрахованному страховой суммы (далее – риск «Онкологическое заболевание»);

д) установление Застрахованному врачом, имеющим необходимую квалификацию, заключительного диагноза впервые диагностированного в течение срока страхования критического заболевания или хирургическая операция, рекомендованная Застрахованному в течение срока страхования, предусмотренные Списком критических заболеваний и операций, с выплатой Застрахованному страховой суммы (далее – риск «Критическое заболевание»);

е) госпитализация Застрахованного в результате лечения впервые диагностированного в течение срока страхования критического заболевания или проведения ему одной из хирургических операций в течение срока страхования в связи с впервые диагностированным в течение срока страхования критическим заболеванием, определенных Списком критических заболеваний и операций и признанных страховым случаем по Договору (далее – риск «Госпитализация в результате критического заболевания»);

ж) госпитализация Застрахованного в результате лечения впервые диагностированного в течение срока страхования онкологического заболевания, предусмотренного пунктом 1 и/или 6 Списка критических заболеваний и операций и признанных страховым случаем по Договору (далее – риск «Госпитализация в результате онкологического заболевания»);

з) дожитие Застрахованного до даты окончания срока страхования (далее – риск «Дожитие»).

Риски, указанные в п. 5.2.б и п. 5.2.в Правил, относятся к медицинскому страхованию.

Перечень заболеваний/операций по риску «Лечение критического заболевания» (п. 5.2.в Правил), входящих в страховое покрытие по Договору, указывается в Договоре. При этом для Договоров страхования, предусматривающих страховое покрытие по рискам «Смерть по любой причине» и «Дожитие» в соответствии с Вариантом Б условий действия Договора при наступлении страхового случая по риску «Лечение критического заболевания» (п. 9.3 Правил), перечень заболеваний/операций по риску «Лечение критического заболевания» соответствует полному списку заболеваний/операций, указанному в Приложении № 1 к Правилам.

5.3. Страхователь имеет право заключить Договор на случай наступления одного или нескольких событий в соответствии со следующими возможными вариантами комбинирования страховых рисков:

Вариант 1 – п. 5.2.д Правил;

Вариант 2 – п. 5.2.г Правил;

Вариант 3 – п. 5.2.в, п. 5.2.е Правил;

Вариант 4 – п. 5.2.б, п. 5.2.ж Правил;

Вариант 5 – п. 5.2.в, п. 5.2.д, п. 5.2.е Правил;

Вариант 6 – п. 5.2.б, п. 5.2.г, п. 5.2.ж Правил;

Вариант 7 – п. 5.2.а, п. 5.2.д Правил;

Вариант 8 – п. 5.2.а, п. 5.2.г Правил;

Вариант 9 – п. 5.2.а, п. 5.2.д, п. 5.2.з Правил;

Вариант 10 – п. 5.2.а, п. 5.2.г, п. 5.2.з Правил;

Вариант 11 – п. 5.2.а, п. 5.2.в, п. 5.2.е, п. 5.2.з Правил;

Вариант 12 – п. 5.2.а, п. 5.2.б, п. 5.2.ж, п. 5.2.з Правил;

Вариант 13 – п. 5.2.а, п. 5.2.в, п. 5.2.д, п. 5.2.е, п. 5.2.з Правил;

Вариант 14 – п. 5.2.а, п. 5.2.б, п. 5.2.г, п. 5.2.ж, п. 5.2.з Правил.

5.4. События, указанные в п. 5.2.б – 5.2.в Правил, являются страховыми, если лечение заболевания либо проведение хирургической операции является необходимым с медицинской точки зрения. Для целей данного страхования необходимыми с медицинской точки зрения являются следующие медицинские услуги и средства оказания медицинской помощи, которые:

а) необходимые для удовлетворения основных потребностей Застрахованного в медицинской помощи, и

б) предоставленные наиболее подходящим, с медицинской точки зрения, способом и в том виде, в котором они наиболее сообразны сфере медицинского обслуживания, с учетом как стоимости, так и качества услуг, и

в) по типу, частоте и продолжительности лечения соответствующие научно обоснованным рекомендациям медицинских и исследовательских организаций, организаций или государственных органов медицинского страхования, согласованных Страховщиком, и

г) соответствующие диагнозу состояния либо заболевания, и

д) требуются по причинам иным, нежели удобство Застрахованного или его врача, и

е) в отношении которых в прошедшей экспертную оценку и широко распространенной медицинской литературе продемонстрировано следующее:

- безопасность и эффективность в лечении и диагностике состояний или заболеваний, для которых предлагается их применение либо

- безопасность в виде перспективы эффективности при лечении состояний, опасных для жизни либо заболеваний при клинически контролируемой научной программе.

Перечень критических заболеваний и хирургических операций, в отношении которых может осуществляться страхование, приводится в Приложении № 1 к Правилам.

5.5. Если иное не предусмотрено Договором, страховым случаем не является установление диагноза критического заболевания или направление на хирургическую операцию, если критическое заболевание наступило или хирургическая операция была рекомендована вследствие причин, указанных в п. 6.1 Правил, а также если критическое заболевание диагностируется или направление на хирургическую операцию получено в течение и до окончания выжидательного периода, со дня вступления в силу Договора в отношении Застрахованного по рискам «Онкологическое заболевание», «Критическое заболевание», или после даты окончания срока страхования по данным рискам. Выжидательный период не применяется при пролонгации Договора на новый срок, если иное не установлено Договором.

5.6. Для признания событий, указанных в п.п. 5.2.а – 5.2.ж Правил, страховым случаем, оно должно быть установлено врачом, имеющим необходимую квалификацию, и подтверждено документами, выданными компетентными органами (медицинскими учреждениями и другими предприятиями и организациями, располагающими информацией об обстоятельствах страхового случая).

6. ИСКЛЮЧЕНИЯ ИЗ СТРАХОВОГО ПОКРЫТИЯ

6.1. В рамках настоящих Правил к исключениям относятся:

6.1.1. Если иное не установлено Договором, события, указанные в п. 5.2.а, п.п. 5.2.г – 5.2.ж Правил, не признаются страховыми случаями, если они наступили:

а) в результате умышленных действий Застрахованного, Страхователя или Выгодоприобретателя в случае смерти Застрахованного, а также лиц, действующих по

их поручению, направленных на наступление страхового случая;

б) в результате совершения (попытки совершения) Застрахованным (Страхователем, Выгодоприобретателем) уголовного преступления, находящегося в прямой причинно-следственной связи с событием, обладающим признаками страхового случая;

в) в результате алкогольного опьянения Застрахованного, наркотического или токсического опьянения

(отравления) в результате употребления им наркотических и/или психотропных веществ (а также их прекурсоров и/или аналогов), сильнодействующих, психоактивных веществ, медицинских препаратов без предписания врача (или по предписанию врача, но с нарушением указанной им дозировки), а также в результате заболевания, вызванного употреблением алкоголя, наркотических веществ или лекарств, не назначенных надлежащим образом врачом;

г) в результате управления Застрахованным транспортным средством без права на управление транспортным средством данной категории или передачи Застрахованным управления транспортным средством лицу, не имевшему права на управление транспортным средством данной категории;

д) в результате управления Застрахованным транспортным средством в состоянии алкогольного, наркотического или токсического опьянения или под воздействием сильнодействующих и/или психотропных веществ, медицинских препаратов, при применении которых противопоказано управление транспортными средствами, или передачи Застрахованным управления транспортным средством лицу, находившемуся в состоянии алкогольного, наркотического или токсического опьянения или под воздействием сильнодействующих и/или психотропных веществ, медицинских препаратов, при применении которых противопоказано управление транспортными средствами;

е) в результате самоубийства Застрахованного (покушения на самоубийство), если на момент самоубийства (покушения на самоубийство) Договор действовал менее двух лет (или продлялся таким образом, что страхование не действовало непрерывно в течение двух лет), а также при преднамеренном членовредительстве Застрахованного, за исключением случаев, когда Застрахованный был доведен до этого противоправными действиями третьих лиц;

ж) в результате действия ядерного взрыва, радиации или радиоактивного заражения;

з) в результате военных действий, их последствий, гражданских, военных переворотов, народных волнений, а также во время прохождения Застрахованным военной службы, участия в военных сборах и учениях, маневрах, испытаниях военной техники или иных подобных операциях в качестве военнослужащего либо гражданского служащего;

и) в результате полета Застрахованного на летательном аппарате или управления им, если Застрахованный не является профессиональным пилотом, кроме случаев полета в качестве пассажира на рейсовом самолете или вертолете гражданской авиации, управляемом профессиональным пилотом;

к) в результате болезни Застрахованного, прямо или косвенно связанной с ВИЧ-инфекцией, СПИДом. Случаи заражения Застрахованного ВИЧ-инфекцией, вызванные действиями, предусмотренными ст.122 УК РФ, и подтвержденные вступившим в силу решением суда, признаются страховыми;

л) во время нахождения Застрахованного в местах лишения свободы, а также в изоляторах временного содержания и других учреждениях, предназначенных для содержания лиц, подозреваемых или обвиняемых в совершении преступления;

м) в результате предшествующих состояний или их последствий;

н) в результате прямого или косвенного влияния психического заболевания, если несчастный случай произошел с психически больным Застрахованным, который находился в невменяемом состоянии в момент несчастного случая;

о) во время эпилептического приступа (или иных судорожных или конвульсивных приступов);

п) исключенные заболевания и медицинские процедуры, указанные в Приложении № 1 к Правилам, относящиеся к рискам «Критическое заболевание» и «Онкологическое заболевание».

6.1.2. Если иное не установлено Договором, к исключениям по событиям, указанным в п. 5.2.б и п. 5.2.в Правил, относятся:

6.1.2.1. Общие исключения

а) расходы, понесенные в связи со всеми заболеваниями и медицинскими процедурами, не предусмотренными Договором;

б) любые расходы, связанные с заболеваниями или травмами, полученными в результате войны, террористических актов, сейсмических движений, волнений, мятежей, наводнений, извержений вулкана, а также в связи с прямыми и косвенными последствиями ядерной реакции и другими необычными либо катастрофическими явлениями; а также в связи с официально объявленными эпидемиями;

в) любые медицинские расходы, необходимость в которых вызвана алкоголизмом, наркозависимостью и/или интоксикациями, связанными со злоупотреблением алкоголя и/или использованием психотропных, наркотических или галлюциногенных препаратов. К исключениям также относятся состояния и заболевания, причиной которых является попытка совершения самоубийства либо причинение себе вреда;

г) расходы, связанные с любыми заболеваниями и состояниями, вызванными намеренно или с умыслом, либо являющимися следствием проявления халатности или преступной неосторожности Застрахованного, либо возникшими при совершении преступления.

6.1.2.2. Медицинские исключения:

а) предшествующие состояния, которые были диагностированы, в отношении которых было проведено лечение, либо проявившиеся связанными зафиксированными в медицинских документах симптомами, подтвержденными записями врачей, лабораторными и инструментальными исследованиями, в течение 10 лет до даты начала действия Договора страхования;

б) экспериментальное лечение, а также диагностические, терапевтические и/или хирургические процедуры, безопасность и надежность которых не имеет надлежащего научного подтверждения;

в) медицинские процедуры, необходимые в связи с наличием СПИДа, ВИЧ или иного состояния, возникшего вследствие данных заболеваний (в т. ч. саркомы Капоши), а также для лечения СПИДа и ВИЧ;

г) любые услуги, не являющиеся необходимыми с медицинской точки зрения для лечения покрытого страхованием заболевания либо проведения медицинской процедуры согласно условиям Договора;

д) расходы, понесенные при лечении, обслуживании и обеспечении медицинских предписаний по заболеванию,

наилучшим методом лечения которого является трансплантация органа;

е) любое заболевание, вызванное трансплантацией органа, за исключением случаев, когда рассматриваемое заболевание определено в качестве покрытого страхованием заболевания или медицинской процедуры.

6.1.2.3. Исключенные расходы:

а) любые расходы, возникшие в связи с какими-либо диагностическими процедурами, лечением, обслуживанием, принадлежностями, медицинским предписанием любого характера, понесенные в любой стране мира, тогда как Застрахованный:

- проживал за пределами РФ на протяжении более чем 183 дня в период 12 месяцев до первого обращения за услугой «Второе медицинское мнение», или

- не проживал на постоянной основе в РФ в момент подачи заявления по страховому случаю.

б) любые расходы, понесенные в отношении какого-либо заболевания, диагностированного либо проявившегося первыми задокументированными симптомами, подтвержденными записями врачей, лабораторными или инструментальными исследованиями, на протяжении выжидательного периода, предусмотренного Договором.

в) любые расходы, понесенные до выдачи предварительного медицинского свидетельства.

г) любые расходы, понесенные в другом медицинском учреждении, нежели уполномоченное медицинское учреждение, указанное в предварительном медицинском свидетельстве.

д) любые расходы, понесенные без соблюдения Порядка урегулирования убытков Страховщиком согласно Программе Ассистанс, являющейся приложением к Договору.

е) любые расходы, понесенные в связи с содержанием и медицинским уходом на дому либо оплатой за услуги, оказываемые в восстановительном центре или учреждении, хосписе либо доме для престарелых, даже если такие услуги требуются в результате возникновения покрытого страхованием заболевания или проведения медицинской процедуры.

ж) любые расходы, понесенные при приобретении (или прокате) любого вида протеза или ортопедических

приспособлений, корсетов, бандажей, костылей, искусственных частей тела или органов, париков (даже если их использование считается необходимым в процессе лечения химиотерапией), ортопедической обуви, грыжевых бандажей и другого аналогичного оборудования или предметов, за исключением протезов молочных желез и искусственных клапанов сердца в результате хирургической операции, организованной и оплаченной в рамках Договора.

з) любые расходы, понесенные при приобретении или прокате инвалидных кресел, специальных кроватей, приборов кондиционирования воздуха, очистителей воздуха и других подобных предметов или оборудования.

и) любые лекарственные препараты, которые не были проданы лицензированным фармацевтом, либо приобретенные без наличия медицинского рецепта.

к) любые расходы, понесенные вследствие применения альтернативной медицины, даже если такие меры специально прописаны врачом.

л) любые расходы на медицинский уход или меры предосторожности в случаях церебрального синдрома, старческой немощи или церебрального нарушения, независимо от стадии их прогрессирования.

м) оплата услуг переводчиков, телефонной связи и других расходов в отношении предметов личного пользования, не относящихся к медицине, либо прочих услуг, оказываемых родственникам и сопровождающим лицам.

н) любые расходы, понесенные Застрахованным или его родственниками и сопровождающими лицами, за исключением расходов, четко указанных в качестве предметов покрытия.

о) любые медицинские расходы, не являющиеся общепринятыми и разумными.

п) любые расходы, возникшие после окончания срока действия Договора.

6.1.2.4. Исключенные заболевания и медицинские процедуры, указанные в Приложении № 1 к Правилам, относящиеся к рискам «Лечение критического заболевания» и «Лечение онкологического заболевания».

7. ЗАКЛЮЧЕНИЕ И ИСПОЛНЕНИЕ ДОГОВОРА

7.1. Для заключения Договора Страхователь направляет Страховщику письменное заявление по установленной Страховщиком форме (для Договоров индивидуального страхования), а если на страхование заявлена группа лиц, то к заявлению прилагается список Застрахованных, либо иным способом заявляет о своем намерении заключить Договор. Страхователь сообщает Страховщику: данные Страхователя (для Страхователей – физических лиц: фамилию, имя, отчество, год, месяц и дату рождения, паспортные данные, адрес проживания и телефон; для Страхователей – юридических лиц: полное наименование, реквизиты организации), а также следующие сведения в отношении каждого из лиц, которые будут являться Застрахованными:

7.1.1. при заключении Договора индивидуального страхования – фамилию, имя, отчество; год, месяц и дату рождения; пол заявленных на страхование потенциальных Застрахованных; срок страхования; валюту

страхования; перечень страховых рисков; страховую сумму; заявление и подписанную потенциальным Застрахованным декларацию. В случае невозможности подписания потенциальным Застрахованным декларации, Страхователь предоставляет Страховщику для оценки риска и рассмотрения возможности заключения Договора, а также предложения иных вариантов страхования: заполненную медицинскую анкету и информацию о состоянии здоровья потенциального Застрахованного (рост, вес, имеющиеся в настоящее время и ранее в анамнезе заболевания, перенесенные ранее заболевания, травмы и увечья), выписку из амбулаторной медицинской карты, заключения врачей-специалистов и результаты исследований. Решение о принятии/отказе в принятии на страхование лиц, не имеющих возможности подписать декларацию, принимает только Страховщик после проведения оценки риска;

7.1.2. при заключении Договора коллективного страхования – количество лиц, заявленных на страхование; предполагаемую (желаемую) дату начала Договора; срок страхования; валюту страхования; особые условия запроса (например, нестандартный список исключений); перечень страховых рисков; страховую сумму; подписанную потенциальными Застрахованными декларацию (при необходимости, для небольших групп Застрахованных или в случаях, где она требуется). К заявлению прилагается список Застрахованных.

Страховщик вправе потребовать от Страхователя (Застрахованного) представить необходимые дополнительные документы и/или заполнить одну или несколько анкет с целью определения вероятности наступления страхового случая. На основании представленных сведений Страховщик имеет право увеличить размер страхового взноса, предложить снизить страховые суммы или предложить покрытие по другим рискам.

7.2. Страховщик вправе требовать медицинского освидетельствования лица, которое предположительно будет Застрахованным. В случае отказа от заполнения анкет о состоянии здоровья или отказа от прохождения медицинского освидетельствования или в случае наличия у лица, заявленного на страхование, хронических заболеваний, заболеваний, угрожающих его жизни и здоровью (например, онкологического, сердечно-сосудистого, диабета и т.п.), Страховщик вправе предложить иные условия страхования (отличающиеся от первоначальных) и/или установить в Договоре выжидательный период с соответствующим ограничением своей ответственности, и/или установить страховые взносы с учетом надбавки за повышенный страховой риск либо вправе отказать в заключении Договора.

7.3. В случае, если после заключения Договора обнаружится некорректно заполненные в Договоре или недостоверные данные Страхователя/Застрахованного, в том числе существенно влияющие на увеличение страхового риска и при недостижении сторонами согласия по устранению допущенной ошибки, в том числе перерасчет страховой премии (страхового взноса), перезаключение Договора на новых условиях/подписание дополнительного соглашения к Договору, Страховщик вправе потребовать признания Договора недействительным в отношении Застрахованного (с момента распространения на него действия Договора) и страховая премия (страховой взнос) по данному Застрахованному будет возвращена Страхователю в полном объеме. Существенными признаются изменения, первичная информированность о которых Страховщика привела бы к тому, что Договор не был бы заключен или был бы заключен на значительно отличающихся условиях.

7.4. В Договоре указываются:

- а) субъекты страхования;
- б) страховые риски;
- в) страховая сумма;
- г) порядок определения размера страховой выплаты;
- д) размер и порядок уплаты страховой премии;
- е) дата начала и срок страхования;
- ж) условия программы по оказанию сервисных услуг по Договору.

7.5. Договор вступает в силу со дня его заключения, при этом ответственность Страховщика по страховым выплатам начинает действовать с установленной Договором даты начала срока страхования, но не ранее дня поступления страховой премии (первого страхового взноса, если Договором предусмотрена рассрочка уплаты страховой премии) на счет Страховщика или дня уплаты страховой премии (первого страхового взноса) наличными деньгами в кассу Страховщика (если касса предусмотрена Страховщиком). Ответственность Страховщика по рискам, предусматривающим выжидательный период, наступает не ранее истечения выжидательного периода в отношении Застрахованного.

7.6. Срок страхования устанавливается по соглашению сторон и не может быть более 20 (двадцати) лет или достижения Застрахованным возраста 70 (семидесяти) лет на дату окончания срока страхования в зависимости от того, что наступит ранее, если иное не предусмотрено Договором.

Для Договора, предусматривающего риск «Дожитие», дополнительно к вышеуказанным ограничениям, срок действия Договора устанавливается кратным 1 (одному) году и не может быть менее 5 (пяти) лет.

Для Договора, предусматривающего риск «Смерть по любой причине», дополнительно к вышеуказанным ограничениям, срок действия Договора устанавливается кратным 1 (одному) году и не может быть менее 3 (трех) лет.

Пролонгация Договора на новый срок возможна только для вариантов 1 – 6 комбинирования страховых рисков, указанных в п. 5.3 Правил.

7.7. В случае заключения Договора на основании устного заявления Страхователя, при заключении Договора коллективного страхования, Договор (полис) заключается путем составления одного документа, подписываемого Страховщиком и Страхователем, либо путем выдачи Страховщиком Договора (полиса), подписанного Страховщиком. В последнем случае согласие Страхователя заключить Договор на предложенных Страховщиком условиях подтверждается принятием от Страховщика подписанного им Договора (полиса).

7.8. Страховщик оформляет и передает Страхователю полис или Договор, подтверждающий заключение Договора. В случае утери Договора (полиса) Страховщик на основании письменного заявления Страхователя выдает дубликат Договора (полиса). После передачи дубликата Договора (полиса) Страхователю утерянный экземпляр Договора (полиса) считается недействительным.

7.9. Вся корреспонденция в связи с Договором направляется по адресам, которые указаны в Договоре, а в связи со страховым случаем – по адресу, указанному в Заявлении на страховую выплату. В случае изменения адресов и/или реквизитов сторон, стороны обязуются заблаговременно в письменном виде известить друг друга об этом. Если сторона не была извещена об изменении адреса и/или реквизитов другой стороны заблаговременно, то вся корреспонденция, направленная по прежнему адресу, будет считаться полученной на дату ее поступления по прежнему адресу.

8. СТРАХОВАЯ СУММА, СТРАХОВАЯ ПРЕМИЯ. ПОРЯДОК ОПРЕДЕЛЕНИЯ СТРАХОВОЙ СУММЫ, СТРАХОВОГО ТАРИФА, СТРАХОВОЙ ПРЕМИИ.

8.1. **Страховой суммой** является денежная сумма, определенная Договором при его заключении, исходя из которой устанавливаются размер страховой премии (страховых взносов) и размер страховой выплаты при наступлении страхового случая. Страховые суммы устанавливаются отдельно по каждому риску, указанному в Договоре. В Договоре, заключенном в отношении нескольких Застрахованных, страховые суммы должны быть установлены отдельно в отношении каждого Застрахованного, если иное не предусмотрено Договором.

В пределах страховой суммы Страховщик несет ответственность за выполнение своих обязательств по Договору. Размер страховой суммы устанавливается по соглашению сторон Договора.

8.2. Страховая сумма устанавливается в российских рублях. По соглашению сторон в Договоре может быть указана страховая сумма в иностранной валюте (далее – страхование с валютным эквивалентом).

8.3. **Страховой премией** является денежная сумма, уплачиваемая Страхователем Страховщику в качестве платы за страхование. Страховая премия уплачивается Страхователем в валюте Российской Федерации, за исключением случаев, предусмотренных валютным законодательством Российской Федерации и принятыми в соответствии с ним нормативными правовыми актами органов валютного регулирования. По Договорам с валютным эквивалентом страховая премия уплачивается в российских рублях по курсу ЦБ РФ, установленному для иностранной валюты на дату уплаты (перечисления). Все расчеты с нерезидентами осуществляются в соответствии с действующим валютным законодательством.

Страховая премия устанавливается Страховщиком в соответствии с его страховыми тарифами, действующими на момент заключения Договора, с учетом размера страховой суммы, перечня критических заболеваний и хирургических операций, включенных в Договор, и срока страхования.

8.4. **Страховой тариф** – ставка страховой премии с единицы страховой суммы с учетом объекта страхования, характера страхового риска и условий заключения Договора.

Страховой тариф рассчитывается как произведение базового страхового тарифа и коэффициентов, зависящих от пола, возраста, профессиональной принадлежности

Застрахованного, рода его деятельности, периода действия Договора, увлечений, образа жизни Застрахованного, объема страхового покрытия (оплачиваемые и неоплачиваемые виды медицинской помощи), результатов медицинского и финансового освидетельствования/андеррайтинга Застрахованного, численности группы Застрахованных, половозрастных характеристик группы Застрахованных (возможно усредненных), периодичности оплаты взносов по Договору, ценовой категории медицинского учреждения с учетом ожидаемого курса валюты страны нахождения медицинского учреждения, отсутствия или наличия выжидательного периода, вида и срока выжидательного периода, срока страхования по Договору, частоты уплаты страховых взносов по Договору, индивидуальных особенностей агентского договора с партнером и условий перестраховочного договора, по которому перестраховывается Договор.

8.5. Страховая премия по Договору может быть уплачена Страхователем одновременно – разовым платежом за весь срок страхования, или в рассрочку страховыми взносами (ежемесячно, ежеквартально, раз в полгода, ежегодно) в течение всего срока страхования, наличными деньгами представителю Страховщика или в кассу Страховщика либо безналичным перечислением на счет Страховщика. Порядок уплаты страховой премии определяется по соглашению сторон Договора.

8.6. В случае уплаты страховой премии в рассрочку, за исключением ежемесячных платежей, устанавливается льготный период 30 (тридцать) календарных дней, если иное не предусмотрено Договором. При уплате страховой премии в рассрочку ежемесячными платежами льготный период составляет 14 (четырнадцать) календарных дней, если иное не предусмотрено Договором. Льготный период начинается с даты уплаты очередного страхового взноса, установленной в Договоре.

8.7. В случае неуплаты очередного страхового взноса в течение льготного периода Договор прекращает свое действие с даты начала льготного периода в соответствии с п. 12.4 Правил, если иное не предусмотрено Договором.

8.8. Страховая премия (первый страховой взнос) должна быть уплачена не позднее, чем в течение 5 (пяти) календарных дней со дня заключения Договора, если иной срок не установлен в Договоре.

9. ПОРЯДОК РАССМОТРЕНИЯ СТРАХОВОГО СОБЫТИЯ, ПРИЗНАНИЯ СЛУЧАЯ СТРАХОВЫМ И ОПРЕДЕЛЕНИЯ РАЗМЕРА СТРАХОВЫХ ВЫПЛАТ

9.1. При наступлении событий, указанных в п. 5.2 Правил, Страховщик на основании представленных Застрахованным (законным представителем Застрахованного, Выгодоприобретателем, Страхователем) документов, указанных в разделе 10 Правил, принимает решение о признании события страховым случаем и решение о страховой выплате/отказе в страховой выплате. Событие признается нестраховым, если оно не соответствует

условиям Договора или относится к исключениям, указанным в п. 6.1 Правил.

9.2. При наступлении страхового случая, связанного с наступлением события, указанного в п. 5.2.а Правил, страховая выплата производится в размере суммы страховых взносов по Договору (для коллективного Договора – в отношении конкретного Застрахованного), уплаченных до даты смерти Застрахованного.

9.3. При наступлении страхового случая, связанного с наступлением события, указанного в п. 5.2.б или п. 5.2.в Правил, страховой выплатой является оплата Страховщиком исключительно в медицинскую организацию или в Сервисную организацию проводимого Застрахованному лечения, включая все сервисные услуги в случае диагностирования критического заболевания/проведения хирургической операции, а также стоимость всех комплексных обследований организма, предусмотренных Договором, в пределах страховой суммы по данному риску, установленной для Застрахованного. Оплата лечения или проведения операции Страховщик производит при согласии Застрахованного на предложенное ему в соответствии с Договором лечение/проведение операции на территории России или за её пределами.

Страховая выплата в этом случае рассчитывается как сумма:

а) стоимости визовой поддержки, транспортировки, проживания, включая стоимость возможной посмертной репатриации;

б) стоимости медицинских расходов и непосредственного лечения, медицинских манипуляций, необходимых медицинских обследований и необходимых медицинских услуг, использованного инструментария, расходных материалов и препаратов, согласно плану лечения, согласованному между лечебным учреждением, в котором будет проходить лечение/проведение операции, Страховщиком, Сервисной организацией и Застрахованным (его законным представителем).

Стороны при заключении Договора вправе определить следующие условия действия Договора при наступлении событий, являющихся страховым случаем по риску «Лечение онкологического заболевания» или «Лечение критического заболевания»:

Вариант А. При наступлении страхового случая по риску «Лечение онкологического заболевания» или «Лечение критического заболевания», Договор продолжает свое действие до окончания установленного Договором и Правилами срока страхования на прежних условиях. Договором может быть определено количество событий по риску «Лечение критического заболевания», признанных страховым случаем, покрываемых в течение срока действия Договора. Если Договором количество событий по риску «Лечение критического заболевания», покрываемых в течение срока действия Договора, не определено, ответственность Страховщика распространяется на все события, предусмотренные Списком критических заболеваний и операций, признанных страховым случаем по Договору.

Вариант Б. При наступлении страхового случая по риску «Лечение онкологического заболевания» или «Лечение критического заболевания» риски «Смерть по любой причине» и «Дожитие» (если Договором предусмотрены данные риски) прекращают свое действие. При этом риск «Смерть по любой причине» прекращает свое действие с даты признания Страховщиком наступившего события по рискам «Лечение онкологического заболевания» или «Лечение критического заболевания» страховым случаем, а риск «Дожитие» прекращает свое действие по истечении 30 календарных дней с даты признания Страховщиком наступившего события по рискам «Лечение

онкологического заболевания» или «Лечение критического заболевания» страховым случаем. В случае смерти Застрахованного в течение вышеуказанных 30 календарных дней, Страхователю осуществляется выплата выкупной суммы в объеме, предусмотренном Договором, при этом размер выкупной суммы определяется на дату наступления события, признанного страховым. Договор в отношении рисков «Лечение онкологического заболевания», «Лечение критического заболевания», «Госпитализация в результате онкологического заболевания», «Госпитализация в результате критического заболевания» продолжают свое действие до даты его окончания.

Если иное не предусмотрено Договором, по Варианту Б наступление страхового события по риску «Лечение онкологического заболевания» или «Лечение критического заболевания» освобождает Страхователя от уплаты страховых взносов по Договору страхования, следующих за датой признания Страховщиком данного события страховым случаем.

Если в Договоре не указан вариант условий действия Договора при наступлении риска «Лечение онкологического заболевания» или «Лечение критического заболевания», то установленным считается вариант А.

9.4. При наступлении страхового случая, связанного с наступлением события, указанного в п. 5.2.г или п. 5.2.д Правил, страховая выплата производится в размере 100% страховой суммы по рискам «Онкологическое заболевание» или «Критическое заболевание», установленной для Застрахованного.

Выплата по рискам «Онкологическое заболевание» и «Критическое заболевание» производится, если Застрахованный жив по истечении 30 календарных дней (период выживания) с момента установления диагноза критического заболевания или получения направления на хирургическую операцию, предусмотренных Договором, если иное не установлено Договором. В случае смерти Застрахованного до окончания указанного периода, выплата по рискам «Онкологическое заболевание» и «Критическое заболевание» не производится, если иное не установлено Договором.

При наступлении страхового случая, связанного с наступлением события, указанного в п. 5.2.г или п. 5.2.д Правил, Договор прекращает свое действие с даты исполнения Страховщиком в полном объеме своих обязательств в связи с данным страховым случаем в соответствии с Правилами.

При этом риски «Смерть по любой причине» и «Дожитие» (если Договором предусмотрены данные риски) прекращают свое действие с даты признания Страховщиком наступившего события по рискам, указанным в п. 5.2.г или п. 5.2.д Правил, страховым случаем.

9.5. При наступлении страхового случая, связанного с наступлением события, указанного в п. 5.2.е или 5.2.ж Правил, страховая выплата производится на следующих условиях:

9.5.1. Страховая выплата рассчитывается исходя из 0,3% от страховой суммы по риску «Госпитализация в результате критического заболевания» или по риску «Госпитализация в результате онкологического заболевания» за каждый день госпитализации течение срока страхования, начиная с первого дня госпитализации, но не более, чем

за 60 (шестьдесят) дней по одному страховому случаю, если Договором не предусмотрено иное ограничение количества дней. Страховщик вправе при заключении Договора установить отложенный период, при этом, соответственно, указанный период госпитализации при расчете оплаты госпитализации не учитывается.

9.5.2. Страховая выплата по риску «Госпитализация в результате критического заболевания» или по риску «Госпитализация в результате онкологического заболевания» осуществляется в соответствии с п. 9.5.1 Правил, при этом день поступления и день выписки в сумме считаются 1 (одним) днем госпитализации. При наличии в Договоре отложенного периода дни госпитализации, подлежащие учету при расчете страховой выплаты, рассчитываются как разность между общим количеством дней

госпитализации с учетом вышеуказанного в настоящем подпункте ограничения и количеством дней, составляющих отложенный период.

9.5.3. Страховая выплата осуществляется при госпитализации Застрахованного в результате лечения критического заболевания или проведения ему одной из хирургических операций, определенных Списком критических заболеваний, при условии признания Страховщиком данных заболеваний или операций страховым случаем по Договору.

9.6. При наступлении страхового случая, связанного с наступлением события, указанного в п. 5.2.з Правил, страховая выплата производится в размере 100% страховой суммы по риску «Дожитие», установленной для Застрахованного.

10. ПОРЯДОК ОСУЩЕСТВЛЕНИЯ СТРАХОВЫХ ВЫПЛАТ

10.1. Страховая выплата производится при наступлении страхового случая лицу, имеющему право на ее получение согласно Договору, независимо от сумм, причитающихся ему по другим договорам страхования, а также по обязательному социальному страхованию, социальному обеспечению и в порядке возмещения вреда.

По риску, указанному в п. 5.2.а Правил, страховая выплата производится Выгодоприобретателю по риску «Смерть по любой причине» на основании письменного заявления Выгодоприобретателя и документов, указанных в п. 10.2 Правил, подтверждающих факт наступления страхового случая.

По рискам, указанным в п. 5.2.б, п. 5.2.в Правил, страховая выплата производится в адрес Сервисной организации или в адрес медицинской организации. Страховая выплата осуществляется Страховщиком на основании письменного заявления Застрахованного и документов, указанных в п. 10.2 Правил, подтверждающих факт наступления страхового случая.

По рискам, указанным в п. 5.2.г – 5.2.з Правил, страховая выплата производится Застрахованному, если иное не предусмотрено Договором. Страховая выплата осуществляется Страховщиком на основании письменного заявления Застрахованного и документов, указанных в п. 10.2 Правил, подтверждающих факт наступления страхового случая.

Диагноз, поставленный Застрахованному, считается достоверным в том случае, если он поставлен имеющим на это право медицинским работником на основании характерных объективных симптомов (признаков).

Если при наступлении страхового случая по рискам, указанным в п. 5.2.г, п. 5.2.д и п. 5.2.з Правил, Застрахованный умер, не успев предоставить Страховщику письменное заявление на страховую выплату, страховая выплата по данному событию не осуществляется.

10.2. Для признания Страховщиком случая страховым и получения страховой выплаты/организации оплаты лечения Застрахованный (законный представитель Застрахованного, Выгодоприобретатель, Страхователь) должен предоставить Страховщику следующие документы, подтверждающие факт наступления страхового случая, если Договором не установлен сокращенный перечень документов:

а) в связи со смертью Застрахованного:

- оригинал Договора (полиса) (для Договоров индивидуального страхования);
- письменное заявление Выгодоприобретателя на страховую выплату с подробным описанием обстоятельств смерти Застрахованного;
- письменное заявление Выгодоприобретателя с указанием полных банковских реквизитов (если страховая выплата осуществляется на расчетный счет);
- оригинал свидетельства о смерти Застрахованного или его нотариально заверенная копия;
- оригинал или нотариально заверенная копия справки о смерти из ЗАГСа с указанием установленной причины смерти или копия заключительной части акта судебно-медицинской экспертизы с результатами судебно-химических, судебно-биологических, гистологических исследований, заверенная должностным лицом и печатью МВД или прокуратуры;
- копия Акта о несчастном случае на производстве (форма Н1), заверенная сотрудником отдела кадров/управления персоналом либо уполномоченным лицом Страхователя (с приложением документов, подтверждающих данные полномочия) и печатью отдела кадров/управления персоналом;
- оригинал документа (Постановление о возбуждении/отказе в возбуждении уголовного дела; справка о ДТП с приложениями по форме, утвержденной действующим законодательством РФ/нормативными актами; решение судебного органа; справка МЧС), выданного соответствующим органом МВД, МЧС, прокуратуры, суда, в пределах компетенции которого находится установление факта и обстоятельств соответствующего события, или копия документа, заверенного должностным лицом и печатью МВД, МЧС, прокуратуры (в случае необходимости, а именно: ДТП, авиакатастрофы, железнодорожной катастрофы, происшествия на водном транспорте, пожар, противоправные действия);
- оригинал распоряжения Застрахованного о том, кого он назначил получателем страховой выплаты в случае своей смерти или оригинал (нотариально заверенная копия) свидетельства о праве на наследство, выданный нотариусом;

- копия документа (паспорт или документ, его заменяющий), удостоверяющего личность получателя страховой выплаты, с отметкой о месте его регистрации.

б) в связи с диагностированием и лечением критического заболевания или направлением на хирургическую операцию в соответствии с рисками «Лечение онкологического заболевания» и «Лечение критического заболевания», включая госпитализацию:

- копия Договора (полиса) (для Договоров индивидуального страхования);

- письменное заявление Застрахованного с подробным описанием хронологии событий и обстоятельств, повлекших за собой установления диагноза критического заболевания, направление на хирургическую операцию либо послуживших причиной госпитализации Застрахованного;

- документы (оригинал выписки из медицинской карты и/или оригинал выписного эпикриза и/или заверенная уполномоченным должностным лицом медицинского учреждения копия медицинской карты (карт) Застрахованного), подтверждающие заболевание или направление Застрахованного на операцию, обладающих признаками страхового случая, а также подтверждающих тот факт, что диагноз заболевания установлен и/или операция назначена впервые в период действия договора страхования в отношении Застрахованного. В документах должны содержаться: подробный анамнез жизни и заболевания, диагноз, установленный специалистом и подтвержденный общепринятыми в медицинской практике методами исследований, результаты всех проведенных диагностических исследований (лабораторные, клинические, гистологические, радиологические исследованиями), проведенное лечение;

- материалы для гистологического исследования (где это применимо);

- оригинал заключения врача-специалиста в предметной области (например, онколога, гематолога, кардиолога, невролога, трансплантолога и т.п.) с указанием диагноза;

- оригинал медицинского заключения о назначении Застрахованному медицинских препаратов, копии соответствующих рецептов и оригиналы документов, подтверждающие их покупку (чеки, квитанции и т.д.).

По требованию Сервисной организации Застрахованный (законный представитель Застрахованного, Выгодоприобретатель, Страхователь) может предоставить сканированные копии вышеуказанных документов (где это применимо).

в) в связи с диагностированием критического заболевания или направлением на хирургическую операцию в соответствии с рисками «Онкологическое заболевание» и «Критическое заболевание»:

- копия Договора (полиса) (для Договоров индивидуального страхования);

- письменное заявление Застрахованного на страховую выплату с подробным описанием обстоятельств, повлекших за собой установления диагноза или направление на операцию. При наличии в Договоре периода выживания заявление предоставляется Застрахованным по окончании данного периода;

- письменное заявление Застрахованного с указанием полных банковских реквизитов (если страховая выплата осуществляется на расчетный счет);

- документы (оригинал выписки из медицинской карты и/или оригинал выписного эпикриза и/или заверенная уполномоченным должностным лицом медицинского учреждения (с приложением документов, подтверждающих данные полномочия) и печатью медицинского учреждения копия медицинской карты (карт) Застрахованного), подтверждающие заболевание или направление Застрахованного на операцию, обладающих признаками страхового случая, а также подтверждающих тот факт, что диагноз заболевания установлен и/или операция назначена впервые в период действия договора страхования в отношении Застрахованного. В документах должны содержаться: подробный анамнез жизни и заболевания, диагноз, установленный специалистом и подтвержденный общепринятыми в медицинской практике методами исследований, результаты всех проведенных диагностических исследований (лабораторные, клинические, гистологические, радиологические исследованиями), проведенное лечение;

- копия документа, удостоверяющий личность получателя страховой выплаты (паспорт или документ, его заменяющий), с отметкой о месте его регистрации;

г) связи с дожитием Застрахованного до даты окончания срока страхования;

Для получения страховой выплаты по риску «Дожитие» Застрахованный обязан:

- представить Страховщику оригинал Договора (полиса) и заявление на получение страховой выплаты с указанием полных банковских реквизитов (если страховая выплата осуществляется на расчетный счет);

- представить Страховщику оригинал/нотариально заверенную копию документа (паспорт или документ, его заменяющий), удостоверяющего личность Застрахованного, с отметкой о месте его регистрации;

- заполнить анкету по форме Страховщика, если это необходимо во исполнение законодательства РФ.

10.3. Во всех справках и выписках из медицинских учреждений обязательно должен быть указан диагноз, полные ФИО Застрахованного, дата рождения / возраст Застрахованного, а также должны быть проставлены печать и штамп медицинского учреждения.

В случае если Застрахованным является малолетний, и право на получение страховой выплаты имеют его родители, усыновитель либо опекун, то также должны быть предоставлены документы, подтверждающие право на получение страховой выплаты заявителем (копия Свидетельства о рождении малолетнего получателя выплаты, нотариально заверенные копии документов об опекунстве / усыновлении).

В случае если Застрахованным является недееспособный, и право на получение страховой выплаты имеет его опекун, то также должны быть предоставлены документы, подтверждающие право на получение страховой выплаты заявителем (нотариально заверенные копии документов об опекунстве).

В случае если Застрахованный доверяет получение страховой выплаты третьему лицу, то также должен быть предоставлен оригинал или нотариально заверенная копия доверенности с правом получения страховой выплаты.

Все документы, предусмотренные настоящим разделом и предоставляемые Страховщику в связи со страховыми выплатами по рискам, указанным в п. 5.2.а, 5.2.г – 5.2.з Правил, должны быть составлены на русском языке. При этом если предоставляемые Страховщику документы выданы на территории иностранного государства, то они должны быть надлежащим образом легализованы, в т.ч. иметь апостиль (если применимо) и/или нотариально заверенный перевод. В случае предоставления документов, которые не могут быть прочтены в связи с особенностями почерка врача или сотрудника компетентного органа, а также вследствие нарушения целостности документа, Страховщик вправе отложить решение по заявленному событию до предоставления документов надлежащего качества.

10.4. Если по предоставленным документам установить факт наличия страхового случая либо его отсутствия не представляется возможным, а также для выяснения состояния здоровья Застрахованного на дату начала страхования, Страховщик вправе запросить дополнительные документы в соответствии с п. 10.15 Правил, не предусмотренные п. 10.2 Правил, у Страхователя, Застрахованного, правоохранительных органов, медицинских учреждений и других предприятий и организаций, располагающих информацией об обстоятельствах страхового случая.

Если Застрахованным/Страхователем представлены не все документы, указанные в п. 10.2 Правил, то Страховщик вправе принять решение по заявленному случаю на основании представленных документов при условии, что таких документов достаточно для установления факта наличия/отсутствия страхового случая и размера страховой выплаты.

10.5. В случае сомнений в подлинности и/или достоверности, а также достаточности документов, представленных Страхователем (Застрахованным) в связи с наступлением события, имеющего признаки страхового случая, Страховщик вправе направить Застрахованного на повторные лабораторные и инструментальные исследования (включая ультразвуковые исследования, рентгенологические и иные методы лучевой диагностики), повторные медицинские осмотры, осуществляемые врачами различных специальностей. Указанные исследования и медицинские осмотры проводятся врачами, назначенными Страховщиком, в местах, обозначенных Страховщиком, и за его счет.

Застрахованный, Выгодоприобретатели и Страхователь обязаны предоставить Страховщику или его представителю свободный доступ к информации, имеющей отношение к страховому случаю.

10.6. В случае если Страховщиком были запрошены в соответствии с п. 10.4 Правил дополнительные документы, необходимые для установления факта наступления страхового случая, а также при обстоятельствах, указанных в п. 10.5 Правил, срок принятия решения по заявленному случаю приостанавливается до даты получения Страховщиком дополнительных документов и/или до даты окончания проверки.

В случае если дополнительные документы запрошены Страховщиком у Страхователя или компетентных органов, Страховщик в течение 15 (пятнадцати) рабочих дней с даты получения документов, указанных в п. 10.2 Правил, и дополнительно запрошенных Страховщиком у Застрахованного/Страхователя документов (результатов

проверки) в соответствии с п.п. 10.4, 10.5 Правил (если таковые были запрошены), информирует лицо, претендующее на страховую выплату, об отсрочке рассмотрения.

10.7. При принятии решения о признании случая нестраховым, отказе (отсрочке) выплаты, Страховщик в письменной форме и со ссылками на пункты Правил информирует об этом лицо, претендующее на организацию лечения/проведение операции или страховую выплату (где это применимо), в течение 15 (пятнадцати) рабочих дней со дня получения документов, указанных в п. 10.2 Правил, а также документов (результатов проверки), дополнительно запрошенных Страховщиком в соответствии с п.п. 10.4, 10.5 Правил (если таковые были запрошены).

10.8. Страховщик не вправе отказать в страховой выплате по основаниям, не предусмотренным федеральным законом или Договором.

10.9. При принятии Страховщиком положительного решения о страховой выплате Застрахованному или Выгодоприобретателю по рискам, указанным в п. 5.2.а, 5.2.г – 5.2.з Правил, данная выплата осуществляется в течение 15 (пятнадцати) рабочих дней с момента получения документов, указанных в п. 10.2 Правил, подтверждающих факт наступления события, обладающего признаками страхового случая, а также документов (результатов проверки), дополнительно запрошенных Страховщиком в соответствии с п.п. 10.4, 10.5 Правил (если таковые были запрошены). Днем выплаты считается день списания средств с расчетного счета Страховщика или выдачи их из кассы Страховщика (подписания Страховщиком платежного кассового ордера).

10.10. По рискам «Лечение онкологического заболевания» и «Лечение критического заболевания» в случае, если установленный Застрахованному диагноз или рекомендуемая ему операция соответствуют определениям, предусмотренным Правилами, и соответствующее лечение или операция являются необходимыми с медицинской точки зрения, а также в случае признания Страховщиком случая страховым согласно данным Правилам и условиям Договора, Сервисная организация предлагает Застрахованному на выбор не менее трех лечебных учреждений (на территории России или за её пределами, по желанию Застрахованного) для прохождения соответствующего лечения и/или проведения ему соответствующей операции.

Получив заключение Сервисной организации о признании случая страховым, Застрахованный имеет право в течение трех месяцев с даты направления ему данного заключения выбрать одно из предложенных ему лечебных учреждений для лечения диагностированного критического заболевания/проведения рекомендованной хирургической операции, либо отказаться от лечения/проведения операции или предложенных ему лечебных учреждений.

При неполучении Страховщиком письменного заявления-согласия Застрахованного на предложенное ему лечение/проведение операции в течение трех месяцев с даты направления ему заключения и предложений от Сервисной организации, Договор не прекращается, но заключение Сервисной организации признается утратившим силу, и воспользоваться данными предложениями Сервисной организации по организации лечения Застрахованный не имеет права.

Новое предложение от Сервисной организации может быть направлено Застрахованному только после получения от него Страховщиком соответствующего письменного заявления, а также после предоставления Застрахованным последних результатов анализов и тестов, заключений экспертов и т.п. – на усмотрение Сервисной организации, с учетом особенностей первоначально подтвержденного диагноза, стадии заболевания и особенностей предполагаемого лечения. При этом Сервисная организация вправе предложить иной план лечения и иной набор лечебных учреждений.

10.11. Страховые выплаты по рискам, указанным в п. 5.2.а, 5.2.г – 5.2.з Правил, осуществляются в российских рублях, за исключением случаев, предусмотренных действующим законодательством, в том числе валютным законодательством РФ и принятыми в соответствии с ним нормативными правовыми актами органов валютного регулирования.

По Договорам страхования с валютным эквивалентом страховые выплаты осуществляются в российских рублях по курсу ЦБ РФ, установленному для данной иностранной валюты на дату выплаты (перечисления).

По требованию получателя выплаты, не являющегося резидентом РФ, страховая выплата может быть произведена в иностранной валюте в порядке, предусмотренном валютным законодательством РФ и принятыми в соответствии с ним нормативными правовыми актами валютного регулирования.

10.12. Страховая выплата по рискам, указанным в п. 5.2.а, 5.2.г – 5.2.з Правил, может быть произведена либо наличными деньгами из кассы Страховщика, либо путем перечисления на банковский счет получателя или иным способом по согласованию сторон. Способ осуществления страховой выплаты определяется в соответствии с действующим законодательством РФ.

10.13. Если Застрахованный, подавший заявление на страховую выплату, умирает, не получив причитающуюся ему страховую выплату, право на получение страховой выплаты переходит к Выгодоприобретателю по Договору.

10.14. Страховая выплата может быть произведена представителю Застрахованного по доверенности, оформленной в установленном законом порядке.

10.15. Перечень документов, которые могут быть дополнительно запрошены Страховщиком для установления факта страхового случая:

- заверенная уполномоченным должностным лицом медицинского учреждения (с приложением документов, подтверждающих данные полномочия) и печатью медицинского учреждения копия медицинской карты Застрахованного;

- заверенная уполномоченным должностным лицом медицинского учреждения (с приложением документов, подтверждающих данные полномочия) и печатью медицинского учреждения копия журнала приемного отделения / травматологического пункта;

- заверенная уполномоченным должностным лицом станции скорой медицинской помощи и печатью станции скорой медицинской помощи копия карты вызова скорой медицинской помощи;

- заверенная уполномоченным должностным лицом бюро МСЭ и печатью бюро МСЭ копия направления на медико-социальную экспертизу;

- данные лабораторных и диагностических исследований (рентгеновские снимки – оригиналы; заключение врача-рентгенолога – оригинал; КТ – оригинал снимков, оригинал протокола с заключением; МРТ – оригинал снимков, оригинал протокола с заключением; ЭКГ – заверенная должностным лицом ЛПУ (главный врач, заместитель главного врача по лечебной работе, заместитель главного врача по КЭР (клинико-экспертной работе), председатель врачебной комиссии, начальник медицинской части) и печатью ЛПУ копия с заключением; ЭЭГ – заверенная уполномоченным должностным лицом ЛПУ и печатью ЛПУ копия с заключением; ЭхоЭГ – заверенная уполномоченным должностным лицом ЛПУ и печатью ЛПУ копия с заключением; РЭГ – заверенная уполномоченным должностным лицом ЛПУ и печатью ЛПУ копия с заключением; анализы / исследования физиологических жидкостей – заверенная уполномоченным должностным лицом ЛПУ и печатью ЛПУ копия; цитологическое / гистологическое / морфологическое исследование – заверенная уполномоченным должностным лицом ЛПУ (с приложением документов, подтверждающих данные полномочия) и печатью ЛПУ копия; и т.п.);

- заверенная сотрудником отдела кадров / управления персоналом и печатью отдела кадров/управления персоналом копия Акта о несчастном случае на производстве;

- заверенная уполномоченным должностным лицом МВД / прокуратуры и печатью МВД / прокуратуры копия акта судебно-медицинской экспертизы (исследования) с результатами судебно-химических и иных проведенных исследований;

- заверенная уполномоченным должностным лицом МВД и печатью МВД копия справки о ДТП по форме (с приложениями), утвержденной действующим Законодательством РФ/нормативными актами;

- оригинал или заверенная уполномоченным должностным лицом МВД и печатью МВД копия документа, содержащего подробную информацию об обстоятельствах произошедшего с Застрахованным события и результатах (в том числе окончательных) расследования;

- заверенная судом копия решения суда;

- копия ПТС;

- копия водительского удостоверения;

- письменная информация и разъяснения от организаций / учреждений, имеющих сведения о событии, обладающем признаками страхового;

- письменное объяснение Застрахованного / Выгодоприобретателя по вопросам, возникшим в ходе рассмотрения предоставленных документов по заявленному событию, обладающему признаками страхового;

- копия заявления на страхование (для Договоров индивидуального страхования);

- копия квитанции / платежного поручения об уплате страховой премии / страховых взносов (для Договоров индивидуального страхования);

- копия лицензии на осуществление медицинской деятельности.

11. Участие Страхователя в инвестиционном доходе Страховщика

11.1. Договор может предусматривать участие Страхователя в инвестиционном доходе Страховщика. Данная возможность указывается в Договоре при его заключении. Договор может предусматривать участие Страхователя в инвестиционном доходе только в случае наличия в Договоре риска, указанного в п. 5.2 з Правил (риск «Дожитие»).

11.2. По итогам истекшего календарного года Страховщик может объявить норму доходности, используемую для расчета дополнительного инвестиционного дохода за прошедший страховой год. Дополнительный инвестиционный доход рассчитывается на 31 декабря каждого года после объявления нормы доходности. Рассчитанная сумма инвестиционного дохода остается неизменной до момента расчета инвестиционного дохода на следующий период.

11.3. Расчет дополнительного инвестиционного дохода на этапе накопления производится по следующей формуле (для всех случаев, кроме первого года действия Договора, оплаченного единовременно):

$${}_{k+1}B = {}_kV(j - i) + {}_kB(1 + j),$$

где k – порядковый номер года,

${}_{k+1}B$ – размер рассчитываемого дополнительного инвестиционного дохода,

${}_kV$ – гарантированная выкупная сумма на начало $(k + 1)$ -го календарного года или гарантированная выкупная сумма на последнюю оплаченную по Договору дату, если последняя оплаченная дата предшествует дате начала $(k + 1)$ -го календарного года,

j – объявленная дополнительная норма доходности,

i – гарантированная норма доходности по Договору,

${}_kB$ – дополнительный инвестиционный доход на начало $(k + 1)$ -го календарного года (предыдущий рассчитанный дополнительный инвестиционный доход).

При условии, что Договор оплачен единовременно и дополнительный инвестиционный доход рассчитывается на 31 декабря того же года, в котором заключен данный Договор, расчет дополнительного инвестиционного дохода производится по следующей формуле:

$${}_1B = {}_0V(j - i)t,$$

где ${}_1B$ – размер рассчитываемого дополнительного инвестиционного дохода,

${}_0V$ – гарантированная выкупная сумма по Договору на начало срока страхования,

j – объявленная дополнительная норма доходности,

i – гарантированная норма доходности по Договору,

t – период (в годах), прошедший с начала срока страхования до даты расчета дополнительного инвестиционного дохода.

На этапе выплаты аннуитета расчет дополнительного инвестиционного дохода производится по следующей формуле (для всех периодов, кроме года, в котором началась выплата аннуитета):

$${}_{k+1}B = {}_{k+1}V(j - i) + {}_kB(1 + j),$$

где k – порядковый номер года,

${}_{k+1}B$ – размер рассчитываемого дополнительного инвестиционного дохода,

${}_{k+1}V$ – математический резерв на конец $(k + 1)$ -го календарного года, рассчитанный с использованием гарантированной нормы доходности,

j – объявленная дополнительная норма доходности,

i – гарантированная норма доходности по Договору,

${}_kB$ – дополнительный инвестиционный доход на начало $(k + 1)$ -го календарного года (предыдущий рассчитанный дополнительный инвестиционный доход).

На этапе выплаты аннуитета для года, в котором началась выплата аннуитета, расчет дополнительного инвестиционного дохода производится по следующей формуле:

$$B = {}_1V(j - i)t,$$

где ${}_1B$ – размер рассчитываемого дополнительного инвестиционного дохода,

${}_1V$ – математический резерв по Договору на конец года, в котором началась выплата аннуитета,

j – объявленная дополнительная норма доходности,

i – гарантированная норма доходности по Договору,

t – период (в годах), прошедший с начала срока страхования до даты расчета дополнительного инвестиционного дохода.

11.4. Если страховая премия по Договору оплачивается в рассрочку, то дополнительный инвестиционный доход начисляется при условии, что Договор действовал на начало календарного года, для которого производится расчет дополнительного инвестиционного дохода. Если страховая премия по Договору оплачивается единовременно, то дополнительный инвестиционный доход начисляется при условии, что Договор действовал на конец календарного года, для которого производится расчет дополнительного инвестиционного дохода.

11.5. Дополнительный инвестиционный доход учитывается при осуществлении страховых выплат по риску «Дожитие», а также по риску «Смерть по любой причине» (если данный риск указан в Договоре), а также при выплате выкупных сумм.

12. ПРЕКРАЩЕНИЕ ДОГОВОРА

12.1. Договор прекращается в случае:

- а) истечения срока действия Договора;
- б) исполнения Страховщиком своих обязательств по Договору в полном объеме, при наличии страховых случаев в течение срока страхования;

в) расторжения Договора по инициативе Страховщика в соответствии с настоящими Правилами и/или Договором;

г) расторжения Договора по соглашению между Страхователем и Страховщиком;

д) если после вступления Договора в силу возможность наступления страхового случая отпала, и существование

страхового риска прекратилось по обстоятельствам иным, чем страховой случай (п. 1 ст. 958 ГК РФ);

е) в других случаях, предусмотренных законодательством РФ, Правилами и/или Договором.

12.2. Договор досрочно прекращается при ликвидации Страхователя – юридического лица или смерти Страхователя – физического лица, в случае, если Застрахованный не принял на себя исполнение обязанностей Страхователя по уплате страховых взносов. При этом Договор не прекращается, и Страховщик не освобождается от исполнения своих обязанностей по Договору, если обязанности Страхователя по уплате страховых взносов выполнены в полном объеме.

12.3. Страхователь вправе отказаться от Договора в любое время, если к моменту отказа возможность наступления страхового случая не отпала по обстоятельствам иным, чем страховой случай.

Страховщик вправе предложить Страхователю осуществить перемену лиц в обязательстве из Договора. Перемена лиц в обязательстве из Договора оформляется трехсторонним соглашением между Страховщиком, первоначальным и новым Страхователями. Такое соглашение является возмездным, если оно заключается между юридическими лицами, о чем указывается в тексте самого соглашения. Возмездный характер соглашения между физическими лицами может быть предусмотрен по соглашению сторон.

12.4. Договор может быть досрочно прекращен по требованию Страховщика в случае неисполнения Страхователем обязанностей по Договору, в том числе, в случае неуплаты страховых взносов в установленные Договором сроки. Дата досрочного прекращения Договора указывается в уведомлении, направляемом Страховщиком Страхователю.

12.5. При изменении условий Договора коллективного страхования, уменьшающих объем ответственности Страховщика (прекращение Договора в отношении конкретных Застрахованных, уменьшение страховых сумм) Страхователю производится возврат части уплаченной им страховой премии за данного(-ых) Застрахованного(-ых) пропорционально неистекшей части оплаченного периода страхования и/или учитывается при последующих взаиморасчетах.

В случае последующего увеличения ответственности Страховщика по Договору (включение в Договор новых Застрахованных, увеличение страховых сумм) Страхователь производит доплату пропорционально увеличенной ответственности на основании предоставленных Страховщиком расчетов новой страховой премии (страховых взносов) по Договору.

12.6. Если на дату окончания срока страхования по Договору, предусматривающего страховое покрытие по рискам «Лечение онкологического заболевания» или «Лечение критического заболевания» и включающего риск «Дожитие», со сроком действия Договора от 5 лет и выше, Застрахованный находится в процессе получения лечения в рамках исполнения Договора либо Застрахованному Страховщиком/Сервисной организацией выдано предварительное медицинское свидетельство, ответственность Страховщика и Сервисной организации по рискам «Лечение онкологического заболевания» и «Лечение критического заболевания» продлевается на 1 год

со дня окончания срока страхования по Договору, если иной срок не предусмотрен Договором.

12.7. Особые условия отказа Страхователя – физического лица от Договора.

12.7.1. Страхователь – физическое лицо в дополнение к условиям о досрочном расторжении Договора, указанным в настоящих Правилах, вправе досрочно отказаться от Договора в течение 5 (пяти) рабочих дней со дня его заключения независимо от момента уплаты страховой премии, при отсутствии в данном периоде событий, имеющих признаки страхового случая. Договором может быть предусмотрен иной срок, но не менее 5 (пяти) рабочих дней со дня его заключения. Если в Договоре не указан иной срок, то по умолчанию он составляет 5 (пять) рабочих дней со дня заключения Договора.

12.7.2. В случае если Страхователь отказался от Договора в срок, указанный в п. 12.7.1 Правил, и до даты возникновения обязательств Страховщика по заключенному Договору (далее – дата начала действия страхования), уплаченная страховая премия подлежит возврату Страховщиком Страхователю в полном объеме.

12.7.3. В случае если Страхователь отказался от Договора в срок, указанный в п. 12.7.1 Правил, но после даты начала действия страхования, Страховщик при возврате уплаченной страховой премии Страхователю удерживает её часть пропорционально сроку действия Договора, прошедшему с даты начала действия страхования до даты прекращения действия Договора, если иное не предусмотрено Договором.

12.7.4. При досрочном прекращении Договора в порядке, предусмотренном п. 12.7 Правил, Договор считается прекратившим свое действие с даты получения Страховщиком письменного заявления Страхователя об отказе от Договора или иной даты, установленной по соглашению сторон, но не позднее срока, определенного п. 12.7.1 Правил.

12.7.5. Возврат страховой премии Страхователю в соответствии с п. 12.7 Правил по выбору Страхователя производится наличными деньгами или в безналичном порядке в срок, не превышающий 10 (десять) рабочих дней со дня получения письменного заявления Страхователя об отказе от Договора.

12.7.6. Действие п. 12.7 Правил не распространяется на договоры страхования, Страхователями по которым являются физические лица – предприниматели, заключаемые в связи с осуществлением такими Страхователями предпринимательской деятельности, а также на осуществление добровольного страхования, являющегося обязательным условием допуска физического лица к выполнению профессиональной деятельности в соответствии с законодательством Российской Федерации.

12.8. Момент прекращения (расторжения) Договора.

12.8.1. Для Договора, не включающего риск «Дожитие» или включающего риск «Дожитие», но не предусматривающий выплату выкупной суммы и дополнительного инвестиционного дохода:

В случае прекращения Договора по основаниям, предусмотренным пунктом 12.3 Правил, Договор считается прекращенным с момента подачи Страхователем соответствующего заявления Страховщику.

В случае расторжения Договора по основанию, предусмотренному подпунктом «г» пункта 12.1 Правил,

Договор считается расторгнутым с момента подписания сторонами соглашения, если иного не установлено сторонами в таком соглашении.

В случае прекращения Договора по основанию, предусмотренному подпунктом «д» пункта 12.1 Правил, Договор считается прекращенным с даты, когда возможность наступления страхового случая отпала и существование страхового риска прекратилось по обстоятельствам иным, чем страховой случай.

В случае прекращения Договора страхования по основанию, предусмотренному подпунктом «б» пункта 12.1 Правил, Договор считается прекращенным с даты осуществления соответствующей страховой выплаты или окончанием лечения/проведения операции в соответствии с условиями Договора.

В случае расторжения Договора страхования по основанию, предусмотренному подпунктом «е» пункта 12.1 Правил, Договор считается расторгнутым с момента наступления соответствующего события, если иного не установлено соответствующим документом, подтверждающим расторжение Договора.

12.8.2. Для Договора, включающего риск «Дожитие» и предусматривающего выплату выкупной суммы и дополнительного инвестиционного дохода, Договор считается

прекращенным с даты выплаты Страховщиком выкупной суммы и дополнительного инвестиционного дохода.

12.9. Если иное не установлено Договором, при досрочном прекращении Договора, не включающего риск «Дожитие» или включающего риск «Дожитие», но не предусматривающий выплату выкупной суммы и дополнительного инвестиционного дохода, по обстоятельствам, указанным в п. 12.1 – 12.4 Правил, оплаченная страховая премия (страховые взносы) по Договору считается полностью заработанной Страховщиком и возврату Страхователю не подлежит, за исключением случаев, указанных в п. 12.7 Правил.

12.10. В случае досрочного прекращения Договора, включающего риск «Дожитие» и предусматривающего выплату выкупной суммы и дополнительного инвестиционного дохода, Страхователю осуществляется выплата выкупной суммы и дополнительного инвестиционного дохода по Договору.

12.11. Возврат страховой премии (взносов) производится в срок, не превышающий 10 (десять) рабочих дней с даты поступления Страховщику соответствующего письменного требования Страхователя, если иного не предусмотрено соглашением сторон и/или Договором.

13. ВЫКУПНАЯ СУММА

13.1. Выкупная сумма выплачивается Страховщиком в случае досрочного прекращения (расторжения) Договора, в случае смерти Застрахованного в течение срока страхования, не являющейся страховым случаем (в результате событий, перечисленных в п. 6.1.1 Правил), а также в случае смерти Застрахованного по обстоятельствам, указанным в п. 9.3 Правил.

13.2. Наличие или отсутствие выкупной суммы, размер выкупной суммы или порядок её определения устанавливаются в Договоре по соглашению сторон.

13.3. Выкупная сумма, если возможность ее получения предусмотрена Договором, выплачивается в пределах страхового резерва, сформированного Страховщиком для выполнения своих обязательств по Договору.

13.4. В случае расторжения Договора по заявлению Страхователя при условии, что Застрахованный (или иное лицо) не принял на себя исполнение обязанностей Страхователя, или по инициативе Страховщика в связи с неисполнением Страхователем своих обязанностей по Договору, выкупная сумма выплачивается Страхователю.

13.5. В случае прекращения Договора в связи со смертью Застрахованного, не являющейся страховым случаем, если Застрахованный является Страхователем, выкупная сумма выплачивается наследникам Страхователя.

13.6. В случае смерти Страхователя выкупная сумма выплачивается наследникам Страхователя, если наследниками заявлено требование о прекращении Договора. Договор не прекращается и выкупная сумма не

выплачивается, если Застрахованный или другое лицо принимает на себя обязательства Страхователя по Договору. Перемена лиц в обязательстве из Договора оформляется соглашением между Страховщиком, Застрахованным и новым Страхователем. Такое соглашение оформляется в порядке, установленном п. 12.3 Правил.

13.7. Выкупная сумма выплачивается в течение 10 (десяти) рабочих дней со дня получения Страховщиком заявления о расторжении Договора, если Договор прекращается по требованию Страховщика или Страхователя (наследников Страхователя), либо, если Договор прекращается в связи со смертью Застрахованного, не являющейся страховым случаем, либо, если Договор прекращается по обстоятельствам, указанным в п. 9.3 Правил – со дня получения Страховщиком заявления установленной формы, копии свидетельства о смерти Застрахованного, документов, удостоверяющих личность получателя выкупной суммы и, если это будет необходимо, документов, подтверждающих вступление в права наследования.

13.8. По Договорам страхования с валютным эквивалентом выплата производится в рублях по курсу ЦБ РФ на дату выплаты (перечисления). По требованию получателя выплаты, не являющегося резидентом РФ, выплата может быть произведена в иностранной валюте в порядке, предусмотренном валютным законодательством РФ и принятыми в соответствии с ним нормативными правовыми актами валютного регулирования.

14. ПРАВА И ОБЯЗАННОСТИ СТОРОН. ОСНОВАНИЯ ОТКАЗА В СТРАХОВОЙ ВЫПЛАТЕ

14.1. Страхователь имеет право:
14.1.1. проверять соблюдение Страховщиком условий Договора;

14.1.2. получить любые разъяснения по Договору;
14.1.3. получить дубликат страхового полиса или Договора в случае утраты оригинала;

14.1.4. с письменного согласия Застрахованного назначить Выгодоприобретателя на случай смерти Застрахованного, а также с согласия Застрахованного заменить такого Выгодоприобретателя другим лицом до наступления предусмотренного Договором страхового случая;

14.1.5. с согласия Страховщика изменить условия Договора, касающиеся количества Застрахованных, размера страховой суммы, срока страхования, размера страховых взносов. Изменения, касающиеся размера страховой суммы, срока страхования, размера страховых взносов, возможны по Договорам, предусматривающим только риски «Онкологическое заболевание» или «Критическое заболевание» (если Страховщиком не согласованы изменения условий Договора, предусматривающего иные варианты комбинирования рисков). Все указанные изменения должны быть оформлены дополнительным соглашением к Договору;

14.1.6. досрочно прекратить Договор в соответствии с условиями, предусмотренными Договором и Правилами;

14.1.7. изменить состав Застрахованных, с письменного согласия Застрахованных и по согласованию со Страховщиком, исключив из списка одних Застрахованных и включив на их место других, при условии, что с исключаемыми Застрахованными в период действия Договора не происходило страховых случаев. Для этого Страхователь в письменной форме сообщает Страховщику необходимые данные о Застрахованных, как об исключаемых, так и о включаемых в список;

14.1.8. требовать от Страховщика разъяснения положений, содержащихся в Правилах и Договоре, расчетов изменения в течение срока действия Договора страховой суммы, расчетов страховой выплаты;

14.1.9. пользоваться иными правами, предусмотренными Договором, Правилами и законодательством РФ.

14.2. Страхователь обязан:

14.2.1. уплачивать страховую премию (страховые взносы) в размерах и в сроки, установленные в Договоре;

14.2.2. сообщать Страховщику достоверную информацию о Застрахованном и Выгодоприобретателе по требованию Страховщика;

14.2.3. незамедлительно сообщать Страховщику об изменениях в обстоятельствах, сообщенных Страховщику при заключении Договора, если эти изменения могут существенно повлиять на увеличение страхового риска (изменение обстоятельств признается существенным, когда они изменились настолько, что если бы стороны могли это разумно предвидеть, Договор не был бы заключен или был заключен на значительно отличающихся условиях); незамедлительно сообщать Страховщику об изменении фамилии, имени или отчества Застрахованного, изменении его адреса (в случае переезда), данных документа, удостоверяющего личность Застрахованного (в случае замены).

Факторами существенного увеличения степени страхового риска являются: смена профессиональной деятельности, увлечений Застрахованного, связанных с повышенным риском и/или которые могут привести к наступлению страхового случая, переезд (командировка) в другую страну или в другой климатический пояс на срок свыше 1 года, смена пола Застрахованного, инфицирование Застрахованного ВИЧ (вирусом иммунодефицита человека) или заболевание Застрахованного СПИДом (синдромом приобретенного иммунодефицита) или другим

аналогичным синдромом, за исключением случаев, когда указанные события в соответствии с условиями Договора признаются страховыми.

14.2.4. Сообщить Страховщику о наступлении события, обладающего признаками страхового случая не позднее 30 (тридцати) календарных дней после данного события или с момента устранения обстоятельств, препятствующих соблюдению этого срока, в том числе в случае обнаружения у Застрахованного ВИЧ-инфекции или СПИДа Застрахованный или Страхователь обязаны сообщить об этом Страховщику в течение 30 (тридцати) дней с даты обнаружения данной инфекции или заболевания.

14.2.5. При обращении за страховой выплатой предоставить Страховщику заявление на выплату, а также все необходимые документы в соответствии с разделом 10 Правил. Данная обязанность также распространяется на Застрахованного (его законного представителя) или Выгодоприобретателя в случае их обращения за выплатой;

14.2.6. предоставить Страховщику или его представителю свободный доступ к информации, имеющей отношение к страховому случаю;

14.2.7. сообщать Страховщику об изменении организационно-правовой формы или юридического адреса Страхователя – юридического лица;

14.2.8. возратить полученную страховую выплату в полном объеме, если в течение предусмотренных действующим законодательством РФ сроков исковой давности обнаружится такое обстоятельство, которое по закону или по настоящим Правилам полностью или частично лишает Застрахованного, Выгодоприобретателя в случае смерти Застрахованного права на получение страховой выплаты;

14.2.9. выполнять иные обязанности, предусмотренные Договором, Правилами и законодательством РФ.

14.3. Страховщик имеет право:

14.3.1. проверять сообщенную Страхователем, Застрахованным и Выгодоприобретателем информацию, а также выполнение ими условий Договора, в частности, вправе требовать предоставления еженедельного медицинского отчета о состоянии здоровья Застрахованного в случае его госпитализации;

14.3.2. отсрочить рассмотрение документов и страховую выплату до даты полной уплаты страховой премии (первого страхового взноса, если Договором предусмотрена рассрочка уплаты страховой премии), а также в случае, если у него возникли сомнения в праве Застрахованного на получение страховой выплаты, а именно:

а) до предоставления Застрахованным, Выгодоприобретателем, Страхователем всех необходимых документов, предусмотренных разделом 10 Правил;

б) до получения Страховщиком документов, запрашиваемых им в связи с заявлением о страховом случае, у учреждений и организаций, владеющих или обязанных владеть информацией о страховом случае;

в) до принятия решения компетентными органами, если по факту события, указанного в п. 5.2 Правил, возбуждено уголовное дело;

г) до тех пор, пока Застрахованный (его законный представитель), Выгодоприобретатель не представит Страховщику необходимые доказательства права на получение страховой выплаты (если у Страховщика имеются обоснованные сомнения в его праве на получение страховой выплаты);

14.3.3. признать событие нестраховым, если оно наступило в результате причин, перечисленных в п. 6.1 Правил (если в Договоре не указан иной перечень событий, которые не признаются страховыми), а также, если Страхователь (Застрахованный):

а) не сообщил об изменении рода занятий, новых увлечениях Застрахованного, если данное изменение явилось прямой или косвенной причиной наступления события, обладающего признаками страхового случая;

б) не предъявил документов и сведений, запрошенных Страховщиком в соответствии с положениями раздела 10 Правил и необходимых для установления причин, характера события, обладающего признаками страхового случая, и его связи с наступившими последствиями или представил заведомо ложные доказательства;

г) в случае неисполнения Страхователем (Застрахованным) обязанностей, предусмотренных Правилами и/или Договором;

14.3.4. потребовать признания Договора недействительным по основаниям, предусмотренным законодательством РФ, если после заключения Договора будет установлено, что Страховщику сообщены заведомо ложные, неполные или искаженные сведения о Застрахованном при заключении Договора. Все произошедшие события будут являться нестраховыми;

14.3.5. Страховщик вправе потребовать досрочного прекращения Договора в случае неисполнения Страхователем обязанностей по Договору, на основании, предусмотренном законодательством РФ, в том числе, в случае неуплаты страховых взносов в установленные Договором сроки, а также в случае обнаружения у Застрахованного ВИЧ-инфекции или СПИДа.

14.3.6. Страховщик вправе пользоваться иными правами, предусмотренными Договором, Правилами и законодательством РФ.

14.4. Страховщик обязан:

14.4.1. передать Страхователю Договор (полис) с приложением Правил не позднее 10 (десяти) рабочих дней с даты заключения Договора;

14.4.2. при наступлении страхового случая по рискам, указанным в п. 5.2.а, 5.2.г – 5.2.з Правил, произвести страховую выплату в срок не позднее 15 (пятнадцати)

рабочих дней после получения всех документов, предусмотренных п. 10.2 и п. 10.4 Правил;

14.4.3. в случае необходимости запроса дополнительных документов у Страхователя или компетентных органов для установления факта наступления страхового случая, в течение 15 (пятнадцати) рабочих дней с даты получения документов, указанных в п. 10.2 Правил, и дополнительно запрошенных Страховщиком у Застрахованного или Выгодоприобретателя в случае смерти Застрахованного документов (результатов проверки) согласно п.п. 10.4, 10.5 Правил, проинформировать лицо, претендующее на страховую выплату, об отсрочке рассмотрения;

14.4.4. при принятии решения о непризнании случая страховым, отказе (отсрочке) в выплате по рискам, указанным в п. 5.2.а, 5.2.г – 5.2.з Правил, в письменной форме проинформировать об этом лицо, претендующее на страховую выплату, в течение 15 (пятнадцати) рабочих дней с даты получения документов, указанных в п. 10.2 Правил, и дополнительно запрошенных документов (результатов проверки) согласно п.п. 10.4, 10.5 Правил;

14.4.5. соблюдать конфиденциальность в отношении исполнения Договора и полученной информации о Страхователе, Застрахованном, Выгодоприобретателе;

14.4.6. по требованиям Страхователя, Застрахованного, Выгодоприобретателя, а также лиц, имеющих намерение заключить Договор, разъяснять положения, содержащиеся в настоящих Правилах и Договоре, расчеты изменения в течение срока действия Договора страховой суммы, расчеты страховой выплаты;

14.4.7. выполнять иные обязанности, предусмотренные Договором, Правилами и законодательством РФ.

14. 5. Застрахованный вправе:

14.5.1. выполнять предусмотренные Договором и Правилами обязанности Страхователя:

а) в случае смерти Страхователя – физического лица;

б) в случае намерения Страхователя расторгнуть Договор, при условии письменного согласия Страхователя на передачу Застрахованному своих обязанностей по Договору;

14.5.2. требовать от Страховщика разъяснения положений, содержащихся в Правилах и Договорах, расчетов изменения в течение срока действия Договора страховой суммы, расчетов страховой выплаты.

15. ФОРС-МАЖОР

15.1. При наступлении обстоятельств непреодолимой силы (форс-мажор) сторона, подвергшаяся их воздействию, вправе приостановить (до устранения последствий форс-мажорных обстоятельств) исполнение обязательств по Договору. К обстоятельствам непреодолимой силы относятся стихийные бедствия (землетрясение, наводнение, ураган и т.п.), пожар, массовые заболевания (эпидемии), забастовки, военные действия, террористические акты, запретительные меры государств, дезорганизация органов государственной власти или финансовой системы и другие, не зависящие от воли сторон Договора обстоятельства.

15.2. При возникновении форс-мажорных обстоятельств, каждая из сторон немедленно информирует другую сторону о возникшей ситуации и принятых для ее урегулирования мерах.

15.3. Сторона, не исполнившая обязательств по уведомлению другой стороны о начале воздействия обстоятельств непреодолимой силы, не вправе ссылаться на такие обстоятельства как основание освобождения от ответственности за неисполнение обязательств по Договору.

16. КОНФИДЕНЦИАЛЬНАЯ ИНФОРМАЦИЯ

16.1. Стороны считают конфиденциальной информацию:
16.1.1. о размере страховой премии (страхового взноса), подлежащей уплате по Договору;

16.1.2. о персональных данных Застрахованного: фамилия, имя, отчество, год, месяц, дата рождения, номер основного документа, удостоверяющего его личность, сведения

о дате выдачи указанного документа и выдавшем его органе, адрес проживания, контактная информация;

16.1.3. о персональных данных Застрахованного специальной категории: данных о состоянии здоровья Застрахованного, о заболеваниях Застрахованного, а также о случаях его обращения за медицинской помощью, если такая информация доступна и получена Страховщиком.

16.2. Стороны примут все достаточные меры для предотвращения разглашения конфиденциальной информации.

16.3. Страховщик имеет право во исполнение своих обязательств по Договору передавать указанные в п. 16.1.2 Правил персональные данные своим партнерам, с которыми у Страховщика заключены договоры, направленные на исполнение Страховщиком обязательств по Договору. При этом Страховщик подтверждает, что с указанными организациями заключены Договоры, в которых в обязательства этих организаций вменено предотвращение разглашения персональных данных Застрахованных Страховщика и обеспечение безопасности персональных данных при их обработке.

16.4. Посредством направления соответствующих запросов в медицинские учреждения Страховщиком могут быть получены данные, указанные в п. 16.1.3 Правил. При этом врачи медицинских учреждений освобождаются от обязательств конфиденциальности перед Страховщиком.

16.5. Передача конфиденциальной информации иным лицам или иное разглашение этой информации может осуществляться только с письменного согласия сторон, а при осуществлении этих действий в отношении информации, указанной в п.п. 16.1.2 и 16.1.3 Правил, – с письменного согласия Застрахованного.

16.6. При извещении Страхователя о прекращении действия Договора в отношении конкретного Застрахованного по основаниям, предусмотренными в Правилах, Страховщик не указывает состояния здоровья Застрахованного.

16.7. Под обработкой персональных данных в настоящих Правилах понимается: действие (операция) или совокупность действий (операций), совершаемых с использованием средств автоматизации или без использования таких средств с персональными данными, включая сбор, запись, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), извлечение, использование, передачу (распространение, предоставление, доступ), обезличивание, блокирование, удаление, уничтожение персональных данных.

Страховщик обрабатывает персональные данные Застрахованных (в том числе данные специальной категории) для осуществления добровольного страхования Застрахованных на случай критических заболеваний, в т.ч. в

целях урегулирования убытков по Договору, администрирования Договора, а также в целях информирования Застрахованных о других продуктах и услугах Страховщика, в статистических целях и в целях проведения анализа, осуществляет трансграничную передачу персональных данных для достижения вышеуказанных целей (где это применимо).

После прекращения действия Договора (в том числе при его расторжении), а также в случае отзыва субъектом персональных данных согласия на обработку его персональных данных, Страховщик обязуется уничтожить такие персональные данные в срок, не превышающий 20 (двадцати) лет с момента прекращения действия Договора, либо с момента получения Страховщиком заявления об отзыве согласия на обработку персональных данных.

16.8. Страховщик и партнеры Страховщика, с которыми у Страховщика заключены договоры, направленные на исполнение Страховщиком обязательств по Договору, имеют право осуществлять все действия (операции) или совокупность действий (операций) с персональными данными Застрахованных (в том числе с данными специальной категории), включая сбор, запись, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), извлечение, использование, передачу (распространение, предоставление, доступ), обезличивание, блокирование, удаление, уничтожение. Страховщик и партнеры Страховщика вправе обрабатывать персональные данные Застрахованных (в том числе данные специальной категории) посредством включения их в списки и внесения в электронные базы данных Страховщика и партнеров Страховщика.

16.9. Подписывая Договор, Страхователь подтверждает, что им получены от Застрахованного (-ых) письменное согласие на обработку Страховщиком и партнерами Страховщика его (их) персональных данных, запрошенные в соответствии с Федеральным законом № 152-ФЗ от 27 июля 2006 г. «О персональных данных» в объеме, необходимом Страховщику в целях, указанных в п. 16.8 Правил.

16.10. По запросу Страховщика Страхователь обязуется своевременно предоставить Страховщику указанные письменные согласия Застрахованных.

16.11. В случае отзыва Застрахованным своего согласия на обработку персональных данных, переданного Страхователю, Страхователь обязан письменно уведомить об этом Страховщика, в течение 30 (тридцати) календарных дней с момента получения отзыва на обработку персональных данных, с заявлением о прекращении действия Договора в отношении такого Застрахованного.

17. ЗАКЛЮЧИТЕЛЬНЫЕ ПОЛОЖЕНИЯ

17.1. Все денежные расчеты между сторонами осуществляются в соответствии с законодательством РФ.

17.2. При неисполнении или ненадлежащем исполнении сторонами условий Договора возникающие споры

разрешаются путем переговоров сторон, а в случае невозможности достичь согласия – в порядке, предусмотренном законодательством РФ.

ПРИЛОЖЕНИЕ № 1

СПИСОК КРИТИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ И ХИРУРГИЧЕСКИХ ОПЕРАЦИЙ, ЯВЛЯЮЩИХСЯ СТРАХОВЫМИ СЛУЧАЯМИ, В ТОМ ЧИСЛЕ ПОДЛЕЖАЩИХ ЛЕЧЕНИЮ ИЛИ ПРОВЕДЕНИЮ НА ТЕРРИТОРИИ РОССИИ И ЗА ЕЕ ПРЕДЕЛАМИ

Пункт	Для рисков «Лечение онкологического заболевания» и «Лечение критического заболевания»
1	<p>Лечение рака Лечение рака – лечение в отношении следующих состояний:</p> <p>а) любых злокачественных опухолей, включая лейкемию, саркому и лимфому, характеризующихся неконтролируемым ростом, распространением клеток и инвазией тканей;</p> <p>б) любого рака in situ, область поражения которого ограничена эпителием, на котором он возник, при условии, что строма и окружающие ткани не были затронуты;</p> <p>в) любого предракового изменения в клетках, которое цитологически и гистологически классифицируется как дисплазия высокой степени дифференцировки или тяжелая дисплазия.</p> <p>Из покрытия исключаются:</p> <ul style="list-style-type: none"> • рак кожи, который гистологически классифицируется как не проникший за пределы эпидермиса (наружного слоя кожи) (за исключением злокачественных меланом); • любая опухоль при наличии синдрома приобретенного иммунодефицита (СПИД). <p>Для Договоров, предусматривающих страховое покрытие в части организации лечения только по одному риску «Лечение онкологического заболевания», ответственность Страховщика/Сервисной организации распространяется только на лечение следующего вида рака:</p> <ul style="list-style-type: none"> • лечение любых злокачественных новообразований, включая лейкемию, саркому и лимфому (за исключением кожной лимфомы), характеризующихся неконтролируемым ростом и распространением злокачественных клеток и инвазией тканей. <p>Из покрытия исключаются:</p> <ul style="list-style-type: none"> • рак кожи, который гистологически классифицируется как не проникший за пределы эпидермиса (наружного слоя кожи) (за исключением злокачественных меланом); • любая опухоль при наличии синдрома приобретенного иммунодефицита (СПИД).
2	<p>Операция шунтирования коронарной артерии (реваскуляризация миокарда) Прохождение хирургической операции по рекомендации консультанта-кардиолога для коррекции сужения или блокирования одной или более коронарных артерий путем установки обходных трансплантатов.</p> <p>Из покрытия исключаются:</p> <ul style="list-style-type: none"> • любая коронарная болезнь, лечение которой проводится с использованием иных методов, нежели шунтирование коронарных артерий, например, любым видом ангиопластической хирургии.
3	<p>Пересадка или восстановление сердечного клапана Прохождение хирургической операции по рекомендации консультанта-кардиолога для пересадки или восстановления одного или более сердечных клапанов.</p>
4	<p>Нейрохирургическая операция Любое хирургическое вмешательство в головной мозг, любые другие внутричерепные структуры, а также при доброкачественных опухолях в спинном мозге.</p>
5	<p>Пересадка органа от прижизненного донора/трансплантация ткани Хирургическая трансплантация, при которой Застрахованному пересаживают почку, сегмент печени, долю легкого, часть поджелудочной железы или костный мозг (аутологичный или аллогенный) от живого совместимого донора.</p> <p>Из покрытия исключаются:</p> <ul style="list-style-type: none"> • любая трансплантация, когда потребность в ней возникает вследствие алкогольной болезни печени; • любая трансплантация, являющаяся аутологической, за исключением трансплантации костного мозга; • любая трансплантация, когда Застрахованный является донором по отношению к третьему лицу; • любая трансплантация органов или тканей от мертвого донора; • любая трансплантация органов, включающая в себя лечение стволовыми клетками; • трансплантация, осуществляемая путем покупки донорских органов.

Пункт	Для рисков «Онкологическое заболевание» и «Критическое заболевание»
6	<p>Рак Рак – заболевание, проявляющееся наличием одной или более опухолей, которые гистологически описываются как злокачественные, с неконтролируемым ростом и с инвазией в здоровую ткань. Страховым случаем признаются заболевания, отвечающие вышеуказанным характеристикам, возникшие в течение срока действия Договора, включая:</p> <ul style="list-style-type: none"> • лейкемию (кроме хронической лимфоцитарной лейкемии); • лимфомы; • болезнь Ходжкина (лимфогранулематоз). <p>Диагноз должен быть подтвержден онкологом на основании данных гистологического исследования.</p> <p>Из определения исключаются:</p> <ul style="list-style-type: none"> • все степени выраженности цервикальной интраэпителиальной неоплазии; • все злокачественные опухоли кожных покровов и злокачественная меланома стадии IA (T1a No Mo); • все опухоли, гистологически описанные как предраковые (без исключения новообразования тканей головного мозга); • рак предстательной железы стадии 1 (1a, 1b, 1c); • любой неинвазивный рак (cancer in situ); • базальноклеточная карцинома и плоскоклеточная карцинома; • все злокачественные опухоли при наличии ВИЧ-инфекции.
7	<p>Хирургическое лечение коронарных артерий Оперативное вмешательство на открытой грудной клетке для коррекции двух или более суженных коронарных артерий. Необходимость проведения операции должна подтверждаться результатами коронарной ангиографии. Ангиопластика, стентирование и/или другие процедуры внутри артерии исключаются из определения.</p>
8	<p>Пересадка клапана сердца Хирургическая операция по рекомендации консультанта-кардиолога, направленная на замену одного или более пораженных клапанов сердца искусственным клапаном или восстановление одного или нескольких сердечных клапанов.</p> <p>При этом лечение поражения сердечных клапанов в результате эндокардита, вызванного венерическим заболеванием, исключается из определения, то есть не покрывается страхованием по Договору.</p> <p>Из покрытия также исключается:</p> <ul style="list-style-type: none"> • вальвулотомия, вальвулопластика и другие виды лечения, проводимые без пересадки (замены) клапанов.
9	<p>Нейрохирургическая операция Любое хирургическое вмешательство в головной мозг, любые другие внутричерепные структуры, а также при доброкачественных опухолях в спинном мозге.</p>
10	<p>Трансплантация основных органов Пересадка от человека к человеку (в качестве реципиента) сердца, легких, печени, поджелудочной железы, почки, костного мозга, тонкого кишечника.</p> <p>Из определения исключается:</p> <ul style="list-style-type: none"> • трансплантация иных, не перечисленных выше, органов, частей органов или какой-либо ткани. <p>Также исключаются следующие трансплантации, то есть нижеперечисленное не покрывается страхованием по Договору:</p> <ul style="list-style-type: none"> • любая трансплантация, необходимая в связи с алкогольной болезнью печени; • любая трансплантация собственного органа, за исключением трансплантации костного мозга; • любая трансплантация, когда Застрахованный является донором для третьего лица; • любая трансплантация органа умершего человека; • любая трансплантация с использованием стволовых клеток; • трансплантация, осуществляемая в результате покупки донорских органов.

ОБЩЕСТВО С ОГРАНИЧЕННОЙ ОТВЕТСТВЕННОСТЬЮ
«СТРАХОВАЯ КОМПАНИЯ «ИНГОССТРАХ-ЖИЗНЬ»
Единый телефон: +7 (495) 921 32 23
www.lifeingos.ru
www.ingos.ru