

Общество с ограниченной ответственностью
«Страховая компания «ЭРГО Жизнь»

Утверждаю
Генеральный директор
ООО «СК «ЭРГО Жизнь»
«25» мая 2016 года



/ А. Май

П Р А В И Л А
ДОБРОВОЛЬНОГО СТРАХОВАНИЯ ФИЗИЧЕСКИХ ЛИЦ
ОТ НЕСЧАСТНЫХ СЛУЧАЕВ И БОЛЕЗНЕЙ № 2
ОТ 08 ИЮЛЯ 2011 ГОДА
(в редакции от 25 мая 2016 года)

1. Общие положения.
2. Субъекты страхования.
3. Объект страхования.
4. Страховые риски. Страховые случаи.
5. Исключения из страхового покрытия.
6. Страховая сумма.
7. Страховая премия.
8. Заключение, срок действия и прекращение договора страхования.
9. Права и обязанности сторон.
10. Определение размера страховых выплат.
11. Порядок осуществления страховых выплат.
12. Валютный эквивалент.
13. Обстоятельства непреодолимой силы (форс-мажор).
14. Порядок разрешения споров.

Приложение 1. Дополнительная программа страхования на случай инвалидности с освобождением от уплаты страховых взносов по договору страхования жизни (основному договору)

Приложение 2. Дополнительная программа страхования на случай критических заболеваний

Приложение 3. Таблица страховых выплат при травматическом повреждении Застрахованного Лица в результате несчастного случая

Приложение 4. Форма полиса

Приложение 5. Заявление на страхование

Приложение 6. Заявление на выплату

Приложение 7. Базовые тарифы

I. ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ

1.1. В соответствии с действующим законодательством Российской Федерации (РФ) и на основании настоящих Правил общество с ограниченной ответственностью «Страховая компания «ЭРГО Жизнь» (далее по тексту - Страховщик) заключает договоры добровольного страхования от несчастных случаев и болезней с физическими и юридическими лицами (далее по тексту - Страхователи), в соответствии с которыми производит страховые выплаты при наступлении страховых случаев, оговоренных в договоре страхования, в отношении самого Страхователя (физического лица) или другого названного в договоре лица (Застрахованного Лица).

1.2. Основные термины, используемые в настоящих Правилах.

Несчастный случай – внезапное кратковременное внешнее событие, повлекшее за собой телесное повреждение или иное нарушение внутренних и внешних функций организма, или смерть Застрахованного Лица, не являющееся следствием заболевания или врачебных манипуляций и произошедшее в течение Срока страхования независимо от воли Застрахованного Лица/ Страхователя и/или Выгодоприобретателя.

Временная утрата трудоспособности в результате несчастного случая – неспособность Застрахованного Лица к оплачиваемому труду на протяжении определенного ограниченного периода времени.

Смерть – прекращение физиологических функций организма Застрахованного Лица, поддерживающих его жизнедеятельность.

Инвалидность - нарушение здоровья Застрахованного Лица со стойким значительно выраженным либо выраженным (в зависимости от группы инвалидности) расстройством функций организма, обусловленное заболеваниями, последствиями травм или дефектами, приводящее к ограничению одной категории жизнедеятельности или их сочетанию и вызывающее необходимость его социальной защиты.

Занятие спортом на профессиональном уровне – систематические занятия каким-либо видом спорта или физическими упражнениями, предполагающие тренировки и участие в спортивных соревнованиях с целью получения дохода и/или спортивных разрядов (иных квалификационных категорий).

Госпитализация – лечение Застрахованного Лица при условии круглосуточного нахождения в стационаре, необходимость которого была вызвана произошедшим в период действия Договора страхования несчастным случаем.

Травматическое повреждение – внезапное нарушение физической целостности организма Застрахованного Лица в результате несчастного случая, предусмотренное Приложением № 3 к Правилам «Таблица страховых выплат при травматическом повреждении Застрахованного Лица в результате несчастного случая».

Болезнь – нарушение состояния здоровья Застрахованного Лица, не вызванное несчастным случаем, диагностированное на основании объективных симптомов впервые после вступления Договора страхования в силу либо явившееся следствием внезапного непредвиденного обострения хронического заболевания, а также осложнений после врачебных манипуляций.

Критическое заболевание - заболевание, значительно нарушающие жизненный уклад и ухудшающие качество жизни Застрахованного Лица, приводящие к инвалидности и характеризующиеся чрезвычайно высоким уровнем смертности. Перечень критических заболеваний для целей настоящих Правил страхования установлен Дополнительной программой страхования на случай критических заболеваний (Приложение № 2 к Правилам).

Страховая выплата – денежная сумма, выплачиваемая Страховщиком Застрахованному Лицу, Выгодоприобретателю или наследникам Застрахованного Лица при наступлении страхового случая, предусмотренного Договором страхования, путем выдачи наличных денежных средств, перечисления на банковский счет либо зачисления суммы страховой выплаты в счет страховой премии по страхованию жизни в соответствии с условиями Договора страхования.

Срок страхования – период времени, в течение которого на Застрахованное Лицо распространяется действие страховой защиты. Страхование распространяется на страховые

случаи, возникшие в результате несчастных случаев, произошедших с Застрахованным Лицом в течение Срока страхования, и болезней, диагностированных впервые в течение Срока страхования.

Период ожидания - период времени с начала действия Договора страхования, в течение которого страховое покрытие не распространяется на случаи, произошедшие с Застрахованным Лицом. При пролонгации либо заключении Договора страхования на новый срок в отношении того же Застрахованного Лица на аналогичных условиях период ожидания в отношении Застрахованного Лица, являвшегося Застрахованным Лицом ранее по договору, не будет действовать.

Освобождение от уплаты страховых взносов – порядок осуществления выплаты, при котором страховая выплата по заявлению Страхователя может быть зачтена в счет погашения причитающейся к оплате страховой премии на весь оставшийся период действия договора страхования жизни, заключенному между Страхователем и Страховщиком (далее - Основной договор).

Дополнительная программа страхования – дополнительные условия к Договору страхования.

Ассистанс – компания, оказывающая услуги Страховщику по подбору для Застрахованных им по Договорам страхования/Полисам лиц оптимальных методов лечения травм/заболеваний, предусмотренных в соответствии с п. 10.8. Правил

II. СУБЪЕКТЫ СТРАХОВАНИЯ

2.1. Страхователями признаются дееспособные физические лица или юридические лица любой формы собственности, заключившее Договор добровольного страхования от несчастных случаев и болезней в отношении самого Страхователя или другого названного в договоре физического лица (далее по тексту – Застрахованного Лица). Если по Договору страхования застрахованы жизнь и здоровье самого Страхователя, то он одновременно является Застрахованным Лицом.

2.2. Застрахованное Лицо – достигшее 18 лет физическое лицо, чьи имущественные интересы, связанные с причинением вреда жизни и здоровью, являются объектом страхования.

2.4. Выгодоприобретатель – одно или несколько лиц, назначенных Страхователем для получения страховых выплат по Договору страхования. Право на получение страховых выплат принадлежит Застрахованному Лицу, если в договоре не названо в качестве Выгодоприобретателя другое лицо. Если Выгодоприобретатель не назначен, в случае смерти Застрахованного Лица, Выгодоприобретателями признаются его законные наследники.

III. ОБЪЕКТ СТРАХОВАНИЯ

3.1. Объектом страхования являются не противоречащие законодательству имущественные интересы Застрахованного Лица, связанные с жизнью, здоровьем и трудоспособностью Застрахованного Лица.

3.2. Не подлежат страхованию и не являются Застрахованными Лицами следующие лица:

3.2.1. являющиеся инвалидами I, II или III группы;

3.2.2. употребляющие наркотики, токсичные вещества, с целью токсичного опьянения; страдающие алкоголизмом и/или состоящие на учете в наркологическом диспансере;

3.2.3. со стойкими нервными или психическими расстройствами и/или состоящие на учете в психиатрическом диспансере;

3.2.4. лица, находящиеся под следствием или в местах лишения свободы;

3.3. Если будет установлено, что Договор страхования был заключен в отношении лиц, не подлежащих страхованию в соответствии с п.3.2 настоящих Правил, то Страховщик вправе потребовать признания такого Договора страхования недействительным и возмещения понесенных им убытков, при этом страховые выплаты по такому Договору страхования не осуществляются.

IV. СТРАХОВЫЕ РИСКИ. СТРАХОВЫЕ СЛУЧАИ

4.1. Страховыми рисками являются предполагаемые события, на случай наступления которых заключается Договор страхования.

4.2. Страховыми случаями являются следующие события, происшедшие в период Срока страхования:

4.2.1. установление инвалидности Застрахованному Лицу в результате несчастного случая.

Размер страховой выплаты по данному страховому случаю определяется в соответствии с условиями п.10.2.1, 10.2.2 настоящих Правил.

4.2.2. установление инвалидности Застрахованному Лицу в результате болезни:

Размер страховой выплаты по данному страховому случаю определяется в соответствии с условиями п.10.2.2. настоящих Правил.

4.2.3. травматическое повреждение Застрахованного Лица в результате несчастного случая.

Размер страховой выплаты по данному страховому случаю определяется в соответствии с п.10.3 настоящих Правил.

4.2.4. госпитализация Застрахованного Лица в результате несчастного случая.

Размер страховой выплаты по данному страховому случаю определяется в соответствии с п.10.4 настоящих Правил.

4.2.5. временная утрата трудоспособности Застрахованным Лицом в результате несчастного случая.

Размер страховой выплаты по данному страховому случаю определяется в соответствии с п.10.5 настоящих Правил

4.2.6. смерть Застрахованного Лица в результате несчастного случая, в том числе происшедшая в течение 1 (Одного) года со дня наступления несчастного случая, при условии если указанный несчастных случай наступил в течение Срока страхования.

Размер страховой выплаты по данному страховому случаю определяется в соответствии с п.10.6 настоящих Правил.

4.2.7. постановка диагноза «критическое заболевание» Застрахованному Лицу, впервые диагностированное врачом в период Срока страхования.

Размер страховой выплаты по данному страховому случаю определяется в соответствии с п.10.7 настоящих Правил.

4.2.8. Организация оказания и оплата медицинских услуг застрахованного лица, вызванных травматическими повреждениями

Организация оказания и оплата застрахованному лицу медицинских услуг при условии получения застрахованным лицом в период действия Договора страхования /Полиса в результате одновременно произошедшего страхового события травматических повреждений, предусмотренных Таблицей страховых выплат (Приложение № 1 к Правилам), общий размер возмещения по которым составил не менее 30% от страховой суммы по риску травматических повреждений.

Полный перечень услуг, организацию и оплату которых осуществляет Страховщик для Застрахованного лица согласуется Страхователем и Страховщиком в тексте Договора страхования/Полиса;

4.2.9. Организация оказания и оплата медицинских услуг застрахованного лица, вызванных критическим заболеванием

Организация оказания и оплата застрахованному лицу медицинских услуг при условии постановки диагноза критического заболевания застрахованному лицу в период действия Договора страхования /Полиса из числа заболеваний, предусмотренных в Приложении №2 к Правилам Дополнительная программа страхования на случай критических заболеваний.

Полный перечень услуг, организацию и оплату которых осуществляет Страховщик для Застрахованного лица согласуется Страхователем и Страховщиком в тексте Договора страхования/Полиса.

4.3. Договор страхования действует по всему миру 24 часа в сутки в течение срока, на который он был заключен. Договором страхования может быть предусмотрено, что страхование распространяется только на страховые случаи, происшедшие с Застрахованным Лицом в пределах определенной территории, периода времени или при условии наступления других обстоятельств, указанных в Договоре страхования.

V. ИСКЛЮЧЕНИЯ ИЗ СТРАХОВОГО ПОКРЫТИЯ

5.1. События, указанные в п. 4.2., не являются страховыми случаями, если они произошли в результате:

5.1.1. совершения или попытки совершения Застрахованным Лицом преступления, любых противоправных действий, участия Застрахованного в незаконной деятельности, если такие преступления, противоправные действия и иная незаконная деятельность будет иметь прямую связь с возникновением события, которое могло быть признано страховым случаем;

5.1.2. самоубийства или попытки самоубийства Застрахованного при условии, что данное событие произошло в течении не более 2-х лет с момента заключения Договора страхования;

5.1.3. войны, интервенции, военных действий иностранных войск, вооруженных столкновений, (независимо от того была ли объявлена война), гражданской войны, мятежа, путча, гражданских волнений, предполагающих перерастание в гражданское либо военное восстание, бунта, вооруженного или незаконного захвата власти;

5.1.4. алкогольного опьянения или отравления Застрахованного, либо токсического или наркотического опьянения и/или отравления Застрахованного в результате добровольного применения им наркотических, токсических, сильнодействующих и психотропных веществ без предписания врача;

5.1.5. совершения или попытки совершения умышленного преступления Страхователем, Застрахованным или Выгодоприобретателем либо иным другим лицом с целью получения страховой выплаты;

5.1.6. любых иных действий Страхователя, Застрахованного или Выгодоприобретателя по Договору страхования, направленных на наступление страхового случая;

5.1.7. занятия Застрахованным любым видом спорта на профессиональном уровне, включая соревнования и тренировки, если это не было указано в заявлении на страхование при заключении Договора страхования и не был применен повышающий коэффициент при расчете страховой премии;

5.1.8. участия в любых авиационных перелетах, за исключением полетов в качестве пассажира авиарейса, лицензированного для перевозки пассажиров и управляемого пилотом, имеющим соответствующий сертификат;

5.1.9. непосредственного участия в военных маневрах, учениях, испытаниях военной техники в качестве военнослужащего, либо гражданского служащего;

5.1.10 любых повреждений здоровья, вызванных радиационным облучением или наступивших в результате использования ядерной энергии;

5.1.11. управления Застрахованным любым транспортным средством без права на управление либо в состоянии алкогольного или наркотического опьянения либо в случае отказа от прохождения медицинского освидетельствования, либо передачи Застрахованным управления лицу, не имевшему права на управление транспортным средством либо находившемуся в состоянии алкогольного или наркотического опьянения;

5.1.12. ВИЧ-инфекции или СПИДа, а также заболеваний, связанных со СПИДом;

5.1.13. причин, прямо или косвенно вызванных психическим заболеванием Застрахованного;

5.1.14. исполнения судебного акта и/или во время пребывания в местах лишения свободы;

5.1.15. занятия Застрахованным видами спорта или увлечениями, о которых Застрахованный не сообщил Страховщику/не указал в заявлении на страхование, при заключении договора страхования, а также в процессе его действия, при условии наличия со стороны Страховщика вопроса о таких видах спорта, увлечениях;

5.2. Наступление критического заболевания не является страховым случаем, если оно явилось следствием развития у Застрахованного Лица болезней, квалифицируемых как предсуществующие состояния, указанных в Приложении №2 к Правилам, на момент заключения Договора.

5.3. Страховщик имеет право отказать в страховой выплате по любому риску, если выяснится, что при заключении договора страхования/полиса страхователь (застрахованный) указал(-и) заведомо ложные сведения о состоянии здоровья и профессиональной деятельности застрахованного, а так же о занятиях спортом на момент заключения договора страхования.

VI. СТРАХОВАЯ СУММА

6.1. Страховая сумма определяется соглашением Страхователя со Страховщиком по каждому виду страховых рисков, указанных в п. 4.2. и предусмотренных Договором страхования, отдельно. Величина страховой суммы может быть разной для каждого вида страховых рисков или одинаковой для выбранных видов страховых рисков.

VII. СТРАХОВАЯ ПРЕМИЯ

7.1. Общий размер страховой премии по Договору страхования в целом определяется как сумма страховых премий по каждому виду страховых рисков, перечисленных в п.4.2. настоящих Правил. Страховая премия по каждому виду страховых рисков рассчитывается исходя из установленной Договором страхования страховой суммы и страхового тарифа по данному виду страховых рисков.

7.2. Страховой тариф представляет собой ставку страхового взноса в процентах от страховой суммы. При расчете подлежащей уплате по Договору страхования страховой премии Страховщик использует разработанные им тарифы. В особых случаях Страховщик при определении размера страховой премии вправе установить повышающие и/или понижающие коэффициенты к базовым страховым тарифам, определяемые в зависимости от факторов, влияющих на вероятность наступления страхового случая: пола, профессии, условий труда, наличия рисков, связанных с состоянием здоровья, возрастом и деятельностью Застрахованного Лица.

7.3. Страховая премия по Договору страхования уплачивается единовременно:

- а) безналичным перечислением денежных средств на расчетный счет Страховщика, или
- б) наличными деньгами в кассу Страховщика в день заключения и подписания Договора страхования либо наличными деньгами Представителю Страховщика.

VIII. ЗАКЛЮЧЕНИЕ, СРОК ДЕЙСТВИЯ И ПРЕКРАЩЕНИЕ ДОГОВОРА СТРАХОВАНИЯ

8.1. Договор страхования является соглашением между Страхователем и Страховщиком, в силу которого Страховщик обязуется при наступлении страхового случая произвести страховую выплату Застрахованному Лицу (Выгодоприобретателю), а Страхователь обязуется уплатить страховую премию в установленные Договором страхования размере и сроки.

8.2. Договор страхования должен быть заключен в письменной форме на основании следующих документов, предоставляемых Страхователем Страховщику:

- Заявление на страхование;
- Копии документов, идентифицирующих Страхователя, Застрахованного и/или Выгодоприобретателя, а так же полномочия лиц, действующих от их имени:

Для Страхователя- физического лица или индивидуального предпринимателя:

- Для граждан Российской Федерации: паспорт гражданина Российской Федерации; свидетельство органов ЗАГС, органа исполнительной власти или органа местного самоуправления о рождении гражданина — для гражданина Российской Федерации, не достигшего 14 лет; общегражданский заграничный паспорт для лиц, постоянно проживающих за пределами РФ; паспорт моряка; удостоверение личности военнослужащего или военный билет; временное удостоверение личности гражданина Российской Федерации, выдаваемое органом внутренних дел до оформления паспорта.

- Для иностранных граждан: паспорт иностранного гражданина, миграционная карта; разрешение на временное проживание; вид на жительство в Российской Федерации.

- Для лиц без гражданства: разрешение на временное проживание; вид на жительство в Российской Федерации.

Для Страхователя - юридического лица:

- Индивидуальный номер налогоплательщика ИНН, выписка из ЕГРЮЛ, банковские реквизиты, место нахождения, почтовый и фактический адрес; основной государственный регистрационный номер; статистические коды осуществляемой деятельности (ОКВЭД), если они не указаны в выписке из ЕГРЮЛ, контактные номера телефона, факса, адреса электронной почты.

- Документ, подтверждающий назначение на должность лица, имеющего право без доверенности представлять интересы организации, и/или доверенность, если интересы организации представляет иное лицо и документ, удостоверяющий его личность;

- Учредительные документы;

- Положения о представительстве/филиале/ подразделении.

- Копии квитанций об оплате страховой премии (первого страхового взноса при уплате премии в рассрочку) в полном размере;

8.3. Договор страхования заключается на основании заполненного заявления на страхование, а также по факту получения Страховщиком документов, которые могут подтвердить возможность быть застрахованным по состоянию здоровья Страхователя или Лиц, заявленных на страхование:

- должностные инструкции Застрахованного лица;

- дополнительные опросники по профессиональной деятельности Застрахованного лица;

- финансовая анкета;

- декларация о доходах Страхователя/ Застрахованного лица, или 2 НДФЛ, или справка в свободной форме с места работы, подписанная главным бухгалтером организации;

- информация о ранее заключенных договорах страхования;

- отчет медицинского обследования;

- медицинское заключение врача-специалиста в зависимости от патологии, указанной в анкете;

- специальные опросники по заявленной патологии/заболеванию;

- протокол операции;

- выписной эпикриз из лечебного учреждения по месту получения медицинской помощи;

- результаты эндоскопических методов исследования;

- результаты электрофизиологических методов исследования;

- результаты ультразвуковых исследований;

- результаты томографии;

- результаты рентгенологических методов исследования;

- результаты лабораторных исследований крови, мочи, кала, мокроты, ликвора;

- результаты исследований функции внешнего дыхания;

- данные гистологического исследования;

- результаты суточного мониторирования АД и ЭКГ;

- результаты офтальмологических исследований

- «Анкета путешествия/международная командировка»;

- опросник «Риски пребывания при поездках за рубеж»;

- опросники по видам спорта.

Такие документы могут быть затребованы Страховщиком до принятия решения о заключении договора страхования. Подписывая Договор страхования Страхователь (Застрахованный) соглашается с тем, что не представление указанных в настоящем пункте медицинских документов (отказа от прохождения медицинского андеррайтинга) влечет за собой последствия, предусмотренные п. 8.4. Правил.

8.4. Договоры страхования заключаются, как правило, без предварительного медицинского освидетельствования потенциальных Застрахованных Лиц. В том случае, если медицинское освидетельствование проводится, соответствующие расходы несет Страхователь. В зависимости от результатов предварительного медицинского освидетельствования или медицинского анкетирования Застрахованное Лицо может быть отнесено к соответствующей группе риска в соответствии с андеррайтерскими стандартами и требованиями Страховщика.

В случае отказа потенциального Застрахованного Лица от прохождения медицинского освидетельствования Договор страхования может быть заключен только на условиях, предусматривающих применение к страховому тарифу повышающих коэффициентов.

8.5. Договор страхования вступает в силу с момента уплаты страховой премии:

- а) при безналичном перечислении денежных средств – с 00 часов дня, следующего за днем поступления страховой премии на расчетный счет Страховщика;
- б) при уплате наличными деньгами – с 00 часов дня, следующего за днем уплаты страховой премии Страховщику (его представителю).

8.6. Договор страхования может быть заключен путем составления одного документа, подписанного сторонами, и/или вручения Страховщиком Страхователю страхового полиса (Приложение № 4) на основании заявления Страхователя.

8.7. Договор страхования прекращается в случаях:

- а) истечения срока его действия;
- б) исполнения Страховщиком своих обязательств по Договору страхования в полном объеме;
- в) ликвидации Страховщика в порядке, установленном законодательством Российской Федерации;
- г) в других случаях, предусмотренных законодательством Российской Федерации.

8.8. Договор страхования прекращается до наступления срока, на который он был заключен, если после его вступления в силу возможность наступления страхового случая отпала и существование страхового риска прекратилось по обстоятельствам иным, чем страховой случай, в частности смерть Застрахованного Лица по причинам иным, чем наступление страхового случая.

При этом Страховщик имеет право на часть страховой премии пропорционально времени, в течение которого действовало страхование.

8.9. Страхователь вправе отказаться от Договора страхования в любое время, если к моменту отказа возможность наступления страхового случая не отпала по обстоятельствам, указанным в п. 8.8. настоящих Правил. При досрочном прекращении Договора страхования по данному основанию уплаченная Страховщику страховая премия не подлежит возврату, если Договором страхования не предусмотрено иное.

8.10. В случае отказа Страхователя от Договора страхования в срок, предусмотренный в подпункте «г» пункта 9.4, Договор страхования считается прекратившим свое действие с даты получения страховщиком письменного заявления страхователя об отказе от договора добровольного страхования или иной даты, установленной по соглашению сторон, но не позднее срока, предусмотренного в подпункте «г» пункта 9.4.

8.11. В случае утраты Страхователем страхового полиса (Договора страхования) по письменному заявлению может быть выдан его дубликат (копия). После выдачи дубликата утраченный страховой полис (Договор страхования) считается недействительным и никаких выплат по нему не производится.

При утрате дубликата страхового полиса (Договора страхования) в течение Срока страхования для получения второго и последующих дубликатов страхового полиса (Договора страхования) Страхователь уплачивает Страховщику денежную сумму в размере стоимости изготовления и оформления страхового полиса (Договора страхования).

IX. ПРАВА И ОБЯЗАННОСТИ СТОРОН

9.1. Страховщик обязан:

- а) ознакомить Страхователя с Правилами страхования, вручить при заключении Договора страхования Страхователю экземпляр Правил страхования, о чем в страховом полисе (Договоре страхования) делается отметка;
- б) вручить Страхователю страховой полис (Договор страхования);
- в) при страховом случае произвести страховую выплату Застрахованному Лицу (Выгодоприобретателю) в порядке и в сроки, установленные Договором страхования;
- г) **по выбору Страхователя осуществить возврат Страхователю страховой премии или ее части наличными деньгами или в безналичном порядке в срок, не превышающий 10 рабочих дней со дня получения письменного заявления страхователя об отказе от**

договора добровольного страхования, в случае отказа Страхователя от Договора страхования в срок, предусмотренный в подпункте «г» пункта 9.4.

д) не разглашать полученные им в результате своей профессиональной деятельности сведения о Страхователе (Застрахованном Лице, Выгодоприобретателе) и их имущественном положении, за исключением случаев, предусмотренных законодательством.

9.2. Страховщик имеет право:

а) требовать от Застрахованного Лица (Выгодоприобретателя) выполнения обязанностей по Договору страхования, включая обязанности, лежащие на Страхователе, но не выполненные им, при предъявлении Застрахованным Лицом (Выгодоприобретателем) требования о страховой выплате. Риск последствий невыполнения или несвоевременного выполнения обязанностей, которые должны были быть выполнены ранее, несет Застрахованное Лицо (Выгодоприобретатель);

б) потребовать признания Договора страхования недействительным и применения последствий, предусмотренных п.2 ст.179 Гражданского кодекса Российской Федерации, в случае установления после заключения Договора страхования того факта, что Страхователь сообщил Страховщику заведомо ложные сведения об обстоятельствах, указанных в п.3.2, 8.3. настоящих Правил;

в) потребовать изменения условий Договора страхования или уплаты дополнительной страховой премии соразмерно увеличению риска, в случае его уведомления об обстоятельствах, влекущих увеличение данного страхового риска.

Если Страхователь возражает против изменения условий Договора страхования или доплаты страховой премии, Страховщик вправе потребовать расторжения Договора страхования в порядке, предусмотренном действующим законодательством РФ;

г) потребовать расторжения Договора страхования и возмещения убытков, причиненных расторжением данного Договора, в случае неисполнения Страхователем обязанности, предусмотренной п.п. «в» п. 9.3. настоящих Правил;

д) на часть страховой премии пропорционально времени, в течение которого действовало страхование, при досрочном прекращении Договора страхования по обстоятельствам, указанным в п.8.8. настоящих Правил;

е) направить Застрахованное Лицо на дополнительное медицинское освидетельствование в связи с заявленным событием;

ж) для принятия решения о страховой выплате направлять при необходимости запросы в компетентные органы об обстоятельствах и причинах наступления страхового случая, а также потребовать от Застрахованного Лица (Выгодоприобретателя) предоставления дополнительных сведений и документов, подтверждающих факт наступления, обстоятельства и причину наступления страхового случая;

з) отсрочить страховую выплату до получения полной информации о страховом случае и подтверждающих документов о нем;

и) при возврате уплаченной страховой премии Страхователю вправе удержать ее часть пропорционально сроку действия Договора страхования, прошедшему с даты начала действия страхования до даты прекращения действия договора, в случае отказа Страхователя от Договора страхования в срок, предусмотренный в подпункте «г» пункта 9.4, но после даты начала действия Договора страхования;

к) отказать в страховой выплате, если Страхователь (Застрахованное Лицо, Выгодоприобретатель) предоставил заведомо ложные сведения о причинах и обстоятельствах наступления страхового события.

9.3. Страхователь обязан:

а) при заключении Договора страхования сообщить Страховщику о всех известных ему обстоятельствах, имеющих существенное значение для определения вероятности наступления страхового случая и размера возможных убытков от его наступления (страхового риска), если эти обстоятельства не известны и не должны быть известны страховщику, а также о всех заключенных или заключаемых договорах добровольного страхования жизни и здоровья в отношении лиц, принимаемых на страхование.

Существенными признаются сведения, определенно оговоренные Страховщиком в Договоре страхования (страховом полисе), в заявлении на страхование, анкетах Страховщика, а также

иные сведения, указанные в письменном запросе Страховщика при заключении Договора страхования;

б) своевременно уплачивать страховую премию;

в) в период действия Договора страхования незамедлительно сообщать Страховщику о ставших ему известными значительных изменениях в обстоятельствах, сообщенных Страховщику при заключении Договора страхования, если эти изменения могут существенно повлиять на увеличение страхового риска.

г) при наступлении события, имеющего признаки страхового случая незамедлительно не позднее 45 (сорока пяти) суток с момента наступления указанного события, уведомить о нем Страховщика любым доступным способом, позволяющим объективно зафиксировать факт обращения.

д) при заключении Договора страхования ознакомить Застрахованное Лицо и Выгодоприобретателя с их правами и обязанностями по Договору.

9.4. Страхователь имеет право:

а) при заключении Договора страхования назвать по своему усмотрению Выгодоприобретателей;

б) при наступлении страхового случая требовать исполнения Страховщиком принятых обязательств по Договору страхования;

в) отказаться от Договора страхования в любое время, если к моменту отказа возможность наступления страхового случая не отпала по обстоятельствам, указанным в п. 8.8. Правил;

г) **отказаться от Договора страхования в течение пяти рабочих дней со дня его заключения независимо от момента уплаты страховой премии, при отсутствии в данном периоде событий, имеющих признаки страхового случая;**

д) **в случае отказа Страхователя от Договора страхования в срок, предусмотренный в подпункте «г» пункта 9.4, и до даты начала действия страхования Страхователь имеет право на возврат уплаченной по Договору страхования страховой премии в полном объеме наличными деньгами или в безналичном порядке;**

е) заменить Застрахованное Лицо с согласия этого лица и Страховщика;

ж) заменить Выгодоприобретателя, названного в Договоре страхования, другим лицом, письменно уведомив об этом Страховщика. Замена Выгодоприобретателя, назначенного с согласия Застрахованного Лица, допускается только с согласия Застрахованного Лица.

Выгодоприобретатель не может быть заменен другим лицом после того, как он выполнил какую-либо из обязанностей по Договору страхования или предъявил Страховщику требование о страховой выплате.

9.5. Договором страхования могут быть предусмотрены также другие права и обязанности сторон.

9.6. Заключение Договора страхования в пользу Выгодоприобретателя не освобождает Страхователя от выполнения обязанностей по этому Договору, если только данным Договором не предусмотрено иное, либо обязанности Страхователя выполнены лицом, в пользу которого заключен Договор страхования.

9.7. Если в период действия Договора страхования Страхователь (Выгодоприобретатель), являющийся физическим лицом, признан судом недееспособным либо ограничен в дееспособности, права и обязанности такого Страхователя (Выгодоприобретателя) осуществляет его опекун или попечитель

X. ОПРЕДЕЛЕНИЕ РАЗМЕРА СТРАХОВЫХ ВЫПЛАТ

10.1. Предусмотренные Договором страхования выплаты Страховщик производит Застрахованному Лицу или Выгодоприобретателю независимо от всех видов пособий, пенсий и выплат, получаемых по государственному социальному страхованию и социальному обеспечению, трудовых и иных соглашений, договорам страхования, заключенных с другими Страховщиками и сумм, причитающихся им в порядке возмещения вреда по действующему законодательству РФ.

10.2.1. При наступлении инвалидности в результате несчастного случая согласно п.4.2.1 настоящих Правил (при условии отсутствия Дополнительной программы страхования на основании Приложения № 1 к Правилам) страховая выплата осуществляется Застрахованному

Лицу в процентном соотношении к страховой сумме, указанной в Договоре страхования по данному виду страховых случаев в следующем размере:

- при установлении первой группы инвалидности 100% страховой суммы
- при установлении второй группы инвалидности - 75%; страховой суммы;
- при установлении третьей группы инвалидности - 50% страховой суммы.

10.2.2. При наступлении страхового случая, указанного в п. 4.2.1., 4.2.2 настоящих Правил, при наличии Дополнительной программы страхования на основании Приложения № 1 к настоящим Правилам, страховая выплата осуществляется Застрахованному Лицу в соответствии с порядком, определенным указанной Дополнительной программой страхования.

10.2.3. При установлении Застрахованному Лицу более высокой группы инвалидности не позднее 1 (одного) года со дня наступления несчастного случая, страховая выплата осуществляется с учетом ранее выплаченных сумм в связи со страховым случаем, указанным в п. 4.2.1. Правил, но не выше страховой суммы, установленной по данному виду страховых случаев.

10.3. Размер страховой выплаты в связи с наступлением страхового случая, указанного в п. 4.2.3. настоящих Правил производится в процентах от страховой суммы по данному виду страховых случаев в соответствии с «Таблицей страховых выплат при травматическом повреждении Застрахованного Лица в результате несчастного случая» (Приложение 3).

10.4. Размер страховой выплаты по страховому случаю, предусмотренному п.4.2.4. настоящих Правил, составляет 0,2% от страховой суммы по данному риску за каждый день стационарного лечения, начиная с 6 (шестого) календарного дня стационарного лечения, но не более чем за 90 (девяносто) календарных дней (в год).

10.5. Страховая выплата в связи с наступлением страхового случая, указанного в п. 4.2.5. настоящих Правил, производится в размере 0,3% от страховой суммы по данному виду страховых случаев за каждый день нетрудоспособности, начиная с 6 (шестого) календарного дня нетрудоспособности, но не более 90 (девяноста) календарных дней за год.

10.6. Страховая выплата в связи с наступлением страхового случая, указанного в п. 4.2.6. настоящих Правил, производится в размере 100% страховой суммы по данному виду страховых случаев. Страховая выплата производится Выгодоприобретателю, названному в Договоре страхования, а если Выгодоприобретатель не назван – законным наследникам Застрахованного Лица.

10.7. Страховая выплата в связи с наступлением страхового случая, указанного в п.4.2.7. настоящих Правил, производится одновременно в размере страховой суммы. Период ожидания составляет 3 (три) месяца.

10.8. Страховая выплата в связи с наступлением страхового случая, указанного в п. 4.2.8. , 4.2.9. настоящих Правил производится в пределах, не превышающих размер страховой суммы по данному страховому случаю.

10.8.1. В случае получения травматических повреждений согласно п.4.2.3. настоящих Правил, или постановки Застрахованному лицу диагноза критического заболевания согласно п. 4.2.7. настоящих Правил, Застрахованное лицо/представитель Застрахованного лица вправе обратиться в кол-центр Ассистанс и получить бесплатную консультацию специалиста, который, уточнив у застрахованного лица/представителя застрахованного лица сведения о состоянии его здоровья на момент обращения, произведет предварительный расчет объема, сроков и стоимости предполагаемых для оказания медицинских услуг, который будет уточнен в течении 3-х рабочих дней после получения от Застрахованного лица скан-копий документов, предусмотренных п. 11.1. Правил.

Предоставление скан-копий документов (в том числе медицинских) обусловлено необходимостью скорейшего признания у произошедшего с Застрахованным события признаков страхового случая и необходимостью в кратчайшие сроки с момента получения травматических повреждений / постановки диагноза критического заболевания начать работу по подбору оптимальных условий прохождения Застрахованным лечения(окончательное решение о признании события, произошедшего с Застрахованным страховым случаем принимается на следующий день после получения от Застрахованного оригиналов и/или надлежащим образом заверенных копий всех документов, предусмотренных п. 11.1. Правил

10.8.2. После уточнения в порядке, предусмотренном в п. 10.8.1. Правил объемов, сроков и стоимости предполагаемых для оказания медицинских услуг, при условии получения оригиналов документов, предусмотренных п. 11.1. Правил, Ассистанс уведомляет застрахованное лицо о перечне услуг, которые будут оказаны застрахованному лицу, места их оказания, стоимости с отдельным упоминанием о том, какие из перечисленных услуг будут компенсированы Страховщиком (в пределах размера страховой суммы по риску «Организация и оплата медицинских услуг застрахованного лица, вызванных травматическим повреждением» или «Организация оказания и оплата медицинских услуг застрахованного лица, вызванных критическим заболеванием» в зависимости от произошедшего события), а какие услуги подлежат оплате самим Застрахованным лицом за свой счет.

10.8.3. Страховая выплата в связи с наступлением страхового случая, указанного в п.п. 4.2.8., 4.2.9. настоящих Правил производится в пользу Ассистанс на основании документов, подтверждающих факт оказания медицинских услуг согласованным Страховщиком и Ассистанс лечебным учреждением, оказывающим медицинские услуги Застрахованному и только в объемах, согласованных между Страховщиком и Ассистанс, причем основанием для оплаты являются оригиналы платежных документов, полученные Страховщиком через Ассистанс из соответствующего лечебного учреждения, в котором согласованные услуги были оказаны. Оплата не согласованных медицинских услуг, а равно оплата согласованных медицинских услуг, оказанных в несогласованном лечебном учреждении, Страховщиком не производится.

10.9. Страховая выплата при наступлении какого-либо страхового случая, предусмотренного Договором страхования, производится с учетом произведенных ранее выплат по другим видам страховых случаев, предусмотренных Договором страхования.

10.10. Общая сумма страховых выплат, производимых по страховому случаю, предусмотренному Договором страхования, не может превышать размера страховой суммы, установленного в Договоре страхования для данного вида страховых рисков. Общая сумма страховых выплат по страховым случаям не может превышать максимальной страховой суммы, установленной в Договоре страхования за исключением случаев, предусмотренных п. 4.2.8., 4.2.9. настоящих Правил, размер страховой суммы по которым определяется независимо от страховых сумм по другим указанным в Правилах рискам.

XI. ПОРЯДОК ОСУЩЕСТВЛЕНИЯ СТРАХОВЫХ ВЫПЛАТ

11.1. Страховая выплата осуществляется Страховщиком на основании заявления о страховом случае, составленного Застрахованным Лицом (Выгодоприобретателем) в письменной форме с приложением подтверждающих документов и страхового акта, составленного и подписанного Страховщиком.

К заявлению на осуществление страховой выплаты прилагаются следующие документы:

- копия Договора страхования (страхового полиса),
- копия удостоверения личности Заявителя;
- доверенность (если Заявителем является лицо, действующее на основании доверенности);

11.1.1. при наступлении страхового случая по риску «смерть Застрахованного Лица в результате несчастного случая» дополнительно предоставляются следующие документы:

- Свидетельство ЗАГСа о смерти Застрахованного или его нотариально удостоверенная копия
- Медицинская справка о смерти
- Выписка из истории болезни с посмертным диагнозом / выписка из амбулаторной карты
- Удостоверенная копия истории болезни/ удостоверенная копия амбулаторной карты
- Копия протокола патологоанатомического вскрытия / копия заявления от родственников об отказе от вскрытия и копия справки из патологоанатомического отделения
- Копия постановления о возбуждении (отказе в возбуждении) уголовного дела (если таковое возбуждалось)
- Приговор суда (в случае возбуждении уголовного дела)
- Если страховое событие произошло в результате дорожно-транспортного происшествия, во время которого Застрахованное Лицо находилось за рулем – протокол

освидетельствования на состояние алкогольного, наркотического опьянения; справка о ДТП, копия водительского удостоверения

- Акт о несчастном случае на производстве (Форма Н-1, при необходимости)
- Акт о несчастном случае с обучающимся, воспитанником системы образования РФ (Форма Н-2).

11.1.2. при наступлении страхового случая по рискам «временная утрата трудоспособности Застрахованным Лицом в результате несчастного случая», «травматическое повреждение Застрахованного Лица в результате несчастного случая», «госпитализация Застрахованного Лица в результате несчастного случая» дополнительно предоставляются следующие документы:

- Листок нетрудоспособности, для студентов – справка о временной нетрудоспособности учащихся (форма 095/у);

- Врачебное заключение из ЛПУ по месту первичного обращения за медицинской помощью
- Данные рентгенографических методов исследования (снимки, описания снимков).
- Данные томографии (снимки, описание снимков).
- Данные ультразвукового исследования (снимки, заключения).
- Выписка из истории болезни/амбулаторной карты
- Данные электронейромиографии с врачебным заключением
- Заключение офтальмолога об с результатами офтальмологических исследований
- Результаты аудиограммы
- Заключение сурдолога
- Врачебное заключение с указанием локализации ожоговой поверхности, площади в процентном соотношении к площади человека, степени ожога
- Результаты проведенных исследований с интерпретацией полученных результатов
- Врачебное заключение с обоснованием выставленного диагноза
- Копия амбулаторной карты/копия истории болезни стационарного больного
- Копия постановления о возбуждении (отказе в возбуждении) уголовного дела (если таковое возбуждалось)
- Приговор суда (в случае возбуждении уголовного дела)
- Если страховое событие произошло в результате дорожно-транспортного происшествия, во время которого Застрахованное Лицо находилось за рулем – протокол освидетельствования на состояние алкогольного, наркотического опьянения; справка о ДТП, копия водительского удостоверения
- Акт о несчастном случае на производстве (Форма Н-1, при необходимости)
- Акт о несчастном случае с обучающимся, воспитанником системы образования РФ (Форма Н-2).

11.1.3. при наступлении страхового случая по рискам «установление инвалидности Застрахованному Лицу в результате болезни», «установление инвалидности Застрахованному Лицу в результате несчастного случая» дополнительно предоставляются следующие документы:

- выписка из истории болезни либо амбулаторной карты лечебного учреждения, направившего Застрахованное Лицо на медико-социальную экспертизу;
- выписные эпикризы из медицинских учреждений, оказавших медицинскую помощь в связи с травматическим повреждением Застрахованного лица;
- направление на медико-социальную экспертизу организацией, оказывающей лечебно-профилактическую помощь (форма № 088/у-06)
- акт медико-социальной экспертизы гражданина
- индивидуальная программа реабилитации инвалида, выдаваемая федеральными государственными учреждениями медико-социальной экспертизы;
- свидетельство об инвалидности государственного образца;

– справка об отсутствии алкогольного, наркотического или токсического опьянения у Застрахованного Лица на момент страхового события (если страховой случай произошел при дорожно-транспортном происшествии);

– история болезни стационарного больного, история болезни амбулаторного больного.

11.1.4. при наступлении страхового случая по риску «постановка диагноза «критическое заболевание» Застрахованному Лицу» дополнительно предоставляются следующие документы:

– Выписка из истории болезни стационарного больного

– Выписка из амбулаторной карты

– Копия истории болезни стационарного больного

– Копия амбулаторной карты

– Документы лечебно-профилактического или иного медицинского учреждения, подтверждающие перенесение Застрахованным заболевания, соответствующего определению страхового случая, подтвержденные соответствующими лабораторными, клиническими, гистологическими, радиологическими исследованиями

– Заключение врача специалиста.

11.2 Все документы предоставляются Страховщику в виде оригиналов или нотариально удостоверенных копий. По дополнительному согласованию со Страховщиком документы могут быть предоставлены в виде копий, удостоверенных печатью учреждения, их выдавшего. Все медицинские документы, полученные за пределами Российской Федерации, предоставляются Страховщику в оригинале с приложением нотариально удостоверенного перевода.

11.3. Страховщик вправе отказать в страховой выплате в случае неисполнения Страхователем обязанности, предусмотренной п.п. «г» п. 9.3.

11.4. Размер подлежащего выплате страхового возмещения определяется в Страховом акте. Страховой акт составляется Страховщиком или уполномоченным им лицом в течение 15 (пятнадцати) рабочих дней после получения всех необходимых документов. Для его составления Страховщик при необходимости запрашивает сведения, связанные со страховым случаем, у правоохранительных органов и других учреждений и организаций, располагающих информацией об обстоятельствах страхового случая, а также вправе самостоятельно выяснять причины и обстоятельства страхового случая.

11.5. Если иное не оговорено Договором страхования, страховая выплата производится в согласованной сторонами форме (наличными деньгами, безналичным путем) в течение 5 (пяти) рабочих дней после подписания Страховщиком страхового акта.

11.6. Если по фактам, послужившим причиной наступления страхового случая, возбуждено уголовное дело или начат судебный процесс, принятие решения о страховой выплате может быть отсрочено до окончания расследования или судебного разбирательства, либо установления невиновности Застрахованного Лица/Страхователя или Выгодоприобретателя.

11.7. При наступлении критического заболевания решение об осуществлении страховой выплаты принимается по истечении 30 (тридцати) календарных дней после наступления страхового случая. Срок принятия решения по настоящему пункту не может превышать 45 дней после наступления страхового случая.

XII. ВАЛЮТНЫЙ ЭКВИВАЛЕНТ

12.1. Договор страхования заключается в рублях. Договор также может предусматривать отражение страховых сумм и страховых премий (взносов) в иностранной валюте (долларах, евро) – страхование в валютном эквиваленте.

12.2. При страховании в валютном эквиваленте страховые суммы и страховые премии (взносы) определяются (номинаруются) в валюте, оговоренной условиями Договора страхования.

12.3. Все расчеты по Договору страхования проводятся в российских рублях, страховые премии (взносы) уплачиваются в российских рублях; страховая выплата производится в российских рублях.

12.4. Валютный номинал страховой премии (взноса) и страховой выплаты переводится в рубли по курсу Центрального Банка России на дату принятия решения о выплате (подписания

Страховщиком Страхового акта), если иной курс или иная дата его определения не установлены действующим законодательством РФ или Договором страхования («Обменный курс»).

12.5. Страховщик оставляет за собой право отменить валютную номинацию страховых сумм и страховых премий (взносов) или изменить значение «обменного курса» в случае, если действующие российские государственные облигации с валютным номиналом, аналогичные облигациям государственного внутреннего валютного займа Министерства Финансов Российской Федерации, становятся недоступны в количестве, достаточном для обеспечения Страховщиком своих обязательств по договорам, заключенным в валютном эквиваленте. «Действующие» означает, что правительство Российской Федерации продолжает регулярные выплаты процентов и основной суммы по облигациям в валютном номинале, каковые своевременные выплаты являются существенными для способности Страховщика обеспечивать свои обязательства.

12.6. Отмена валютного эквивалента вступает в силу после направления Страховщиком письменного уведомления Страхователю по его последнему зарегистрированному у Страховщика почтовому адресу о том, что им использована возможность изменения метода расчетов.

12.7. В случае изменения метода расчетов Страховщик производит перерасчет страховых сумм и страховых премий (взносов) в российские рубли, используя курс Центрального Банка России на дату вступления в силу такого перерасчета или коэффициент, рассчитанный как среднеарифметическое значение официальных курсов Центрального Банка России, действовавших на даты уплаты Страхователем страховых премий (взносов). Изменение метода взаиморасчетов не является изменением Договора страхования.

ХІІІ. ОБСТОЯТЕЛЬСТВА НЕПРЕОДОЛИМОЙ СИЛЫ (ФОРС-МАЖОР)

13.1. Страховщик не несет ответственности за неисполнение/ ненадлежащее исполнение его обязанностей по Договору страхования, если такое неисполнение/ ненадлежащее исполнение оказалось невозможным вследствие обстоятельств непреодолимой силы.

13.2. Под обстоятельствами непреодолимой силы понимаются: военные действия, а также маневры, иные военные мероприятия и их последствия; террористические акции; гражданские волнения; всякого рода забастовки; мятежи; конфискации; реквизиции; арест, уничтожение или повреждение имущества по распоряжению гражданских или военных властей; введение чрезвычайного или военного положения; бунты; путчи; государственные перевороты; заговоры; восстания; революции; воздействия ядерной энергии.

ХVІ. ПОРЯДОК РАЗРЕШЕНИЯ СПОРОВ

14.1. Споры по Договору страхования между Страховщиком и Страхователем разрешаются путем переговоров, а при недостижении согласия - в порядке, предусмотренном действующим законодательством Российской Федерации передаются в суд по месту государственной регистрации Страховщика.

ДОПОЛНИТЕЛЬНАЯ ПРОГРАММА СТРАХОВАНИЯ НА СЛУЧАЙ ИНВАЛИДНОСТИ С ОСВОБОЖДЕНИЕМ ОТ УПЛАТЫ СТРАХОВЫХ ВЗНОСОВ

1. Общие положения

1.1. В соответствии с настоящей Дополнительной программой страхования на случай инвалидности с освобождением от уплаты страховых взносов (далее – Дополнительная программа) Страховщик заключает Договоры добровольного страхования физических лиц от несчастных случаев и болезней с дееспособными физическими лицами (Страхователями), заключившими со Страховщиком Основной договор.

1.2. Настоящая Дополнительная программа страхования является дополнением к Правилам добровольного страхования физических лиц от несчастных случаев и болезней (в дальнейшем – «Правила»). Положения Правил применяются к страхованию на основе настоящей Дополнительной программы страхования, если в Дополнительной программе страхования или Договоре (полисе) страхования не предусмотрено иное.

1.3. Застрахованными Лицами по настоящей Дополнительной программе страхования могут выступать дееспособные физические лица в возрасте от 18 до 65 лет.

2. Страховые случаи

2.1. В соответствии с настоящей Дополнительной программой страхования страховыми случаями признаются следующие события:

2.1.1. Установление инвалидности I или II группы в результате несчастного случая;

2.1.2. Установление инвалидности I или II группы в результате несчастного случая или болезни (если Страхователь заключает договоры добровольного страхования физических лиц от несчастных случаев и болезней на основании настоящих Правил со Страховщиком на 3-й или последующие годы страхования, при этом перерыва между действием этих договоров не происходило).

2.2. Случаи, указанные в п.2.1 не являются страховыми, если наступили в результате событий, указанных в разделе 5 Правил страхования.

3. Страховые суммы. Страховые взносы

3.1. По Договорам страхования физических лиц от несчастных случаев и болезней с Дополнительной программой страхования страховая сумма устанавливается отдельно.

3.2. Страховая сумма определяется как сумма неоплаченных, но подлежащих оплате страховых взносов по Основному договору за истекший срок действия Основного договора.

3.3. Размер страховой премии устанавливается в соответствии с Основным договором (договором страхования жизни).

4. Срок действия Дополнительной программы страхования

4.1. Договор страхования на основании настоящей Дополнительной программы страхования заключается на 1 (один) год.

4.2. Действие Дополнительной программы страхования досрочно прекращается в случаях:

– Выплаты по страховому случаю в размере страховой суммы.

– По инициативе Страхователя, на основании письменного заявления, полученного Страховщиком не позднее чем за 30 (Тридцать) дней до предполагаемой даты прекращения.

– Прекращения Основного договора.

5. Размер и порядок осуществления страховых выплат

5.1. При наступлении страхового случая, указанного в п.2 настоящей Дополнительной программы страхования, страховая выплата осуществляется Застрахованному Лицу в размере 100% страховой суммы.

5.2. При наступлении страхового случая на основании заявления Страхователя сумма страховой выплаты зачисляется в счет подлежащей уплате страховой премии по Основному договору.

Приложение 2
к Правилам добровольного страхования физических лиц
от несчастных случаев и болезней № 2 от 08 июля 2011 года
(в редакции от года)

ДОПОЛНИТЕЛЬНАЯ ПРОГРАММА СТРАХОВАНИЯ НА СЛУЧАЙ КРИТИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ

1. Общие положения

1. В соответствии с настоящей Дополнительной программой страхования на случай критических заболеваний к Договору добровольного страхования физических лиц от несчастных случаев и болезней с дееспособными физическими или юридическими лицами (Страхователями) к договору страхования жизни (основному договору).

2. Настоящая Дополнительная программа страхования является дополнением к Правилам добровольного страхования физических лиц от несчастных случаев и болезней (в дальнейшем – «Правила»). Положения Правил применяются к страхованию на основе настоящей Дополнительной программы страхования, если в Дополнительной программе или Договоре страхования (страховом полисе) не предусмотрено иное.

3. По настоящей Дополнительной программе страхования могут быть застрахованы лица в возрасте от 18 до 65 лет на дату заключения Договора страхования. Страховщик, руководствуясь внутренними регламентами и андеррайтерской политикой, вправе расширить возрастной предел для Застрахованного Лица.

3.1. Дополнительной программой страхования на случай критических заболеваний покрываются следующие критические заболевания:

Критические заболевания - заболевания, значительно ухудшающие качество жизни Застрахованного Лица, приводящие к инвалидизации и характеризующиеся чрезвычайно высоким уровнем смертности.

К числу критических заболеваний для целей настоящих Специальных условий относятся:

3.1.1. Злокачественные онкологические заболевания

Злокачественное онкологическое заболевание предполагает наличие в организме новообразования из злокачественных клеток, характеризующегося бесконтрольным инвазивным и инфильтрирующим ростом, пролиферацией в организме, клеточным и тканевым атипизмом, способностью к метастазированию в лимфатические узлы и отдаленные органы.

К злокачественным новообразованиям следует относить:

1. Карциномы (опухоли из экто- и эндодермы);
2. Саркомы (опухоли из клеток мезодермы);
3. Гемобластозы (лейкозы и лимфомы) – опухоли из камбиальной клетки кроветворной и лимфатической ткани.

Это определение также включает лейкемию, ракоподобные лимфомы и болезнь Ходжкина. Злокачественные меланомы входят в покрытие, если новообразование больше или равно 1 мм и соответствует уровню развития T3N(0)M(0) или более по классификации TNM.

Примечание: дата постановки диагноза – это дата подтверждения диагноза результатами гистопатологического исследования.

Если гистопатологическое исследование не возможно по медицинским причинам, диагноз злокачественной опухоли должен быть подтвержден врачом-онкологом и результатами КТ или МРТ исследования.

Исключения:

- Доброкачественные или предраковые новообразования
- Прединвазивные новообразования и новообразования на месте (Tis*)

- Цервикальная дисплазия CIN I-III,
- Карцинома мочевого пузыря стадии Ta*
- Папиллярная или фолликулярная карцинома щитовидной железы, гистологически диагностированная как T1a* (опухоль в наибольшем измерении 1см или менее) если нет наличия метастазов в лимфатические узлы и/или отдаленных метастазов
- Рак предстательной железы, гистологически диагностированный как T1N0M0*
- Хроническая лимфатическая лейкемия (CLL) менее чем стадия 3 по RAI
- злокачественные опухоли кожных покровов и меланомы, максимальная толщина которых, в соответствии с гистологическим заключением, меньше 1 мм или которая не превышает уровень развития T3N(0)M(0) по классификации TNM, любая другая опухоль, не проникающая в сосочково-ретикулярный слой, все гиперкератозы или базально-клеточные карциномы кожи, плоскоклеточные карциномы, все эпителиально-клеточные раки кожи при отсутствии прорастания в другие ткани
- Все новообразования при наличии ВИЧ-инфекции или СПИДа, а также ассоциированные с ВИЧ-инфекцией или СПИДом.

* В соответствии с Международной классификацией TNM

3.1.2. Хирургическое лечение коронарных артерий

Проведение операции на сердце открытым доступом – путем срединной стернотомии в целях коррекции двух или более стенозированных или закупоренных коронарных артерий (вмешательство на двух главных коронарных артериях, либо на одной главной и ветви другой главной, либо на двух ветвях двух главных коронарных артерий) методом обходного сосудистого шунтирования.

Исключения:

- баллонная ангиопластика (дилатация) коронарных артерий,
- эндоскопические хирургические манипуляции,
- лазерная ангиопластика,
- любые другие внутриартериальные манипуляции,
- другие нехирургические процедуры.

Необходимость операции должна быть подтверждена результатами коронарной ангиографии, проведение операции должно быть подтверждено протоколом операции.

3.1.3. Инфаркт миокарда

Остро возникший некроз части сердечной мышцы вследствие абсолютной или относительной недостаточности коронарного кровотока.

Диагноз должен быть обоснован наличием всех трех симптомов:

- длительный приступ характерных болей в грудной клетке.
- новые типичные изменения ЭКГ, например:
 - изменения сегмента ST или зубца T с характерной динамикой,
 - формирование патологического, стойко сохраняющегося зубца Q
 - типичное повышение активности кардиоспецифических ферментов крови, таких, как миоглобин, тропонин-Т, изофермент МВ-КФК, суммарная КФК,
 - рубцовые изменения миокарда, со снижением функции правых или левых отделов сердца, вызванных инфарктом миокарда и подтвержденные Эхо КГ:
 - а) снижение фракции изгнания
 - б) гипокинезия (ограничение подвижности стенок сердца)
 - в) акинезия

Диагноз и данные обследования должны подтверждаться квалифицированным врачом (кардиологом).

Из определения исключаются: инфаркты миокарда без изменения сегмента ST и с увеличением показателей Тропонина I или T в крови; другие острые коронарные синдромы (такие как стабильная / нестабильная стенокардия), безболевой инфаркт миокарда.

3.1.4. Почечная недостаточность

Терминальная стадия необратимого хронического либо острого нарушения функции обеих почек, приводящего к появлению трех из четырех симптомов:

- олигоанурии
- снижению СКФ (скорости клубочковой фильтрации) ниже 15 мл/мин
- нарушению выведения продуктов азотистого обмена, в частности, повышению уровня креатинина в крови до 7-10 мг%
- артериальной гипертензии

что требует:

- постоянного проведения гемодиализа, либо
- перитонеального диализа, либо
- трансплантации донорской почки.

Диагноз должен быть подтвержден квалифицированным врачом (нефрологом).

3.1.5. Инсульт

Нарушение кровоснабжения головного мозга, повлекшее за собой возникновение постоянных неврологических расстройств, вызванное кровоизлиянием, инфарктом головного мозга или эмболией внечерепного происхождения.

Наличие перманентных неврологических расстройств должно устанавливаться врачом-неврологом после минимального периода в три месяца от произошедшего события.

Диагноз должен быть подтвержден наличием типичных клинических симптомов и данными компьютерной или магнито-резонансной томографии головного мозга.

Исключения:

- неврологическая симптоматика, вызванная мигренью,
- церебральные расстройства вследствие травмы,
- сосудистые заболевания, поражающие глаз или глазной нерв,
- преходящее нарушение мозгового кровообращения, которое определяется как заболевание с обратимыми неврологическими расстройствами, длительностью не более 24 ч.,
- приступы вертебробазиллярной ишемии,
- лакунарные инсульты без неврологической симптоматики.

3.1.6. Трансплантация жизненно важных органов

Замещение необратимо поврежденных патологическим процессом тканей или органов собственными тканями либо органами (тканями), взятыми от другого организма.

Предусматривается фактическая операция по трансплантации целого жизненно-важного органа Застрахованному лицу в качестве реципиента.

- сердца,
- легкого,
- печени,
- почки,
- поджелудочной железы (исключая трансплантацию только островков Лангерганса),
- костного мозга.
- тонкого кишечника

Исключения:

- селективная трансплантация клеток Лангерганса поджелудочной железы,
- трансплантация других органов, частей органов или какой-либо ткани,
- донорство органов

Необходимость операции должна быть подтверждена квалифицированным врачом, проведение операции должно быть подтверждено протоколом операции.

3.1.7. Хирургическое лечение заболеваний аорты

Хирургическая операция открытым доступом в связи с заболеванием аорты, предполагающая иссечение и хирургическую замену части пораженной аорты трансплантатом. Включает в себя операции на восходящей, нисходящей частях и дуге аорты.

Исключения:

- все другие хирургические операции, стентирование, малоинвазивное или эндоваскулярное лечение,
- ветви аорты не покрываются определением.

Необходимость операции должна быть подтверждена квалифицированным врачом, проведение операции должно быть подтверждено протоколом операции.

3.1.8. Слепота (Потеря Зрения)

Постоянная и необратимая потеря зрения, за исключением потери цветоощущения, в той степени, при которой даже при использовании вспомогательных оптических средств показатели зрения составляют 0,05 или ниже на глазе, обладающим лучшим зрением при использовании оптометрической таблицы Сивцева.

Диагноз постоянной потери зрения может быть установлен не менее чем через шесть месяцев после начала заболевания или несчастного случая.

Диагноз должен быть подтвержден врачом-офтальмологом и результатами обследования.

3.1.9. Пересадка клапанов сердца

Оперативное вмешательство на сердце с доступом путем открытой стернотомии, торакотомии, проводимое для замены одного или нескольких клапанов сердца, искусственным либо биологическим клапаном.

Определение включает замену аортальных, митральных, трикуспидальных или пульмональных (клапанов легочной артерии) клапанов сердца их аналогами вследствие развития стеноза/недостаточности или комбинации этих состояний.

Необходимость в проведении хирургической операции должна быть установлена врачом-кардиологом.

Исключения:

- Операции на сердечных клапанах в связи с врожденными пороками
- вальвулотомия, вальвулопластика и другие виды лечения, проводимые без пересадки (замены) клапанов.

3.1.10. Рассеянный склероз

Хроническое прогрессирующее заболевание, характеризующееся развитием очагов демиелинизации в центральной и периферической нервной системе; относится к группе нервных болезней. Заболевание, характеризуется классической триадой симптомов: нистагм, интенционное дрожание (неритмичные колебания глаз, возникающие при движениях), скандированная речь. Для рассеянного склероза характерны также зрительные (изменения полей цветового зрения и остроты зрения, появление двоения в глазах) и вестибулярные (головокружение) нарушения, расстройства координации, поражение пирамидной системы (спастический парез нижних конечностей, патологические рефлексы Бабинского и Россолимо, выпадение брюшных рефлексов и др.), нарушения вибрационной чувствительности и изменения состава спинномозговой жидкости.

Окончательный диагноз «Рассеянный склероз», устанавливается специалистом-неврологом в сертифицированном медицинском учреждении и подтверждается типичными признаками заболевания с симптомами демиелинизации и ухудшения моторной и сенсорной функции, характерными изменениями на компьютерной и магнитно-резонансной томограммах, а также специфическими изменениями состава спинномозговой жидкости.

Заявитель должен иметь показатели по шкале EDSS >5 и неврологические отклонения, которые имели место непрерывно на протяжении не менее шести месяцев.

3.1.11. Паралич

Отсутствие произвольных движений, обусловленное поражением двигательных центров спинного и головного мозга, проводящих путей центральной или периферической нервной системы.

Включает в себя периферические (или вялые) и центральные (спастические) параличи двух и более конечностей: параплегия, гемиплегия, тетраплегия.

Характеризуется полным отсутствием движений, либо диссоциацией двигательных функций — утратой одних и усиление других, падением, усилением либо пластичностью тонуса мышц, рефлексов, появлением патологических рефлексов Бабинского, Россолимо и др., содружественными движениями (синкинезиями), атрофией мышц, а также расстройством чувствительности.

Диагноз должен быть подтвержден специалистом по результатам шестимесячного наблюдения Застрахованного с момента установления первоначального диагноза, а также результатами проведенных исследований, таких, как, рентгеновская компьютерная и магнитно-резонансная томография, двумерная эхоэнцефалография, рентгенография черепа и позвоночника, рентгеноконтрастные и радионуклидные методы исследования субарахноидального пространства и желудочковой системы головного мозга, радиоизотопные методы исследования центральной нервной системы, ангиография головного и спинного мозга, ультразвуковая доплеросонография, исследование вызванных потенциалов головного и спинного мозга,

электромиография, гистологическое и гистохимическое исследование биоптата парализованных мышц.

Исключением из покрытия является синдром Гийена-Барре.

2. Страховые случаи.

2.1. В соответствии с настоящей Дополнительной программой страхования страховыми случаями признается критическое заболевание, впервые диагностированное у Застрахованного Лица после вступления Договора страхования в силу, за исключением случаев заболевания в результате событий, указанных в разделе 5 Правил страхования.

2.2. Договором страхования предусматривается один из следующих вариантов страхового покрытия:

- 1 вариант (6 заболеваний): Онкологические заболевания, Хирургическое лечение коронарных артерий, Инфаркт миокарда, Почечная недостаточность, Инсульт, Трансплантация жизненно важных органов,

- 2 вариант (11 заболеваний): Онкологические заболевания, Хирургическое лечение коронарных артерий, Инфаркт миокарда, Почечная недостаточность, Инсульт, Трансплантация жизненно важных органов, Хирургическое лечение заболеваний аорты, Слепота (потеря зрения), Пересадка клапанов сердца, Рассеянный склероз, Паралич.

2.3. По настоящей Дополнительной программе страхования устанавливается период выживания равный 30 (тридцати) дням, с даты первичной постановки диагноза критического заболевания. В случае смерти Застрахованного Лица в течение этого периода выплата по событию «критическое заболевание» Страховщиком не производится.

3. Страховая сумма.

3.1. Размер Страховой суммы определяется соглашением Страхователя со Страховщиком.

4. Срок действия и основания прекращения Дополнительной программы страхования.

4.1. Срок действия Дополнительной программы страхования составляет 1 (один) год.

4.2. По настоящей Дополнительной программе страхования устанавливается период ожидания, равный 3 (трем) месяцам с начала действия Договора страхования.

Постановка диагноза «критическое заболевание» Застрахованному Лицу в течение этого периода не является страховым случаем.

4.3. Действие Дополнительной программы страхования на случай критического заболевания прекращается в случаях:

4.3.1. Истечения срока действия программы.

4.3.2. Выплаты по страховому случаю «критическое заболевание» в размере страховой суммы.

4.3.3. По инициативе Страхователя, посредством заблаговременного, не менее, чем за 30 (тридцать) дней до предполагаемой даты прекращения, письменного заявления.

4.3.4. При прекращении действия Основного договора страхования.

5. Размер и порядок осуществления страховых выплат.

5.1. Страховая выплата по Дополнительной программе страхования на случай критического заболевания осуществляется одновременно в размере страховой суммы, установленной по данной программе. При этом учитывается указанный в Договоре страхования вариант страхового покрытия (п. 2.2. настоящей Дополнительной программы).

5.2. Страховая выплата по страховому событию «критическое заболевание» осуществляется по первому диагнозу, установленному Застрахованному Лицу в течение срока страхования. Выплата производится только по диагнозу, установленному по истечении обусловленного Договором страхования периода ожидания согласно положениям п.4.2 настоящей Дополнительной программы.

5.3. При наступлении страхового события «критическое заболевание» по Договору страховая выплата по событию «критическое заболевание» производится Страховщиком по истечении установленного Договором периода выживания, начинающегося с даты диагностирования критического заболевания (п.2.3. настоящей Дополнительной программы).

5.4. При осуществлении выплаты по страхованию на случай критических заболеваний, ответственность Страховщика в отношении данного покрытия прекращается с момента выплаты и дальнейшее продление или возобновление Дополнительной программы страхования на случай критических заболеваний не производится.