

УТВЕРЖДЕНЫ

Приказом Генерального директора
СПАО «РЕСО-Гарантия»
Раковщика Д.Г.
№ 188 от 07.05.2019 г.

(действуют с 07.05.2019 года)

**ПРАВИЛА СТРАХОВАНИЯ
НА СЛУЧАЙ КРИТИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ****СОДЕРЖАНИЕ:**

1. Общие положения
2. Объект страхования. Основные понятия.
3. Страховые риски. Страховые случаи.
4. Исключения
5. Страховая сумма. Страховой тариф.
6. Страховая премия, форма и порядок уплаты страховой премии.
7. Срок действия договора страхования
8. Порядок заключения и прекращения Договора страхования
9. Изменение степени риска
10. Права и обязанности сторон
11. Порядок определения и осуществления выплаты страхового обеспечения
12. Порядок внесения изменений и дополнений в Договор страхования
13. Форс-мажорные обстоятельства
14. Порядок разрешения споров

1. ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ

1.1. В соответствии с действующим законодательством и настоящими Правилами СПАО «РЕСО-Гарантия» заключает договоры добровольного страхования на случай критических заболеваний со Страхователями, которыми могут выступать:

1.1.1. дееспособные физические лица, заключающие договоры страхования на случай причинения вреда их жизни, здоровью и трудоспособности или на случай причинения вреда жизни, здоровью и трудоспособности другого названного в договоре лица или группы лиц (далее по тексту - Застрахованные);

1.1.2. юридические лица любой организационно-правовой формы, заключающие договоры страхования на случай причинения вреда жизни, здоровью, трудоспособности третьих лиц (Застрахованных).

1.2. Договор страхования на случай критических заболеваний может быть заключен в отношении одного Застрахованного (индивидуальное страхование) или группы, коллектива Застрахованных (коллективное страхование).

1.3. Договор может быть заключен на основании общих, стандартных условий, предусмотренных настоящими Правилами или на основании дополнительных условий к настоящим Правилам, указанным в специализированных программах.

1.4. Для получения страховой выплаты в случае смерти Застрахованного в договоре может быть назначен Выгодоприобретатель - физическое или юридическое лицо.

1.5. На страхование принимаются лица в возрасте от 18 лет до 65 -летнего возраста на момент окончания срока действия договора страхования.

Не подлежат страхованию и не являются Застрахованными:

- инвалиды 1 и 2 группы;
- лица, требующие ухода, а также страдающие на момент заключения договора страхования психическими заболеваниями и/или расстройствами;
- лица, которые уже перенесли одно из заболеваний, указанных в Перечне критических заболеваний (приложение № 1 к настоящим Правилам);
- лица, имеющие нарушение коронарных артерий, больные сахарным диабетом, атеросклерозом, заболеваниями периферических кровеносных сосудов;
- лица, страдающие тяжелыми хроническими заболеваниями кровеносной системы, печени и желудочно-кишечного тракта, дыхательной системы, почек и мочевой системы.

В случае, если Страхователь, а также Застрахованный сообщил Страховщику заведомо ложные сведения относительно наличия у Застрахованного инвалидности и (или) группы инвалидности, а также указанных выше заболеваний Страховщик вправе потребовать признания договора недействительным.

1.6. Договор страхования считается заключенным в пользу застрахованного лица, если в договоре не названо в качестве выгодоприобретателя другое лицо. В случае смерти лица, застрахованного по договору, в котором не назван иной выгодоприобретатель, выгодоприобретателями признаются наследники застрахованного лица.

1.7. Письма и уведомления, направляемые Страховщиком в адрес Страхователя (Выгодоприобретателя) в соответствии с настоящими Правилами страхования, считаются направленными надлежащим образом при соблюдении одного из следующих условий:

1) уведомление в письменном виде передано Страхователю (Выгодоприобретателю) на руки или направлено почтовым отправлением по адресу, указанному в договоре страхования или ином документе с контактными данными, поданном Страхователем (Выгодоприобретателем);

2) уведомление направлено в виде электронного письма на адрес электронной почты, указанный в договоре страхования или ином документе с контактными данными, поданном Страхователем (Выгодоприобретателем);

3) уведомление направлено в виде СМС-сообщения по номеру телефона, указанному в договоре страхования или ином документе с контактными данными, поданном Страхователем (Выгодоприобретателем) или в виде электронного сообщения Страхователю с использованием мобильного приложения;

4) уведомление размещено в личном кабинете Страхователя на сайте Страховщика, о чем Страхователь проинформирован по электронной почте, путем направления СМС-сообщения или электронного сообщения с использованием мобильного приложения.

В случае изменения адресов, номеров телефонов и (или) реквизитов Страхователь (Выгодоприобретатель) обязуется в срок не позднее 3 (трех) рабочих дней с момента такого изменения известить об этом Страховщика. Если Страховщик не был извещен об изменении адреса и (или) реквизитов другой стороны в указанный срок, то все уведомления и извещения, направленные Страхователю (Выгодоприобретателю) по прежнему известному адресу, будут считаться полученными с даты их поступления по прежнему адресу.

2. ОБЪЕКТЫ СТРАХОВАНИЯ. ОСНОВНЫЕ ПОНЯТИЯ.

2.1. Объектом страхования являются не противоречащие законодательству РФ имущественные интересы Застрахованного, связанные с причинением вреда здоровью, а также в связи со смертью в результате критического заболевания.

Страховщик

Страховое публичное акционерное общество «РЕСО-Гарантия» (СПАО РЕСО-Гарантия), юридическое лицо, созданное в соответствии с законодательством Российской Федерации для осуществления страховой деятельности, действующее на основании лицензии.

Страхователь

Юридическое или дееспособное физическое лицо, заключившее со Страховщиком договор страхования.

Застрахованный

Физическое лицо, имущественный интерес которого, связанный с жизнью, здоровьем и трудоспособностью является объектом страхования.

Выгодоприобретатель

физическое или юридическое лицо, указанное в договоре страхования для получения выплат по договору страхования. Назначение Выгодоприобретателя в случае, когда Страхователь не является Застрахованным лицом, осуществляется только с письменного согласия Застрахованного. Если в договоре Выгодоприобретатель не указан, Выгодоприобретателями признаются наследники Застрахованного по закону.

Договор страхования (страховой полис) – соглашение между Страховщиком и Страхователем, в силу которого Страховщик обязуется за обусловленную договором страхования плату (страховую премию) при наступлении предусмотренного в договоре события (страхового случая) произвести выплату страхового обеспечения Страхователю или иному лицу, в пользу которого заключен договор страхования (Выгодоприобретателю). При отличии условий, содержащихся в Правилах, заявлении на страхование и Договоре страхования, преимущественную силу имеют условия, содержащиеся в полисе.

Страховая сумма – денежная сумма, которая определена Договором страхования при его заключении и исходя из которой устанавливается размер страховой премии (страховых взносов) и размер страховой выплаты при наступлении страхового случая.

Страховая премия - плата за страхование, которую Страхователь обязан уплатить Страховщику в порядке и сроки, установленные Договором страхования.

Страховой риск – предполагаемое событие, на случай наступления которого проводится страхование. Событие, рассматриваемое в качестве страхового риска, должно обладать признаками вероятности и случайности его наступления.

Страховой случай - совершившееся событие, предусмотренное Договором страхования, с наступлением которого возникает обязанность Страховщика произвести страховую выплату.

Если иное не предусмотрено Договором страхования, то территорией страхования является весь мир.

Болезнь - нарушение жизнедеятельности организма, не вызванное несчастным случаем, приводящее к временному или постоянному нарушению или утрате трудоспособности, а также смерти Застрахованного.

Критическое заболевание – заболевание, значительно нарушающее жизненный уклад и ухудшающее качество жизни Застрахованного, характеризующееся высоким уровнем смертности. Перечень критических заболеваний, для целей настоящих Правил страхования установлен Приложением № 1 к настоящим Правилам.

Врач - специалист с законченным и должным образом зарегистрированным высшим медицинским образованием, не являющийся родственником Застрахованного.

Франшиза – часть убытков, которая определена договором страхования, не подлежащая возмещению Страховщиком Страхователю/Застрахованному или иному лицу, интерес которого застрахован в соответствии с условиями Договора страхования, и устанавливается в виде определенного процента от страховой суммы или в фиксированном размере.

Безусловная франшиза – предусматривает уменьшение размера убытка по страховому случаю на размер установленной франшизы.

Условная франшиза – предусматривает, что Страховщик освобождается от ответственности по страховым случаям, не превышающим размера франшизы или равный ему, но если размер убытка превышает размер установленной франшизы, то размер страхового возмещения определяется без учета франшизы.

Временная франшиза – предусматривает, что Страховщик освобождается от ответственности по страховым случаям, если срок действия оговоренного обстоятельства, могущего привести к наступлению страхового случая, был менее установленного.

Условия применения и размер франшизы устанавливается договором страхования (страховым полисом). Если иное не определено условиями Договора страхования, временная франшиза считается условной.

Предшествовавшее состояние — любое нарушение здоровья (расстройство, заболевание), травма, увечье, врожденная или приобретенная патология, хроническое или острое заболевание, психическое или нервное расстройство, которое у Застрахованного уже было диагностировано или о котором Застрахованный должен был знать или догадываться по имеющимся проявлениям или признакам, существующее на момент заключения договора страхования, либо проявлявшееся в течение 12 месяцев до заключения договора страхования. Такие состояния также включают в себя любые осложнения или последствия, связанные с указанными состояниями.

Срок страхования - период времени, в течение которого на Застрахованного распространяется действие страховой защиты.

Правила страхования - изложенные в настоящем документе условия страхования, на основании которых заключается договор страхования (страховой полис). Правила страхования являются неотъемлемой частью договора страхования (страхового полиса).

3. СТРАХОВЫЕ РИСКИ. СТРАХОВЫЕ СЛУЧАИ

3.1. Страховым риском является предполагаемое событие, на случай наступления которого проводится страхование.

3.2. Страховым случаем является совершившееся событие, обладающее признаками вероятности и случайности возникновения, предусмотренное договором страхования, с наступлением которого возникает обязанность Страховщика произвести выплату страхового обеспечения Застрахованному (Выгодоприобретателю), независимо от сумм, причитающихся ему по государственному социальному страхованию и социальному обеспечению, договорам страхования, заключенным с другими страховщиками, а также сумм по возмещению причиненного ему вреда в соответствии с гражданским законодательством со стороны третьих лиц.

3.3. По договору, заключенному на основании настоящих Правил предусматривается страхование следующего риска:

3.3.1. Критическое заболевание у Застрахованного или хирургическая операция Застрахованному (далее - «Критическое заболевание»), предусмотренные и определенные в соответствии с Перечнем критических заболеваний и хирургических операций (Приложение № 1 к настоящим Правилам), при условии, что первые симптомы заболевания проявились в период действия договора, диагностирование заболевания и/или проведение хирургической операции произошли в период срока страхования. Одномоментное диагностирование нескольких критических заболеваний или проведенных хирургических операций в целях настоящего страхования считается одним страховым случаем.

3.4. Договором страхования может быть предусмотрена любая комбинация критических заболеваний из Перечня критических заболеваний и хирургических операций.

3.5. Договором страхования может быть предусмотрена иная комбинация перечней заболеваний.

3.6. Событие, предусмотренное п. 3.3. настоящих Правил, признается страховым случаем, если оно произошло в период действия срока страхования и подтверждено документами, выданными компетентными органами в установленном законом порядке (медицинскими учреждениями, судом и другими).

4. ИСКЛЮЧЕНИЯ

4.1. Событие, указанное в п. 3.3. настоящих Правил, не признается страховым, если оно произошло в результате:

4.1.1. Умышленных действий Застрахованного, Страхователя, Выгодоприобретателя;

4.1.2. Самоубийства или попытки самоубийства Застрахованного, за исключением случаев, когда Застрахованный был доведен до самоубийства преступными действиями третьих лиц. Страховщик не освобождается от выплаты в случае смерти Застрахованного, если его смерть наступила вследствие самоубийства и к этому времени договор страхования действовал не менее двух лет;

4.1.3. Войны, интервенции, военных действий иностранных войск, вооруженных столкновений, иных аналогичных или приравняемых к ним событий (независимо от того была ли объявлена война), гражданской войны, мятежа, путча, иных гражданских волнений, предполагающих перерастание в гражданское либо военное восстание, бунта, вооруженного или иного незаконного захвата власти

- 4.1.4. Алкогольного опьянения или отравления Застрахованного, либо токсического или наркотического опьянения и/или отравления Застрахованного в результате потребления им наркотических, сильнодействующих и психотропных веществ;
- 4.1.5. Любых повреждений здоровья, вызванных радиационным облучением или в результате использования ядерной энергии;
- 4.1.6. Несоблюдение медицинских предписаний врача, указанных в амбулаторной карте застрахованного;
- 4.1.7. заболеваний, вызванных употреблением алкоголя, наркотических и токсических веществ (в том числе алкогольная кардиомиопатия, алкогольная энцефалопатия, алкогольный цирроз печени, алкогольный гепатит печени и другие и их последствия).
- 4.2. Не признаются страховым случаем заболевания, указанные в Перечне критических заболеваний и хирургических операций (Приложение № 1 к настоящим Правилам) как исключения.
- 4.3. Предшествовавших состояний или их последствий;
- 4.4. Не признаются страховым случаем события, произошедшие после увеличения риска, о котором не было сообщено Страховщику.

5. СТРАХОВАЯ СУММА. СТРАХОВОЙ ТАРИФ.

- 5.1. Страховая сумма по Договорам страхования устанавливается по соглашению Страховщика и Страхователя.
- 5.2. По согласованию сторон договор страхования может быть пересмотрен в части изменения страховой суммы (при увеличении страховой суммы может потребоваться заполнение медицинской анкеты и проведение дополнительного медицинского обследования), срока страхования, периодичности уплаты взносов и т. д.
- 5.3. Все изменения и дополнения к договору оформляются Страховщиком в виде Дополнительных соглашений к Договору страхования. Любые изменения и дополнения к Договору страхования действительны только в случае, если они не противоречат законодательству Российской Федерации, настоящим Правилам, а также практике Страховщика в предоставлении данного вида страховых услуг, если эти изменения и дополнения приняты по соглашению сторон, составлены в письменной форме и скреплены подписью и печатью Страховщика и подписью (и печатью) Страхователя.
- 5.4. Страховая сумма устанавливается в российских рублях. По соглашению сторон в договоре страхования (страховом полисе) страховая сумма может быть указана в иностранной валюте, эквивалентом которой является соответствующая сумма в рублях (в дальнейшем – страхование с валютным эквивалентом). При этом с целью осуществления контроля за валютным риском Страховщик вправе применять ограничения на величину изменения курса валют, принимаемого Страховщиком в качестве допустимого для применения страхования с валютным эквивалентом. Применение таких ограничений возможно при его надлежащем закреплении в договоре страхования (полисе) или в правилах страхования.
- 5.5. 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, результатов медицинского освидетельствования, численности группы.

6. СТРАХОВАЯ ПРЕМИЯ, ФОРМА И ПОРЯДОК УПЛАТЫ

- 6.1. Размер страховой премии по договору страхования определяется Страховщиком исходя из страховой суммы, тарифных ставок, срока страхования, количества Застрахованных и указанных в Приложении к настоящим Правилам.
- 6.2. Страховая премия по договору страхования может быть уплачена Страхователем единовременно (разовым платежом) или в рассрочку. Порядок уплаты страховой премии определяется в договоре страхования.
- 6.3. Страховая премия может быть уплачена Страхователем любым способом по согласованию сторон (наличными деньгами в кассу Страховщика или путем безналичных расчетов) не позднее срока, установленного в договоре страхования, если иное не запрещено действующим законодательством Российской Федерации.
- Днем уплаты страховой премии считается:

- при уплате страховой премии наличным путем – день передачи денег представителю Страховщика или их внесения в кассу Страховщика;
- при уплате страховой премии безналичным путем – день поступления денежных средств на счет Страховщика.

6.4. Если страховая премия или ее первый взнос не поступил(а) в срок, предусмотренный договором страхования, или поступил(а) не полностью, договор считается не вступившим в силу.

6.4.1. Страховщик информирует Страхователя о факте просрочки уплаты очередного страхового взноса или факте его уплаты не в полном объеме, а также о последствиях таких нарушений любым доступным из способов, перечисленных в п. 1.7. настоящих Правил страхования. 6.5. Договором страхования может быть предусмотрено предоставление Страхователю льготного срока для уплаты очередного взноса.

6.6. Если Страхователь в силу каких-либо причин не может продолжать уплату страховых взносов, как это установлено договором, он может обратиться к Страховщику с запросом об изменении условий договора страхования.

6.7. Если страховой случай наступил до уплаты очередного страхового взноса, внесение которого просрочено, Страховщик вправе при определении размера подлежащей выплате страхового обеспечения зачесть сумму просроченного страхового взноса.

6.8. При заключении договора страхования на срок менее одного года размер страховой премии устанавливается в следующем размере при сроке страхования:

1 мес. – 30%	7 мес. - 75%
2 мес. - 40%	8 мес. – 80%
3 мес. - 50%	9 мес. - 85%
4 мес. - 60 %	10 мес. – 90%
5 мес. – 65%	11 мес. – 95%
6 мес. – 70%	

от суммы годового платежа.

6.9. При страховании с валютным эквивалентом, страховая премия (страховой взнос) уплачивается в рублях по курсу Центрального Банка РФ, установленному для иностранной валюты на дату уплаты (перечисления).

В случаях, когда законодательством Российской Федерации разрешены расчеты между Сторонами Договора в иностранной валюте, страховая премия (страховой взнос) может быть установлена в эквиваленте иностранной валюты, а также может быть оплачена Страхователем в иностранной валюте.

7. СРОК ДЕЙСТВИЯ ДОГОВОРА СТРАХОВАНИЯ

7.1. Договор страхования может быть заключен на 1 год или на любой иной срок, но не более, чем до достижения Застрахованным 65-летнего возраста. Срок действия Договора устанавливается по соглашению сторон.

7.2. Договор вступает в силу с 00 часов дня, следующего за днем уплаты первого, либо единовременного страхового взноса в полном объеме, но не ранее даты начала срока страхования, указанного в Договоре страхования. При безналичных расчетах днем уплаты считается день, следующий за днем зачисления платежа на расчетный счет Страховщика.

8. ПОРЯДОК ЗАКЛЮЧЕНИЯ И ПРЕКРАЩЕНИЯ ДОГОВОРА СТРАХОВАНИЯ

8.1. Для заключения коллективного Договора страхования Страхователь представляет Страховщику следующие документы

8.1.1. письменное заявление по установленной Страховщиком форме;

8.1.2. список принимаемых на страхование лиц по установленной Страховщиком форме;

8.1.3. медицинская анкета Застрахованного по форме Страховщика (по отдельным принимаемым на страхование лицам);

8.1.4. данные проведенных медицинских обследований (по отдельным принимаемым на страхование лицам);

8.1.5. дополнительные анкеты по форме Страховщика в связи с занятиями застрахованных различными видами спорта, наличием определенных заболеваний.

8.2. На основании представленных сведений Страховщик имеет право уменьшить страховые суммы по рискам, увеличить размер страховой премии, исключить из покрытия определенные заболевания.

8.3. Перед заключением Договора страхования, для оценки страхового риска и определения размера страховой премии, Страховщик вправе потребовать от Страхователя проведение анкетирования лиц, принимаемых на страхование, путем заполнения и подписания Медицинской анкеты установленной Страховщиком формы.

8.4. В случае отказа лица, принимаемого на страхование, от заполнения Медицинской анкеты, Страховщик имеет право отказать Страхователю в заключении Договора страхования.

8.5. При заключении коллективного договора страхования критических болезней в пятидневный срок после представления письменного заявления и других необходимых документов Страховщик принимает решение о возможности заключения договора страхования и сообщает Страхователю о принятом решении.

8.6. Договор коллективного страхования составляется в 2-х экземплярах, скрепляется печатями и подписями Страхователя и Страховщика и может быть удостоверен страховым полисом (единым или индивидуальным) в пятидневный срок после уплаты страховой премии или первого взноса.

8.7. Договор индивидуального страхования от критических заболеваний может быть заключен путем составления одного документа, либо вручения Страхователю подписанного Страховщиком страхового полиса.

8.8. Заключая договор страхования на основании настоящих Правил, Страхователь несет ответственность за предоставление согласия Застрахованных лиц на обработку их персональных данных. Под обработкой персональных данных понимается действия, предусмотренные законом Российской Федерации от 27 июля 2006 г. № 152-ФЗ «О персональных данных»:

В случае отзыва Застрахованным лицом своего согласия на обработку персональных данных действие договора страхования в отношении такого лица прекращается, а в случае отзыва такого согласия Страхователем, договор страхования прекращается полностью. При этом действие договора страхования (полностью или частично) прекращается досрочно с даты получения Страховщиком соответствующего заявления об отзыве согласия на обработку персональных данных. В этом случае Страховщик обязуется уничтожить такие персональные данные в сроки, установленные действующим законодательством Российской Федерации.

8.9. Отзыв Застрахованным лицом или Страхователем согласия на обработку своих персональных данных, признается Страховщиком в качестве волеизъявления Застрахованного лица или Страхователя о досрочном отказе от договора страхования, в связи с чем уплаченная Страховщику страховая премия за лиц, в отношении которых прекращается действие договора страхования, не подлежит возврату Страхователю или зачету при последующем страховании новых лиц.

8.10. Договор страхования вступает в силу со дня, следующего за днем уплаты страховой премии или первого страхового взноса, указанного в договоре страхования (если договором не предусмотрено иное).

8.11. В случае утраты страхового полиса в период действия договора страхования Страхователю на основе письменного заявления выдается дубликат полиса, после чего утраченный полис считается недействительным и выплаты по нему не производятся.

8.12. При повторной утрате полиса в течение действия договора страхования Страхователь уплачивает Страховщику денежную сумму в размере стоимости изготовления полиса.

8.13. Условия, содержащиеся в настоящих Правилах страхования и не включенные в текст договора страхования (страхового полиса), обязательны для Страхователя, если в договоре (страховом полисе) прямо указывается на применение настоящих Правил и сами Правила изложены в одном документе с договором (страховым полисом) или на его оборотной стороне, либо приложены к нему.

8.14. В соответствии с гражданским законодательством Российской Федерации при заключении договора страхования Страхователь и Страховщик могут договориться об изменении или исключении отдельных положений Правил страхования.

8.15. Договор страхования прекращается в случае:

- истечения срока действия договора страхования;
- исполнения Страховщиком обязательств перед Страхователем по договору в полном объеме;
- смерти Застрахованного (всех Застрахованных) в период действия договора страхования;
- неуплаты очередного страхового взноса в установленные договором сроки

- принятия судом (арбитражным судом) решения о признании договора страхования недействительным;
- соглашения сторон (о намерении досрочного прекращения договора страхования стороны обязаны уведомить друг друга письменно не позднее, чем за 30 дней, если иное не предусмотрено договором страхования, до даты предполагаемого расторжения);
- ликвидации Страховщика в порядке, установленном действующим законодательством Российской Федерации;
- ликвидации Страхователя - юридического лица или смерти Страхователя - физического лица при условии, что Застрахованный или иное лицо в соответствии с действующим законодательством не приняло на себя исполнение обязанностей Страхователя по уплате взносов;

8.16. В случае досрочного отказа Страхователя от договора страхования при условии, что возможность наступления страхового случая не отпала, уплаченная Страховщику страховая премия не подлежит возврату, если договором не предусмотрено иное.

8.17. Если договор страхования прекращается досрочно в связи с тем, что отпала возможность наступления страхового случая, и существование страхового риска прекратилось по обстоятельствам иным, чем наступление страхового случая, Страховщик имеет право на часть страховой премии пропорционально времени, в течение которого действовало страхование.

8.18. При изменении условий Договора страхования, уменьшающих объем ответственности Страховщика (прекращение договора в отношении конкретных Застрахованных, уменьшение страховых сумм, изменение страховых рисков), Страхователю возвращаются:

8.18.1. в случае прекращения договора в отношении конкретных Застрахованных уплаченные за этих Застрахованных страховые взносы за неистекший срок действия Договора за вычетом понесенных Страховщиком расходов;

8.18.2. в случае уменьшения объема ответственности Страховщика в отношении конкретных Застрахованных без изменения общей численности, часть уплаченных за этих Застрахованных страховых взносов за неистекший срок действия договора, пропорционально уменьшению ответственности;

8.18.3. по соглашению сторон договора возврат указанных сумм может быть отложен до окончания договора или в случае последующего увеличения ответственности Страховщика по договору (включение в договор новых Застрахованных, увеличение страховых сумм, изменение страховых рисков) проведен взаимозачет.

8.19. В случае отказа Страхователя, являющегося физическим лицом, от Договора страхования в течение 14 календарных дней со дня его заключения (независимо от момента уплаты страховой премии) при условии отсутствия событий, имеющих признаки страхового случая, произошедших в данном периоде, возврату подлежит:

- уплаченная страховая премия в полном объеме, если Страхователь отказался от Договора до даты возникновения обязательств Страховщика по Договору (далее - до даты начала действия страхования).

- часть уплаченной страховой премии за неистекший срок действия Договора страхования, пропорционально сроку действия Договора, если Страхователь отказался от Договора после даты начала действия страхования. В этом случае Страховщик при возврате уплаченной страховой премии Страхователю вправе удержать ее часть пропорционально сроку действия договора страхования, прошедшему с даты начала действия страхования до даты прекращения действия договора добровольного страхования.

Для целей реализации настоящего пункта Договор страхования считается прекратившим свое действие с даты получения Страховщиком письменного заявления Страхователя об отказе от Договора страхования или иной даты, установленной по соглашению сторон, но не позднее 14 календарных дней со дня заключения Договора.

Для целей реализации настоящего пункта возврат страховой премии (части страховой премии) осуществляется по выбору Страхователя наличными деньгами или в безналичном порядке в срок, не превышающий 10 рабочих дней со дня получения письменного заявления Страхователя об отказе от Договора.

В случае противоречия положений настоящего пункта Правил иным положениям настоящих Правил, положения настоящего пункта имеют преимущественную силу.

9. ИЗМЕНЕНИЕ СТЕПЕНИ РИСКА

9.1. В период действия Договора страхования Страхователь (Выгодоприобретатель) обязан незамедлительно сообщить 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.

Изменение в обстоятельствах признается существенным, когда они изменились настолько, что, если бы стороны могли это разумно предвидеть, договор вообще не был бы ими заключен или был бы заключен на значительно отличающихся условиях.

9.2. Страховщик, уведомленный об обстоятельствах, влекущих увеличение страхового риска, вправе потребовать изменения условий договора страхования или уплаты дополнительной страховой премии соразмерно увеличению страхового риска.

9.3. Если Страхователь (Выгодоприобретатель) возражает против изменения условий Договора страхования или доплаты страховой премии, Страховщик вправе потребовать расторжения договора в соответствии с правилами, предусмотренными главой 29 Гражданского кодекса Российской Федерации.

Стороны не вправе требовать возвращения того, что было исполнено ими по Договору страхования до момента расторжения договора, если иное не установлено действующим законодательством Российской Федерации.

9.4. Если Страхователь (Выгодоприобретатель) не сообщит Страховщику о значительных изменениях в обстоятельствах, указанных при заключении договора, то согласно Гражданскому кодексу Российской Федерации Страховщик вправе потребовать расторжения договора и возмещения убытков, причиненных расторжением договора.

9.5. Страховщик не вправе требовать расторжения договора страхования, если обстоятельства, влекущие увеличения страхового риска, уже отпали.

10. ПРАВА И ОБЯЗАННОСТИ СТОРОН

10.1. Страхователь имеет право:

10.1.1. Получить дубликат Договора страхования (полиса) в случае его утраты;

10.1.2. Проверять соблюдение Страховщиком условий Договора страхования;

10.1.3. С письменного согласия Застрахованного назначить по договору страхования любое лицо в качестве получателя страховой выплаты - Выгодоприобретателя - и впоследствии заменять его другим лицом, письменно уведомив об этом Страховщика.

Замена Выгодоприобретателя по договору, назначенного с согласия Застрахованного, допускается лишь с согласия последнего;

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

10.1.4. Досрочно расторгнуть договор с обязательным письменным уведомлением об этом Страховщика не позднее, чем за 30 (тридцать) дней до даты предполагаемого расторжения;

10.1.5. Вносить с согласия Страховщика изменения в условия Договора страхования;

10.1.6. Вносить изменения в список Застрахованных с согласия Страховщика путем письменного заявления о включении/исключении сотрудников в/из списка Застрахованных. Застрахованный может быть заменен другим лицом лишь с согласия самого Застрахованного. На основании заявления оформляется дополнительное соглашение к договору страхования, содержащее обновленный список Застрахованных и, при необходимости, сумму дополнительной страховой премии, подлежащую уплате.

10.2. Страхователь обязан:

10.2.1. Уплачивать страховую премию в размере и в сроки, определенные Договором страхования;

10.2.2. При заключении договора страхования сообщить Страховщику всю необходимую информацию о жизни, деятельности и состоянии здоровья Застрахованных, необходимую для определения степени и особенностей риска, принимаемого Страховщиком на страхование;

10.2.3. В письменном виде сообщать Страховщику об изменениях, дополнениях или уточнениях, которые он намерен внести в условия Договора страхования, в том числе о перемене места жительства, места работы, рода деятельности Застрахованных, банковских реквизитов;

10.2.4. В письменном виде в течение 10 календарных дней в период действия Договора страхования сообщить 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.

Факторами существенного увеличения степени страхового риска являются: смена профессиональной деятельности Застрахованного, связанная с повышенным риском и/или которая может привести к появлению профессиональных заболеваний, 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.

Указанная обязанность в равной степени распространяется на Выгодоприобретателя.

10.2.5. В течение 30 дней известить Страховщика любым доступным способом, позволяющим объективно зафиксировать факт обращения, о наступлении события, имеющего признаки страхового случая, с последующим предоставлением всей необходимой информации и приложением подтверждающих документов;

10.2.6. Исполнять любые иные положения настоящих Правил, Договора страхования и иных документов, закрепляющих договорные правоотношения между Страхователем и Страховщиком, связанные с заключением, исполнением или прекращением этих правоотношений.

10.3. Страховщик имеет право:

10.3.1. Запрашивать у Страхователя информацию, имеющую значение для определения степени риска, размера тарифа и страховых выплат.

10.3.2. Проверять сообщенную Страхователем информацию, а также выполнение требований и условий договора.

10.3.3. По мере необходимости направлять запросы в компетентные органы.

10.3.4. Требовать от Застрахованного (Выгодоприобретателя) выполнения обязанностей по договору страхования, включая обязанности, лежащие на Страхователе, но не выполненные им, при предъявлении Застрахованным (Выгодоприобретателем) требования о страховой выплате. Риск последствий невыполнения или несвоевременного выполнения обязанностей, которые должны были быть выполнены ранее, несет Застрахованный (Выгодоприобретатель).

10.3.6. Потребовать признания договора страхования недействительным и применения последствий, предусмотренных п.2 ст.179 Гражданского кодекса Российской Федерации, в случае установления после заключения договора страхования, что Страхователь сообщил Страховщику заведомо ложные сведения об обстоятельствах, указанных в пункте 10.2.2. настоящих Правил.

10.3.7. Страховщик не может требовать признания договора страхования недействительным, если обстоятельства, о которых Страхователь умолчал, уже отпали.

10.3.8. Потребовать изменения условий договора страхования или уплаты дополнительной страховой премии соразмерно увеличению риска в случае его уведомления об обстоятельствах, влекущих увеличение данного страхового риска.

10.3.9. Если Страхователь возражает против изменения условий договора страхования или доплаты страховой премии, Страховщик вправе потребовать расторжения договора страхования в порядке, предусмотренном гражданским законодательством.

10.3.10. Признать договор страхования прекращенным, в случае неисполнения Страхователем обязанности, предусмотренной в пункте 10.2.4. настоящих Правил.

10.3.11. Отказать в страховой выплате, если Страхователь (Застрахованный):

а) своевременно не известил о страховом случае, если не будет доказано, что Страховщик своевременно узнал о наступлении страхового случая либо что отсутствие у Страховщика сведений об этом не могло сказаться на его обязанности выплатить страховое возмещение.

10.3.12. Перед заключением договора страхования требовать заполнения Застрахованным медицинской анкеты, содержащей вопросы о состоянии здоровья Застрахованного. Основываясь на информации, указанной в медицинской анкете, Страховщик имеет право увеличить размер страховой премии для каждого Застрахованного и/или направить Застрахованного на прохождение медицинского обследования в лечебное учреждение, указанное Страховщиком. Расходы, связанные с прохождением медицинского обследования, оплачивает Страхователь (Застрахованный), если иное не предусмотрено Договором страхования.

10.3.13. По согласованию со Страхователем расширить перечень критических заболеваний и хирургических операций, указанных в Приложении № 1 к настоящим Правилам;

10.3.14. Осуществлять иные действия в порядке исполнения положений настоящих Правил и Договора страхования.

10.4. Страховщик обязан:

10.4.1. Ознакомить Страхователя с настоящими Правилами и условиями Договора страхования;

- 10.4.2. Выдать Страхователю страховой полис (Договор страхования), установленной Страховщиком формы;
- 10.4.3. Сохранять конфиденциальность информации о Страхователе, Застрахованных, Выгодоприобретателях в связи с заключением и исполнением Договора страхования, за исключением случаев, предусмотренных законодательством;
- 10.4.4. При наступлении страхового случая произвести выплату страхового обеспечения в течение предусмотренного в Договоре срока после получения всех необходимых документов, согласованных при заключении Договора страхования.
- 10.4.5. Сообщить в письменной форме решение об отказе или задержке в выплате страхового обеспечения с обоснованием причин в течение 10 календарных дней после принятия решения об отказе;
- 10.4.6. При заключении договора страхования информировать Страхователя об адресах мест приема документов при наступлении событий, имеющих признаки страхового случая, а также своевременно информировать получателей страховых услуг об изменениях таких адресов на официальном сайте, а также непосредственно получателя страховых услуг при его обращении. В случае невозможности информирования получателя страховых услуг до наступления события, имеющего признаки страхового случая, об адресах приема документов при наступлении таких событий, Страховщик обеспечивает своевременное получение указанных сведений посредством телефонной связи, по электронной почте, а также иным способом, в случае указания его в договоре страхования, при обращении получателя страховых услуг;
- 10.4.7. после того, как Страховщику стало известно о наступлении события, имеющего признаки страхового случая, по запросу Страхователя проинформировать его:
- обо всех предусмотренных договором и (или) правилами страхования необходимых действиях, которые получатель страховых услуг должен предпринять, и обо всех документах, представление которых обязательно для рассмотрения вопроса о признании события страховым случаем и определения размера страховой выплаты, а также о сроках проведения указанных действий и представления документов;
 - о предусмотренных договором и (или) правилами страхования форме и способах осуществления страховой выплаты и порядке их изменения, направленных на обеспечение прав получателя страховых услуг на получение страховой выплаты удобным для него способом.
- 10.4.8. по запросу Страхователя/Выгодоприобретателя, полученному Страховщиком после заявления о событии, имеющем признаки страхового случая, повторно ознакомить с положениями Раздела 11 настоящих Правил страхования.
- 10.5. Договором страхования могут быть предусмотрены дополнительные права и обязанности сторон.
- ## **11. ПОРЯДОК ОПРЕДЕЛЕНИЯ И ОСУЩЕСТВЛЕНИЯ ВЫПЛАТЫ СТРАХОВОГО ОБЕСПЕЧЕНИЯ**
- 11.1. При наступлении страхового события Страхователь (Застрахованный, Выгодоприобретатель) должен в течение тридцати суток (если иное не предусмотрено договором страхования), начиная со дня, следующего за днем наступления страхового события, любым доступным ему способом, позволяющим объективно зафиксировать факт сообщения, известить об этом Страховщика.
- 11.2. Если ни Страхователь, ни Застрахованный, ни Выгодоприобретатель не имели возможности известить Страховщика о наступлении указанного в пункте 11.1 настоящих Правил срока, заявление о страховом случае принимается к рассмотрению в пределах срока исковой давности, установленного действующим законодательством Российской Федерации. Однако Страховщик оставляет за собой право требовать доказательства того, что возможность своевременного извещения Страховщика действительно отсутствовала.
- 11.3. Страховая сумма выплачивается при наступлении страховых случаев, предусмотренных Договором страхования в размере, определяемом в зависимости от включенных в Договор страхования условий страхования, согласно п. 3.2. настоящих Правил, и страховой суммы, согласованной сторонами по застрахованному событию.
- 11.4. Выплата может быть произведена представителю Застрахованного (Выгодоприобретателя) по доверенности, оформленной Застрахованным (Выгодоприобретателем) в установленном законодательством РФ порядке.

11.5. Страховая выплата производится в течение 7 (семи) банковских дней (если договором не предусмотрено иное) с момента получения всех необходимых документов, указанных в пункте 11.10 настоящих Правил, подтверждающих факт наступления страхового случая.

В медицинских документах должны содержаться: дата и обстоятельства заявленного случая, полный диагноз, время начала и окончания лечения, результаты всех проведенных диагностических исследований, названия лечебных мероприятий, срок временной нетрудоспособности. Диагноз, поставленный Застрахованному, считается достоверным в том случае, если он поставлен имеющим на это право медицинским работником на основании характерных объективных симптомов (признаков).

11.6. Страховая выплата производится наличными (через кассу Страховщика) или на банковский счет Страхователя (Застрахованного), Выгодоприобретателя согласно действующему законодательству РФ.

11.7. Страховая сумма не выплачивается в случаях, предусмотренных в разделе 4 (Исключения).

11.8. Страховое обеспечение по событиям, предусмотренным в пункте 3.2. настоящих Правил, выплачивается в размере страховой суммы, указанной в Договоре страхования. Договором страхования может быть предусмотрен иной порядок выплаты страхового обеспечения.

11.9. Выплата страхового обеспечения по страховому событию критическое заболевание, осуществляется по первому диагнозу, установленному Застрахованному в течение срока страхования.

11.10. Для получения страховой выплаты при наступлении страхового случая, указанного в п.3.2. настоящих Правил Страхователем (Застрахованным, Выгодоприобретателем) должны быть представлены следующие документы:

- оригинал договора страхования (полис),
- заявление по установленной Страховщиком форме,
- документ, подтверждающий личность Застрахованного (Выгодоприобретателя),
- документы лечебно-профилактического, клинического или иного лечебного учреждения, содержащие квалифицированное заключение специалиста в области медицины, соответствующей диагнозу критическое заболевание (кардиолога, невропатолога, нефролога, онколога, кардиохирурга и т.д.),
- копию листка нетрудоспособности (больничного листа), заверенная подписью ответственного сотрудника и печатью организации, в которой работает Застрахованный (при наличии)
- результаты проведенных анализов и исследований
- оригинал выписки (выписного эпикриза) из медицинской карты стационарного больного (с даты первичного обращения по заявленному событию) и/или копия медицинской карты стационарного больного, заверенная лечебным учреждением (с даты первичного обращения по заявленному событию). При амбулаторном лечении – оригинал выписки из медицинской карты амбулаторного больного (с даты первичного обращения по заявленному событию) и/или копия амбулаторной медицинской карты Застрахованного, заверенная лечебным учреждением (с даты первичного обращения по заявленному событию). Копия медицинской карты должна быть заверена должностным лицом медицинского учреждения (главный врач, заместитель главного врача по лечебной работе, заместитель главного врача по КЭК (клинико-экспертной работе), председатель врачебной комиссии, начальник медицинской части и другие уполномоченные лица (с приложением документов, подтверждающих данные полномочия)) и печатью медицинского учреждения;
- оригинал выписки из медицинской карты амбулаторного больного и/или копия амбулаторной медицинской карты Застрахованного, заверенная лечебным учреждением, содержащая информацию о всех имевшихся у Застрахованного заболеваниях до начала действия Договора страхования с указанием установленных диагнозов, даты их установления, а также проведенного в связи с заболеванием лечения

Все документы, предусмотренные настоящим разделом и предоставляемые Страховщику в связи со страховыми выплатами, должны быть составлены на русском языке. Если предоставляемые Страховщику документы выданы на территории иностранного государства, то они должны иметь нотариально заверенный перевод. Расходы по сбору документов и их переводу оплачивает заявитель. Медицинские документы предоставляются в виде оригиналов, заверенных штампом и печатью лечебного учреждения, подписью врача с

расшифровкой фамилии (подписью и печатью врача), либо в виде копий, заверенных должностным лицом медицинского учреждения и печатью медицинского учреждения.

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

- заверенная должностным лицом станции скорой медицинской помощи и печатью станции скорой медицинской помощи копия карты вызова скорой медицинской помощи;
- заверенная руководителем бюро МСЭ и печатью бюро МСЭ копия направления на медико-социальную экспертизу;
- заверенная руководителем бюро МСЭ и печатью бюро МСЭ копия акта (протокола) освидетельствования МСЭ;
- оригинал или заверенная руководителем бюро МСЭ и печатью бюро МСЭ копия результатов (акт/протокол) контрольного освидетельствования, проведенного организацией медико-социальной экспертизы;
- данные лабораторных и диагностических исследований (рентгеновские снимки, МРТ, КТ, ЭКГ, ЭЭГ, ЭХО ЭГ и Эхо КГ, исследования физиологических жидкостей, цитологические и гистологические исследования). Данные должны быть заверены должностным лицом и печатью ЛПУ;
- переводной эпикриз (если имел место перевод Застрахованного из одного стационара в другой);
- данные из Фонда обязательного медицинского страхования с указанием, в какой страховой компании Застрахованный был застрахован по полису обязательного медицинского страхования, а также информацию о причинах обращений и получения медицинской помощи в рамках обязательного медицинского страхования, с указанием кодов диагнозов, дат их установления, лечебных учреждений, в которые обращался Застрахованный, в течение 5 лет до заключения Договора страхования до момента наступления события;
- данные из страховых компаний по ОМС: о причинах обращений и получения медицинской помощи в рамках обязательного медицинского страхования, с указанием кодов диагнозов, дат обращений, лечебных учреждений, в которые обращался Застрахованный, за период в течение 5 лет до заключения Договора страхования до момента наступления события;
- оригинал или заверенная должностным лицом МВД и печатью МВД копия документа, содержащего подробную информацию об обстоятельствах произошедшего с Застрахованным события и результатах (в том числе окончательных) расследования;
- копия заявления на страхование;
- копия квитанции / платежного поручения об уплате страхового взноса/взносов;
- копия лицензии на осуществление медицинской деятельности.

11.12. В случае недостаточности данных подтверждения страхового случая Страховщик оставляет за собой право назначать проведение дополнительного медицинского освидетельствования Застрахованного в указанном Страховщиком медицинском учреждении. Расходы по проведению медицинского освидетельствования несет Застрахованный, если иное не оговорено в Договоре страхования.

11.13. В случае, если документов, предоставленных Страхователем / Выгодоприобретателем по событию с признаками страхового случая недостаточно для принятия Страховщиком решения о признании события страховым, о страховом возмещении и (или) в случае предоставления ненадлежащим образом оформленных документов, Страховщик обязан:

- принять их;
- в течение 15 (пятнадцати) рабочих дней с даты получения документов уведомить заявителя о необходимости представить недостающие и/или надлежащим образом оформленные документы, с указанием перечня указанных документов.

11.14. Решение Страховщика об отказе или задержке в выплате страховой суммы сообщается Страхователю (Застрахованному, Выгодоприобретателю) в письменной форме с обоснованием причин.

11.15. Общая сумма выплат по одному риску не может превышать размера страховой суммы, установленного для данного риска.

11.16. Если страховая сумма по соответствующему риску в договоре страхования (страховом полисе) установлена в валютном эквиваленте, то применяется курс ЦБ РФ на день выплаты страхового обеспечения. Если курс ЦБ РФ на день выплаты страхового обеспечения выше курса ЦБ РФ на день заявления о страховом случае на 20% и более, то при расчете страхового обеспечения применяется курс ЦБ РФ на день заявления о страховом событии, увеличенный на 20%. В договоре страхования (страховом полисе) может быть установлено иное ограничение на величину изменения курса валют.

12. ПОРЯДОК ВНЕСЕНИЯ ИЗМЕНЕНИЙ И ДОПОЛНЕНИЙ В ДОГОВОР СТРАХОВАНИЯ

12.1. Изменение договора возможно по соглашению сторон и в иных случаях, предусмотренных законодательством.

12.2. Соглашение об изменении или о расторжении договора совершается в той же форме, что и договор, если из закона, иных правовых актов, договора или обычаев делового оборота не вытекает иное.

12.3. При изменении договора обязательства сторон сохраняются в измененном виде.

12.4. В случае изменения договора обязательства считаются измененными с момента заключения соглашения сторон об изменении или расторжении договора, если иное не вытекает из соглашения или характера изменения договора.

13. ФОРС-МАЖОРНЫЕ ОБСТОЯТЕЛЬСТВА

13.1. Страховщик не несет ответственность 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 акты; гражданские волнения; всякого рода забастовки; мятежи; конфискации; реквизиции; арест; введение чрезвычайного или военного положения; бунты; путчи; государственные перевороты; заговоры; восстания; революции; воздействия ядерной энергии; наводнение; землетрясение; эпидемия и иные явления природы.

13.3. В случае изменения государством Конституции и/или гражданского законодательства, правоотношения по договору страхования, с момента вступления этих изменений в законную силу, подлежат приведению в соответствие с новым законодательством. Однако, в отношении конкретных событий, возникших до изменения законодательства, применяется закон, действовавший в момент их возникновения.

14. ПОРЯДОК РАЗРЕШЕНИЯ СПОРОВ

14.1. Споры, возникающие по договору страхования, разрешаются путем переговоров с привлечением, при необходимости, специально созданной экспертной комиссии. При невозможности достижения соглашения спор передается на рассмотрение суда (арбитражного суда) в порядке, предусмотренном действующим законодательством Российской Федерации.

14.2. При решении спорных вопросов положения договора страхования имеют преимущественную силу по отношению к настоящим Правилам и любым иным дополнительным условиям страхования.

14.3. В случае, если возникшее разногласие на момент обращения к Страховщику в досудебном порядке подлежит рассмотрению уполномоченным по правам потребителей финансовых услуг в соответствии с Федеральным законом «Об уполномоченном по правам потребителей финансовых услуг», Страхователь (Выгодоприобретатель) должен до направления финансовому уполномоченному обращения направить Страховщику претензию с документами, приложенными к ней и обосновывающими свое требование в письменной или электронной форме.

Страховщик обязан рассмотреть заявление Страхователя (Выгодоприобретателя) и направить ему мотивированный ответ об удовлетворении, частичном удовлетворении или отказе в удовлетворении предъявленного требования:

- в течение пятнадцати рабочих дней со дня получения претензии в случае, если она направлена в электронной форме по стандартной форме, которая утверждена Советом Службы финансового уполномоченного, и если со дня нарушения, по существу которого идет спор, прошло не более ста восьмидесяти дней;

- в течение тридцати дней со дня получения претензии в иных случаях.

В случаях, предусмотренных Законом об уполномоченном по правам потребителей финансовых услуг, Страхователь/ Выгодоприобретатель вправе заявлять в судебном порядке требования к Страховщику только после получения от финансового уполномоченного решения по обращению.

Приложения:

1. Перечень критических заболеваний и хирургических операций
2. Заявление на выплату страхового обеспечения
3. Заявление на страхование на случай критических заболеваний (для физ.лица)
4. Заявление на страхование на случай критических заболеваний (для юр. лица)
5. Договор страхования на случай критических заболеваний
6. Полис страхования на случай критических заболеваний.

ПЕРЕЧЕНЬ КРИТИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ И ХИРУРГИЧЕСКИХ ОПЕРАЦИЙ

<p>1.Онкологические заболевания</p>	<p>Наличие одной или более злокачественных опухолей, включая: лейкемия (кроме хронической лимфоцитарной лейкемии); злокачественная опухоль кожных покровов и лимфома; болезнь Ходжкина, характеризующихся неконтролируемым ростом опухолей, метастазированием, внедрением в здоровые ткани.</p> <p>Диагноз должен быть подтвержден квалифицированным врачом (онкологом) на основании гистологического исследования.</p> <p>Исключения составляют: опухоли со злокачественными изменениями карцином in situ (включая дисплазию шейки матки 1,2,3 стадий) или гистологически описанные как предраковые; злокачественные опухоли кожных покровов и меланомы, максимальная толщина которых, в соответствии с гистологическим заключением, меньше 1.5 мм или которая не превышает уровень развития T3N(0)M(0) по классификации TNM; любая другая опухоль, не проникшая в сосочково-ретикулярный слой; все гиперкератозы или базально-клеточные карциномы кожи; все эпителиально-клеточные раки кожи при отсутствии прорастания в другие органы; саркома Капоши и другие опухоли, ассоциированные с ВИЧ-инфекцией или СПИД; рак предстательной железы стадии T1(включая T1a, 1b, 1c) по классификации TNM, злокачественные опухоли при наличии ВИЧ-инфекции и/или СПИД, все стадии цервикальной интраэпителиальной неоплазии.</p>
<p>2.Инфаркт миокарда</p>	<p>Омертвление участка миокарда в результате недостатка кровоснабжения. Диагноз должен быть обоснован наличием всех трех симптомов:</p> <p>1. присутствие в анамнезе типичных болей в грудной клетке.2. новые типичные изменения ЭКГ, например: изменения сегмента ST или зубца T с характерной динамикой, формирование патологического, стойко сохраняющегося зубца Q3. типичное повышение активности кардиоспецифических ферментов крови.3. подтвержденное снижение функции левого желудочка, например – снижение фракции выброса левого желудочка или значительная гипокинезия, акинезия или аномалии</p>

	<p>движения стенки, обусловленные инфарктом миокарда.</p> <p>Диагноз и данные обследования должны подтверждаться квалифицированным врачом (кардиологом).</p> <p>Исключения: инфаркты миокарда без изменения сегмента ST и с увеличением показателей Тропонина I или T в крови; безболевой инфаркт миокарда; другие острые коронарные синдромы.</p>
3.Инсульт	<p>Любые цереброваскулярные изменения, способные вызвать неврологическую симптоматику длительностью более 24 часов, и включающие в себя омертвление участка мозговой ткани, геморрагию и эмболию. Длительность неврологической симптоматики должна составлять минимум 3 месяца.</p> <p>Диагноз должен быть подтвержден наличием типичных клинических симптомов и данными компьютерной или магнито-резонансной томографии головного мозга.</p> <p>Исключения: преходящие ишемические нарушения мозгового кровообращения; травматические повреждения головного мозга; неврологические симптомы, возникающие в результате мигрени; лакунарные инсульты без неврологической симптоматики.</p>
4.Почечная недостаточность	<p>Терминальная стадия заболевания почек, характеризующаяся хроническим необратимым нарушением функции обеих почек, в результате которого проводится регулярный диализ (гемодиализ или перитонеальный диализ) или осуществлена трансплантация донорской почки.</p> <p>Диагноз должен быть подтвержден квалифицированным врачом (нефрологом).</p>
5.Слепота (потеря зрения)	<p>Полная, постоянная и необратимая потеря зрения на оба глаза вследствие перенесенного заболевания или несчастного случая; включается в покрытие только при наличии соответствующего подтверждения диагноза врачом-офтальмологом.</p>
6.Рассеянный склероз	<p>Окончательный диагноз «Рассеянный склероз», установленный специалистом-неврологом в сертифицированном медицинском учреждении. В качестве подтверждения диагноза предусматривается наличие типичных симптомов демиелинизации и нарушений моторной и сенсорной функций, наравне с типичными признаками заболевания при магнито-резонансной томографии. У застрахованного должны присутствовать неврологические нарушения, проявляющиеся непрерывно в течение минимум шести месяцев, или же</p>

	<p>застрахованный должен перенести по меньшей мере два документально подтвержденных обострения подобного рода нарушений (имевших место, по крайней мере, за один месяц до заявления), или, по крайней мере, один документально подтвержденный эпизод обострения подобного рода нарушений вместе с наличием характерных изменений в цереброспинальной жидкости, наравне со специфическими повреждениями, регистрируемыми при магнито-резонансной томографии.</p>
<p>7.Паралич</p>	<p>Полная и постоянная потеря двигательной функции двух и более конечностей по причине паралича вследствие несчастного случая или заболевания спинного мозга. Полный и постоянный паралич, проявляющийся: параплегией; гемиплегией; тетраплегией.</p> <p>Диагноз должен быть подтвержден опытным врачом-невропатологом по результатам шестимесячного наблюдения Застрахованного с момента постановки первоначального диагноза.</p> <p>Исключением из покрытия является синдром Гийена-Барре.</p>
<p>8. Болезнь Паркинсона</p>	<p>Хроническое прогрессирующее дегенеративное заболевание центральной нервной системы, клинически проявляющееся нарушением произвольных движений. В целях настоящего страхования означает установление специалистом-неврологом диагноза идиопатической или первичной болезни Паркинсона, прочие формы болезни Паркинсона подлежат исключению из страхового покрытия. Заболевание должно проявляться в постоянной невозможности самостоятельно выполнять три и более элементарных бытовых действий – мыться (способность самостоятельно мыться в душе или в ванне), одеваться (снимать или надевать на себя одежду, застегиваться или расстегиваться), соблюдать личную гигиену (пользоваться туалетом, поддерживать приемлемый уровень гигиены), подвижность (способность передвигаться в пределах дома или в пределах этажа), самостоятельно регулировать экскреторные функции, есть/пить (но не готовить пищу). Описанные состояния должны быть подтверждены медицинскими документами, по меньшей мере, в течение 3 месяцев.</p>
<p>9. Болезнь Альцгеймера</p>	<p>Первичное дегенеративное заболевание головного мозга, характеризующееся прогрессирующим снижением интеллекта, нарушением памяти и изменением личности. Диагноз устанавливают на основании клинической картины после исключения всех</p>

	клинически сходных заболеваний. Диагноз подтверждают на аутопсии путём определения количества сенильных бляшек и нейрофибриллярных сплетений.
--	---

Хирургическая операция	
10. Хирургическое лечение коронарных артерий	<p>Под хирургическим лечением коронарных артерий в настоящем пункте понимается проведение операции на органах грудной полости открытым доступом в целях коррекции одной или более стенозированных или закупоренных коронарных артерий методом аорто-коронарного шунтирования. Необходимость проведения операции должна быть подтверждена методом коронарной ангиографии.</p> <p>Исключения: баллонная ангиопластика (дилатация) коронарных артерий, лапароскопические хирургические манипуляции, применение лазера, любые другие внутриартериальные манипуляции; эндоскопические манипуляции; другие нехирургические процедуры.</p>
11. Пересадка клапанов сердца	<p>Хирургическая замена одного или более пораженных клапанов сердца искусственным клапаном. Определение включает замену аортальных, митральных, трикуспидальных или пульмональных (клапанов легочной артерии) клапанов сердца их искусственными аналогами вследствие развития стеноза/недостаточности или комбинации этих состояний.</p> <p>Исключения: вальвулотомия, вальвулопластика и другие виды лечения, проводимые без пересадки (замены) клапанов.</p>
12. Хирургическое лечение заболеваний аорты	<p>Непосредственное проведение хирургического вмешательства в целях лечения хронического заболевания аорты посредством иссечения и замены дефектной части аорты трансплантатом. Под термином аорта в данном конкретном случае принято понимать ее грудную и брюшную части, ветви аорты из покрытия исключаются.</p>
13. Трансплантация жизненно важных органов	<p>Перенесение в качестве реципиента трансплантации сердца, легкого, печени, почки, поджелудочной железы (исключая трансплантацию только островков Лангерганса), костного мозга, тонкого кишечника. Необходимость применения трансплантации должна быть подтверждена квалифицированным врачом.</p> <p>Исключения: донорство органов, трансплантация других органов, частей органов или какой-либо ткани.</p>

Прошу выплатить страховое обеспечение:

через кассу Страховщика; на расчетный счет:

Р/с _____ в _____

К/с _____ БИК _____

ИНН _____ лицевой счет _____

Я, _____,

(Ф.И.О. Застрахованного)

даю согласие СПАО «РЕСО-Гарантия, в том числе работникам и представителям Страховщика, на обработку моих персональных данных (далее – ПД) в целях осуществления страхования, в т.ч. в целях урегулирования убытков по Договору, администрирования Договора, сбора статистической информации и ее анализа, а также в целях исполнения требований действующего законодательства РФ. Страховщик может осуществлять обработку моих ПД в течение действия Договора страхования, а также в течение 25 лет после прекращения его действия.

Мои ПД, в том числе специальные ПД, включают: фамилию, имя, отчество, дату рождения, паспортные данные и/или данные другого документа, удостоверяющего личность, адрес проживания/регистрации, телефоны, данные о доходах, данные о состоянии здоровья, заболеваниях и о случаях обращения в медицинские учреждения.

Предоставляю Страховщику право осуществлять все действия с моими ПД, включая сбор, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), использование, обезличивание, блокирование, уничтожение. Страховщик вправе обрабатывать мои ПД посредством включения их в списки и внесения в электронные базы данных, в том числе с целью оповещения меня об услугах и предложениях (акциях) Страховщика.

Страховщик имеет право во исполнение своих обязательств по Договору передавать мои ПД, в том числе специальные ПД, в медицинские учреждения и перестраховщикам, с которыми у Страховщика имеются договорные отношения, и получать от этих учреждений данные обо мне. Передача моих ПД иным лицам или иное их разглашение может осуществляться только с моего письменного согласия.

Настоящее согласие дано в момент подписания Договора и действует бессрочно. Я знаю, что имею право в любой момент отозвать его посредством направления Страховщику письменного уведомления, которое должно быть направлено в его адрес заказным письмом с уведомлением о вручении либо вручено лично под расписку представителю Страховщика. Я знаю и согласен с тем, что Страховщик вправе рассматривать указанное уведомление как мое волеизъявление о расторжении Договора в отношении меня, в связи с чем я буду снят со страхования по Договору не позднее 3 дней с момента получения указанного уведомления.

« ____ » _____ 20 ____ г.

_____/_____
(Подпись) (Ф.И.О.)



Образец

Приложение к полису № _____ от _____ г.

ЗАЯВЛЕНИЕ на страхование на случай критических заболеваний

Сведения, изложенные в настоящем заявлении, имеют существенное значение для определения вероятности наступления страхового случая.

Заполнить пропуски и

отметить нужное знаком

Валюта договора

российские рубли

эквивалент долларам США

евро

1. Сведения о Заявителе (Страхователе)

Наименование _____	
<i>Ф.И.О. (для физ. лиц) / наименование организации (для юр. лиц)</i>	
Индекс _____	Адрес _____
область (край, округ, район), город, улица, дом, корпус, квартира	
Гос. рег. № _____	ИНН _____
<i>(только для юр. лиц)</i>	
Дата рождения _____	
Профессия, основной род деятельности _____	
<i>(фактическая, а не по образованию)</i>	
Пол: муж <input type="checkbox"/> / жен <input type="checkbox"/> Паспорт (серия, номер, кем и когда выдан) _____	
Телефон _____	E-mail _____

2. Сведения о Застрахованном лице (заполняется в случае, если Заявитель не является Застрахованным лицом)

ФИО _____	
Индекс _____	Адрес _____
область (край, округ, район), город, улица, дом, корпус, квартира	
ИНН _____	Дата рождения _____
Пол: муж <input type="checkbox"/> / жен <input type="checkbox"/>	
Паспорт (серия, номер, кем и когда выдан) _____	
Телефон _____	E-mail _____

3. Условия страхования

3.1. Страховой случай			
Критическое заболевание или хирургическая операция			
3.2. ПЕРЕЧЕНЬ КРИТИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ И ХИРУРГИЧЕСКИХ ОПЕРАЦИЙ			
<input type="checkbox"/>	Онкологические заболевания	<input type="checkbox"/>	Болезнь Паркинсона
<input type="checkbox"/>	Инфаркт миокарда	<input type="checkbox"/>	Болезнь Альцгеймера
<input type="checkbox"/>	Инсульт	<input type="checkbox"/>	Хирургическое лечение коронарных артерий
<input type="checkbox"/>	Почечная недостаточность	<input type="checkbox"/>	Пересадка клапанов сердца
<input type="checkbox"/>	Слепота (потеря зрения)	<input type="checkbox"/>	Хирургическое лечение заболеваний аорты
<input type="checkbox"/>	Рассеянный склероз	<input type="checkbox"/>	Трансплантация жизненно важных органов
<input type="checkbox"/>	Паралич		

4. Выгодоприобретатель – Застрахованный

5. Страховая сумма	
6. Срок страхования	с «_____» _____ 20__ г. по «_____» _____ 20__ г.

Я, _____,
(Ф.И.О. Застрахованного)

- заявляю, что представленная в анкете информация является исчерпывающей и верной и понимаю, что она может иметь решающее значение при заключении договора страхования и при осуществлении страховых выплат;
- разрешаю любому лечебному учреждению или врачу, имеющих какую-либо информацию о состоянии моего здоровья, сообщить эту

- информацию в страховую компанию СПАО «РЕСО-Гарантия» (далее - Страховщик);
- согласен, что Страховщик имеет право обратиться в страховые компании, к которым я обращался(лась) по поводу личного страхования, для получения необходимой дополнительной информации;
 - согласен(сна), что Страховщик имеет право давать информацию по договору, заключенному на основании настоящего заявления, страховщикам, к которым я обращался(лась)/буду обращаться по поводу личного страхования;
 - предоставляю страховой компании СПАО «РЕСО-Гарантия» право произвести индивидуальную оценку риска, и, в случае необходимости, предложить мне: изменить условия страхования (в том числе повысить тарифную ставку); предоставить дополнительные данные или пройти медицинское обследование;
 - обязуюсь обо всех изменениях, связанных с моим здоровьем и деятельностью, могущих существенно повлиять на условия страхования, сообщить в СПАО «РЕСО-Гарантия» в предусмотренные Правилами страхования сроки.
 - даю согласие СПАО «РЕСО-Гарантия, в том числе работникам и представителям Страховщика, на обработку моих персональных данных (далее – ПД) в целях заключения Договора страхования (далее Договор), осуществления страхования, в т.ч. в целях урегулирования убытков по Договору, администрирования Договора, сбора статистической информации и ее анализа, а также в целях исполнения требований действующего законодательства РФ. Страховщик может осуществлять обработку моих ПД в течение действия Договора страхования, а также в течение 25 лет после прекращения его действия.
 - Мои ПД, в том числе специальные ПД, включают: фамилию, имя, отчество, дату рождения, паспортные данные и/или данные другого документа, удостоверяющего личность, адрес проживания/регистрации, телефоны, данные о доходах, данные о состоянии здоровья, заболеваниях и о случаях обращения в медицинские учреждения.
 - Предоставляю Страховщику право осуществлять все действия с моими ПД, включая сбор, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), использование, обезличивание, блокирование, уничтожение. Страховщик вправе обрабатывать мои ПД посредством включения их в списки и внесения в электронные базы данных, в том числе с целью оповещения меня об услугах и предложениях (акциях) Страховщика.
 - Страховщик имеет право во исполнение своих обязательств по Договору передавать мои ПД, в том числе специальные ПД, в медицинские учреждения и перестраховщикам с которыми у Страховщика имеются договорные отношения, и получать от этих учреждений данные обо мне. Передача моих ПД иным лицам или иное их разглашение может осуществляться только с моего письменного согласия.
 - Настоящее согласие дано в момент подписания Договора и действует бессрочно. Я знаю, что имею право в любой момент отозвать его посредством направления Страховщику письменного уведомления, которое должно быть направлено в его адрес заказным письмом с уведомлением о вручении либо вручено лично под расписку представителю Страховщика. Я знаю и согласен с тем, что Страховщик вправе рассматривать указанное уведомление как мое волеизъявление о расторжении Договора в отношении меня, в связи с чем я буду снят со страхования по Договору не позднее 3 дней с момента получения указанного уведомления.

Заявитель принимает на себя ответственность за полноту и правдивость сведений, изложенных Застрахованным выше.

Заявителю известно, что данное Заявление является юридической основой Договора страхования, и что в пределах данного Договора он несет полную ответственность за точность сведений, содержащихся в Заявлении.

Заявитель _____
(подпись)

Застрахованный _____
(подпись)

Агент / представитель Страховщика: _____ Код _____ Подпись _____
(ФИО / Наименование)

Выдан полис (учетный №) _____

Образец



Приложение к договору страхования
№ _____

ЗАЯВЛЕНИЕ КОЛЛЕКТИВНОГО СТРАХОВАНИЯ НА СЛУЧАЙ КРИТИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ

Заполнить пропуски и отметить
нужное знаком

Валюта договора
страхования

- российские рубли
 эквивалент долларов США
 эквивалент евро

Сведения, изложенные в настоящем заявлении, имеют существенное значение для определения степени риска наступления страхового случая и тяжести его последствий.

1. СТРАХОВАТЕЛЬ			
1.1 Полное наименование и юридический адрес, e-mail, телефон Страхователя	_____		
1.2 Банковские реквизиты Страхователя	Р/с _____ К/с _____ БИК _____ ИНН _____ ОКОНХ _____ ОКПО _____ Рег. № _____		
1.3 Ответственное лицо Страхователя	Ф.И.О. _____ Должность _____		
2. ИНФОРМАЦИЯ О ЛИЦАХ, ПРИНИМАЕМЫХ НА СТРАХОВАНИЕ			
Состав лиц, принимаемых на страхование, определяется списком (<i>Приложение №1</i>) с указанием фамилии, имени, отчества, должности (профессии) и, если необходимо, страховых сумм, выбранных рисков и данных о выгодоприобретателях (выгодоприобретатели должны быть подтверждены подписью застрахованного лица).			
Общее количество лиц в списке на момент подачи заявления:	<input type="text"/>		
3. УСЛОВИЯ СТРАХОВАНИЯ			
3.1. Страховой случай			
Критическое заболевание или хирургическая операция			
3.2. ПЕРЕЧЕНЬ КРИТИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ И ХИРУРГИЧЕСКИХ ОПЕРАЦИЙ			
<input type="checkbox"/>	Онкологические заболевания	<input type="checkbox"/>	Болезнь Паркинсона
<input type="checkbox"/>	Инфаркт миокарда	<input type="checkbox"/>	Болезнь Альцгеймера
<input type="checkbox"/>	Инсульт	<input type="checkbox"/>	Хирургическое лечение коронарных артерий
<input type="checkbox"/>	Почечная недостаточность	<input type="checkbox"/>	Пересадка клапанов сердца
<input type="checkbox"/>	Слепота (потеря зрения)	<input type="checkbox"/>	Хирургическое лечение заболеваний аорты
<input type="checkbox"/>	Рассеянный склероз	<input type="checkbox"/>	Трансплантация жизненно важных органов
<input type="checkbox"/>	Паралич		
*) В случае если предусматриваются дифференцированные страховые суммы по различным категориям принимаемых на страхование лиц, индивидуальная страховая сумма по каждой категории указывается в Приложении №1 (список застрахованных).			
3.3. СТРАХОВАЯ СУММА (на одного Застрахованного)		<input type="text"/>	

3.4. СРОК СТРАХОВАНИЯ

с «___» _____ 20__ г. по «___» _____ 20__ г.

4. ДОПОЛНИТЕЛЬНАЯ ИНФОРМАЦИЯ

Заключались ли ранее договоры страхования на случай критических заболеваний

 да нет

Если да, укажите наименование страховой организации и краткое описание страховых случаев за последний год: _____

Приложения к заявлению:

1. Приложение № 1 на _____ листах;

2. _____;

3. _____.

Представленные в настоящем заявлении сведения являются полными и достоверными. О правовых последствиях сообщения Страховщику заведомо ложных сведений об обстоятельствах, имеющих существенное значение для определения степени риска наступления страхового события и тяжести его последствия, предупрежден.

Ответственное лицо Страхователя _____ / _____ /
 (Ф. И. О.) (подпись)

«___» _____ 20__ г.

М.П.

Отметки Страховщика:

Заявление принял: _____
 (должность, Ф.И.О.)

«___» _____ 20__ г.

Список лиц, принимаемых на страхование

№ п/п	Фамилия, Имя, Отчество	Адрес	Паспортные данные	Должность	Выгодоприобретатель

Образец

ДОГОВОР СТРАХОВАНИЯ НА СЛУЧАЙ КРИТИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ

№ _____ от « ____ » _____ г.
СПАО «РЕСО-Гарантия», именуемое в дальнейшем "Страховщиком", в лице _____, действующего на основании _____, с одной стороны и _____, именуемое в дальнейшем "Страхователем", в лице _____, действующего на основании _____, с другой стороны, вместе именуемые в дальнейшем "Сторонами", заключили настоящий Договор о нижеследующем:

1. Предмет договора. Застрахованные лица

1.1 По настоящему договору Страховщик осуществляет страховую защиту сотрудников Страхователя или иных лиц, в дальнейшем именуемых **Застрахованными**, а Страхователь уплачивает Страховщику страховую премию (плату за страхование) в размере и в сроки, установленные настоящим договором или приложениями к нему.

1.2. Объектом страхования являются не противоречащие законодательству Российской Федерации имущественные интересы Застрахованного, связанные с риском причинения вреда его жизни, здоровью и трудоспособности в результате критического заболевания.

1.3. По настоящему Договору Застрахованным лицом являются физические лица, сведения о которых указаны в приложении № 2 к настоящему Договору.

1.4. Настоящий Договор заключен на условиях, изложенных в настоящем документе и в Правилах страхования на случай критического заболевания, утвержденных приказом СПАО "РЕСО-Гарантия" от " ____ " _____ 20__ г. № ____ (Приложение № 1 к настоящему Договору).

2. Общие положения

2.1. Право на заключение настоящего Договора Страховщику предоставлено лицензией № от.

2.2. Все изменения и дополнения к настоящему Договору действительны, если они совершены в письменной форме и подписаны от имени Сторон уполномоченными лицами.

2.3. Настоящий Договор составлен в двух экземплярах, имеющих равную юридическую силу, по одному экземпляру для каждой Стороны.

3. Страховой случай

3.1. По настоящему Договору страховым случаем является совершившееся событие, обладающее признаками вероятности и случайности возникновения, с наступлением которого возникает обязанность Страховщика произвести выплату страхового обеспечения Застрахованному (Выгодоприобретателю), независимо от сумм, причитающихся ему по государственному социальному страхованию и социальному обеспечению, договорам страхования, заключенным с другими страховщиками, а также сумм по возмещению причиненного ему вреда в соответствии с гражданским законодательством со стороны третьих лиц.

3.2. Страховым случаем признается следующее событие:

3.2.1. Критическое заболевание Застрахованного предусмотренное и определенное в соответствии с Перечнем критических заболеваний (Приложение № 3 к настоящему Договору), впервые диагностированное в период действия договора страхования.

3.3. Событие, предусмотренное п. 3.2. настоящего Договора, признается страховым случаем, если оно произошло в период действия договора страхования и подтверждено документами, выданными компетентными органами в установленном законом порядке (медицинскими учреждениями, судом и другими).

4. Страховая сумма

4.1. Страховая сумма по Договорам страхования устанавливается по соглашению Страховщика и Страхователя. Страховая сумма может быть установлена на основе годового дохода Застрахованного.

5. Срок действия договора

Срок действия настоящего Договора: с 00 часов 00 минут
 часов 00 минут «__» _____ 20__ года.

«__» _____ 20__ года до 24

6. Страховая премия

6.1. По настоящему Договору сумма страховой премии составляет _____.

6.2. По настоящему Договору сумма страховой премии уплачивается

6.3. При неуплате страховой премии (взноса страховой премии) или его уплаты в меньшем размере, чем предусмотрено Договором страхования, Договор страхования досрочно прекращается.

7.

7. Порядок разрешения споров

6.1. Споры, возникающие при исполнении условий договора страхования, разрешаются сторонами в процессе переговоров. При не достижении соглашения спор передается на рассмотрение суда в порядке, предусмотренном действующим законодательством Российской Федерации.

6.2. Иск по требованиям, вытекающим из договора страхования, может быть предъявлен в сроки, предусмотренные действующим законодательством Российской Федерации.

6.3. Настоящий Договор составлен на основании Правил страхования на случай критических заболеваний. Условия и положения, не оговоренные в настоящем Договоре, регламентируются указанными Правилами страхования на случай критических заболеваний. В случае разночтений между Правилами страхования на случай критических заболеваний и положениями настоящего Договора приоритет имеют положения настоящего Договора.

8. Приложение:

1. Правила страхования на случай критических заболеваний от «__» _____ 20__ года
2. Сведения о Застрахованных лицах и условиях страхования.
3. Перечень критических заболеваний

8. Подписи сторон

От имени Страховщика:

Правила страхования получены.
 От имени Страхователя:

Приложение № 2
к Договору
страхования на случай критических заболеваний

Список Застрахованных лиц

№ п/п	Фамилия, Имя, Отчество	Адрес	Паспортные данные	Должность

Образец

(На бланке страховщика с указанием требуемых реквизитов)

**ПОЛИС
СТРАХОВАНИЯ НА СЛУЧАЙ КРИТИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ**

____ (далее - Страховщик) и _____ (далее -
Страхователь) в соответствии с «Правилами страхования» на основании заявления от « ____ »
_____ г. заключили договор страхования.

1. Застрахованное лицо
2. Выгодоприобретатель
3. Страховые случаи
4. Лимиты страховых сумм
5. Общая страховая сумма
6. Срок страхования: с « ____ » _____ г. по « ____ » _____ г.
7. Страховой взнос
 - 7.1. Форма уплаты: единовременно / ежеквартально / ежемесячно.
 - 7.2. Первый взнос
 - 7.3. Условия рассрочки страховой премии
8. Выплаты страхового обеспечения при наступлении страхового случая производятся в соответствии с _____ Правил страхования.
9. Другие условия и оговорки:

Полис выдан: « ____ » _____ г.

Страховщик _____
(подпись, печать)

БАЗОВЫЕ СТРАХОВЫЕ ТАРИФЫ ПО СТРАХОВАНИЮ НА СЛУЧАЙ КРИТИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ

Риск - Критическое заболевание Застрахованного предусмотренное и определенное в соответствии с Перечнем критических заболеваний, впервые диагностированное в период действия договора страхования

Брутто-ставка 0,407%

Страховщик имеет право применять к настоящей тарифной ставке следующие повышающие и понижающие коэффициенты, имеющие существенное значение для определения степени страхового риска.

Коэффициенты к базовым тарифам, применяемые при расчете тарифной ставки

Факторы риска, влияющие на тариф:	Диапазон поправочных коэффициентов	
	понижающих	повышающих
Возраст Застрахованного	0.05 - 0.99	1.01 - 10.00
Состояние здоровья Застрахованного	0.20 - 0.99	1.01 - 15.00
Пол Застрахованного	0.05 - 0.99	1.01 - 5.00
Профессия, род деятельности Застрахованного	0.05 - 0.99	1.01 - 10.00
Занятие Застрахованного экстремальными видами спорта	-	1.01 - 10.00
Перечень критических заболеваний	0.05 - 0.99	1.01 - 10.00
Применение франшизы	0.05 - 0.99	1.01 - 10.00
Установление лимитов выплаты	0.05 - 0.99	-
Местонахождение Застрахованного	0.05 - 0.99	1.01 - 10.00
Количество застрахованных лиц	0.05 - 0.99	1.01 - 10.00
Наличие или отсутствие претензий и убытков в предыдущие периоды страхования	0.05 - 0.99	1.01 - 10.00

Базовые страховые тарифы являются годовыми базовыми страховыми тарифами.

По договорам страхования, заключенным на срок менее 1 (одного) года, страховая премия уплачивается в следующих размерах от годового размера страховой премии, если в договоре страхования не предусмотрено иное:

При исчислении страховой премии неполный месяц учитывается как полный.

Срок действия договора страхования (в месяцах)										
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
Страховая премия (в % от годовой премии)										
30	40	50	60	65	70	75	80	85	90	95

При заключении договора страхования со сроком страхования более года сумма страховой премии исчисляется исходя из величины годового страхового тарифа и равняется сумме годовой страховой премии и доле премии за количество месяцев неполного года при этом неполный месяц считается за полный.