Программа страхования «ВМП Сервис»

Программа страхования «ВМП Сервис» (далее - Программа страхования) разработана в соответствии с законодательством Российской Федерации (далее – РФ) на условиях Общих правил страхования жизни, здоровья и трудоспособности № 1 в редакции, действующей на дату заключения Договора страхования (далее - Договор страхования).

Страховщик	ООО СК «РГС-Жизнь»
Страхователь	Физическое лицо в возрасте от 18 лет, заключившее со Страховщиком Договор страхования.
Застрахованное лицо	Дееспособное физическое лицо, названное в Договоре страхования как Застрахованное лицо, в отношении которого и в пользу которого заключен Договор страхования. Фактический возраст Застрахованного лица не должен быть менее 61 года и более 75 лет на момент заключения Договора страхования. Перезаключение (возобновление) Договора страхования на новый срок возможно, если фактический возраст Застрахованного лица не более 85 лет на момент его возобновления. В отношении Застрахованного лица возможно заключить только один Договор страхования по данной Программе страхования.
Объект страхования	Объектом страхования являются имущественные интересы, связанные с причинением вреда здоровью Застрахованного лица.
Андеррайтинг	Андеррайтинг упрощенный. При заключении Договора страхования Застрахованное лицо заполняет Анкету, если на один из вопросов дан положительный ответ, Страховщик может предложить Клиенту иные условия после проведения индивидуального андеррайтинга. При перезаключении Договора страхования на ранее действовавших условиях андеррайтинг не проводится.
Ограничение по приёму на страхование	Не подлежат страхованию на условиях Программы страхования и не являются застрахованными следующие лица: • являющиеся инвалидами; • имеющие основания (в том числе оформленные соответствующим документом - направлением) для назначения инвалидности либо являвшиеся инвалидами ранее, но не прошедшие очередное переосвидетельствование; • страдающие алкоголизмом, принимающие наркотические, токсические, психотропные вещества без предписания врача; • состоящие на учете, получающие лечебно-консультативную помощь в наркологическом и/или психоневрологическом и/или онкологическом диспансере; • больные СПИДом или инфицированные вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ-инфицированные); • получающие или получавшие лечебно-консультативную помощь по следующим заболеваниям: злокачественное или доброкачественное новообразование любого типа, лейкемия, лимфома, рак in situ (неинвазивный рак), болезнь Крона, дисплазия, язвенный колит, поликистоз почек, асбестоз, любая форма гепатита, цирроз печени. • имеющие в семейном анамнезе более одного близкого родственника (родители, братья, сестры), у которых в возрасте до 50 лет были диагностированы: рак, опухоль, полипоз толстой кишки, поликистоз почек. Если на страхование было принято лицо, попадающее под любую из категорий, перечисленных в настоящем разделе, то Договор страхования признается недействительным с момента его заключения. Страховая премия подлежит возврату Страхователю на основании полученного от него заявления.
Страховой риск/случай/ Варианты размеров страховой суммы	Страховым риском является предполагаемое событие, на случай наступления которого проводится страхование. Страховым случаем является свершившееся событие, предусмотренное Договором страхования, с наступлением которого возникает обязанность Страховщика произвести страховую выплату, за исключением случаев, которые не являются страховыми случаями в соответствии с разделом «События, не являющиеся страховыми случаями» Программы страхования. Страховым случаем по Программе страхования является: • Первичное диагностирование у Застрахованного лица смертельно опасного заболевания (далее по тексту – СОЗ) впервые диагностированное у него в период

	действия Договора страхования и/или последствия заболевания, включенного в ответственность по Договору страхования на основании «Перечня смертельно опасных заболеваний» (Приложение №1 к Программе страхования), за исключением случаев, которые не являются страховыми случаями в соответствии с разделом «События, не являющиеся страховыми случаями» Программы страхования. Страховой риск - «Первичное диагностирование у Застрахованного СОЗ». По страховому риску «Первичное диагностирование у Застрахованного СОЗ» установлена временная франшиза (период ожидания) сроком 180 дней со дня начала действия первоначального Договора страхования. Первичное диагностирование и наступление последствий СОЗ у Застрахованного лица в течение первых 180 дней действия первоначального Договора страхования не являются страховым случаем. Размер страховой суммы по страховому риску «Первичное диагностирование у Застрахованного СОЗ» устанавливается по соглашению Страховщика и Страхователя – 50 000 (пятьдесят тысяч) или 100 000 (сто тысяч) рублей.
Валюта Договора страхования	Рубль РФ
Срок действия Договора страхования	Срок действия Договора страхования - 1 год с возможностью перезаключения Договора страхования на новый срок – 1 год. При перезаключении Договора страхования на новый срок и уплаты страховой премии, определенной Страховщиком, на его счет до даты окончания предыдущего Договора страхования, Страховщик увеличивает ответственность по таким Договорам страхования, путем исключения ранее действовавшей временной франшизы. Перезаключение Договора страхования на новый срок возможно только на условиях первоначально заключенного Договора страхования, если по предыдущему Договору страхования не было страхового случая и не было заявлено о событии, имеющим признаки страхового случая.
Размер страховой выплаты	При наступлении страхового случая с Застрахованным лицом, страховая выплата осуществляется в размере страховой суммы по страховому риску с учетом установленной Договором страхования временной франшизы, при условии уплаты Страхователем страховых взносов в размере и в сроки, указанные в Договоре страхования. Если страховой случай произошел в льготный период, то Страховщик при определении размера страховой выплаты по данному Договору страхования осуществляет зачет суммы просроченных страховых взносов, подлежащих уплате на дату страхового случая. Страховая выплата по страховому риску «Первичное диагностирование у Застрахованного СОЗ» осуществляется при наступлении страхового случая, начиная с 181 дня действия Договора страхования, Застрахованному лицу единовременно в размере 100% страховой суммы, установленной по данному страховому риску, и Договор страхования прекращает свое действие. 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.

События, не являющиеся страховыми случаями:

Не являются страховыми случаями события, предусмотренные в Программе страхования как страховые случаи, если они произошли вследствие:

- Действий Застрахованного лица, связанных с развившимся у него психическим заболеванием.
- 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.

- Болезни, развившейся и/или диагностированной у Застрахованного лица до вступления в срок действия страхования в отношении него первоначального Договора страхования по настоящей Программе страхования, а также ее последствий.
- Заболевания Застрахованного лица при наличии (в присутствии) ВИЧ-инфекции или СПИДа.

Страховщик освобождается от обязательства произвести страховую выплату в том случае, если события, перечисленные в разделе «Страховые риски/страховые случаи» настоящей Программы страхования, наступили в результате:

- Воздействия ядерного взрыва, радиации или радиоактивного заражения.
- Военных действий, а также маневров или иных военных мероприятий.
- Гражданской войны, народных волнений всякого рода или забастовок.

Страховщик отказывает в страховой выплате при наличии хотя бы одного из следующих обстоятельств:

- Если Договор страхования является недействительным в соответствии с законодательством РФ.
- Если страховой случай не подтвержден соответствующими документами.
- Если наступившее событие не отвечает признакам страхового случая, предусмотренного Договором страхования.
- Если событие, предусмотренное Договором страхования, наступило в период действия временной франшизы.
- Если наступившее событие исключено из страхования в соответствии с условиями Программы страхования и/или Договора страхования.
- Если имеются основания для освобождения Страховщика от страховой выплаты, предусмотренные законодательством РФ.
- Если Страхователь/Застрахованное лицо сообщили по Договору страхования заведомо ложные сведения о состоянии здоровья Застрахованного лица.

Порядок определения и уплаты страховой премии

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

Страховая премия по Договору страхования определяется Страховщиком в соответствии с тарифами, утвержденными Страховщиком. Размер страховой премии зависит от пола, возраста Застрахованного лица, периодичности уплаты страховых взносов. Размер страховой премии (страхового взноса) указывается в Договоре страхования.

Договор страхования вступает в силу:

- при оформлении Договора страхования на бланке строгой отчётности с 00 час. 00 мин. дня, следующего за датой заключения Договора страхования;

- при оформлении Договора страхования с помощью программного обеспечения Страховщика с 00 час. 00 мин. даты, указанной в Договоре страхования по соглашению Страховщика и Страхователя.

Страховая премия должна быть уплачена в течение пяти рабочих дней с момента заключения Договора страхования. Если в течение пяти рабочих дней с момента заключения Договора страхования страховая премия не была уплачена или была уплачена не полностью, Договор страхования считается не вступившим в силу, а поступившая на счет Страховщика сумма возвращается плательщику.

Дата заключения Договора страхования указывается в Полисе страхования.

Дата уплаты очередных страховых взносов зависит от даты вступления Договора страхования в силу и от выбранной периодичности уплаты страховых взносов в течение действия Договора страхования.

Периодичность уплаты страховой премии (страхового взноса): единовременная или рассроченная (квартальная, полугодовая).

Договором страхования предусмотрен льготный период при уплате страховой премии в рассрочку – 62 дня для уплаты очередного страхового взноса. Льготный период начинается с даты уплаты очередного страхового взноса. В течение льготного периода Страховщик несет ответственность по Договору страхования в полном объеме при условии уплаты просроченного страхового взноса в льготный период.

В рамках настоящей Программы страхования Страхователь и Страховщик соглашаются и признают, что неуплата, или уплата в меньшем размере Страхователем очередного страхового взноса по вступившему в силу Договору страхования в предусмотренные Договором страхования сроки с учётом льготного периода, безусловно, является выражением воли (волеизъявлением) Страхователя на односторонний отказ от Договора страхования (прекращение Договора страхования) с 00 часов 00 минут даты, следующей за датой, установленной для уплаты очередного страхового взноса, который не был оплачен или был оплачен не в полном размере. При этом в случае такого отказа Страхователя от Договора страхования в связи с неуплатой очередного страхового взноса в предусмотренный вступившим в силу Договором страхования срок с учётом льготного периода или уплаты ее в меньшей, чем предусмотрено Договором страхования сумме, Страховщик уведомляет Страхователя о

досрочном прекращение по его инициативе Договора страхования с 00 часов 00 минут даты, следующей за датой, установленной для оплаты очередного неуплаченного страхового взноса.

Страхование не распространяется на события, имеющие признаки страхового случая, наступившие с Застрахованным лицом после окончания оплаченного периода (в том числе, наступившие в течение льготного периода).

Права и обязанности Сторон Договора страхования

Страхователь имеет право:

- Ознакомиться с условиями страхования и получить Программу страхования на условиях которой заключен Договор страхования.
- Получить любые разъяснения по заключенному Договору страхования.
- Получить дубликат Договора страхования в случае его утраты.
- Отказаться от Договора страхования в любое время.
- Возобновить Договор страхования на новый срок при соблюдении условий, указанных в Программе страхования.

Страхователь обязан:

- Своевременно осуществлять уплату страховой премии (страхового взноса) по Договору страхования.
- При заключении Договора страхования сообщать Страховщику все необходимые данные о Застрахованном лице, включая сведения о состоянии здоровья, занятиях в свободное от работы время и иную запрашиваемую Страховщиком информацию, необходимую для определения степени и особенностей риска, принимаемого Страховщиком на страхование, а также представить медицинские документы, если они необходимы для оценки страхового риска.
- При наступлении события с Застрахованным лицом, имеющим признаки страхового случая, включенных в ответственность по Договору страхования, в течение 30-ти дней, если иное не предусмотрено Договором страхования, с момента, когда ему стало известно о наступлении такого события, известить Страховщика любым доступным ему способом, позволяющим объективно зафиксировать факт обращения.
- Исполнять положения Договора страхования и иных документов, закрепляющих договорные правоотношения между Страхователем и Страховщиком, связанные с заключением, исполнением или прекращением этих правоотношений.

Застрахованное лицо имеет право:

- При наступлении страхового случая получить причитающуюся страховую выплату по Договору страхования.
- В период действия Договора страхования получать от Страховщика информационно-методическое содействие для обеспечения максимально оперативного доступа к системе специализированной онкологической медицинской помощи.
- При установлении Застрахованному лицу в период действия Договора страхования с учетом временной франшизы по первоначальному Договору страхования (по истечении 180 дней с начала действия первоначального Договора страхования) диагноза «Рак» получать от Страховщика организационно-методическое содействие и квалифицированную медицинскую поддержку на всех этапах лечебно-диагностического процесса в течение 1 (одного) года с даты установления Застрахованному лицу диагноза «Рак» для обеспечения максимально оперативного доступа к системе специализированной онкологической медицинской помощи:

  - проверку первично установленного диагноза злокачественного новообразования («верификация диагноза»);

  - заочное консультирование компетентными специалистами экспертами по вопросам правильности установленного диагноза и тактики дальнейшего лечения («второе мнение»);

  - выработку персонализированного плана лечения на основе результатов «верификации диагноза».

Страховщик имеет право:

- Перед заключением Договора страхования запросить у лица, принимаемого на страхование, сведения, в том числе медицинского характера.
- Проверять достоверность данных и информации, сообщенной Страхователем и/или Застрахованными лицами, любыми доступными ему способами, не противоречащими законодательству РФ.
- 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.

- Отказать в страховой выплате, если Страхователь (Застрахованное лицо):
    - Не представил документы и сведения, необходимые для установления причин, характера заболевания или представил заведомо ложные доказательства, что повлекло для Страховщика невозможность установления факта наступления страхового случая.
- Потребовать признания Договора страхования недействительным и применения последствий, предусмотренных законодательством РФ, если Страхователь при заключении Договора страхования представил заведомо ложные сведения о Застрахованном лице.
- Осуществлять обработку персональных данных Страхователя (Застрахованного лица) в целях исполнения Договора страхования, предоставления Страхователю (Застрахованному лицу), информации о страховых продуктах Страховщика и о продуктах (услугах) его партнеров, в том числе путем осуществления со Страхователем (Застрахованным лицом), прямых контактов с помощью средств связи, а также в иных целях, не запрещенных законодательством РФ.
- Отказать в информационно-методическом и организационно-методическом содействии, а также квалифицированной медицинской поддержке на всех этапах лечебно-диагностического процесса при установлении диагноза «Рак» до начала действия Договора страхования.
- Отложить квалифицированную медицинскую поддержку и организационно-методическое содействие на всех этапах лечебно-диагностического процесса до истечения 180 дней с начала действия первоначального Договора страхования.

Страховщик обязан:

- Ознакомить Страхователя с условиями страхования.
- Давать разъяснения по всем вопросам, касающимся условий Договора страхования.
- Обеспечить конфиденциальность и безопасность персональных данных Страхователя (Застрахованного лица), полученных от Страхователя при их обработке.
- Получить от врача-эксперта, назначенного Страховщиком, заключение, подтверждающее правильность поставленного Застрахованному лицу диагноза и необходимость проведения определенного вида лечения.
- При наступлении события, имеющего признаки страхового случая, принять решение о признании случая страховым (или отказать в выплате) в течение 15 рабочих дней после получения последнего из запрошенных Страховщиком документов, подтверждающих факт, причины и обстоятельства наступления заявленного события, имеющего признаки страхового случая.
- После принятия решения о признании случая страховым в течение 10 рабочих дней осуществить страховую выплату. Днем выплаты считается дата списания средств со счета Страховщика в банке.
- В период действия Договора страхования организовать информационно-методическое содействие для обеспечения максимально оперативного доступа к системе специализированной онкологической медицинской помощи.
- При установлении Застрахованному лицу в период действия Договора страхования с учетом временной франшизы по первоначальному Договору страхования (по истечении 180 дней с начала действия первоначального Договора страхования) диагноза «Рак» обеспечить Застрахованному лицу организационно-методическое содействие и квалифицированную медицинскую поддержку на всех этапах лечебно-диагностического процесса в течение 1 (одного) года с даты установления Застрахованному лицу диагноза «Рак» для обеспечения максимально оперативного доступа к системе специализированной онкологической медицинской помощи:

  - проверку первично установленного диагноза злокачественного новообразования («верификация диагноза»);

  - заочное консультирование компетентными специалистами экспертами по вопросам правильности установленного диагноза и тактики дальнейшего лечения («второе мнение»);

  - выработку персонализированного плана лечения на основе результатов «верификации диагноза».

Прекращение действия Договора страхования

Действие Договора страхования прекращается в случае:

- Истечения срока его действия.
- Исполнения Страховщиком своих обязательств по Договору страхования в полном объеме.
- По соглашению Сторон.
- Смерти Застрахованного лица.
- Ликвидации Страховщика как юридического лица в порядке, установленном законодательством РФ.
- Досрочного отказа Страхователя от Договора страхования
- В других случаях, предусмотренных законодательством РФ.

Досрочное расторжение Договора страхования

Договор страхования может быть досрочно расторгнут по письменному заявлению Страхователя, при этом уплаченные Страховщику страховые взносы возврату не подлежат.

Перечень документов для страховой выплаты

- заявление о страховой выплате установленного Страховщиком образца;
- документ, удостоверяющий личность заявителя;
- Договор страхования (Полис);
- полные банковские реквизиты Застрахованного лица для перечисления страховой выплаты (при необходимости);
- 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, иммуногистохимических 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;
- полис обязательного медицинского страхования (ОМС);
- гистологические препараты (стекла);
- страховой номер индивидуального лицевого счёта (СНИЛС).

Все представленные документы из лечебных учреждений или компетентных организаций должны быть представлены на соответствующем бланке и заверены подписью и соответствующей печатью, если документ составлен не на бланке, обязательным является штамп учреждения, выдавшего документ. В случаях, когда допускается предоставление копий документов, эти копии должны быть заверены выдавшим органом, или нотариально.

Страховщик вправе самостоятельно принять решение о достаточности фактически представленных документов для признания события, наступившего с Застрахованным лицом, страховым случаем и определения размера страховой выплаты. В случае если представленные документы не дают возможности принять решение о страховой выплате, Страховщик имеет право проводить экспертизу представленных документов, самостоятельно выяснять причины и обстоятельства наступившего с Застрахованным лицом события, имеющего признаки страхового случая.

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 апостилем (по требованию Страховщика). Документы на иностранном языке предоставляются вместе с нотариально заверенным переводом. Расходы по сбору указанных документов и по их переводу оплачивает Застрахованное лицо.