

УТВЕРЖДЕНЫ

Приказом ООО «ЖАСО-ЛАЙФ»

№ 60-ОД от 11 августа 2014 г.

*(предыдущая редакция утверждена
Приказом № 33-ОД от 2.12 2013 г.)*

**ПРАВИЛА СТРАХОВАНИЯ
НА СЛУЧАЙ ДИАГНОСТИРОВАНИЯ
ЗЛОКАЧЕСТВЕННОГО ОНКОЛОГИЧЕСКОГО
ЗАБОЛЕВАНИЯ**

МОСКВА, 2014

ОГЛАВЛЕНИЕ

1. Общие положения
2. Субъекты страхования
3. Объект страхования
4. Страховой риск. Страховой случай
5. Страховая сумма
6. Страховая премия
7. Заключение, срок действия и прекращение договора страхования
8. Последствия изменения степени риска
9. Права и обязанности сторон по договору страхования
10. Обработка Страховщиком персональных данных
11. Обязанности субъектов страхования при наступлении события, имеющего признаки страхового случая
12. Порядок осуществления страховой выплаты
13. Изменение договора страхования
14. Порядок разрешения споров

1. ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ

1.1. Настоящие Правила страхования на случай диагностирования злокачественного онкологического заболевания (далее по тексту - настоящие Правила) разработаны в соответствии с Гражданским кодексом Российской Федерации, Законом Российской Федерации «Об организации страхового дела в Российской Федерации», иными нормативными правовыми актами.

1.2. В соответствии с законодательством и на основании настоящих Правил, за обусловленную договором страхования плату (страховую премию), Общество с ограниченной ответственностью «Страховая компания ЖАСО-ЛАЙФ» (далее по тексту - Страховщик) заключает договоры страхования на случай диагностирования впервые в жизни злокачественного онкологического заболевания с дееспособными физическими и юридическими лицами.

1.3. При заключении договора страхования на условиях настоящих Правил в договоре страхования должно быть прямо указано на применение настоящих Правил. Вручение Страхователю (Застрахованному лицу) настоящих Правил должно быть удостоверено записью в договоре страхования (страховом полисе).

1.4. При заключении договора страхования стороны могут договориться об изменении или исключении из условий договора страхования отдельных положений настоящих Правил при условии, что такие изменения и исключения не противоречат законодательству Российской Федерации.

1.5. Страховщик вправе на основании настоящих Правил разрабатывать различные программы страхования и присваивать маркетинговые названия программам страхования, или отдельным группам договоров страхования, заключаемых на основании настоящих Правил.

1.6. Страховщик не вправе разглашать полученные им в результате своей профессиональной деятельности сведения о Страхователе, Застрахованном лице, Выгодоприобретателе, их состоянии здоровья и имущественном положении, если иное не предусмотрено законодательством Российской Федерации.

1.7. В соответствии с законодательством Российской Федерации страховая выплата производится лицу, имеющему право на получение страховой выплаты, независимо от сумм, причитающихся им по другим договорам страхования, а также по обязательному социальному страхованию, социальному обеспечению и в порядке возмещения вреда.

1.8. Основные термины, используемые в настоящих Правилах:

1.8.1. Злокачественное онкологическое заболевание – заболевание, развивающееся из клеток ткани различных органов, с выраженным тканевым атипизмом, т.е. утрата клетками способности к дифференцировке с нарушением структуры ткани, из которой происходит опухоль, агрессивным ростом с поражением как самого органа, так и других близлежащих органов, склонностью к метастазированию, то есть к распространению клеток опухоли по всему организму с образованием новых очагов опухолевого роста во многих органах, удаленных от первичного очага.

1.8.2. Дата диагностирования злокачественного онкологического заболевания – дата установления Застрахованному лицу окончательного клинического диагноза злокачественного онкологического заболевания, подтвержденного гистологически и (или) цитологически, в соответствии с Международной классификацией болезней – МКБ-10, отвечающего определению «Злокачественного онкологического заболевания» Правил страхования.

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

1.8.4. Страховая премия (страховой взнос) – плата за страхование, которую Страхователь обязан уплатить Страховщику в порядке и сроки, которые установлены договором страхования.

1.8.5. Страховой тариф – ставка страховой премии с единицы страховой суммы с учетом объекта страхования и характера страхового риска, а также других условий страхования, в том числе наличия франшизы и ее размера в соответствии с условиями страхования.

1.8.6. Страховая выплата – денежная сумма, выплачиваемая Страховщиком Застрахованному лицу (Выгодоприобретателю) при наступлении страхового случая

1.8.7. Страховой риск - предполагаемое событие, обладающее признаками вероятности и случайности, на случай наступления которого проводится страхование.

1.8.8. Страховой случай - совершившееся событие, предусмотренное договором страхования, с наступлением которого возникает обязанность Страховщика произвести страховую выплату Застрахованному лицу (Выгодоприобретателю).

1.8.9. Срок страхования – период времени, определяемый договором страхования, в течение которого произошедшее событие может быть признано страховым случаем.

1.8.10. Период ожидания – период времени с момента вступления договора страхования в силу и до момента начала действия страхования, обусловленного договором страхования, в течение которого установление диагноза злокачественного онкологического заболевания не признается страховым случаем.

1.8.11. Андеррайтинг - анализ Страховщиком предлагаемых на страхование рисков, определение адекватного рискам страхового тарифа, принятие Страховщиком решения о заключении договора страхования.

1.8.12. Страховой акт - документ, составляемый Страховщиком и подтверждающий решение Страховщика об осуществлении страховой выплаты.

2. СУБЪЕКТЫ СТРАХОВАНИЯ

2.1. Субъектами страхования выступают Страховщик, Страхователь, Застрахованное лицо и Выгодоприобретатель.

2.2. Страховщик - ООО «Страховая компания ЖАСО-ЛАЙФ», созданное в соответствии с законодательством Российской Федерации для осуществления деятельности по страхованию и получившее лицензию на осуществление соответствующего вида страховой деятельности в законодательно установленном порядке.

2.3. Страхователь - дееспособное физическое лицо или юридическое лицо, заключившее со Страховщиком договор страхования.

2.4. Застрахованное лицо - физическое лицо, указанное в Договоре страхования, в отношении жизни и здоровья которого заключен Договор страхования.

2.5. Страхователь - физическое лицо, может одновременно является Застрахованным лицом.

2.6. Возраст Застрахованного лица на дату заключения договора страхования составляет от 3 (Трех) лет до 64 (Шестидесяти четырех) лет включительно.

2.7. Застрахованное лицо, названное в договоре страхования, может быть заменено Страхователем другим лицом лишь с письменного согласия Застрахованного лица и Страховщика.

2.8. Договор страхования не может быть заключен в отношении лиц:

2.8.1. возраст которых менее 3 (Трех) лет на дату начала действия договора страхования и больше 65 (Шестидесяти пяти) лет на дату окончания действия договора страхования;

2.8.2. ВИЧ-инфицированных, больных СПИДом;

2.8.3. состоящих на диспансерном учете по поводу злокачественных (онкологических) заболеваний;

2.8.4. находящихся на амбулаторном или стационарном лечении, проходящих медицинское обследование на дату заключения договора страхования;

2.8.5. находящихся под следствием или в местах лишения свободы по приговору суда;

2.8.6. у которых на момент заключения договора страхования или в прошлом были выявлены следующие заболевания:

- любой прединвазивный рак (carcinoma in situ);

- любой ранний инвазивный рак (микрокарцинома);

- любые ассоциированные злокачественные состояния (например, миелодиспластические, миелопролиферативные заболевания крови);

- все облигатные предраковые заболевания;

- любые онкологические заболевания, опухоли нервной системы – вне зависимости от давности их диагностирования и результатов проведенного лечения;

2.8.7. являющихся на момент заключения договора страхования инвалидами I, II, III группы (имеющих категорию «ребенок-инвалид») в связи со злокачественными новообразованиями и/или опухолями нервной системы или направленными на медико –

социальную экспертизу (МСЭ) для установления инвалидности в связи со злокачественными новообразованиями или опухолями нервной системы.

2.9. Заключая договор страхования, Страхователь подтверждает, что Застрахованное лицо не относится к категориям, указанным в п. 2.8. настоящих Правил. В случае если в течение действия договора страхования будет установлено, что договор страхования был заключен в отношении таких лиц, то такой договор страхования может быть признан недействительным в судебном порядке.

2.10. Выгодоприобретатель – лицо, имеющее право на получение страховой выплаты. Назначение Выгодоприобретателя в случае, когда Страхователь не является Застрахованным лицом, осуществляется только с письменного согласия Застрахованного лица или его законного представителя.

2.11. Договор страхования считается заключенным в пользу Застрахованного лица, если в договоре не названо в качестве Выгодоприобретателя другое лицо. В случае смерти Застрахованного лица по договору, в котором не назван иной Выгодоприобретатель, Выгодоприобретателями признаются наследники Застрахованного лица.

2.12. Страхователь вправе в течение действия договора страхования, с письменного согласия Застрахованного лица, заменить Выгодоприобретателя, названного в договоре страхования, другим лицом, письменно уведомив об этом Страховщика.

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

3. ОБЪЕКТ СТРАХОВАНИЯ

3.1. Объектом страхования являются не противоречащие законодательству Российской Федерации имущественные интересы, связанные с причинением вреда здоровью Застрахованного лица в результате болезни.

4. СТРАХОВОЙ РИСК. СТРАХОВОЙ СЛУЧАЙ

4.1. Страховым случаем по настоящим Правилам является злокачественное онкологическое заболевание, впервые диагностированное Застрахованному лицу в течение срока, обусловленного договором страхования, но не ранее даты истечения периода ожидания.

4.2. Событие признается страховым случаем при условии, что диагноз подтвержден квалифицированным врачом – онкологом на основании различных методов диагностики в медицинском учреждении на территории Российской Федерации, имеющим соответствующую лицензию на проведение онкологической помощи.

4.3. Не признается страховым случаем:

4.3.1. любой прединвазивный рак (carcinoma in situ);

4.3.2. любой ранний инвазивный рак (микрокарцинома);

4.3.3. любые ассоциированные злокачественные состояния (например, миелодиспластические, миелопролиферативные заболевания крови);

4.3.4. все облигатные предраковые заболевания;

4.3.5. базалиомы, все раки кожи (за исключением их метастазирования или прорастания в другие органы, а также за исключением злокачественной меланомы с толщиной при гистологическом исследовании более 1,5 мм по Бреслоу);

4.3.6. онкологические заболевания, связанные со СПИД, с ВИЧ-инфицированием, саркома Капоши, кроме случаев инфицирования при исполнении своих служебных обязанностей или в результате медицинских манипуляций, если иное не предусмотрено договором страхования;

4.3.7. рецидив ранее диагностированного или вылеченного онкологического заболевания;

4.3.8. установления диагноза злокачественного онкологического заболевания в период ожидания.

4.4. Страховщик освобождается от страховой выплаты, если страховой случай наступил вследствие воздействия ядерного взрыва, радиации или радиоактивного заражения, если иное не предусмотрено договором страхования.

4.5. Страховщик освобождается от страховой выплаты, если страховой случай наступил вследствие умысла Страхователя, Застрахованного лица, Выгодоприобретателя.

4.6. При заключении договора страхования Страховщик и Страхователь вправе договориться об изменении (сокращении) перечня событий, не являющихся страховым случаем.

5. СТРАХОВАЯ СУММА

5.1. Размер страховой суммы по договору страхования, заключаемому в соответствии с настоящими Правилами, устанавливается по соглашению сторон.

5.2. При коллективном страховании страховая сумма устанавливается на каждое Застрахованное лицо (индивидуальная страховая сумма). Общая страховая сумма по коллективному договору страхования равна сумме индивидуальных страховых сумм.

5.3. Страховая сумма устанавливается в российских рублях. По соглашению сторон в договоре страхования страховая сумма может быть указана в иностранной валюте, эквивалентом которой является соответствующая сумма в рублях (в дальнейшем – страхование в валютном эквиваленте).

6. СТРАХОВАЯ ПРЕМИЯ

6.1. Под страховой премией понимается плата за страхование, которую Страхователь обязан уплатить Страховщику в размере, порядке и сроки, установленные договором страхования. Размер страховой премии устанавливается Страховщиком исходя из страховой суммы и страхового тарифа.

6.2. Страховая премия определяется в процентах от страховой суммы на основании базовых тарифных ставок, рассчитанных с учетом объекта страхования, характера страхового риска, а также других условий страхования (Приложение №1 к настоящим Правилам).

6.3. Страховщик вправе установить повышающие или понижающие коэффициенты к базовым тарифным ставкам, в зависимости от состояния здоровья Застрахованного лица, в том числе наличия группы инвалидности, времени действия страхования, специфики профессиональной деятельности Застрахованного лица, наличия или отсутствия вредных привычек, хронических болезней у Застрахованного лица, пола, возраста Застрахованного лица, и других факторов, влияющих на степень риска. Если несколько заболеваний принадлежат одной группе, то за значение повышающего коэффициента принимается максимальный из них. Страховой тариф по конкретному договору страхования определяется по соглашению сторон.

6.4. Страховая премия по договору страхования может быть уплачена Страхователем единовременно или в рассрочку. В последнем случае рассрочка уплаты страховой премии должна быть прямо предусмотрена договором страхования.

6.5. Порядок уплаты страховой премии:

6.5.1. Если иной срок не установлен сторонами в договоре страхования, страховая премия по договору страхования уплачивается Страхователем Страховщику наличными денежными средствами или по безналичному расчету при заключении договора страхования.

6.5.2. Если иное не предусмотрено в договоре страхования, датой уплаты страховой премии считается или день уплаты страховой премии наличными деньгами страховщику, или день перечисления страховой премии на расчетный счет Страховщика.

6.6. Обязанность по уплате страховой премии (взноса) Страхователем – юридическим лицом считается исполненной со дня поступления денежных средств на банковский счет или в кассу Страховщика.

6.7. В случае неуплаты Страхователем страховой премии либо первого страхового взноса в сроки, предусмотренные договором страхования, и в размере, предусмотренном договором страхования договор страхования считается не вступившим в силу. Обязательств по такому договору у сторон не возникает.

6.8. При неуплате Страхователем в предусмотренные договором страхования сроки очередного страхового взноса или уплаты его в меньшем размере Страховщик вправе прекратить договор страхования в качестве последствий неуплаты Страхователем страховых взносов путем направления Страхователю письменного уведомления о своем намерении (п. 3 ст. 954 ГК РФ).

Договор страхования считается прекратившим свое действие при неполучении от Страхователя ответа в срок, указанный в уведомлении (но не ранее 10 рабочих дней с даты отправки уведомления) или получения от него отказа от исполнения обязательств по договору страхования.

6.9. Если страховой случай наступил до уплаты очередного страхового взноса, внесение которого просрочено, Страховщик вправе при определении размера страховой выплаты зачесть сумму просроченного взноса.

6.10. При страховании в валютном эквиваленте страховая премия уплачивается в рублях по курсу Центрального Банка Российской Федерации, установленному для соответствующей иностранной валюты на дату уплаты страховой премии наличными денежными средствами или на дату перечисления страховой премии по безналичному расчету, если иное не предусмотрено договором страхования.

7. ЗАКЛЮЧЕНИЕ, СРОК ДЕЙСТВИЯ И ПРЕКРАЩЕНИЕ ДОГОВОРА СТРАХОВАНИЯ

7.1. Договор страхования заключается на основании письменного заявления – анкеты Страхователя (Застрахованного лица). Договор страхования должен быть заключен в письменной форме и отвечать общим условиям действительности сделки, предусмотренным гражданским законодательством Российской Федерации.

7.2. При заключении договора страхования должно быть достигнуто соглашение по следующим условиям:

- о Застрахованном лице;

- о характере события, на случай наступления которого в жизни Застрахованного лица осуществляется страхование (страхового случая);
- о размере страховой суммы;
- о сроке действия договора страхования.

7.3. Договор страхования заключается сроком на 1 (один) год. Страхователь имеет право до истечения срока его действия заключить договор страхования на новый срок в отношении одного и того же Застрахованного лица, без заполнения заявления-анкеты и установления периода ожидания по договору страхования.

7.4. Период ожидания по договору страхования, заключаемому на основании настоящих Правил составляет 120 дней. По соглашению сторон срок периода ожидания может быть изменен.

7.5. При заключении договора страхования Страхователь (Застрахованное лицо) обязан сообщить Страховщику обо всех известных ему обстоятельствах, имеющих существенное значение для определения степени риска.

7.6. Существенными признаются, во всяком случае, обстоятельства, определенно оговоренные Страховщиком в стандартной форме договора страхования или в его письменном запросе (заявлении - анкете на страхование). Сведения, являются существенными и исчерпывающими. Однако исходя из существа заполненных сведений, Страховщик может, реализуя свое право на оценку страхового риска при заключении договора страхования, запросить уточняющую информацию, а также направить на прохождение медицинского освидетельствования лицо, принимаемое на страхования.

7.7. Если после заключения договора страхования будет установлено, что Страхователь сообщил Страховщику заведомо ложные сведения об обстоятельствах, имеющих существенное значение для определения вероятности наступления страхового случая и страхового риска, Страховщик вправе потребовать признания договора страхования недействительным и применения последствий недействительности сделки, предусмотренных п. 2 ст. 179 Гражданского Кодекса Российской Федерации.

7.8. Для заключения договора страхования Страхователь – юридическое лицо предоставляет Страховщику список Застрахованных лиц.

7.9. Договор страхования, если в нем не предусмотрено иное, вступает в силу в момент уплаты страховой премии или первого ее взноса.

7.10. Страхование, обусловленное договором страхования, распространяется на страховые случаи, происшедшие после вступления договора страхования в силу и истечения срока ожидания, если в договоре не предусмотрен иной срок начала действия страхования.

7.11. Договор страхования может быть заключен путем составления одного документа (договора страхования), подписанного сторонами либо вручения Страхователю страхового полиса, подписанного Страховщиком.

7.12. В случае утраты договора страхования в период его действия Страхователю на основании его письменного заявления выдается копия договора страхования.

7.13. В случае утраты страхового полиса в период его действия Страхователю на основании его письменного заявления выдается дубликат страхового полиса, после чего утраченный страховой полис считается аннулированным.

7.14. При заключении коллективного договора страхования с юридическим лицом Страховщиком дополнительно к договору страхования могут оформляться

индивидуальные страховые сертификаты на каждое Застрахованное лицо, указанное в списке на страхование.

7.15. Договор страхования прекращается в следующих случаях:

7.15.1. истечения срока его действия;

7.15.2. исполнения Страховщиком обязательств по договору страхования в полном объеме – осуществления страховой выплаты;

7.15.3. ликвидации Страховщика - юридического лица, кроме случаев, когда законом или иными нормативными актами исполнение обязательств ликвидируемого юридического лица возлагается на другое лицо;

7.15.4. смерти Страхователя, не являющегося Застрахованным лицом, при условии, если Выгодоприобретатель или Застрахованное лицо не приняло на себя обязанности Страхователя по уплате страховых взносов;

7.15.5. смерти Застрахованного лица (в отношении данного Застрахованного при коллективном страховании);

7.15.6. в других случаях, предусмотренных законодательными актами Российской Федерации.

7.16. Страхователь вправе отказаться от договора страхования в любое время, если к моменту отказа возможность наступления страхового случая не отпала по обстоятельствам иным, чем страховой случай. При досрочном отказе Страхователя от договора страхования уплаченная Страховщику страховая премия не подлежит возврату, если иное не предусмотрено Договором страхования.

7.17. Договор страхования прекращается до наступления срока, на который он был заключен, если после его вступления в силу возможность наступления страхового случая отпала и существование страхового риска прекратилось по обстоятельствам иным, чем страховой случай, в частности вследствие смерти Застрахованного лица. При этом Страховщик имеет право на часть страховой премии пропорционально времени, в течение которого действовало страхование.

8. ПОСЛЕДСТВИЯ ИЗМЕНЕНИЯ СТЕПЕНИ РИСКА

8.1. В период действия договора страхования Страхователь (Застрахованное лицо) обязан незамедлительно уведомить Страховщика о ставших ему известными изменениях в обстоятельствах, сообщенных Страховщику при заключении договора страхования, путем заполнения заявления-анкеты или другим способом, если эти изменения могут повлиять на увеличение страхового риска.

8.2. Страховщик, уведомленный об обстоятельствах, влияющих на увеличение страхового риска, вправе потребовать изменения условий договора страхования или уплаты дополнительной страховой премии соразмерно увеличению риска. При отказе Страхователя от изменений условий договора страхования или доплаты страховой премии Страховщик вправе потребовать расторжения договора страхования.

8.3. Последствия изменения страхового риска в период действия договора страхования, указанные в п. 8.2. настоящих Правил, могут наступить, только если они прямо предусмотрены договором страхования.

9. ПРАВА И ОБЯЗАННОСТИ СТОРОН ПО ДОГОВОРУ СТРАХОВАНИЯ

9.1. Страховщик обязан:

- 9.1.1. при заключении индивидуального договора страхования выдать страховой полис с приложением настоящих Правил;
- 9.1.2. при наступлении страхового случая произвести страховую выплату в установленный Правилами страхования срок, либо направить Застрахованному лицу (Выгодоприобретателю) в письменном виде извещение об отсутствии оснований произвести страховую выплату, отказе в страховой выплате с указанием причин;
- 9.1.3. не разглашать сведения о Страхователе, Застрахованном лице, их имущественном положении, если это не вступит в противоречие с законодательными актами Российской Федерации.
- 9.2. Страховщик имеет право:
- 9.2.1. в случае необходимости требовать медицинского освидетельствования Застрахованного лица в назначенном Страховщиком лечебном учреждении как до заключения договора страхования, так и после наступления страхового события, если это требуется для решения вопроса о возможности заключения договора или вопроса о возможности произвести страховую выплату, или выписку из медицинских документов о состоянии здоровья;
- 9.2.2. требовать заключения дополнительного соглашения к договору страхования в случае изменения условий страхования, которые были согласованы при заключении договора страхования;
- 9.2.3. требовать признания договора недействительным, если после заключения договора страхования будет установлено, что Страховщику были сообщены заведомо ложные сведения об обстоятельствах, имеющих существенное значение для определения вероятности наступления страхового случая и размера возможных убытков от его наступления;
- 9.2.4. требовать изменения условий договора страхования, в том числе уплаты дополнительной страховой премии соразмерно увеличению степени риска;
- 9.2.5. на всю страховую премию, уплаченную Страховщику, при досрочном отказе Страхователя от договора страхования, если договором не предусмотрено иное;
- 9.2.6. на обработку персональных данных субъектов страхования, в целях осуществления страховой деятельности, в соответствии с законодательством о персональных данных;
- 9.2.7. требовать выполнения иных условий, предусмотренных законодательством Российской Федерации и договором страхования;
- 9.2.8. при определении размера страховой выплаты зачесть сумму просроченного страхового взноса, если страховой случай наступил до уплаты очередного страхового взноса, внесение которого было просрочено;
- 9.2.9. увеличить сроки составления страхового акта в случае, если у него имеются мотивированные сомнения в достоверности информации, указанной в документах, подтверждающих страховой случай или подлинности данных документов. Проверка факта достоверности информации и подлинности документов производится Страховщиком путем направления запросов в соответствующие организации, компетентные органы. В этом случае срок принятия решения о выплате может быть соответственно увеличен;
- 9.2.10. отказать в страховой выплате в случаях, если Страхователь (Выгодоприобретатель) в установленный п. 11.1 настоящих Правил срок не уведомил Страховщика (или его представителя) о наступлении события, имеющего признаки страхового случая, 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 произвести страховую выплату.

9.3. Страхователь обязан:

9.3.1. своевременно уплачивать страховую премию (страховые взносы) в размере, порядке и сроки, предусмотренные договором страхования;

9.3.2. при заключении договора страхования сообщить Страховщику достоверную информацию обо всех известных ему обстоятельствах, имеющих значение для оценки страхового риска;

9.3.3. Страхователь – юридическое лицо обязан получить согласие Застрахованных лиц на исключение из «Списка Застрахованных лиц» (в том числе на замену иным Застрахованным лицом) в связи с увольнением;

9.3.4. в период действия договора страхования незамедлительно сообщать Страховщику о ставших ему известными значительных изменениях в обстоятельствах, сообщенных Страховщику при заключении договора страхования, если эти изменения могут существенно повлиять на увеличение страхового риска. Страхователь (Застрахованное лицо) обязан сообщать о всяком изменении в характере своей профессиональной и иной деятельности, если это может повлиять на повышение степени риска страхования;

9.3.5. сообщить Страховщику о наступлении страхового случая в течение 30 календарных дней;

9.3.6. по требованию Страховщика обеспечить прохождение Застрахованным лицом медицинского освидетельствования в назначенном Страховщиком лечебном учреждении.

9.4. Страхователь имеет право:

9.4.1. получить Правила страхования, любые разъяснения по Правилам страхования и заключенному договору страхования;

9.4.2. уплачивать страховую премию в рассрочку, если это предусмотрено договором страхования;

9.4.3. досрочно отказаться от договора страхования в соответствии с настоящими Правилами и законодательством Российской Федерации;

9.4.4. получить информацию о Страховщике в соответствии с действующим законодательством Российской Федерации;

9.4.5. требовать выполнения Страховщиком иных условий, предусмотренных договором страхования и не противоречащих законодательству Российской Федерации.

9.5. Страховщик вправе требовать от Выгодоприобретателя, в том числе и тогда, когда Выгодоприобретателем по является Застрахованное лицо выполнения обязанностей по Договору страхования, включая обязанности, лежащие на Страхователе, но не выполненные им, при предъявлении Выгодоприобретателем требования о страховой выплате.

9.6. Застрахованное лицо (Выгодоприобретатель) имеет право получить страховую выплату в порядке и размере, предусмотренном настоящими Правилами и договором страхования.

10. ОБРАБОТКА СТРАХОВЩИКОМ ПЕРСОНАЛЬНЫХ ДАННЫХ

10.1. Страхователь обязан получить согласие Застрахованных лиц на обработку Страховщиком их персональных данных.

10.2. Заключая договор страхования, Страхователь выражает свое согласие на осуществление Страховщиком обработки указанных в договоре страхования его персональных данных и персональных данных Застрахованных лиц.

10.3. Страхователь несет ответственность за предоставление согласия Застрахованных лиц (далее – субъект персональных данных) на обработку их персональных данных.

10.4. Под обработкой персональных данных в настоящих Правилах понимается: сбор, систематизация, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), использование, обезличивание, блокирование, уничтожение, а также совершение иных действий с персональными данными физических лиц в статистических целях и в целях проведения анализа страховых рисков.

10.5. Для осуществления вышеуказанных целей Страховщик имеет право передавать персональные данные, ставшие ему известными в связи с заключением и исполнением договора страхования, третьим лицам, с которыми у Страховщика заключены соответствующие соглашения, обеспечивающие надежное хранение и предотвращение незаконного разглашения (конфиденциальность) персональных данных.

10.6. Страховщик обязуется обеспечивать сохранность и неразглашение персональных данных субъекта персональных данных в целях иных, нежели предусмотренных настоящими Правилами.

10.7. Субъект персональных данных и Страхователь вправе отозвать свое согласие на обработку персональных данных полностью или в части информирования о других продуктах и услугах путем направления письменного заявления Страховщику способом, позволяющим достоверно установить дату получения данного заявления Страховщиком.

10.8. В случае полного отзыва субъектом персональных данных 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 прекращается досрочно с даты получения Страховщиком соответствующего заявления об отзыве согласия на обработку персональных данных.

10.9. После прекращения действия договора страхования (в том числе при его расторжении), а также в случае отзыва субъектом персональных данных или Страхователем согласия на обработку персональных данных, Страховщик обязуется уничтожить такие персональные данные в срок, установленный законодательством Российской Федерации.

11. ОБЯЗАННОСТИ СУБЪЕКТОВ СТРАХОВАНИЯ ПРИ НАСТУПЛЕНИИ СОБЫТИЯ, ИМЕЮЩЕГО ПРИЗНАКИ СТРАХОВОГО СЛУЧАЯ

11.1. При наступлении события, имеющего признаки страхового случая Застрахованное лицо (Страхователь, Выгодоприобретатель) обязан сообщить Страховщику о наступлении страхового случая любым доступным способом, позволяющим зафиксировать факт сообщения (по факсу, по электронной почте, письмом), в течение 30 (Тридцати) календарных дней после того, как ему стало известно о наступлении страхового случая (с даты установления диагноза «злокачественное онкологическое заболевание»).

11.2. Для осуществления страховой выплаты Страховщику должны быть представлены следующие документы:

11.2.1. письменное заявление о страховой выплате;

11.2.2. документ, удостоверяющий личность Застрахованного лица;

11.2.3. документ, удостоверяющий личность заявителя;

- 11.2.4. страховой полис, если договор страхования заключался с физическим лицом;
- 11.2.5. выписка из амбулаторных карт Застрахованного лица по месту его жительства и/или иных лечебных учреждений, в которых Застрахованное лицо наблюдалось в течение последних 5 лет с указанием общего физического состояния, поставленных диагнозов и дат их постановки, предписанного и проведенного лечения, дат госпитализаций и их причин, установленных групп инвалидности (с указанием их дат и причин), направления на Медико-социальную экспертизу, акта освидетельствования МСЭ (с указанием их дат и причин);
- 11.2.6. заключение врача - онколога из медицинского учреждения, расположенного на территории Российской Федерации и имеющего соответствующую лицензию на оказание онкологической помощи с указанием: предварительного диагноза, его кода в соответствии с МКБ-10 и даты его установления; полного окончательного клинического диагноза, его кода в соответствии с МКБ-10, стадии заболевания, даты установления окончательного клинического диагноза;
- 11.2.7. удостоверенные медицинским учреждением, имеющим соответствующую лицензию на оказание онкологической помощи, копии результатов медицинских исследований (лабораторных и инструментальных, аппаратных), проведенных для постановки окончательного диагноза;
- 11.2.8. удостоверенную медицинским учреждением копию выписных эпикризов (в случае пребывания в стационаре).
- 11.3. При необходимости (в т.ч. при недостаточности представленной информации) Страховщик вправе запрашивать сведения, связанные с наступившим событием у медицинских учреждений, компетентных органов и других организаций, располагающих информацией о событии, а также самостоятельно выяснять причины и обстоятельства наступления события, имеющего признаки страхового случая.
- 11.4. После получения всех документов, необходимых для установления причин и наличия страхового случая, а также размера ущерба Страховщик в течение 10 рабочих дней составляет страховой акт либо направляет в письменном виде извещение об отсутствии оснований произвести страховую выплату, отказе в страховой выплате с указанием причин. После составления страхового акта Страховщик производит страховую выплату в течение 10 рабочих дней с даты составления страхового акта, если иной срок не предусмотрен договором страхования.
- 11.5. Страховщик имеет право увеличить сроки составления страхового акта и страховой выплаты в случае:
- если у него имеются мотивированные сомнения в подлинности документов, подтверждающих страховой случай – до тех пор, пока не будет подтверждена подлинность таких документов;
 - если соответствующими компетентными органами возбуждено уголовное дело, связанное со страховым случаем или ведется расследование обстоятельств, приведших к наступлению страхового случая – до окончания расследования или судебного разбирательства.

12. ПОРЯДОК ОСУЩЕСТВЛЕНИЯ СТРАХОВОЙ ВЫПЛАТЫ

12.1. Страховая выплата производится Страховщиком в пределах страховой суммы, указанной в договоре страхования (при коллективном страховании – в пределах индивидуальной страховой суммы, установленной в отношении соответствующего Застрахованного лица).

12.2. При наступлении страхового случая страховая выплата осуществляется Страховщиком в соответствии с вариантом выплат, определенном в договоре страхования:

12.2.1. по Таблице выплат «Диагностирование злокачественного онкологического заболевания» в процентах от страховой суммы (Приложение №2 к настоящим Правилам);

12.2.2. в размере 100% страховой суммы, установленной в договоре страхования (при коллективном страховании – в 100% индивидуальной страховой суммы, установленной в отношении соответствующего Застрахованного лица).

12.3. Страховая выплата производится Застрахованному лицу (Выгодоприобретателю). Если Застрахованный умер, не получив причитающуюся ему страховую выплату, то выплата производится наследникам Застрахованного лица пропорционально их наследственным долям.

12.4. Выплата может быть произведена представителю Застрахованного лица (Выгодоприобретателя) по доверенности, оформленной в установленном законодательством порядке.

12.5. Если получателем страховой выплаты является несовершеннолетнее лицо, причитающаяся ему выплата может быть произведена на счет в банке на его имя с уведомлением его законных представителей или Страхователю, в том случае, если Страхователь является законным представителем несовершеннолетнего лица.

12.6. Если иное не предусмотрено договором страхования, при страховании в валютном эквиваленте страховая выплата осуществляется в рублях по курсу Центрального Банка Российской Федерации, установленному для соответствующей валюты на дату перечисления денежных средств. При расчете страховой выплаты данное условие применяется в случае, если курс валюты не превышает максимального курса для выплат, под которым понимается курс данной валюты, установленной Центральным Банком Российской Федерации на дату перечисления страховой премии, увеличенной на 1 % (один процент) за каждый месяц (в том числе неполный), прошедший с даты перечисления страховой премии. В случае, если курс валюты превысит вышеуказанный максимальный курс, размер страховой выплаты определяется по максимальному курсу.

13. ИЗМЕНЕНИЕ ДОГОВОРА СТРАХОВАНИЯ

13.1. Изменение договора страхования возможно по соглашению сторон.

13.2. Дополнения и изменения договора страхования совершаются в письменной форме.

14. ПОРЯДОК РАЗРЕШЕНИЯ СПОРОВ

14.1. В случае возникновения споров в связи с заключением, исполнением и прекращением договоров страхования, заключаемым на основании настоящих правил, они подлежат урегулированию в претензионном порядке. Получившая претензию сторона обязана направить ответ на нее в течение пяти рабочих дней; в случае не достижения согласия в претензионном порядке урегулирования, споры подлежат урегулированию в судебном порядке в соответствии с законодательством Российской Федерации.

14.2 При решении спорных вопросов положения договора страхования имеют преимущественную силу по отношению к настоящим Правилам, если при заключении договора страхования Страхователь и Страховщик договорились об условиях страхования иных, чем изложены в настоящих Правилах, при условии, что такие изменения и исключения не противоречат законодательству Российской Федерации.

**Приложение № 1
к Правилам страхования на случай
диагностирования злокачественного
онкологического заболевания**

Таблица №1

ГОДОВЫЕ ТАРИФНЫЕ СТАВКИ

(в % от страховой суммы в разбивке по полу и возрасту)

ВЫПЛАТА ПО ТАБЛИЦЕ ВЫПЛАТ

«ДИАГНОСТИРОВАНИЕ ЗЛОКАЧЕСТВЕННОГО ОНКОЛОГИЧЕСКОГО ЗАБОЛЕВАНИЯ»

Возраст Застрахованного лица	СТРУКТУРА СТАВКИ №1 $T_n - 60 \quad f - 40$		СТРУКТУРА СТАВКИ №2 $T_n - 67 \quad f - 33$	
	МУЖЧИНА	ЖЕНЩИНА	МУЖЧИНА	ЖЕНЩИНА
3-4	0,036	0,035	0,032	0,031
5-9	0,029	0,026	0,026	0,023
10-14	0,027	0,026	0,024	0,023
15-19	0,032	0,032	0,029	0,029
20-24	0,037	0,044	0,033	0,040
25-29	0,046	0,070	0,041	0,063
30-34	0,063	0,108	0,056	0,096
35-39	0,086	0,158	0,077	0,141
40-44	0,134	0,221	0,120	0,198
45-49	0,222	0,302	0,199	0,271
50-54	0,394	0,412	0,353	0,369
55-59	0,649	0,532	0,582	0,476
60-64	1,000	0,707	0,896	0,633

Таблица №2

ГОДОВЫЕ ТАРИФНЫЕ СТАВКИ

(в % от страховой суммы в разбивке по полу и возрасту)

ВЫПЛАТА В РАЗМЕРЕ 100% СТРАХОВОЙ СУММЫ

Возраст Застрахованного лица	СТРУКТУРА СТАВКИ №1 $T_n - 60 \quad f - 40$		СТРУКТУРА СТАВКИ №2 $T_n - 67 \quad f - 33$	
	МУЖЧИНА	ЖЕНЩИНА	МУЖЧИНА	ЖЕНЩИНА
3-4	0,102%	0,096%	0,091%	0,086%
5-9	0,083%	0,072%	0,074%	0,064%
10-14	0,077%	0,070%	0,069%	0,063%
15-19	0,091%	0,089%	0,081%	0,080%
20-24	0,105%	0,123%	0,094%	0,110%
25-29	0,130%	0,194%	0,117%	0,173%
30-34	0,178%	0,297%	0,160%	0,266%
35-39	0,244%	0,435%	0,219%	0,390%
40-44	0,380%	0,609%	0,340%	0,545%
45-49	0,630%	0,834%	0,564%	0,747%
50-54	1,119%	1,138%	1,002%	1,019%
55-59	1,844%	1,467%	1,652%	1,314%
60-64	2,841%	1,950%	2,544%	1,746%

Приложение № 2
к Правилам страхования на случай
диагностирования злокачественного
онкологического заболевания

ТАБЛИЦА ВЫПЛАТ
«ДИАГНОСТИРОВАНИЕ ЗЛОКАЧЕСТВЕННОГО ОНКОЛОГИЧЕСКОГО ЗАБОЛЕВАНИЯ»
(в % от страховой суммы)

Код заболевания по МКБ-10	Наименование локализации	Стадии развития заболевания			
		I	II	III	IV
C00	Злокачественное новообразование губы	36	48	48	48
C01-C02	Злокачественные новообразования языка	26	34	34	34
C03-C06	Злокачественное новообразование десны, дна полости рта, неба, других и неуточненных отделов рта	23	31	31	31
C07-C08	Злокачественное новообразование слюнной железы	36	48	48	48
C09- C10	Злокачественное новообразование миндалина, ротоглотки	23	31	31	31
C11	Злокачественное новообразование носоглотки	28	37	37	37
C12-C13	Злокачественное новообразование гортаноглотки	23	31	31	31
C14	Злокачественное новообразование других и неточно обозначенных локализаций губы, полости рта и глотки	23	31	31	31
C15	Злокачественное новообразование пищевода	29	38	38	38
C16	Злокачественное новообразование желудка	28	37	37	37
C17	Злокачественное новообразование тонкого кишечника	29	38	38	38
C18	Злокачественное новообразование ободочной кишки	29	38	38	38
C19-C21	Злокачественное новообразование, ректосигмоидного соединения, прямой кишки, заднего прохода (ануса) и анального канала	40	53	53	53
C22	Злокачественное новообразование печени и внутрипеченочных желчных протоков	14	19	19	19
C23-C24	Злокачественное новообразование желчного пузыря, других и неуточненных частей желчевыводящих путей	05	24	24	24
C25	Злокачественное новообразование поджелудочной железы	75	100	100	100
C30-C31	Злокачественное новообразование полости носа и среднего уха, придаточных пазух	23	31	31	31
C32	Злокачественное новообразование гортани	36	48	48	48
C33-C34	Злокачественное новообразование трахеи, бронхов и легкого	26	35	35	35
C40-C41	Злокачественное новообразование костей и суставных хрящей	44	59	59	59
C43	Злокачественная меланома кожи	06	30	30	30
C44	Другие злокачественные новообразования кожи	10	20	20	20
C47	Злокачественное новообразование периферических нервов и вегетативной нервной системы и других типов соединительной и мягких тканей	11	15	15	15
C49	Злокачественное новообразование других типов соединительной и мягких тканей	11	15	15	15
C50	Злокачественное новообразование молочной железы	38	50	50	50
C51	Злокачественное новообразование вульвы	26	34	34	34
C52	Злокачественное новообразование влагалища	26	34	34	34
C53	Злокачественное новообразование шейки матки	26	34	34	34
C54	Злокачественное новообразование тела матки	26	34	34	34

ПРАВИЛА СТРАХОВАНИЯ

НА СЛУЧАЙ ДИАГНОСТИРОВАНИЯ ЗЛОКАЧЕСТВЕННОГО ОНКОЛОГИЧЕСКОГО ЗАБОЛЕВАНИЯ

C56	Злокачественное новообразование яичника	26	34	34	34
C58	Злокачественное новообразование плаценты	26	34	34	34
C60	Злокачественное новообразование полового члена	07	09	09	09
C61	Злокачественное новообразование предстательной железы	26	34	34	34
C62	Злокачественное новообразование яичка	05	12	17	17
C64	Злокачественное новообразование почки, кроме почечной лоханки	36	48	48	48
C67-C68	Злокачественное новообразование пузыря	14	18	18	18
C70-C72	Злокачественное новообразование головного мозга, мозговых оболочек и другие отделы ЦНС	41	54	54	54
C73	Злокачественное новообразование щитовидной железы	20	26	26	26
C81—C96	Злокачественное новообразование лимфоидной и кроветворной ткани	24	62	64	64
	Другие локализации, не включенные в настоящую Таблицу	28	39	40	40

ПРАВИЛА СТРАХОВАНИЯ

НА СЛУЧАЙ ДИАГНОСТИРОВАНИЯ ЗЛОКАЧЕСТВЕННОГО ОНКОЛОГИЧЕСКОГО ЗАБОЛЕВАНИЯ

Приложение № 3

к Правилам страхования на случай
диагностирования злокачественного
онкологического заболевания

СТРАХОВОЙ ПОЛИС серия _____ / ____ Дата выдачи полиса _____

Настоящий полис удостоверяет факт заключения договора страхования на основании Правил страхования на случай диагностирования злокачественного онкологического заболевания от _____ г.

СТРАХОВАТЕЛЬ			
Дата рождения		Гражданство	
<i>Адрес местожительства</i>			
<i>Документ, удостоверяющий личность</i>			
_____ серия: _____ № _____ Дата выдачи: _____			
Кем выдан:			
ЗАСТРАХОВАННОЕ ЛИЦО			
Дата рождения		Гражданство	
<i>Адрес местожительства</i>			
<i>Документ, удостоверяющий личность</i>			
_____ серия: _____ № _____ Дата выдачи: _____			
Кем выдан:			
Объектом страхования являются имущественные интересы, связанные с причинением вреда здоровью Застрахованного лица в результате болезни			
СТРАХОВОЙ СЛУЧАЙ		УСЛОВИЯ СТРАХОВЫХ ВЫПЛАТ (нужное указать <input checked="" type="checkbox"/>)	
злокачественное онкологическое заболевание, впервые диагностированное Застрахованному лицу в течение срока, обусловленного договором страхования, но не ранее даты истечения периода ожидания Период ожидания: 120 дней		<input type="checkbox"/> По Таблице выплат «Диагностирование злокачественного онкологического заболевания», в процентах от страховой суммы в зависимости от вида по МКБ и стадии заболевания <input type="checkbox"/> - в размере 100% страховой суммы	
СТРАХОВАЯ СУММА	_____ (_____) руб.		
СТРАХОВАЯ ПРЕМИЯ	_____ (_____) руб.		
ПОРЯДОК ОПЛАТЫ СТРАХОВОЙ ПРЕМИИ (нужное указать <input checked="" type="checkbox"/>)	<input type="checkbox"/> единовременно Дата оплаты страховой премии _____		
	<input type="checkbox"/> в рассрочку 1-ый страховой взнос в размере _____ руб. Дата оплаты _____ 2-ой страховой взнос в размере _____ руб. оплата до _____		
ВЫГОДОПРИБРЕТАТЕЛЬ (лицо, назначенное для получения страховой выплаты)			
Дата рождения		Отношение к Застрахованному лицу	
<i>Адрес местожительства</i>			
<i>Документ, удостоверяющий личность/гражданство</i>			
_____ серия: _____ № _____ Дата выдачи: _____			
Кем выдан:			
С назначением Выгодоприобретателя согласен (подпись Застрахованного лица, если он не является Страхователем)			
СРОК ДЕЙСТВИЯ ДОГОВОРА	с 00 ч. 00 мин. « _____ » _____ 20 _____ г. по 24 ч. 00 мин. « _____ » _____ 20 _____ г.		
<input type="checkbox"/> новый	<input type="checkbox"/> переоформление страховой полис № _____, дата окончания _____		
Настоящий договор страхования заключен на основании письменного заявления-анкеты, которое является неотъемлемой частью настоящего договора страхования (полиса). При регулировании правоотношений сторон условия страхования по настоящему договору страхования (полису) являются приоритетными над Правилами страхования на случай диагностирования злокачественного онкологического заболевания. Во всем остальном, что не предусмотрено условиями настоящего договора страхования (полиса), действуют Правила страхования на случай диагностирования злокачественного онкологического заболевания.			
СТРАХОВЩИК		СТРАХОВАТЕЛЬ	
_____ / _____ / _____ подпись М.П. Ф.И.О. представителя Страховщика		С условиями страхования ознакомлен и согласен, Правила страхования и Таблицу выплат получил. Сведения, указанные в настоящем страховом полисе, обязуюсь довести до Застрахованного лица (Выгодоприобретателя).	
Доверенность № _____ от « _____ » _____ 201_ г.		_____ / _____ / _____ подпись Ф.И.О.	

ПЕРСОНАЛЬНАЯ АНКЕТА ЗАСТРАХОВАННОГО ЛИЦА

информация за последние 5 (пять) лет

1. Семейное положение	<input type="checkbox"/> -холост <input type="checkbox"/> - женат; <input type="checkbox"/> -замужем <input type="checkbox"/> -не замужем	
2. Профессия, род занятий на дату заполнения заявления-анкеты		
1. Связана ли Ваша профессиональная деятельность с нижеперечисленным:		
3. С опасностью радиоактивного облучения, СВЧ облучения, опасными химическими веществами	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет	Если «Да», укажите подробности
4. С пребыванием в экологически неблагоприятных районах, районах с неблагоприятным климатом, зонах химического или радиоактивного заражения	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет	Если «Да», укажите подробности
5. Вы выезжаете с постоянного места жительства, на отдых, в командировку?	Если «Да», укажите количество выездов _____ в год, перечислите места пребывания _____	
2. Общие сведения о Застрахованном лице:		
6. Укажите Ваш рост и вес	Рост _____ см/ Вес _____ кг	
7. Артериальное давление (обычное, мм. рт. ст.)	Верхнее _____ / Нижнее _____	
8. Отмечались ли у Вас случаи потери веса в течение последнего 1 года?	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет	Если «Да», укажите подробности
9. Отмечалось ли у Вас в течение последнего года длительное (свыше 10 дней) повышение температуры? Как часто?	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет	Если «Да», укажите подробности
10. Принимаете ли Вы сейчас или принимали ранее иммуносупрессоры (средства подавляющие иммунитет), в т.ч. гормоны надпочечников (глюкокортикоиды)?	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет	Если «Да», укажите какие, в какой дозе, с какой целью
11. Принимаете ли Вы постоянно какие-либо лекарственные препараты? Какие? Укажите дозировку?	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет	Если «Да», укажите какие, в какой дозе
12. Употребляете ли Вы алкоголь?	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет	Если «Да», укажите какой именно _____, и средний объем потребления алкоголя за неделю (грамм)
13. Курите ли Вы сейчас или курили ранее?	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет	Если «Да», укажите количество сигарет в день _____ (шт.), как давно Вы курите _____, или как давно Вы прекратили курить _____
3. Имеются ли у Вас в настоящее время или имелись ранее следующие заболевания и/или проявления (симптомы):		
14. Любые врожденные пороки развития и (или) заболевания.	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет	
15. Заболевания органов дыхания: хронический бронхит, туберкулез, эмфизема, хроническая обструктивная болезнь легких, навязчивый кашель, постоянные хрипы в легких, пневмосклероз, хронические нагноительные процессы в легких, аденома бронхов, кисты, поликистоз бронхов, хроническая пневмония и т.п.	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет	
16. Заболевания нервной системы: радикулиты (шейный, грудной, пояснично-крестцовый), неврофиброматоз (болезнь Реклингхаузена), телеангиэктатическая атаксия (синдром Луи-Бар) и т.п., судорожные припадки, эпизоды потери сознания, нарушения чувствительности, двигательные нарушения, головокружение, неустойчивость при ходьбе	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет	
17. Заболевания желудочно-кишечного тракта: хронический гастрит, язвенная болезнь желудка, двенадцатиперстной кишки, цирроз печени, хронический панкреатит, полипы желудка и кишечника, резецированный желудок, болезнь Менетрие, стеатоз печени, рефлюксная болезнь, эрозии пищевода, глистная инвазия, ожоги и/или послеожоговые стриктуры пищевода, лейкоплакия пищевода, сидеропенический синдром, дивертикулы пищевода и кишечника, эзофагиты, грыжа пищеводного отверстия, синдром Пламмера-Винсона, неспецифический язвенный колит и гранулематозный колит – болезнь Крона, хронические проктиты, проктосигмоидиты, киста поджелудочной железы. Длительно существующие: однотипные боли в животе (указать область и частоту возникновения); тошнота; изжога, отрыжка; рвота (вне связи с отравлениями); затруднения при проглатывании пищи; длительные упорные запоры и/или послабления стула; посторонние примеси в кале (кровь, слизь).	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет	

18. Заболевания мочеполовой системы: мочекаменная болезнь, хронический пиело- или гломерулонефрит, хроническая почечная недостаточность, нефрэктомия (удаление почки); заболевания, передающиеся половым путем (герпетическая инфекция, цитомегаловирусная инфекция и пр.); папилломы, полипы мочевого пузыря и уретры и т.п. Отмечали ли Вы затруднения (дискомфорт, боли) при мочеиспускании, примесь крови в моче?	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет	
19. Заболевания эндокринной системы: диабет, повышенное содержание сахара в крови, увеличение щитовидной железы, тиреодит, гипер- и или гипотиреоз, заболевания надпочечников, гипофиза, половых желез и т.п.	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет	
20. Заболевания опорно-двигательного аппарата: остеохондроз, остеопороз, воспалительные и/ или дегенеративные заболевания суставов (артрозы, артриты); боли и тугоподвижность в суставах, позвоночнике, и т.д.	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет	
21. Заболевания уха, горла, носа, глотки и ротовой полости: хронический ларингит, хронический тонзиллит, хронический синусит, контактные язвы и папилломатоз, фиброматоз, пахидермия, абразивный хейлит Манганотти, лейкоплакия и т.п.	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет	
22. Заболевания крови и лимфатической системы: анемия, нарушение свертываемости крови, лейкопения, тромбофилия, лимфаденит, лимфедема и т.п. Отмечались ли у Вас когда-либо длительные кровотечения любой локализации (как травматические, так и спонтанные); тромбозы; спонтанное возникновение «синяков» на теле; длительное существующее увеличение лимфоузлов? Отмечались ли у Вас изменения в анализах крови?	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет	
23. Заболевания глаз: глаукома, катаракта, миопия, гиперметропия, отслойка сетчатки и т. п. Отмечали ли Вы за последний год изменение (сужение) полей зрения; появление темных пятен, вспышек перед глазами?	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет	
24. Заболевания кожи: склеродермия, эритема, лейкоплакия, невусы (сосудистые, пигментные), синдром базально-клеточного невуса, синдром линейного сального невуса, множественный родинковый синдром, болезнь Боуэна, эритроплазия Кейра, кератоакантома, кожный рог, старческий кератоз, старческая себорейная кератома, лучевые язвы, трофические язвы, грубые келоидные рубцы, поражения кожи при туберкулезе, системной красной волчанке, сифилисе и т.п.; грибковые поражения кожи и слизистых в т.ч. молочница; рецидивирующие гнойничковые поражения кожи и слизистых и т.п.	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет	
25. Вопрос для мужчин: заболевание мужских органов: аденома предстательной железы, варикоцеле, водянка яичка, хронический простатит, лейкоплакия, лейкокератоз, кондиломы (папилломы) наружных половых органов.	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет	
26. Вопрос для женщин: заболевания женских органов: эрозия шейки матки, эктропион, полипы шейки матки и эндометрия, эндометриоз, кондиломы/ папилломы наружных половых органов, шейки матки; дискератозы шейки матки (лейкоплакия, крауроз), гиперплазия эндометрия (железистая и атипическая), аденоматоз, дисплазия эпителия шейки матки I-II степени, мастопатия, фиброаденома молочной железы, папилломатоз молочной железы и т.п. Наблюдались ли у Вас длительные (более 8 дней) менструальные кровотечения; кровянистые выделения из половых путей вне связи с циклом?	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет	
Если Вы ответили «Да» хотя бы на один из вопросов 14-26, укажите подробности по каждому вопросу: _____ _____ _____		
27. Болеете ли СПИДом, ВИЧ инфицированы?	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет	Если «Да», укажите подробности
28. Болели (или болеете) гепатитом А, В, С, D и прочими?	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет	Если «Да», укажите подробности
29. Проходили ли Вы лечение в стационаре в течение последних 5 лет?	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет	Если «Да», укажите дату и диагноз
30. Проходили ли Вы недавно, проходите в настоящее время или планируете проходить какие-либо диагностические обследования?	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет	Если «Да», укажите подробности
31. Проходили ли Вы диспансеризацию в течение последних 5 лет?	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет	Если «Да», укажите результаты
32. Проходите ли Вы лечение (стационарное, амбулаторное) в настоящее время?	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет	Если «Да», укажите подробности
33. Имеются ли у Вас или имелись в течение последних 5 лет повреждения, травмы (в т.ч. переломы, ранения, черепно-мозговые травмы и др.)	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет	Если «Да», укажите подробности
34. Состоите ли Вы на диспансерном учете или состояли ранее под диспансерным – динамическим наблюдением по поводу хронических (в т.ч. паразитарных) заболеваний??	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет	Если «Да» укажите: специалиста _____ диагноз _____ с какого времени _____

ПРАВИЛА СТРАХОВАНИЯ

НА СЛУЧАЙ ДИАГНОСТИРОВАНИЯ ЗЛОКАЧЕСТВЕННОГО ОНКОЛОГИЧЕСКОГО ЗАБОЛЕВАНИЯ

35. Длилась ли когда-либо Ваша нетрудоспособность более 6 недель?	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет	Если «Да», укажите причину и срок
36. Употребляете ли Вы психотропные препараты, наркотики?	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет	Если «Да», укажите, с какой целью
37. Проходили ли Вы или проходите в настоящее время лечение от алкоголизма или наркотической зависимости?	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет	Если «Да», укажите подробности
38. Устанавливалась ли Вам ранее или установлена в настоящее время группа инвалидности? Если «Да», укажите дату, группу и диагноз	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет	
диагноз: _____ гр. _____ дата _____		
диагноз: _____ гр. _____ дата _____		
39. Проводились ли Вам оперативные вмешательства за последние 5 лет или планируется проведение операции? Если «да» укажите:	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет	
диагноз: _____ дата _____		
диагноз: _____ дата _____		
40. Имеются или имелись ранее у Вас или ваших близких родственников (мать/отец, брат/сестра, бабушка/дедушка, тетя/дядя) онкологические заболевания, новообразования? Если «Да», укажите родственную связь, диагноз и возраст родственника к моменту установления онкологического заболевания?	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет	
_____ лет,		
_____ лет,		
_____ лет.		
41. Названия медицинских учреждений, в которые Вы обращались или может обратиться:		
1) _____,		
адрес: _____, № мед. карты: _____		
Ф.И.О. лечащего врача: _____		
2) _____,		
адрес: _____, № мед. карты: _____		
Ф.И.О. лечащего врача: _____		

Настоящим заявляю, что при заполнении данного заявления все поставленные страховой компанией вопросы мне были понятны, их содержание и смысл мне ясны.

Отвечая на поставленные вопросы, я сообщил обо всех известных мне сведениях и обстоятельствах, имеющих существенное значение для определения степени страхового риска и вероятности наступления страхового случая. Я ознакомлен с содержанием статьи 944 ГК РФ и заявляю, что все сведения, сообщенные мною в настоящем заявлении, являются полными и достоверными.

Мне известно, что сообщение Страховщику ложных сведений о степени риска по договору является основанием недействительности договора страхования/полиса. Мне известно, что я обязан сообщать ООО «ЖАСО-ЛАЙФ» о всяких изменениях в обстоятельствах, относительно которых мне были заданы вопросы в настоящем заявлении.

Я разрешаю любому сотруднику ООО «ЖАСО-ЛАЙФ», принимающему решение по вопросу заключения договора страхования и/или рассмотрения заявленного страхового события по страхованию, в соответствии со статьей 13 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации" запрашивать и получать в медицинских и иных учреждениях, в которые я обращался, состоял(а) на учете и/или проходил(а) обследование и/или лечение, документы и сведения, в том числе выписки из медицинских документов и копии медицинских документов, оформленные в установленном порядке (истории болезни, амбулаторные карты и т.п.), а также всю необходимую информацию касательно состояния моего здоровья, результатов всех проведенных анализов и иных исследований, течения заболевания, оперативных вмешательств и иных сведений, составляющих врачебную тайну, а также предоставлять вышеуказанному сотруднику ООО «ЖАСО-ЛАЙФ» доступ к медицинской документации, необходимой для рассмотрения вопроса о выплате страхового обеспечения.

Я согласен на обработку (в том числе сбор, систематизацию, накопление, хранение, уничтожение /обновление, изменение, использование, распространение, в том числе передачу, обезличивание, блокирование, уничтожение) Страховщиком и уполномоченными им третьими лицами своих

персональных данных (в соответствии с Федеральным законом от 27.07.2006г. "О персональных данных" №152-ФЗ), указанных в настоящем заявлении, в договоре страхования (а также иных персональных сведений, получаемых Страховщиком при исполнении договора страхования), любыми способами, установленными законом, в целях, связанных с исполнением обязательств по договору страхования, а также в целях информирования Страхователя о программах страхования, о сроке действия договора и в иных целях путем осуществления Страховщиком прямых контактов со Страхователем с помощью средств связи, а также выражаю Страховщику согласие на предоставление, в т.ч. Выгодоприобретателю(ям), информации об исполнении Страховщиком и/или Страхователем обязательств по договору страхования, в том числе информацию об оплате и размере страховой премии (страховых взносов), размере страховой суммы, о возникновении и урегулировании претензий, наступлении/вероятности наступления страховых случаев, выплате страхового возмещения и другую имеющую отношение к договору страхования информацию. При этом мое согласие дается Страховщику на весь срок действия договора страхования и в течение пяти лет после окончания срока действия договора страхования и может быть отозвано мною в любой момент времени путем передачи страховщику подписанного письменного уведомления. Также я согласен на обработку перестраховщиками и аудиторами ООО «ЖАСО-ЛАЙФ» сообщенных мною ООО «ЖАСО-ЛАЙФ» персональных данных любым предусмотренным законодательством Российской Федерации способом и разрешаю ООО «ЖАСО-ЛАЙФ» передачу моих персональных данных указанным категориям лиц.

Являетесь ли Вы или Застрахованное лицо, Выгодоприобретатель, поименованные в настоящем заявлении-анкете, иностранным публичным должностным лицом (ИПДЛ), его супругом/ой или близким родственником (родственником по прямой восходящей или нисходящей линии – родителем/ребенком, дедушкой/бабушкой, внуком(ой), полнородным или неполнородным братом/сестрой, усыновителем или усыновленным), иностранным налогоплательщиком? Да Нет
Если «ДА» (указать Ф.И.О., степень родства, должность, страну, налогоплательщиком которой являются указанные лица): _____

Являетесь ли Вы или Застрахованное лицо, Выгодоприобретатель, поименованные в настоящем заявлении-анкете, должностным лицом публичной международной организации или лицом, занимающим (замещающим) государственную должность Российской Федерации, должность члена Совета директоров Центрального Банка Российской Федерации, должность федеральной государственной службы, назначение на которую и освобождение от которой осуществляется Президентом Российской Федерации или Правительством Российской Федерации, должность в Центральном банке Российской Федерации, государственной корпорации или иной организации, созданной Российской Федерацией на основании федеральных законов, включенную в перечни должностей, определяемых Президентом Российской Федерации? Да Нет
Если «ДА» (указать Ф.И.О., должность): _____

Я принимаю на себя ответственность за полноту и достоверность сведений, изложенных о Застрахованном лице и согласен (-на), что данное заявление-анкета является неотъемлемой частью договора страхования/полиса.

Страхователь (Застрахованное лицо) _____ / _____ /
Фамилия, имя, отчество подпись

«__» _____ 20__ г.

поле для отметок Страховщика

Заявление принял _____ (Ф.И.О.)

Дата получения «__» _____ 201__ г.

Повышающие коэффициенты: _____
 Результат андеррайтинга: _____

Базовый тариф, %	Тариф с учетом пов. коэф., %	Страховая сумма, руб.	Страховая премия, руб.

Страховщик: _____ Дата: «__» _____ 201__ г.
(подпись, Ф.И.О.)

**Приложение № 4-Д
к Правилам страхования на случай
диагностирования злокачественного
онкологического заболевания**

**ЗАЯВЛЕНИЕ - АНКЕТА
на заключение договора страхования (дети)**

1. СТРАХОВАТЕЛЬ: _____
(Фамилия, Имя, Отчество)

Отношение к Застрахованному ребенку _____

Паспорт/ Уд. личности: Серия _____ № _____ Выдан: _____

_____ Дата выдачи _____

Дата рождения _____ Место рождения _____ Гражданство _____

Адрес регистрации/ места жительства _____

Контактный телефон /факс: _____

2. ЗАСТРАХОВАННОЕ ЛИЦО: _____
(Фамилия, Имя, Отчество)

Свидетельство о рождении /паспорт: Серия _____ № _____ Выдан: _____

_____ Дата выдачи _____

Дата рождения _____ Место рождения _____ Гражданство _____

Адрес регистрации/ места жительства _____

Контактный телефон /факс: _____

3. В соответствии с Правилами страхования на случай диагностирования злокачественного онкологического заболевания ООО «ЖАСО-ЛАЙФ» (далее – Правила) прошу заключить Договор страхования:

3.1. СТРАХОВОЙ РИСК: злокачественное онкологическое заболевание, впервые диагностированное Застрахованному лицу в течение срока, обусловленного договором страхования, но не ранее даты истечения периода ожидания.

ПЕРИОД ОЖИДАНИЯ _____ дней

УСЛОВИЯ СТРАХОВЫХ ВЫПЛАТ (нужное указать ✓)

По Таблице выплат «Диагностирование злокачественного онкологического заболевания», в процентах от страховой суммы в зависимости от вида по МКБ и стадии заболевания.

- в размере 100% страховой суммы

3.2. СТРАХОВАЯ СУММА: _____ (_____) рублей.

3.3. СРОК СТРАХОВАНИЯ: 1 год.

3.4. ПОРЯДОК УПЛАТЫ СТРАХОВОЙ ПРЕМИИ (СТРАХОВЫХ ВЗНОСОВ): (нужное указать ✓)

- единовременно - в рассрочку _____

4. ВЫГОДОПРИБРЕТАТЕЛЬ _____

Паспорт/ Уд. личности: Серия _____ № _____ Выдан _____

_____ Дата выдачи _____

Дата рождения _____ Место рождения _____ Гражданство _____

Степень родства/отношение к Застрахованному лицу _____

Контактный телефон /факс: _____

С назначением Выгодоприобретателя согласен(-на): _____ / _____ /

подпись Ф.И.О. законного представителя ребенка

Правила страхования на случай диагностирования злокачественного онкологического заболевания Страхователю разъяснены и вручены. С указанными Правилами и условиями страхования Страхователь согласен.

Страхователь _____

_____ Фамилия, имя, отчество

_____ подпись

« _____ » _____ 20 _____ г.

ПЕРСОНАЛЬНАЯ АНКЕТА ЗАСТРАХОВАННОГО ЛИЦА
информация за последние 5 (пять) лет

1. Общие сведения о Застрахованном лице:		
1. Род занятий ребенка на дату заполнения заявления – анкеты.		
2. Укажите рост и вес ребенка в настоящий момент и при рождении.	Рост _____ см/ Вес _____ кг	
	Рост _____ см/ Вес _____ кг	
3. Артериальное давление (обычное, мм. рт. ст.)	Верхнее _____ / Нижнее _____	
4. Отмечались ли у ребенка случаи потери веса в течение последнего года ?	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет	Если «Да», укажите подробности
5. Отмечалась ли у ребенка в течение последнего года гипертермия (перегревание организма) свыше 10 дней?	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет	Если «Да», укажите подробности
6. Выезжает ли ребенок с постоянного места жительства или на отдых?	Если «Да», укажите количество раз выезда _____ в год, перечислите места пребывания	
7. Принимает ли ребенок постоянно какие-либо лекарственные препараты?	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет	Если «Да», укажите какие, в какой дозе
8. Принимает ли ребенок сейчас или принимал ранее иммуносупрессоры (в т.ч. глюкокортикоиды)? Использовались ли когда-либо при лечении препараты крови?	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет	Если «Да», укажите какие
2. Связана ли профессиональная или иная деятельность родителей с нижеперечисленным:		
9. С опасностью радиоактивного облучения, СВЧ облучения, опасными химическими веществами.	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет	Если «Да», укажите подробности
10. С пребыванием в экологически неблагоприятных районах, районах с неблагоприятным климатом, зонах химического или радиоактивного заражения, с вооруженными конфликтами.	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет	Если «Да», укажите подробности
3. Имеются ли у ребенка в настоящее время или имелись ранее следующие заболевания и проявления (симптомы):		
11. Любые врожденные пороки развития и (или) заболевания.	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет	
12. Заболевания органов дыхания: астма, хронический бронхит, туберкулез, саркоидоз, эмфизема, хроническая обструктивная болезнь легких, буллезная болезнь, навязчивый кашель, постоянные хрипы в легких, одышка и т.п.	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет	
13. Заболевания нервной системы: врожденные пороки, нейрофиброматоз (болезнь Реклингхаузена), телеангиэктатическая атаксия (синдром Луи-Бар) и т.п., параличи и парезы (врожденные и приобретенные), судорожный синдром (или готовность), экстрапирамидные расстройства, демиелинизирующие заболевания, миастении и т.п.	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет	
14. Заболевания желудочно-кишечного тракта: пороки развития, гастрит, язва желудка, язва двенадцатиперстной кишки, цирроз печени, панкреатит и т.п.	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет	
15. Заболевания мочеполовой системы: мочекаменная болезнь, хронический пиело- или гломерулонефрит, хроническая почечная недостаточность, состояние после нефрэктомии (удаления почки), заболевания, передающиеся половым путем (венерические заболевания, герпетическая инфекция, цитомегаловирусная инфекция), папилломы, полипы мочевого пузыря и уретры и т.п.	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет	
16. Заболевания эндокринной системы: диабет, повышенное содержание сахара в крови, увеличение щитовидной железы, тиреоидит, гипер- и или гипотиреоз, заболевания надпочечников, гипофиза и т.п.	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет	
17. Заболевания опорно-двигательного аппарата: пороки развития, дисплазии, артриты, остеопороз, боли в суставах, сколиоз, иные деформации опорно-двигательного аппарата, позвоночника остеомы и т.п.	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет	
18. Заболевания уха, горла, носа, глотки и ротовой полости: хронический ларингит, хронический тонзиллит, синусит, контактные язвы и папилломатоз, фиброматоз, пахидермия, кератоакантома или кожный рог, абразивный хейлит Манганотти, лейкоплакия и т.п.	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет	

20. Заболевания крови и лимфатической системы: анемия, нарушение свертываемости крови, лейкопения, тромбофилия, лимфаденит, лимфедема и т.п. Отмечались ли у ребенка когда-либо длительные кровотечения любой локализации (как травматические, так и спонтанные); тромбозы; спонтанное возникновение «синяков» на теле; длительное существующее увеличение лимфоузлов? Отмечались ли у ребенка изменения в анализах крови?	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
21. Заболевания кожи: склеродермия, эритема, лейкоплакия, псориаз, дерматомиозит, крауроз, невусы (сосудистые, пигментные), синдром базально-клеточного невуса, синдром линейного сального невуса, множественный родинковый синдром; грибковые поражения кожи и слизистых в т.ч. молочница; рецидивирующие гнойничковые поражения кожи и слизистых и т.п.	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
22. Заболевания глаз: глаукома, катаракта, миопия, гиперметропия, отслойка сетчатки и т. п. Отмечал ли ребенок за последний год изменение (сужение) полей зрения; появление темных пятен, вспышек перед глазами?	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
23. Вопрос для мальчиков: лейкоплакия, лейкокератоз, остроконечные кондиломы (папилломы) полового члена, варикоцеле, водянка яичка, и т. п.	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
24. Вопрос для девочек: нарушение менструального цикла.	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
Если Вы ответили «Да» хотя бы на один из вопросов 11-24, укажите подробности: _____ _____ _____ _____	
25. Акушерская патология при беременности и родах?	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет Если «Да», укажите подробности
26. Были ли вирусные инфекции у матери во время беременности?	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет Если «Да», укажите подробности
27. Вакцинировалась ли мать во время беременности?	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет Если «Да», укажите подробности
28. Возраст матери на момент беременности?	
29. Выполнялись ли рентгенографические исследования во время беременности матери, если да, то, как часто?	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет Если «Да», укажите причину
30. Находится ли ребенок под диспансерно-динамическим наблюдением?	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет Если «Да», укажите диагноз и с какого возраста
31. Проходил ли ребенок диспансеризацию в течение последнего года?	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет Если «Да», укажите результаты
32. Посещает (посещал до школы) ли ребенок детские дошкольные учреждения (садик)?	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет Если «Нет», укажите причину
33. Как часто (сколько раз в год) ребенок болеет простудными заболеваниями?	
34. Болеет ли ребенок СПИДом, инфицирован ВИЧ?	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет Если «Да», укажите подробности
35. Болеет ли ребенок гепатитом А, В, С, D и прочими?	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет Если «Да», укажите подробности
36. Проходил ли ребенок лечение в стационаре в течение последних 5 лет?	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет Если «Да», укажите дату и диагноз
37. Проходил ли ребенок недавно, проходит в настоящее время или планирует проходить какие-либо диагностические обследования?	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет Если «Да», укажите подробности
38. Проходит ли ребенок лечение (стационарное, амбулаторное) в настоящее время?	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет Если «Да», укажите подробности
39. Имеются ли у ребенка или имелись в течение последних 5 лет повреждения, травмы (в т.ч. переломы, ранения, черепно-мозговые травмы и др.)?	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет Если «Да», укажите подробности
40. Длилось ли когда-либо у ребенка заболевание более 6 недель?	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет Если «Да», укажите причину и срок.
41. Употребляет ли ребенок психотропные препараты, наркотики?	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет Если «Да», укажите, с какой целью

ПРАВИЛА СТРАХОВАНИЯ

НА СЛУЧАЙ ДИАГНОСТИРОВАНИЯ ЗЛОКАЧЕСТВЕННОГО ОНКОЛОГИЧЕСКОГО ЗАБОЛЕВАНИЯ

42. Устанавливалась ли ребенку ранее или установлена в настоящее время категория «ребенок-инвалид»? Если «Да», укажите дату, группу и диагноз	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
диагноз: _____ гр. _____ дата _____ диагноз: _____ гр. _____ дата _____	
43. Был ли ребенок оперирован когда-либо за последние 5 лет или ему планируется оперативное вмешательство? Если «да» укажите:	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
диагноз: _____ дата _____ диагноз: _____ дата _____	
44. Имеются или имелись ранее у близких родственников ребенка (мать/отец, брат/сестра, бабушка/дедушка, тетя/дядя) онкологические заболевания, новообразования? Если «Да», укажите родственную связь, диагноз и возраст родственника к моменту установления онкологического заболевания?	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
_____ лет, _____ лет, _____ лет.	
45. Названия медицинских учреждений, в которые наблюдается ребенок или может обратиться:	
1) _____, адрес: _____, № мед. карты: _____ Ф.И.О. лечащего врача: _____	
2) _____, адрес: _____, № мед. карты: _____ Ф.И.О. лечащего врача: _____	

Настоящим заявляю, что при заполнении данного заявления все поставленные страховой компанией вопросы мне были понятны, их содержание и смысл мне ясны.

Отвечая на поставленные вопросы, я сообщил обо всех известных мне сведениях и обстоятельствах, имеющих существенное значение для определения степени страхового риска и вероятности наступления страхового случая. Я ознакомлен с содержанием статьи 944 ГК РФ и заявляю, что все сведения, сообщенные мною в настоящем заявлении, являются полными и достоверными.

Мне известно, что сообщение страховщику ложных сведений о степени риска по договору является основанием недействительности договора страхования. Мне известно, что я обязан сообщать ООО «ЖАСО-ЛАЙФ» о всяких изменениях в обстоятельствах, относительно которых мне были заданы вопросы в настоящем заявлении.

Я разрешаю любому сотруднику ООО «ЖАСО-ЛАЙФ», принимающему решение по вопросу заключения договора страхования и/или рассмотрения заявленного страхового события по страхованию, в соответствии со статьей 13 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации" запрашивать и получать в медицинских и иных учреждениях, в которые я обращался, состоял(а) на учете и/или проходил(а) обследование и/или лечение, документы и сведения, в том числе выписки из медицинских документов и копии медицинских документов, оформленные в установленном порядке (истории болезни, амбулаторные карты и т.п.), а также всю необходимую информацию касательно состояния здоровья застрахованного лица, результатов всех проведенных анализов и иных исследований, течения заболевания, оперативных вмешательств и иных сведений, составляющих врачебную тайну, а также предоставлять вышеуказанному сотруднику ООО «ЖАСО-ЛАЙФ» доступ к медицинской документации, необходимой для рассмотрения вопроса о выплате страхового обеспечения.

Я согласен на обработку (в том числе сбор, систематизацию, накопление, хранение, уничтожение /обновление, изменение, использование, распространение, в том числе передачу, обезличивание, блокирование, уничтожение) Страховщиком и уполномоченными им третьими лицами своих персональных данных (в соответствии с Федеральным законом от 27.07.2006г. "О персональных данных" №152-ФЗ), указанных в настоящем заявлении, в договоре страхования (а также иных персональных сведений, получаемых Страховщиком при исполнении договора страхования), любыми способами, установленными законом, в целях, связанных с исполнением обязательств по договору

страхования, а также в целях информирования Страхователя о программах страхования, о сроке действия договора и в иных целях путем осуществления Страховщиком прямых контактов со Страхователем с помощью средств связи, а также выражаю Страховщику согласие на предоставление, в т.ч. Выгодоприобретателю(ям), информации об исполнении Страховщиком и/или Страхователем обязательств по договору страхования, в том числе информацию об оплате и размере страховой премии (страховых взносов), размере страховой суммы, о возникновении и урегулировании претензий, наступлении/вероятности наступления страховых случаев, выплате страхового возмещения и другую имеющую отношение к договору страхования информацию. При этом мое согласие дается страховщику на весь срок действия договора страхования и в течение пяти лет после окончания срока действия договора страхования и может быть отозвано мною в любой момент времени путем передачи страховщику подписанного письменного уведомления. Также я согласен на обработку перестраховщиками и аудиторами ООО «ЖАСО-ЛАЙФ» сообщенных мною ООО «ЖАСО-ЛАЙФ» персональных данных любым предусмотренным законодательством Российской Федерации способом и разрешаю ООО «ЖАСО-ЛАЙФ» передачу моих персональных данных указанным категориям лиц.

Являетесь ли Вы или Застрахованное лицо, Выгодоприобретатель, поименованные в настоящем заявлении-анкете, иностранным публичным должностным лицом (ИПДЛ), его супругом/ой или близким родственником (родственником по прямой восходящей или нисходящей линии – родителем/ребенком, бабушкой/дедушкой, внуком(ой), полнородным или неполнородным братом/сестрой, усыновителем или усыновленным), иностранным налогоплательщиком? Да Нет
Если «ДА» (указать Ф.И.О., степень родства, должность, страну, налогоплательщиком указанные лица являются): _____

Являетесь ли Вы или Застрахованное лицо, Выгодоприобретатель, поименованные в настоящем заявлении-анкете, должностным лицом публичной международной организации или лицом, занимающим (замещающим) государственную должность Российской Федерации, должность члена Совета директоров Центрального Банка Российской Федерации, должность федеральной государственной службы, назначение на которую и освобождение от которой осуществляется Президентом Российской Федерации или Правительством Российской Федерации, должность в Центральном банке Российской Федерации, государственной корпорации или иной организации, созданной Российской Федерацией на основании федеральных законов, включенную в перечни должностей, определяемых Президентом Российской Федерации? Да Нет
Если «ДА» (указать Ф.И.О., должность): _____

Я принимаю на себя ответственность за полноту и достоверность сведений, изложенных о Застрахованном лице и согласен (-на), что данное заявление-анкета является неотъемлемой частью договора страхования/полиса.

Страхователь _____ / _____ /
Фамилия, имя, отчество / подпись
«__» _____ 20__ г.

поле для отметок Страховщика

Заявление принял _____ (Ф.И.О.)

Дата получения «__» _____ 201__ г.

Повышающие коэффициенты: _____

Результат андеррайтинга: _____

Базовый тариф, %	Тариф с учетом пов. коэф., %	Страховая сумма, руб.	Страховая премия, руб.

Страховщик: _____
(подпись, Ф.И.О.)

Дата: «__» _____ 201__ г.

Приложение № 5
к Правилам страхования на случай
диагностирования злокачественного
онкологического заболевания

ДОГОВОР КОЛЛЕКТИВНОГО СТРАХОВАНИЯ
НА СЛУЧАЙ ДИАГНОСТИРОВАНИЯ ЗЛОКАЧЕСТВЕННОГО ОНКОЛОГИЧЕСКОГО
ЗАБОЛЕВАНИЯ

№ _____

г. _____ г.

Общество с ограниченной ответственностью «Страховая Компания ЖАСО-ЛАЙФ», именуемое в дальнейшем Страховщик, в лице _____ действующего (-ей) на основании _____, с одной стороны, и _____, именуемое (-ая) в дальнейшем Страхователь, в лице _____, действующего (-ей) на основании _____, с другой стороны, заключили настоящий Договор о нижеследующем.

1. ПРЕДМЕТ ДОГОВОРА

1.1. Предметом настоящего Договора является обязательство Страховщика за обусловленную настоящим Договором страховую премию произвести страховую выплату при наступлении страховых случаев, предусмотренных в настоящем Договоре.

1.2. Страхование осуществляется на основании заявления Страхователя (Приложение № 1 к настоящему Договору) и Правил страхования на случай диагностирования злокачественного онкологического заболевания в редакции от _____ (далее - Правила страхования), а также в соответствии с условиями настоящего Договора.

1.3. Застрахованными лицами по настоящему Договору страхования являются _____ в количестве _____ человек, согласно «Списку Застрахованных лиц» (Приложение 2 к настоящему Договору). Список Застрахованных лиц, представленный Страхователем, прилагается к настоящему Договору и является его неотъемлемой частью.

1.4. В течение срока действия настоящего Договора Страхователем могут быть внесены изменения в список Застрахованных лиц. Все изменения и дополнения оформляются в письменной форме Дополнительным соглашением к настоящему Договору.

Застрахованное лицо, названное в настоящем Договоре, может быть заменено Страхователем другим лицом лишь с согласия самого Застрахованного лица и Страховщика.

1.5. Выгодоприобретателем по настоящему Договору является физическое или юридическое лицо, назначенное с письменного согласия Застрахованного лица в качестве получателя страховой выплаты. Если Застрахованный умер, не получив, причитающуюся ему страховую выплату, а Выгодоприобретатель не был назначен, то выплата производится наследникам Застрахованного лица пропорционально их наследственным долям.

1.6. Во всем, что не предусмотрено настоящим Договором страхования стороны руководствуются Правилами страхования и действующим законодательством Российской Федерации.

2. СТРАХОВЫЕ СЛУЧАИ

2.1. В соответствии с настоящим Договором Страховщик, страховым случаем является злокачественное онкологическое заболевание, впервые диагностированное Застрахованному лицу в течение срока, обусловленного договором страхования, но не ранее даты истечения периода ожидания.

2.2. Событие признается страховым случаем при условии, что диагноз подтвержден квалифицированным врачом – онкологом на основании различных методов диагностики в медицинском учреждении на территории Российской Федерации, имеющим соответствующую лицензию на проведение онкологической помощи.

2.3. Не признается страховым случаем:

- любой прединвазивный рак (carcinoma in situ);
- любой ранний инвазивный рак (микрокарцинома);
- любые ассоциированные злокачественные состояния (например, миелодиспластические, миелопролиферативные заболевания крови);
- все облигатные предраковые заболевания;
- базалиомы, все раки кожи (за исключением их метастазирования или прорастания в другие органы, а также за исключением злокачественной меланомы с толщиной при гистологическом исследовании более 1,5 мм по Бреслоу);
- онкологические заболевания, связанные со СПИД, с ВИЧ-инфицированием, саркома Капоши, кроме случаев инфицирования при исполнении своих служебных обязанностей или в результате медицинских манипуляций, если иное не предусмотрено договором страхования;
- рецидив ранее диагностированного или вылеченного онкологического заболевания;
- установления диагноза злокачественного онкологического заболевания в период ожидания.

2.4. Страховщик освобождается от страховой выплаты в случае если страховой случай наступил вследствие:

- воздействия ядерного взрыва, радиации или радиоактивного заражения;
- умысла Страхователя, Застрахованного лица, Выгодоприобретателя.

3. СТРАХОВАЯ СУММА, СТРАХОВАЯ ПРЕМИЯ

3.1. Общая страховая сумма по настоящему Договору составляет _____ (_____) руб.

Страховая сумма на каждое Застрахованное лицо определена в списке Застрахованных лиц.

3.2. Общая страховая премия по настоящему Договору составляет _____ (_____) руб.

3.3¹. Страховая премия уплачивается единовременно путем перечисления общей суммы страховой премии за всех Застрахованных лиц на расчетный счет Страховщика в течение 5 банковских дней с момента подписания настоящего договора.

3.3² Страховая премия уплачивается путем перечисления общей суммы страховой премии за всех Застрахованных лиц на расчетный счет Страховщика в рассрочку:

- первый взнос в размере _____ рублей подлежит уплате в течение 5 банковских дней со дня подписания настоящего Договора.

- второй страховой взнос в размере _____ рублей подлежит уплате в срок до _____ г.

3.5. В случае непоступления страховой премии (первого взноса) в размере и установленный срок, настоящий договор считается несостоявшимся, и поступившие денежные средства возвращаются Страхователю.

В этом случае Страховщик не несет ответственности по событиям, произошедшим после подписания настоящего договора.

3.6. При неуплате Страхователем в предусмотренные договором страхования сроки очередного страхового взноса или уплаты его в меньшем размере Страховщик вправе прекратить договор страхования в качестве последствий неуплаты Страхователем страховых взносов, путем направления Страхователю письменного уведомления о своем намерении (п. 3 статьи 954 ГК РФ).

¹ п.4.3. – при единовременной оплате страховой премии

² п.4.3. – при оплате страховой премии в рассрочку

Договор страхования считается прекратившим свое действие при неполучении от Страхователя ответа в срок, указанный в уведомлении (но не ранее 10 рабочих дней с даты отправки) или получения от него отказа от исполнения обязательств по договору страхования.

4. СРОК ДЕЙСТВИЯ ДОГОВОРА

4.1. Срок действия настоящего Договора 1 год.

4.2. Договор вступает в силу с «__» _____ г., при условии уплаты Страхователем страховой премии (первого страхового взноса) согласно п.3.3 настоящего Договора и действует по «__» _____ г.

4.3. Страхование, обусловленное настоящим Договором, распространяется на страховые случаи, происшедшие после вступления договора страхования в силу и истечения срока ожидания.

4.4. Период ожидания по настоящему Договору устанавливается ____ дней для всех Застрахованных лиц.

5. СТРАХОВАЯ ВЫПЛАТА

5.1. При наступлении события, имеющего признаки страхового случая Застрахованное лицо (Страхователь, Выгодоприобретатель) обязан сообщить Страховщику о наступлении страхового случая любым доступным способом, позволяющим зафиксировать факт сообщения (по факсу, по электронной почте, письмом), в течение 30 (Тридцати) календарных дней после того, как ему стало известно о наступлении страхового случая (с даты установления диагноза «злокачественное онкологическое заболевание»).

5.2. Для осуществления страховой выплаты Страховщику должны быть представлены следующие документы:

5.2.1. письменное заявление о страховой выплате;

5.2.2. документ, удостоверяющий личность Застрахованного лица (его представителя);

5.2.3. выписка из амбулаторной карты/истории болезни Застрахованного лица по месту его жительства и/или иных лечебных учреждений, в которых Застрахованное лицо наблюдалось в течение последних 5 лет с указанием общего физического состояния, поставленных диагнозов и дат их постановки, предписанного и проведенного лечения, дат госпитализаций и их причин, установленных групп инвалидности (с указанием их дат и причин), направления на Медико-социальную экспертизу, акта освидетельствования МСЭ (с указанием их дат и причин);

5.2.4. заключение врача - онколога из медицинского учреждения, расположенного на территории Российской Федерации и имеющего соответствующую лицензию на оказание онкологической помощи с указанием: предварительного диагноза, его кода в соответствии с МКБ-10 и даты его установления; полного окончательного клинического диагноза, его кода в соответствии с МКБ-10, стадии заболевания, даты установления окончательного клинического диагноза;

5.2.5. удостоверенные медицинским учреждением, имеющим соответствующую лицензию на оказание онкологической помощи, копии результатов медицинских исследований (лабораторных и инструментальных, аппаратных), проведенных для постановки окончательного диагноза;

5.2.6. удостоверенную медицинским учреждением копии выписных эпикризов (в случае пребывания в стационаре).

5.3. При наступлении страхового случая страховая выплата осуществляется³:

- по Таблице выплат «Диагностирование злокачественного онкологического заболевания» в процентах от страховой суммы (Приложение №2 к настоящим Правилам);

- в размере 100% страховой суммы, установленной в договоре страхования.

³ Указывается вариант выплат определенный при заключении договора страхования

5.4. Страховщик в течение 10 рабочих дней, после представления всех необходимых документов, составляет страховой акт либо направляет в письменном виде извещение об отказе в страховой выплате с указанием причин отказа.

5.5. Страховая выплата производится в течение 10 рабочих дней с даты составления страхового акта Застрахованному лицу (Выгодоприобретателю).

6. ПРОЧИЕ УСЛОВИЯ

6.1. Во всех случаях, не оговоренных настоящим Договором, Стороны руководствуются Правилами страхования и законодательством Российской Федерации.

6.2. Споры, возникающие по настоящему Договору, разрешаются путем переговоров с привлечением при необходимости специально созданной экспертной комиссии из представителей Сторон. При недостижении соглашения спор передается на рассмотрение арбитражного суда в порядке, предусмотренном законодательством Российской Федерации.

7. ОБРАБОТКА СТРАХОВЩИКОМ ПЕРСОНАЛЬНЫХ ДАННЫХ

7.1. Страхователь обязан получить согласие Застрахованных лиц на обработку Страховщиком их персональных данных.

7.2. Заключая настоящий Договор, Страхователь выражает свое согласие на осуществление Страховщиком обработки указанных в нем персональных данных Застрахованных физических лиц.

7.3. Страхователь несет ответственность за предоставление согласия Застрахованных физических лиц (далее – субъект персональных данных) на обработку их персональных данных.

7.4. Под обработкой персональных данных в настоящем Договоре и Правилах понимается: сбор, систематизация, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), использование, обезличивание, блокирование, уничтожение, а также совершение иных действий с персональными данными физических лиц в статистических целях и в целях проведения анализа страховых рисков.

7.5. Для осуществления вышеуказанных целей Страховщик имеет право передавать персональные данные, ставшие ему известными в связи с заключением и исполнением Договора, третьим лицам, с которыми у Страховщика заключены соответствующие соглашения, обеспечивающие надежное хранение и предотвращение незаконного разглашения (конфиденциальность) персональных данных.

7.6. Страховщик обязуется обеспечивать сохранность и неразглашение персональных данных субъекта персональных данных в целях иных, нежели предусмотрены настоящим Договором.

7.7. Субъект персональных данных вправе отозвать свое согласие на обработку персональных данных полностью или в части информирования о других продуктах и услугах путем направления письменного заявления Страховщику способом, позволяющим достоверно установить дату получения данного заявления Страховщиком.

7.8. В случае полного отзыва субъектом персональных данных своего согласия на обработку персональных данных действие настоящего Договора в отношении такого лица прекращается, а в случае отзыва такого согласия субъектом персональных данных, являющимся Страхователем, настоящий Договор прекращается полностью. При этом действие настоящего Договора прекращается досрочно с даты получения Страховщиком соответствующего заявления об отзыве согласия на обработку персональных данных.

7.9. После прекращения действия настоящего Договора (в том числе при его расторжении), а также в случае отзыва субъектом персональных данных согласия на обработку своих персональных данных, Страховщик обязуется уничтожить такие персональные данные в срок, установленный законодательством Российской Федерации.

8. ПРИЛОЖЕНИЯ

8.1. Все изменения и дополнения к настоящему Договору оформляются дополнительным соглашением, которое является его неотъемлемой частью и действует после его подписания Страховщиком и Страхователем.

8.2. При неисполнении или ненадлежащем исполнении сторонами условий Договора возникающие споры разрешаются в досудебном порядке, а в случае невозможности достичь согласия - в судебном порядке, предусмотренном законодательством Российской Федерации.

8.3. Во всем остальном, что не предусмотрено настоящим Договором страхования, стороны руководствуются Правилами страхования.

8.4. Настоящий договор составлен в двух экземплярах, имеющих одинаковую юридическую силу, по одному для Страховщика и Страхователя.

8.5. Все приложения к настоящему договору являются его неотъемлемой частью:

- Приложение №1- Заявление на страхование;
- Приложение №2- Список Застрахованных лиц - на _____ листах;
- Приложение № 3-Правила страхования на случай диагностирования злокачественного онкологического заболевания в редакции от _____ г.

9. РЕКВИЗИТЫ СТОРОН

СТРАХОВАТЕЛЬ:

СТРАХОВЩИК:

 Адрес: _____,
 Банковские реквизиты: р/с _____,
 к/с _____ в _____,
 БИК _____, ИНН _____,
 ОКВЭД _____, ОКПО _____,
 КПП _____, ОГРН _____

ООО «ЖАСО-ЛАЙФ»
 Адрес: _____,
 Банковские реквизиты: р/с _____,
 к/с _____ в _____,
 БИК _____, ИНН _____,
 ОКВЭД _____, ОКПО _____,
 КПП _____, ОГРН _____

(должность)_____
(должность)_____
(подпись)
М.П._____
(Ф.И.О.)_____
(подпись)
М.П._____
(Ф.И.О.)

ЗАЯВЛЕНИЕ НА СТРАХОВАНИЕ

СТРАХОВАТЕЛЬ:

Полное наименование

Юридический адрес

Фактический адрес

Контактное лицо (Ф.И.О.) Телефон

Банковские реквизиты: ИНН БИК

Р/с Полное наименование банка (город)

К/с ОГРН

Прошу заключить договор страхования на случай диагностирования злокачественного онкологического заболевания в пользу физических лиц /сотрудников в количестве _____ человек, согласно прилагаемого «Список Застрахованных лиц».

УСЛОВИЯ СТРАХОВАНИЯ:

страховой риск
злокачественное онкологическое заболевание, впервые диагностированное Застрахованному лицу в течение срока, обусловленного договором страхования, но не ранее даты истечения периода ожидания.
Страховая выплата ((нужное указать √)
<input type="checkbox"/> по Таблице выплат «Диагностирование злокачественного онкологического заболевания» в процентах от страховой суммы (Приложение №1 к настоящим Правилам)
<input type="checkbox"/> в размере 100% индивидуальной страховой суммы

С условиями страхования ознакомлен и согласен.

Приложение:

1. Список Застрахованных лиц на _____ листах.
2. Анкеты Застрахованных лиц _____ чел.

« _____ » _____ 20__ г.

_____ (_____)
подпись (Ф.И.О.)
м.п.

