

ПРАВИЛА ДОПОЛНИТЕЛЬНОГО СТРАХОВАНИЯ ОТ КРИТИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ C1/01

действительны с 1 июня 2011 года

Данный текст правил страхования является переводом оригинального текста правил с латышского языка. При возникновении разногласий терминов и норм, стороны должны руководствоваться исключительно текстом правил, изложенным в редакции латышского языка.

1. СВЯЗЬ С ОСНОВНЫМ СТРАХОВАНИЕМ

Правила страхования от критических заболеваний действуют только одновременно с Правилами основного страхования и являются неотъемлемой составной частью Договора, если осуществляется Дополнительное страхование от критических заболеваний. В случае, если настоящие Правила вступают в противоречие с Правилами основного страхования в отношении к дополнительному страхованию, необходимо руководствоваться настоящими Правилами.

2. ИСПОЛЬЗУЕМЫЕ В ПРАВИЛАХ ТЕРМИНЫ

2.1. **Правила** – настоящие Правила дополнительного страхования от критических заболеваний C1/01, а также любые приложения и изменения к ним.

2.2. **Основное страхование** – вид страхования, на который выдан страховой Полис и к которому прилагается Дополнительное страхование от критических заболеваний.

2.3. **Дополнительное страхование** – Дополнительное страхование от критических заболеваний.

2.4. **Покрытие дополнительного страхования** – вид страхования от критических заболеваний, включенный в Полис основного страхования.

2.5. **Застрахованный** - физическое лицо, о страховании которого заключен Договор. Застрахованный не может быть моложе 18 лет на момент заключения Договора и старше 65 лет на конец Страхового периода, если только Страховщик и Страхователь не договорились иначе.

2.6. **Страховой случай** – впервые поставленный диагноз какого-либо из критических заболеваний во время действия покрытия Дополнительного страхования.

2.7. **Выгодоприобретатель** – Застрахованное лицо.

2.8. **Критические заболевания** – заболевания, установленные Страховщиком и включенные в настоящие правила, которые квалифицируются как Критические заболевания и Страховой случай в понимании настоящих правил.

2.9. **Период выживания** – 30 календарных дней, считая с даты наступления Страхового случая.

3. СТРАХОВОЙ СЛУЧАЙ И ИСКЛЮЧЕНИЯ

3.1. Страховой случай в понимании настоящих правил – диагностированное впервые какое-либо из следующих критических заболеваний у Застрахованного, включенных в Полис, во время действия покрытия Дополнительного страхования:

3.1.1. **злокачественные опухоли** – гистологическое подтверждение роста злокачественных клеток и их распространения в здоровые ткани. К данной группе относится лейкомия (код диагноза C91-95 по Международной классификации заболеваний (далее SSK-10)), лимфома (код диагноза C82-85 по SSK-10), болезнь Ходжкина (код диагноза C43 по SSK-10) со второй стадии и меланома кожи (код диагноза C43 по

SSK-10). Кодами диагнозов злокачественных опухолей по SSK-10 являются COO-97. Исключены злокачественные опухоли, связанные с вирусом AIDS, формы опухоли in situ, преинвазивные, дисплазия шейки матки, рак шейки матки CIN1-CIN3, рак предстательной железы на ранней стадии (T1 по Международному классификатору опухолей TNM), базиллярный клеточный или плоскоклеточный рак кожи и кожная меланома с плотностью меньше 1,5 по шкале Бреслава или ниже III уровня по Кларку.

3.1.2. **инфаркт миокарда** – необратимые повреждения сердечной мышцы по причине нарушений кровообращения сердечной мышцы. Диагноз должен быть подтвержден изменениями в электрокардиограмме (ЭКГ), которые указывают на инфаркт, заметное повышение кардиального энзима в крови. Код диагноза 121 по SSK-10;

3.1.3. **инсульт головного мозга** – случай церебрального сосудистого заболевания, которое вызывает постоянную, длящуюся более 24 часов неврологическую недостаточность. Постоянная неврологическая недостаточность означает нарушение моторных и сенсорных функций застрахованного. К данной группе относятся: инфаркт головного мозга, интрацеребральное и/или субарахноидальное кровоизлияние. Диагноз должен быть подтвержден обследованием изменений в головном мозге с помощью компьютерной томографии (КТ) или магнитно-резонансной томографии (МРТ). Код диагноза 160-64 по SSK-10. Исключением является мозговая транзиторная ишемия и инсульт головного мозга застрахованного в результате травмы;

3.1.4. **коронарная хирургия** – замена одной или нескольких суженных или закупоренных артерий шунтированием для улучшения кровоснабжения в районе поврежденного миокарда. Операция производится для уменьшения ишемических болей и для замены коронарной артерии в соответствии с жизненными функциями. Операция производится вскрытием грудной клетки. Закупорка коронарной артерии должна быть ангиографически обоснована и кардиолог должен доказать необходимость операции. Исключается перкутаторная транслюминарная ангиопластика коронарных артерий и другие нехирургические манипуляции; лечение в стационаре;

3.1.5. **рассеянный склероз** – прогрессирующее заболевание центральной нервной системы, которое повреждает оболочку головного мозга и нервные клетки спинного мозга. Диагноз необходимо обосновать более чем одним обследованием склеротической области головы или спинного мозга с помощью магнитно-резонансной томографии (МРТ) и исследованием спинномозговой жидкости на олигоклональные скопления и необходимо подтверждение невропатолога на основании более одного эпизода заболевания. Код диагноза G35 по SSK-10;

3.1.6. **почечная недостаточность** – заболевание почек в стадии, когда застрахованному необходим постоянный диализ или пересадка почки;

3.1.7. **трансплантация органа** – операция по пересадке соответствующего органа по причине необратимого повреждения (сердца, сердца и легкого, печени, почки, поджелудочной железы или костного мозга). За страховой случай рассматривается также занесение застрахованного в официальный список в очередь на пересадку вышеупомянутого органа. Трансплантация должна быть необходима по медицинским показателям, а повреждение органа должно быть объективно подтверждено;

3.1.8. **операция на сердце** – первичная операция на клапане сердца с вскрытием грудной клетки или путем эндоскопии по замене или коррективке одного или нескольких сердечных клапанов. Для необходимости операции необходимо заключение кардиолога;

3.1.9. **потеря зрения** – полная или непреходящая потеря зрения на оба глаза. Минимальная длительность потери зрения последовательно должна составлять не менее шести месяцев;

3.1.10. **потеря одной или более конечностей** или также полный и непреходящий паралич выше колена или локтя. Минимальная длительность паралича последовательно должна составлять не менее шести месяцев. Диагноз должен быть подтвержден невропатологом;

3.2. **Исключения.** В понимании настоящих Правил страховым случаем не является критическое заболевание Застрахованного, которое наступило:

3.2.1. в связи с военными действиями (независимо от того объявлено военное положение или нет), с терроризмом, массовыми беспорядками, революцией, радиоактивным отравлением или загрязнением, ядерным взрывом, природной или техногенной катастрофой, в связи с которой центральные или местные учреждения власти объявили чрезвычайное, особое или им подобное положение, или эвакуацию жителей, независимо от того, что такое объявление было до или после наступления катастрофы,

3.2.2. при умышленном нанесении Застрахованным самому себе физического ранения, добровольном подвергании себя чрезвычайной опасности, а также при самоубийстве Застрахованного или попытке самоубийства,

3.2.3. осознанно, без консультации врача, неправильное применение медикаментов, а также в связи с отравлением Застрахованного алкоголем, наркотическими, токсическими или другими одурманивающими веществами,

3.2.4. в связи со злым умыслом, грубой невнимательностью или преступными действиями Застрахованного, Страхователя или Выгодоприобретателя;

3.2.5. в результате получения человеческого вируса иммунодефицита (HIV) и синдрома иммунодефицита (AIDS),

3.2.6. в связи с отказом Застрахованного от лечения или несоблюдением рекомендаций врача,

3.2.7. в течение трех месяцев (90 календарных дней) после начала действия покрытия Дополнительного страхования

3.2.8. и Застрахованный умер в течение месяца (30 календарных дней) после диагностирования Критического заболевания,

3.2.9. в результате экспериментального или нетрадиционного лечения.

4. СТРАХОВОЕ ВОЗМЕЩЕНИЕ

4.1. Возмещение дополнительного страхования выплачивается в соответствии с покрытием дополнительного страхования, включенного в Страховой полис и настоящими Правилами страхования.

4.2. В случае заболевания Застрахованного Критическим заболеванием, которое наступило не ранее 90 дней после даты начала действия покрытия дополнительного страхования, Страховщик выплачивает

Застрахованному Страховое возмещение в размере страховой суммы, указанной в Полисе, которая относится к покрытию «Критические заболевания».

5. ИЗМЕНЕНИЯ В ДОГОВОРЕ

5.1. Страхователь во время Страхового периода может запросить сделать изменения в Договоре, в том числе:

5.1.1. менять страховую сумму покрытия ополнительного страхования,

5.1.2. включить новое покрытие Дополнительного страхования.

5.2. Упомянутые в пункте 5.1. изменения вступают в силу с письменного согласия Страховщика и выполнения других выдвинутых Страховщиком условий, если такие установлены.

5.3. Страховщик имеет право вносить изменения в Правила дополнительного страхования или в принципы установления тарифов в отношении следующего года основного страхования, письменно известив Страхователя за 30 дней до начала следующего года Основного страхования.

5.4. Если смена профессии или рода занятий Застрахованного увеличивают застрахованный риск, Страховщик имеет право вносить изменения в Правила Дополнительного страхования или в принципы установления тарифов, а также расторгнуть Дополнительное страхование, письменно известив об этом Страхователя за 15 дней до вступления изменений в силу.

5.5. Если Страхователь не согласен с изменениями в Правилах или принципах установления тарифов дополнительного страхования на следующий Страховой год, а также на все время действия Основного страхования, Страхователь имеет право потребовать прекращения Дополнительного страхования, письменно известив об этом Страховщика.

6. ПРЕКРАЩЕНИЕ ДОПОЛНИТЕЛЬНОГО СТРАХОВАНИЯ

6.1. Дополнительное страхование расторгается:

6.1.1. в случае смерти Застрахованного,

6.1.2. если Страхователь или Страховщик прекращает Дополнительное страхование,

6.1.3. при наступлении страхового случая Дополнительного страхования,

6.1.4. если заканчивается Основное страхование,

6.1.5. Застрахованный достиг возраста 65 лет.

7. ОБЯЗАННОСТИ ЗАСТРАХОВАННОГО

7.1. При наступлении у Застрахованного Критического заболевания, он обязан:

7.1.1. незамедлительно и не позже, чем в течение месяца (30 календарных дней) сообщить Страховщику о Критическом заболевании,

7.1.2. выполнять назначения врача,

7.1.3. заботиться о том, чтобы состояние здоровья Застрахованного не ухудшилось,

7.1.4. по запросу Страховщика позволить выбранному Страховщиком врачу – эксперту осуществить обследование Застрахованного,

7.1.5. не позднее, чем в течение трех месяцев (90 календарных дней) подать Страховщику заявление по установленной форме.

7.2. Страховщик имеет право уменьшить Страховое возмещение или отказать в его выплате, если Застрахованный не выполняет требования пункта 7.1.

7.3. Застрахованный в течение 30 дней должен письменно проинформировать Страховщика о смене профессии или рода занятий, если она может увеличить возможность наступления застрахованного риска.

8. ПОРЯДОК ВЫПЛАТЫ СТРАХОВОГО ВОЗМЕЩЕНИЯ

8.1. Чтобы потребовать выплату Страхового возмещения необходимо предоставить Страховщику следующие документы:

8.1.1. заявление на получение Страхового возмещения в случае Критического заболевания,

8.1.2. копию паспорта или водительских прав с предъявлением оригинала,

8.1.3. выписку из истории болезни Застрахованного,

8.1.4. заключение сертифицированного врача, которое соответствует требованиям Страховщика о заболевании Застрахованного Критическим заболеванием.

8.2. До выплаты Страхового возмещения Страховщик может затребовать:

8.2.1. дополнительное медицинское обследование Застрахованного врачами, которых установил Страховщик,

8.2.2. проверить обоснованность заключения врача и другие документы, а также сделать запрос третьим лицам, которые могут быть информированы о состоянии здоровья Застрахованного.

8.3. Страховое возмещение не выплачивается за заболевания, которые не включены в список Критических заболеваний настоящих Правил.

8.4. Любая подделка, неправильное утверждение, замалчивание или непредоставление запрошенной Страховщиком информации, которая влияет на установление Страхового возмещения, может быть причиной уменьшения или отказа в выплате Страхового возмещения.

8.5. Страховое возмещение выплачивается в течение 30 дней после получения всех документов, запрошенных Страховщиком и не ранее 30 дней после наступления Страхового случая (даты диагностирования Критического заболевания), или в случае отказа в выплате Страхового возмещения Страховщику в течение 30 календарных дней в письменном виде об этом необходимо сообщить подавшему заявление, указав в сообщении причины отказа в выплате Страхового возмещения.