

РОСГОССТРАХ ЖИЗНЬ программа «ЗАЩИТА+»

Условия Договора страхования, разработанные ООО «СК «РГС - Жизнь» (выписка из «Общих правил страхования жизни, здоровья и трудоспособности» №1 в редакции, действующей на дату заключения Договора).

Страхователь и Застрахованное лицо	Физическое лицо, заключившее Договор страхования в свою пользу. Страхователь и Застрахованное лицо являются одним лицом. Фактический возраст Застрахованного лица не должен быть менее 18 лет на момент заключения Договора страхования и более 70 лет на момент окончания Договора страхования. Если в Договор включен риск «Первичное диагностирование у Застрахованного СОЗ», то возраст Застрахованного лица не должен быть более 55 лет на момент окончания Договора страхования.
Выгодоприобретатель	Физическое или юридическое лицо, назначенное в качестве получателя страховой выплаты на случай смерти Застрахованного лица.
Тип продукта	Рисковой продукт с индивидуальным андеррайтингом.
Андеррайтинг	Индивидуальный андеррайтинг проводится, если ответы на вопросы анкеты не соответствуют критериям стандартности (весоростовые показатели, цифры артериального давления, положительные ответы на вопросы анкеты, страховые суммы выше установленных лимитов, профессия, связанная с риском; наличие других полисов клиента по страхованию жизни).
Структура продукта	Продукт состоит из 2-х частей: Основное условие и Дополнительные условия. Дополнительные условия включаются в Договор по желанию Страхователя.
Срок страхования	От 3 до 30 лет. Срок действия страховых рисков, включенных в Дополнительные условия: «Телесные повреждения Застрахованного», «Тяжелые телесные повреждения Застрахованного», «Установление Застрахованному инвалидности I или II группы», «Установление Застрахованному инвалидности I или II группы в результате несчастного случая», «Первичное диагностирование у Застрахованного СОЗ» составляет 1 год. Ответственность Страховщика по Договору страхования в части страховых рисков, перечисленных в Дополнительных условиях, может быть автоматически возобновлена на следующий страховой год в случае совершения Страхователем и Страховщиком конклюдентных действий (действий, направленных на возобновление договора страхования по указанным в Дополнительных условиях страховых рисков), состоящих в своевременной уплате Страхователем страховых взносов в полном объеме по настоящему Договору страхования и отсутствия сообщения Страховщика в адрес Страхователя о невозможности возобновления действия договора страхования в части указанных рисков. Страховщик имеет право сообщить Страхователю не менее чем за 15 (пятнадцать) дней до истечения срока действия рисков, указанных в Дополнительных условиях, или по какому-либо конкретному риску о невозможности автоматического возобновления действия этих рисков или о невозможности возобновления их действия на первоначальных условиях.
Страховые случаи/риски	Страховыми случаями являются следующие события, происшедшие в период действия Договора страхования: Основное условие: - Смерть Застрахованного лица в результате последствий несчастного случая, произошедшего в период действия страхования, за исключением событий, указанных в разделе «События, не являющиеся страховыми случаями». Действует первый год. Со второго года действия Договора страхования- данный риск прекращается. Страховой риск – «Смерть Застрахованного в результате несчастного случая» -Смерть Застрахованного лица от любой причины со второго года действия Договора страхования, за исключением событий, указанных в разделе «События, не являющиеся страховыми случаями. Страховой риск – «Смерть Застрахованного». Дополнительные условия: -Телесные повреждения (травма, случайное острое отравление), полученные Застрахованным лицом в результате последствий несчастного случая, произошедшего в период действия страхования, за исключением событий, указанных в разделе «События, не являющиеся страховыми случаями». Указанные события признаются страховыми случаями, если они произошли в период действия страхования и сопровождались причинением вреда здоровью Застрахованного лица, предусмотренного соответствующей Таблицей размеров страховых выплат. Страховой

	<p>риск – «Телесные повреждения Застрахованного»;</p> <p>-Тяжелые телесные повреждения (тяжелые травмы, случайное острое отравление), полученные Застрахованным лицом в результате последствий несчастного случая, произошедшего в период действия страхования, за исключением событий, указанных в разделе «События, не являющиеся страховыми случаями». Указанные события признаются страховыми случаями, если они произошли в период действия страхования и сопровождалась причинением вреда здоровью Застрахованного лица, предусмотренного соответствующей Таблицей размеров страховых выплат. Страховой риск – «Тяжелые телесные повреждения Застрахованного»;</p> <p>-Первичное диагностирование у Застрахованного лица смертельно опасного заболевания (далее по тексту — СОЗ) впервые диагностированного у него в период действия страхования и/или последствия заболевания, предусмотренного Перечнем смертельно опасных заболеваний, который является приложением к Договору страхования, за исключением событий, указанных в разделе «События, не являющиеся страховыми случаями». Страховой риск – «Первичное диагностирование у Застрахованного СОЗ».</p> <p>По риску «Первичное диагностирование у Застрахованного СОЗ» установлена временная франшиза (период ожидания) сроком 360 дней со дня начала действия договора страхования. Первичное диагностирование и наступление последствий СОЗ у Застрахованного лица в течение 360 дней не являются страховыми случаями.</p> <p>Диагностирование у Застрахованного лица СОЗ и/или наступление последствий СОЗ не признается страховым случаем, если в течение первых 30 дней, следующих за днём установления ему диагноза либо наступления последствий СОЗ, наступает смерть Застрахованного лица.</p> <p>- Первичное установление Застрахованному лицу инвалидности I или II группы первые два года действия Договора страхования в результате последствий несчастного случая, произошедшего в период действия Договора страхования, за исключением событий, указанных в разделе «События, не являющиеся страховыми случаями». Страховой риск - «Установление Застрахованному инвалидности I или II группы в результате несчастного случая».</p> <p>Первичное установление Застрахованному лицу с третьего года действия Договора страхования инвалидности I или II группы по любой причине, за исключением событий, указанных в разделе «События, не являющиеся страховыми случаями». Страховой риск – «Установление Застрахованному инвалидности I, II группы по любой причине».</p> <p>Из двух рисков «Телесные повреждения Застрахованного» и «Тяжелые телесные повреждения Застрахованного» Страхователь может выбрать только один риск.</p>
<p><i>События, не являющиеся страховыми случаями</i></p>	<p>Не являются страховыми случаями события, произошедшие вследствие (в случае):</p> <ul style="list-style-type: none"> - Самоубийства или попытки самоубийства Застрахованного лица, за исключением случаев, когда Застрахованное лицо было доведено до самоубийства противоправными действиями третьих лиц. Страховщик не освобождается от выплаты в случае смерти Застрахованного лица, если его смерть наступила вследствие самоубийства, и к этому времени договор страхования действовал не менее двух лет. - Преднамеренных незаконных действий или бездействий, совершенных Застрахованным лицом, Выгодоприобретателем или Страхователем или порученных ими третьим лицам, направленных на наступление страхового случая. - Участия в гражданской войне, народных волнениях всякого рода или забастовках, мятеже, путче, военных действиях, вооруженных столкновениях, иных аналогичных или приравниваемых к ним событий (независимо от того, была ли объявлена война), а также маневрах или иных военных мероприятиях. - Совершения Застрахованным лицом умышленного преступления. - Заболевания Застрахованного лица ВИЧ-инфекцией или СПИДом, а также заболеваний, связанных со СПИДом. При этом данное исключение не распространяется на случаи заражения Застрахованного лица ВИЧ-инфекцией вследствие ненадлежащего исполнения медицинским работником своих профессиональных обязанностей. - Управления Застрахованным лицом любым транспортным средством без права на его управление либо в состоянии алкогольного, наркотического или токсического опьянения, либо передачи Застрахованным лицом управления лицу, не имевшему

	<p>права на управление транспортным средством данной категории либо находившемуся в состоянии алкогольного или наркотического (токсического) опьянения.</p> <p>При этом данное исключение не распространяется на случай нахождения Застрахованного лица в состоянии опьянения, когда оно было доведено до такого состояния противоправными действиями третьих лиц.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Алкогольного отравления Застрахованного лица, либо токсического или наркотического опьянения и/или отравления Застрахованного лица в результате употребления им наркотических, токсических, психотропных, сильнодействующих веществ без предписания врача (или по предписанию врача, но с нарушением указанной им дозировки), за исключением случаев, когда Застрахованное лицо было доведено до такого состояния в результате противоправных действий третьих лиц и если компетентными органами установлен факт ошибочного либо вынужденного употребления указанных веществ. - Участия Застрахованного лица в любых авиационных перелетах, за исключением полетов в качестве пассажира регулярного авиарейса или пассажира чартерного авиарейса, совершаемого самолетом пассажироместимостью более 70, зафрахтованным туристическим оператором для совершения данного авиарейса, либо полета Застрахованного лица на летательном аппарате, прямо указанном в договоре страхования. - Преднамеренного нанесения или попыток нанесения Застрахованным лицом / себе увечий, вне зависимости от его психического состояния или преднамеренного нанесения Застрахованному лицу увечий каким-либо лицом с его согласия вне зависимости от психического состояния Застрахованного лица. - Применения Застрахованным лицом лекарственных веществ без назначения врача, терапевтических или оперативных методов лечения, которые Застрахованное лицо применяет по отношению к себе или поручает другому лицу, без назначения врача. - Психического заболевания, эпилептических припадков у Застрахованного лица, если они не явились следствием несчастного случая. - Занятий Застрахованным лицом опасными видами спорта или хобби: автоспорт, мотоспорт, включая их разновидности, авиационный спорт, бейсджампинг, кейвдайвинг, скалолазание, альпинизм, скоростной спуск на лыжах, родео, гонки на роликовых досках, дельтапланеризм, парапланеризм, прыжки на лыжах с трамплина, прыжки со скал (клифф дайвинг), бокс, хели-ски, ружайдинг, паркур, скейтбординг, дайвинг (на глубину свыше 25 метров), рафтинг, вейкбоардинг, аквабайк, маунтинбайк, спортивное ориентирование, BMX (Modified Bike X-treme), конный спорт, гребной слалом, фристайл, прыжки на лыжах с трамплина, поло (конное поло), спортивный сплав, банджиджампинг, воздухоплавание на воздушных шарах, прыжки с парашютом, кайтинг, формула 1 на воде, скайсерфинг, подводное ориентирование, подводная охота, апноэ (фридайвинг), акватлон (подводная борьба), спортивный туризм (горный, лыжный, водный) 4-5 категории сложности, охота, спорт с применением огнестрельного оружия, любые боевые искусства. При этом договором страхования может быть оговорена ответственность Страховщика за события, наступившие в результате занятия Застрахованного лица одним или несколькими видами спорта/хобби, прямо указанными в договоре страхования. <p>При одновременной уплате страховой премии в случае смерти Застрахованного лица за исключением событий, указанных в разделе «События, не являющиеся страховыми случаями», Выгодоприобретателю возвращается часть сформированного резерва.</p>
<p>Страховые выплаты</p>	<p>Страховая выплата осуществляется Страховщиком в объеме, предусмотренном Договором страхования, при условии уплаты Страхователем страховых взносов в размере и в сроки, указанные в Полисе страхования жизни, здоровья и трудоспособности. Если страховой случай произошел в льготный период, то Страховщик при определении размера подлежащей страховой выплаты по данному Договору страхования осуществляет зачет суммы просроченных страховых взносов.</p> <p>По Основному условию:</p> <ul style="list-style-type: none"> - В случае смерти Застрахованного лица в результате последствий несчастного случая, произошедшего на первом году действия страхования, Выгодоприобретателю одновременно выплачивается 100% страховой суммы и Договор страхования прекращает свое действие. - В случае смерти Застрахованного лица от любой причины, начиная со второго года действия страхования, Выгодоприобретателю выплачивается 100% страховой суммы и

Договор страхования прекращает свое действие.

По Дополнительным условиям:

- Страховая выплата по риску «Первичное диагностирование у Застрахованного СОЗ» осуществляется при наступлении страхового случая, начиная с 361 дня действия Договора страхования, Застрахованному лицу одновременно в размере 100% страховой суммы, установленной по данному риску, и страховой риск прекращает свое действие.

Диагностирование у Застрахованного лица СОЗ и/или наступление последствий СОЗ не признается страховым случаем, если в течение первых 30 дней, следующих за днём установления ему диагноза либо наступления последствий СОЗ, наступает смерть Застрахованного лица.

Диагноз СОЗ должен быть подтвержден документами, выданными соответствующими медицинскими учреждениями, и подтвержден врачом соответствующей специализации и квалификации. Страховщик оставляет за собой право проверить достоверность установленного диагноза, путем запроса подлинных медицинских документов, или получения заключения по имеющимся документам у независимого эксперта-специалиста, соответствующей специализации.

Страховая выплата по риску «Первичное диагностирование у Застрахованного СОЗ» не влияет на выплату по риску «Смерть Застрахованного».

- По риску «Установление Застрахованному инвалидности I или II группы в результате несчастного случая» ответственность Страховщика осуществляется первые два года действия страхования.

- По риску «Установление Застрахованному инвалидности I, II группы по любой причине» ответственность Страховщика осуществляется, начиная с третьего года действия страхования.

Страховая выплата по рискам производится одновременно Застрахованному лицу. При установлении инвалидности:

- I группы — 100% страховой суммы;

- II группы – 80% страховой суммы;

Страховые выплаты по данным рискам в период действия Договора страхования производятся за вычетом ранее выплаченной суммы.

Общий размер страховых выплат в течение действия страхования по рискам «Установление Застрахованному инвалидности I, II группы в результате несчастного случая» и «Установление Застрахованному инвалидности I, II группы по любой причине,» не может превышать 100% страховой суммы, установленной по указанным рискам.

При условии выплаты по указанным рискам 100% страховой суммы, данные риски прекращают своё действие.

- Страховая выплата по риску «Телесные повреждения Застрахованного» осуществляется при получении Застрахованным лицом травмы и/или случайного острого отравления в соответствии с Таблицей размеров страховых выплат по риску «Телесные повреждения Застрахованного».

- По риску «Тяжелые телесные повреждения Застрахованного» страховая выплата осуществляется при получении Застрахованным лицом тяжелой травмы и/или случайного острого отравления в соответствии с Таблицей размеров страховых выплат по риску «Тяжелые телесные повреждения Застрахованного».

Ответственность Страховщика по рискам «Телесные повреждения Застрахованного» и «Тяжелые телесные повреждения Застрахованного» наступает с 00 часов 00 минут седьмого дня со дня вступления Договора страхования в силу.

Общий размер выплат по рискам «Телесные повреждения Застрахованного» и «Тяжелые телесные повреждения Застрахованного» в течение полисного года не может превышать размера страховой суммы, установленного по данным рискам в Договоре страхования.

Обязанность Страховщика осуществить страховую выплату возникает при наступлении страхового случая, произошедшего в течение 24 часов в сутки на территории всего мира, кроме территорий, на которых объявлено чрезвычайное положение или проводятся боевые действия (в том числе осуществляются операции против террористов, различных вооруженных формирований).

Для определения степени страхового риска Страховщик имеет право организовать за свой счет проведение медицинского обследования лица, принимаемого на страхование. Медицинское

обследование на предмет оценки состояния здоровья производится по письменному направлению установленного образца, выдаваемому представителем Страховщика.

Не принимаются на страхование: лица, страдающие психическими заболеваниями и (или) расстройствами; больные СПИДом или ВИЧ инфицированные; являющиеся инвалидами I, II, III группы или имеющие основания (в том числе оформленные соответствующим документом - направлением) для назначения инвалидности либо являвшиеся инвалидами ранее, но не прошедшие очередное переосвидетельствование, состоящие на учете в наркологических и/или психоневрологических, и/или противотуберкулезных, и/или онкологических диспансерах; находящиеся на стационарном или амбулаторном лечении или обследовании. Договоры, заключенные в отношении таких лиц, считаются недействительными с момента заключения.

Определение размера страховой суммы

Размер страховой суммы по рискам, включаемым в Договор страхования, устанавливается по соглашению сторон. При этом:

- размер страховой суммы по рискам «Смерть Застрахованного в результате несчастного случая» и «Смерть Застрахованного» должен быть одинаковым и не может быть менее 100,0 тыс. руб. ;
- размер страховой суммы по риску «Первичное диагностирование у Застрахованного СОЗ» должен быть не более 2,5 млн. руб. и не более ½ размера страховой суммы по риску «Смерть Застрахованного»;
- размер страховой суммы по риску «Телесные повреждения Застрахованного» должен быть не более 1 млн. руб. и не более ½ размера страховой суммы по риску «Смерть Застрахованного»;
- размер страховой суммы по риску «Тяжелые телесные повреждения Застрахованного» должен быть не более 2,5 млн. руб. и не более ½ размера страховой суммы по риску «Смерть Застрахованного»;
- размер страховой суммы по рискам «Установление Застрахованному инвалидности I или II группы в результате несчастного случая» и «Установление Застрахованному инвалидности I или II группы» устанавливается в одинаковом размере и не должен быть более 10,0 млн. руб. и не может превышать размера страховой суммы по риску «Смерть Застрахованного».

Порядок определения страховой премии (страхового взноса)

Страховой премией (страховым взносом) является плата за страхование, которую Страхователь обязан уплатить Страховщику в соответствии с Договором страхования.

Страховая премия (страховой взнос) уплачивается Страхователем в валюте Российской Федерации.

Страховые взносы рассчитываются исходя из страховой суммы в соответствии с тарифами Страховщика. Размер страхового взноса зависит от рисков, включенных в программу, срока действия Договора, периода и периодичности уплаты страховых взносов, пола, возраста и состояния здоровья Застрахованного лица.

Способы уплаты страховых взносов, периодичность их уплаты

Уплата страховых взносов осуществляется утвержденными Страховщиком методами- оплата безналичным расчетом путем перевода денежных средств на расчетный счет Страховщика (путем безакцептного списания с банковской карты, путем списания с банковской карты по звонку в Контакт-Центр, через ОАО «РГС Банк», Федеральную Систему «Город», ФГУП «Почта России»)

Периодичность уплаты страховой премии (взноса): единовременная или в рассрочку ежегодными платежами.

Период уплаты страховых взносов

Договором страхования предусмотрен льготный период – 62 дня для уплаты очередного страхового взноса. Льготный период начинается с даты, установленной в Договоре страхования в качестве даты уплаты очередного страхового взноса. В течение льготного периода Страховщик несет ответственность по Договору страхования в полном объеме. Страховщик при определении размера страховой выплаты удерживает сумму просроченных страховых взносов.

Договор страхования вступает в силу при уплате безналичным путем Страхователем страховой премии (первого страхового взноса) в полном объеме:

- через отделения ФГУП «Почта России», ОАО «РГС Банк», ФС «Город» или по списанию с карты по звонку в Контакт-Центр - с 00 час. 00 мин. дня, следующего за днем уплаты Страховщику страховой премии (первого страхового взноса) в отделении ФГУП «Почта России», ОАО «РГС Банк» и ФС «Город», звонка в КЦ.

- при иных безналичных расчетах – с 00 час. 00 мин. дня, следующего за днем зачисления страховой премии (первого страхового взноса) на расчетный счет Страховщика.

Если к сроку, установленному в Договоре страхования, страховая премия (первый страховой взнос) не была уплачена или была уплачена не полностью, Договор страхования считается не вступившим в силу, а поступившая на счет Страховщика сумма возвращается.

Дата вступления Договора страхования в силу указывается в Договоре страхования.

Изменение условий Договора страхования

По согласованию сторон Договор страхования может быть изменен при условии уплаты страховых взносов в рассрочку (ежегодно), в части размера страховой суммы, размера взноса в связи с изменением степени риска наступления страхового события (изменения поправочных коэффициентов) в период действия Договора страхования.

Изменения и дополнения оформляются Страховщиком Дополнительными соглашениями к Договору страхования, составляются в письменной форме, скрепляются подписью и печатью Страховщика и подписью Страхователя. Изменение условий Договора страхования возможно осуществить только по истечении первого года действия Договора и по договорам, по которым продолжается уплата страховых взносов на условиях, установленных Страховщиком.

Досрочное расторжение Договора страхования

Договор может быть досрочно расторгнут по инициативе Страхователя при условии, что он был оплачен единовременной премией. В этом случае ему возвращается часть сформированного резерва, кроме последнего года действия Договора.

В рамках настоящей Программы страхования Страхователь и Страховщик соглашаются и признают, что неуплата, или уплата в меньшем размере Страхователем страховой премии (страхового взноса) по вступившему в силу Договору страхования в предусмотренные Договором страхования сроки или размере безусловно является выражением воли (волеизъявлением) Страхователя на односторонний отказ от договора страхования (прекращение договора страхования) с 00 часов 00 минут даты, следующей за датой, указанной в Договоре страхования как дата уплаты страховой премии (соответствующего страхового взноса).

При этом в случае такого отказа Страхователя от договора страхования в связи с неуплатой страховой премии (страхового взноса) в предусмотренный вступившим в силу Договором страхования срок или уплаты ее в меньшей, чем предусмотрено Договором страхования сумме, Страховщик вправе направить Страхователю письменное уведомление о согласии на досрочное прекращение по инициативе Страхователя Договора страхования с 00 часов 00 минут даты, следующей за датой, указанной в Договоре страхования для уплаты страховой премии (страхового взноса), либо приостановить страхование (Договор страхования) на срок до 14 календарных дней путем направления Страхователю письменного уведомления о приостановлении страхования в связи с неуплатой или уплатой в меньшем размере страховой премии (страхового взноса). В случае направления Страховщиком Страхователю уведомления о приостановлении страхования, Договор страхования будет считаться прекратившим свое действие с 00 часов 00 минут даты, следующей за датой, указанной в уведомлении как крайняя дата уплаты страховой премии (страхового взноса), при этом Страховщик оставляет за собой право взыскания суммы задолженности страховой премии за период с момента просрочки уплаты страховой премии (страхового взноса) до момента прекращения Договора страхования.

Права и обязанности сторон Договора страхования

Страхователь имеет право:

- Ознакомиться с условиями настоящей Программы страхования.
- Получить полис, дубликат полиса в случае его утраты.
- Проверять соблюдение Страховщиком условий Договора страхования.
- Назначать и заменять Выгодоприобретателя.
- Отказаться от Договора страхования в любое время.
- Вносить с согласия Страховщика изменения в условия Договора страхования.
- Получать от Страховщика информацию, касающуюся его финансовой устойчивости и не являющуюся коммерческой тайной.
- При получении настоящей программы страхования дать свое согласие на обработку Страховщиком его персональных данных, таких как ФИО, дата и место рождения, данные паспорта и адрес проживания, а также иные данные, предоставленные для исполнения Договора страхования, включая цели проверки качества оказания страховых услуг, сопровождения (администрирования) Договора страхования и для информирования Страхователя о других продуктах и услугах с момента подачи заявления о заключении Договора страхования. В этом случае согласие действует с даты, указанной в заявлении на страхование. Согласие Страхователя на обработку персональных данных Страхователя действует в течение 10 лет.
- Отозвать своё согласие на обработку персональных данных посредством составления соответствующего письменного документа, который должен быть направлен в адрес Страховщика заказным письмом с уведомлением о вручении либо вручен лично под расписку уполномоченному представителю Страховщика. В случае поступления Страховщику от Страхователя письменного заявления об отзыве согласия на обработку персональных данных, согласие считается отзывным с даты поступления указанного заявления Страховщику. После окончания срока действия Договора страхования (в том числе при его расторжении) или отзыва согласия на обработку персональных данных Страховщик обязуется прекратить обработку персональных данных.

- Дать согласие Страховщику на обработку его персональных данных третьими лицами для обслуживания Договора страхования, при условии, что у Страховщика есть соглашение с указанными лицами, обеспечивающее безопасность персональных данных.

Страхователь обязан:

- Уплачивать страховую премию (страховые взносы) в размере и в сроки, определенные Договором страхования.

- При заключении Договора страхования сообщить Страховщику информацию о своей жизни, деятельности и своем состоянии здоровья, необходимую для определения степени и особенностей риска, принимаемого Страховщиком на страхование.

- 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, изменении фамилии, хобби.

- При наступлении предусмотренных настоящей Программой страхования событий, имеющих признаки страхового случая, в течение 30-ти дней с момента, наступления такого случая, известить Страховщика любым доступным ему способом, позволяющим объективно зафиксировать факт обращения. Обязанность сообщить о факте наступления страхового события по риску «Смерть Застрахованного» может быть исполнена Выгодоприобретателем.

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

Страховщик имеет право:

- Проверять сообщаемую Страхователем информацию, в том числе о соответствии возраста и состояния его здоровья.

- Проверять выполнение Страхователем требований Договора страхования и положений настоящей Программы страхования.

- В случаях, предусмотренных законодательством РФ, оспаривать действительность Договора страхования в случае нарушения или ненадлежащего исполнения Страхователем положений настоящей Программы страхования.

- Если Страхователь сообщил Страховщику заведомо ложные или недостоверные сведения о фактах, влияющих на установление степени риска наступления страхового события, предусмотренного Договором страхования, то Страховщик вправе потребовать признания Договора недействительным.

- Перенести срок принятия решения о выплате или об отказе в выплате, но не более чем на 45 рабочих дней, для проведения экспертизы предоставленных документов и сведений, в случае если предоставленные документы и сведения не позволяют установить факт наступления события, содержат противоречивую информацию или вызывают сомнения в их достоверности, а также в достоверности факта наступления страхового события.

- В сложных ситуациях, когда для принятия решения о выплате требуется заключение независимой экспертизы по поводу заявленного события, направить Застрахованное лицо на прохождение такой экспертизы и продлить срок принятия решения о выплате или об отказе в выплате до получения результатов экспертизы.

- Если для принятия решения необходимы результаты незаконченного расследования, проводимого компетентными органами, продлить срок принятия решения о выплате или об отказе в выплате до окончания расследования.

- По согласованию со Страхователем внести изменения в Договор страхования в порядке, предусмотренном действующим законодательством. В случае если не будет достигнуто соглашение по поводу внесения изменений, каждая сторона Договора имеет право потребовать расторжения Договора страхования.

- По согласованию со Страхователем обрабатывать персональные данные Страхователя для исполнения обязательств по Договору страхования, в том числе в целях проверки качества оказания страховых услуг и урегулирования убытков по Договору, администрирования Договора, а также в целях информирования Страхователя о других продуктах и услугах Страховщика.

Персональные данные Страхователя включают в себя: фамилия, имя, отчество, год, месяц, дата и место рождения, паспортные данные, адрес проживания, другие данные, указанные в заключенном со Страховщиком Договоре страхования, которые могут быть отнесены в соответствии с законодательством РФ к персональным данным.

- По согласованию со Страхователем осуществлять все действия (операции) с персональными данными, включая сбор, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), использование, обезличивание, блокирование, уничтожение. Страховщик вправе обрабатывать персональные данные посредством включения их в электронные базы данных Страховщика.

- Для исполнения обязательств по Договору страхования передавать персональные данные Страхователя третьим лицам, при условии, что у Страховщика есть соглашение с указанными третьими лицами, обеспечивающее безопасность персональных данных при их обработке и предотвращение разглашения персональных данных.

- При определении размера подлежащей страховой выплаты по Договору страхования осуществлять зачет суммы просроченных страховых взносов.

Страховщик обязан:

- Ознакомить Страхователя с Программой страхования, на условиях которой заключен Договор страхования.

- Вручить Страхователю страховой полис установленной Страховщиком формы в течение 5 дней после зачисления страховой премии (первого страхового взноса) на расчетный счет Страховщика.

- Обеспечить тайну страхования и безопасность персональных данных Страхователя, Выгодоприобретателя, полученных от Страхователя, при их обработке в соответствии с законодательством РФ.

- Прекратить обработку персональных данных и уничтожить персональные данные Страхователя в срок, не превышающий 10 лет с даты окончания срока действия Договора страхования / отзыва согласия на обработку персональных данных.

- Своевременно информировать Страхователя о необходимости осуществлять уплату страховых взносов (согласно графику).

- Принять решение о страховой выплате или об отказе в выплате в течение 14 рабочих дней со дня получения всех необходимых документов, подтверждающих факт, причины и обстоятельства наступления заявленного события, имеющего признаки страхового случая.

- Произвести страховую выплату в течение 10 рабочих дней со дня принятия им решения о страховой выплате путем перечисления на счет в банке, реквизиты которого указаны заявителем в заявлении, либо иным способом - по соглашению Сторон. При этом перевод подлежащих выплате сумм по почте, телеграфу или на счет получателя в Банке осуществляется за счет его средств.

Прекращение действия Договора страхования

Действие Договора страхования прекращается в случае:

- Истечения срока действия Договора;

- Выполнения Страховщиком своих обязательств по Договору страхования в полном объеме;

- Требования (инициативы) Страховщика. Страховщик вправе потребовать расторжения Договора страхования в случае, порядке и на условиях, предусмотренных законодательством РФ;

- Неуплаты Страхователем страховой премии (очередного страхового взноса) полностью в установленные Договором сроки (с учетом льготного периода – 62 дня);

- Требования (инициативы) Страхователя;

- Соглашения сторон. О намерении досрочно прекратить действие Договора страхования стороны могут уведомить друг друга письменно не позднее, чем за 30 (тридцать) дней до даты предполагаемого расторжения.

- Смерти Застрахованного лица.

Для получения страховой выплаты независимо от события, явившегося поводом для подачи заявления, Страховщику предоставляются следующие документы:

- заявление о страховой выплате установленного Страховщиком образца;

- документ, удостоверяющий личность Заявителя страховой выплаты (паспорт/ удостоверение личности);

- договор страхования (страховой полис);

- полные банковские реквизиты для перечисления страховой выплаты;

- квитанция об уплате страховой премии (страховых взносов), если она (они) уплачивалась наличными деньгами;

- свидетельство о рождении (при необходимости);

- свидетельство о заключении брака (при необходимости);

При условии, что выплата должна осуществляться в связи с нарушением состояния здоровья Застрахованного лица либо в связи со смертью:

- медицинские документы, указывающие на факт получения в период действия договора страхования травмы и/или случайного острого отравления, обстоятельства их получения, полный диагноз, сроки лечения, лечебные и диагностические мероприятия, а также медицинские документы об обследовании и лечении по поводу заболевания, содержащие полный клинический диагноз, сведения о времени начала заболевания (дате заболевания) и дате установления диагноза, сроки лечения и временной нетрудоспособности, связанных с ним предшествовавших заболеваниях, операциях, манипуляциях, результатах лабораторных, клинических, гистологических и иных исследований, послуживших основанием для постановки диагноза:

эпикризы из лечебных учреждений;

выписка из амбулаторной карты из медицинского учреждения по месту жительства/ работы за весь срок наблюдения, с указанием даты события, точных диагнозов, дат их постановки, предписанного и проведенного лечения, дат госпитализаций и их причин и времени нахождения на листке нетрудоспособности;

амбулаторная карта из медицинского учреждения по месту жительства/ работы карта стационарного больного;

результаты и заключения по результатам лабораторных, рентгеновских, ультразвуковых, микробиологических, цито-гистологических, эндоскопических, функциональных, электрофизиологических исследований;

заключения и результаты консультаций медицинских специалистов;

протокол хирургического вмешательства;

сопроводительный лист скорой медицинской помощи;

журналы регистрации приемных отделений, рентгеновских и физиотерапевтических кабинетов, лабораторий, травматологических пунктов, операционных и перевязочных;

- документы компетентных органов, проводивших расследование обстоятельств наступления события:

постановления (определения) следственных органов;

решение (определение) или приговор суда;

справка о ДТП;

акт о несчастном случае на воздушном, железнодорожном, речном, морском транспорте, оформляемым перевозчиком в установленном законодательстве порядке;

В связи со смертью Застрахованного лица дополнительно:

- свидетельство о смерти;

- окончательное медицинское свидетельство о смерти;

- результаты судебно-медицинского исследования (если производилось);

- протокол и заключение патолого-анатомического исследования (если проводилось);

- свидетельство о праве на наследство (при необходимости);

В связи с установлением Застрахованному лицу инвалидности дополнительно:

- справка МСЭ об установлении группы инвалидности;

- выписка из акта освидетельствования МСЭ;

- направление на МСЭ;

- протокол освидетельствования бюро МСЭ;

- результаты судебно-медицинского исследования

В особых случаях Страховщиком могут быть запрошены:

- акт о несчастном случае на производстве по форме, предусмотренной законодательством РФ;

- акт о случае профессионального заболевания по форме, предусмотренной законодательством РФ;

- заключения врачебно-летной экспертной комиссии и/ или военно-врачебной комиссии;

- справка из центра государственного санитарно-эпидемиологического надзора с указанием зарегистрированного диагноза;

- акт о случае получения травмы, составленный по месту ее получения в любой организации и учреждении и результаты внутреннего расследования заявленного случая;

- документ, подтверждающий факт нахождения Застрахованного в момент травмы на территории страхования;

- водительское удостоверение;

Все представленные документы из лечебных учреждений или компетентных организаций должны быть оформлены в соответствии с действующим законодательством (бланк и/или штамп учреждения, организации, подпись руководителя, печать) копии документов должны быть заверены в установленном законодательством РФ порядке.

Если событие, имеющее признаки страхового случая, произошло с Застрахованным лицом за пределами Российской Федерации, то Страховщику должны быть предоставлены медицинские и иные документы, позволяющие установить факт наступления страхового случая с Застрахованным лицом, характер полученных им повреждений, с проставленным на них апостилом (по требованию Страховщика). Документы на иностранном языке предоставляются вместе с нотариально заверенным переводом. Расходы по сбору указанных документов и по их переводу оплачивает получатель страховой выплаты.

Перечень смертельно опасных заболеваний по риску «Первичное диагностирование у Застрахованного СОЗ»

Наименование СОЗ и серьезных операций	Определения
Рак	<p>Заболевание, проявляющееся в развитии одной или нескольких злокачественных опухолей, характеризующихся отсутствием дифференцировки клеток, прогрессивным неконтролируемым ростом, способностью к метастазированию (распространению злокачественных клеток из первичного очага) и инвазии, деструкцией опухоли и окружающей опухоль здоровой ткани.</p> <p>Данное определение также включает: лейкемию, злокачественные лимфомы, включая лимфому кожи, болезнь Ходжкина, злокачественные заболевания костного мозга, и саркому.</p> <p>Рак должен быть впервые диагностирован в течение срока действия договора страхования. Диагноз рака должен быть подтвержден врачом-онкологом на основании данных гистологического исследования.</p> <p>Из покрытия исключаются:</p> <ul style="list-style-type: none"> а) Любой первичный рак кожи, кроме злокачественной меланомы, распространившийся за пределы эпидермиса (верхний слой кожи) и соответствующий стадии TisN0M0 и T1N0M0 по классификации TNM или 1-ому уровню по классификации Clark; б) Рак предстательной железы стадии T1(включая T1a и T1b) по классификации TNM; в) Карцинома in situ (преинвазивный или интраэпителиальный рак), включая дисплазию шейки матки (CIN-1, CIN-2 и CIN-3), а также любые опухоли гистологически описанные как предраковые заболевания; г) Базальноклеточная карцинома и плоскоклеточная карцинома; д) Хронический лимфоцитарный лейкоз стадии A по классификации Binet или стадия I по классификации RAJ; е) Папиллярный рак щитовидной железы стадии T1N0M0 по классификации TNM; ж) Неинвазивный папиллярный рак мочевого пузыря, соответствующий стадии T1aN0M0 по классификации TNM; з) Любые виды злокачественных новообразований протекающих на фоне ВИЧ – инфекции или СПИДа (включая Саркому Капоши); <p>Примечание: Договор Страхования может предусматривать осуществление страховой выплаты в случаях, указанных в разделе «Исключения» настоящей Статьи.</p>
Инфаркт миокарда	<p>Окончательный диагноз острого инфаркта миокарда: некроз сердечной мышцы, обусловленный прекращением ее кровоснабжения.</p> <p>Диагноз должен быть подтвержден диагностически значимым, т.е. не менее на один уровень выше 99-го перцентиля верхнего референтного предела, повышением и/ или снижением в плазме крови уровня биохимических маркеров, характерных для некроза миокарда (Тропонин I, Тропонин T или МВ-КФК), а также одним из нижеперечисленных:</p> <ul style="list-style-type: none"> - острые кардиальные симптомы, характерные для инфаркта миокарда - новые серийные изменения на ЭКГ с развитием любого из следующих: подъем или депрессия сегмента ST, инверсия зубца T, блокада левой ножки пучка Гиса, патологические зубцы Q <p>Другие острые коронарные синдромы, включая нестабильную стенокардию исключаются.</p>
Инсульт	<p>Острое нарушение мозгового кровообращения, являющееся следствием нарушения или полного прекращения кровообращения в мозге (ишемический инсульт) или кровоизлияния в вещество головного мозга или под его оболочки (геморрагический инсульт) и характеризующееся развитием новой постоянной неврологической симптоматики.</p> <p>Оценка неврологических нарушений может быть произведена не ранее, чем через 3 месяца после инсульта. Инсульт должен быть впервые диагностирован в течение срока действия договора страхования. Диагноз должен быть подтвержден врачом-специалистом, инструментальными методами исследования, такими как компьютерная томография (КТ) и/или магнитно-резонансная томография (МРТ).</p> <p>Из покрытия исключаются:</p> <ul style="list-style-type: none"> а) Транзиторная ишемическая атака; б) Церебральные изменения как следствие неврологического дефицита, мигрени, гипоксии или травмы; в) Травматическое повреждение головного мозга или сосудов головного мозга; г) Лакунарные инсульты без неврологической симптоматики.
Аортокоронарное	Перенесение по рекомендации кардиохирурга операции аортокоронарного шунтирования на

шунтирование	открытом сердце (операция прямой реваскуляризации миокарда открытым доступом, заключающаяся в наложении анастомозов между аортой и участком пораженной коронарной артерией) с целью коррекции стеноза или окклюзии одной или нескольких коронарных артерий) с целью коррекции стеноза или окклюзии одной или нескольких коронарных артерий). Необходимость проведения и проведение операции должны быть подтверждены врачом-специалистом, а также результатами проведенной коронарной ангиографии. Из покрытия исключаются все нехирургические вмешательства, в том числе: эндоскопические манипуляции, ангиопластика, стентирование, лечение лазером и прочие интраартериальные техники.
Почечная недостаточность	Терминальная стадия почечной недостаточности, характеризующаяся хроническим необратимым нарушением функции обеих почек, при условии проведения в качестве лечения регулярного диализа (гемодиализ или перитонеальный диализ) или трансплантации донорской почки. Необходимость проведения регулярного диализа или трансплантации донорской почки, а также сам диагноз, должны быть установлены врачом-специалистом впервые в течение срока действия договора страхования на основании результатов проведенного обследования, характерного для данного заболевания. Из покрытия исключаются: а) Почечная недостаточность в стадии компенсации; б) Почечная недостаточность при отсутствии необходимости в постоянном гемодиализе или трансплантации почки.
Трансплантация жизненно важных органов	Перенесение застрахованным в качестве реципиента трансплантации любого из нижеуказанных органов или включение застрахованного в официальный список ожидающих трансплантацию получателей любого из нижеуказанных органов: • одного из перечисленных органов человека полностью: сердца, легких, печени, почек, поджелудочной железы, или • костного мозга человека с использованием гемопоэтических стволовых клеток при условии предшествующего полного разрушения костного мозга. Необходимость пересадки должна быть медицински обоснована и подтверждена объективными признаками органной недостаточности. Трансплантации иные, чем вышеупомянутые исключаются из покрытия. Случаи одновременной пересадки нескольких из вышеуказанных в определении органов считаются одной трансплантацией. Из покрытия исключаются: а) Трансплантации других органов и частей органов или тканей или клеток. б) Проведение трансплантации в случаях, когда Застрахованный выступает донором. Пересадка от человека к человеку сердца, легких, печени, поджелудочной железы, костного мозга, тонкого и/или толстого кишечника. Исключаются из определения: трансплантация иных, не перечисленных выше, органов, частей органов или какой-либо ткани.
Паралич	Полная и необратимая потеря двигательной функции двух и более конечностей (под конечностью понимают всю руку или всю ногу) в результате паралича, развившегося вследствие травмы или заболевания спинного или головного мозга. Длительность течения этого состояния должна наблюдаться специалистом на протяжении, по меньшей мере, трех месяцев и быть подтверждена соответствующей медицинской документацией. Диагноз должен быть установлен врачом-специалистом впервые в течение срока действия договора страхования при наличии результатов проведенного обследования, характерного для данного заболевания. Из покрытия исключаются: а) паралич при синдроме Гийена-Барре; б) последствия травмы, полученной Застрахованным в состоянии алкогольного опьянения при содержании алкоголя в крови 1 промилле и более, наркотического и/или токсического опьянения.
Пересадка клапана сердца	Хирургическая операция на открытом сердце посредством открытого доступа – торакотомии с целью протезирования (полной замены искусственным аналогом) одного или более пораженных клапанов сердца вследствие развития стеноза или недостаточности или комбинации этих состояний. Покрытие включает операции на аортальном, митральном, пульмональном (клапан легочной артерии) или трехстворчатом клапанах вследствие недостаточности или стеноза клапанов, или в результате комбинации этих факторов. Диагноз должен быть установлен впервые в течение срока действия договора страхования врачом-специалистом (кардиологом), при наличии результатов проведенного обследования, характерного для данного заболевания. Проведение операции должно быть подтверждено врачом-специалистом. Операция должна быть проведена впервые в течение срока действия договора страхования. Из покрытия исключаются: а) Вальвулотомия; б) Вальвулопластика; в) Другие виды лечения, проводимые без пересадки (замены) клапанов.
Потеря зрения	Впервые возникшее, необратимое состояние, наступившее в результате заболевания или несчастного случая, характеризующееся неспособностью воспринимать зрительные

	<p>стимулы из-за патологических изменений в обоих глазах, обоих зрительных нервах или в головном мозге вследствие заболевания или травмы. Данное состояние должно быть необратимым и не может быть скорректировано какими-либо медицинскими манипуляциями.</p> <p>Диагноз должен быть установлен впервые в течение срока действия договора страхования врачом-специалистом при наличии результатов проведенного обследования, характерного для данного заболевания.</p> <p>Из покрытия исключаются последствия травм, полученных Застрахованным в состоянии алкогольного опьянения при содержании алкоголя в крови 1 промилле и более, наркотического и/или токсического опьянения.</p> <p>Страховое обеспечение не выплачивается в случае, если в соответствии с медицинским заключением, какое-либо устройство или имплантат могут привести к частичному или полному восстановлению зрения.</p>
<p>Рассеянный склероз</p>	<p>Множественные неврологические нарушения, проявляющиеся на протяжении более 6 месяцев, возникающие в результате процесса демиелинизации в головном и спинном мозге. Диагноз должен быть окончательным и установлен врачом-неврологом, при наличии более, чем одного документально подтвержденного эпизода заболевания, с развитием выраженной клинической симптоматики демиелинизации, включая различные нарушения функций зрительных нервов, ствола головного мозга, спинного мозга, координационные и сенсорные расстройства.</p> <p>Из покрытия исключаются: Любые изолированные неврологические нарушения без установления диагноза "Рассеянный склероз".</p>
<p>ВИЧ-инфицирование вследствие персональной медицинской деятельности</p>	<p>ВИЧ – инфекция – заболевание, возникающее вследствие заражения вирусом иммунодефицита человека в результате случайного и непреднамеренного происшествия, имевшего место в процессе выполнения стандартных профессиональных (медицинских) обязанностей (врачебных, стоматологических, медсестринских и фельдшерских медицинских манипуляций).</p> <p>Случай признается страховым при условии наличия всего нижеперечисленного:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Сероконверсия ВИЧ-инфекции должна происходить в рамках 6 месяцев от момента заражения.; • Учреждение, в котором было произведено лечение, ставшее причиной инфицирования, признает свою ответственность (или признано компетентными органами ответственным) по факту заражения Застрахованного. <p>Необходимо уведомить страховую компанию в течение 7 суток о любом случае (прецеденте), который может привести к инфицированию и приложить отрицательный результат теста на ВИЧ, произведенный после этого случая.</p>
<p>ВИЧ – инфицирование вследствие переливания крови</p>	<p>Инфицирование Вирусом Иммунодефицита Человека (ВИЧ) или диагноз Синдром Приобретенного Иммунодефицита (СПИД) вследствие переливания крови. Случай признается страховым при условии наличия всех ниже перечисленных обстоятельств:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Заражение является прямым следствием переливания крови, произведенным по медицинским показаниям после вступления в действие страхового покрытия. Учреждение в котором была произведена заготовка крови, ставшей причиной инфицирования, а также учреждение в котором была проведена гемотрансфузия должны быть официально зарегистрированы государственным органом здравоохранения • Учреждение, в котором было произведено переливание крови, ставшее причиной инфицирования, признает свою ответственность (или признано компетентными органами ответственным) по факту заражения Застрахованного; • Застрахованный не является больным гемофилией; • Сероконверсия ВИЧ-инфекции должна происходить в рамках 6 месяцев от момента заражения. <p>Из покрытия исключаются:</p> <ol style="list-style-type: none"> а) Все остальные случаи инфицирования ВИЧ, включая беспорядочные половые контакты; б) Введение лекарственных и наркотических препаратов без назначения врача; в) Больные гемофилией. <p>Примечание: Договор Страхования может предусматривать осуществление страховой выплаты в случаях, указанных в разделе «Исключения» настоящей Статьи</p>