

УТВЕРЖДАЮ:

Президент

ЗАО «АИГ страховая и перестраховочная компания»

_____ (Стуканова Е.Ю.)

«29» мая 2009 года

**ПРАВИЛА (ПОЛИСНЫЕ УСЛОВИЯ)
СТРАХОВАНИЯ ОТ РАКОВЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ**

- I. Общие положения и Определения
- II. Объем страхового покрытия: страховые риски (страховые события) и страховой случай
- III. Исключения из страхового покрытия
- IV. Порядок определения страховой суммы, страхового тарифа и страховой премии (страховых взносов)
- V. Срок действия страхового покрытия (период страхования). Досрочное прекращение договора страхования
- VI. Общие условия осуществления страховой выплаты и порядок определения размера страховой выплаты
- VII. Основания освобождения Страховщика от обязанности произвести страховую выплату
- VIII. Порядок заключения договора страхования
- IX. Права и обязанности сторон по договору страхования
- X. Порядок разрешения споров

Приложение 1. Таблица страховых тарифов

Приложение 2. Образец страхового полиса

Приложение 3. Заявление выгодоприобретателя о страховой выплате

Приложение 4. Страховой акт

Приложение 5. Заявление на внесение изменений в Страховой полис

Приложение 6. Заявление об отказе от Договора страхования

I. Общие положения и Определения.

1. На основании настоящих Правил (Полисных условий) страхования от раковых заболеваний (далее - Правила страхования и (или) Полисные условия страхования) ЗАО «АИГ страховая и перестраховочная компания», далее именуемое «Страховщик» при условии оплаты Страхователем страховой премии в размере, в сроки и в порядке, как указано в настоящих Правилах (Полисных условиях) страхования и *Договоре страхования*, предоставляет Страхователю (Застрахованному лицу) страховое покрытие от страховых рисков, указанных в *Договоре страхования* на условиях, указанных в настоящих Правилах (Полисных условиях) страхования и *Договоре страхования*.
2. Страховое покрытие предоставляется в течение срока действия *Договора страхования*, указанного в *Договоре страхования*.
3. Правила (Полисные условия) страхования, положения *Договора страхования* и Таблица размеров страховых сумм, страховых выплат и страховой премии, отражают особенности страхового покрытия, правила и условия его предоставления и (или) применимые к ним.
4. Любые вопросы, не урегулированные настоящими Правилами (Полисными условиями) страхования и (или) не предусмотренные *Договором страхования*, регулируются применимым гражданским и страховым законодательством Российской Федерации.
5. Целью страхования, предоставляемого на условиях настоящих Правил (Полисных условий) страхования, является удовлетворение потребностей тех лиц, которые желают быть защищенными от непредвиденных расходов и (или) финансовых потерь, являющихся следствием диагностирования ракового заболевания.
6. Указанные определения применимы к настоящим Правилам (Полисным условиям) страхования и *Договору страхования*, заключенному на основании настоящих Правил (Полисных условий). Они сохраняют свое значение, где бы не использовались в Правилах (Полисных условиях) страхования и *Договоре страхования*, и прописаны курсивом.

Атипичные клетки

Клетки, которые должны быть исследованы в целях диагностики. Это включает извлечение их для исследования путем *Биопсии* или *Аспирации*.

Аспирация

Извлечение или попытка извлечь жидкость, газ, или ткань из тела для микроскопической экспертизы или диагностических целей.

Биопсия

Извлечение и изучение живых тканей из органов тела для микроскопической экспертизы или диагностических целей.

Больница

Учреждение, которое имеет приспособление для размещения пациентов и средства обслуживания для диагноза, хирургии и лечения. Это не включает частную лечебницу, центр реабилитации, дом престарелых или оздоровительное учреждение санаторного типа или лечебное учреждение санаторного типа.

Врач

Должным образом квалифицированный и осуществляющий деятельность в соответствии с требованиями применимого законодательства Врач, не являющийся:

- *Страхователем, Застрахованным лицом,*
- членом семьи или родственником *Застрахованного лица,*

Выгодоприобретатель

Страхователь и (или) Застрахованное лицо, как указано в Страховом полисе.

Дата начала

Дата начала срока действия Договора страхования, указанная в Страховом полисе.

Договор страхования

Под договором страхования понимается *Страховой полис*, с приложением настоящих Правил (Полисных Условий) страхования, Приложений, Дополнительных соглашений (если таковые имеются).

Единственный родитель

Страхователь, который имеет Ребенка или Детей и не состоит в законном браке на дату заключения договора страхования.

Застрахованное Лицо

Лицо, на которое распространяется действие страхового покрытия, предоставляемого на основании настоящих Правил (Полисных условий) страхования. Застрахованное лицо должно постоянно проживать (более чем 180 (сто восемьдесят) дней непрерывно в течение календарного года) на территории Российской Федерации.

Лечение в больнице (Стационар)

Лечение пациента в больнице на протяжении, по меньшей мере, 24 (двадцати четырех) часов.

Первичный очаг

Участок ткани, на котором происходят первые злокачественные изменения, относящиеся к определенному виду *Рака*.

Первоначальный период

Первоначальный период означает период действия покрытия с *Даты начала* и до окончания месяца, следующего за месяцем, в котором началось действие покрытия.

Период ожидания

Временная франшиза, т.е. количество первых дней действия *Страхового полиса*, в течение которых действие страхового покрытия не распространяется и *Страховая выплата Страховщиком* не производится, даже в случае диагностирования в указанный период соответствующего заболевания. *Период ожидания* составляет 90 календарных дней, если иной срок не установлен *Договором страхования*.

План страхования

Соответствующий вариант программы страхования.

План, Семейный

Программа страхования, предусматривающая предоставление страхового покрытия для *Страхователя*, его (ее) *Супруги (Супруга)*, их родных детей, а также усыновленных или находящихся на попечении детей.

План, Индивидуальный

Программа страхования, предусматривающая предоставление страхового покрытия исключительно *Страхователю*. В случае когда *Страхователь* является *Единственным родителем*, страховое покрытие распространяется на Ребенка или Детей

Предшествующее показание

Любое медицинское показание (диагностированное или нет), в связи с которым до *Даты начала Страхователя* и (или) *Застрахованное лицо*:

- принимал (-ло) лекарственные препараты, врачебные рекомендации или лечение; или

- подвергался исследованию на предмет наличия симптомов *Рака*.

Любое медицинское показание, о котором *Страхователь* и (или) *Застрахованное лицо* знает (независимо от того, диагностирован или нет) на *Дату начала*, будет рассматриваться как предшествующее показание.

Рак

Любая злокачественная опухоль, характеризующаяся неконтролируемым ростом и распространением злокачественных клеток и их вторжение в ткань. Диагноз должен быть подтвержден гистологическим свидетельством злокачественности и подтвержден онкологом или патологом.

Рак Женских органов

Любой вид ракового заболевания, первичный очаг которого находится в следующих органах:

- грудь,
- яичник,
- фаллопиевы трубы,
- матка,
- шейка матки,
- влагалище,
- вульва.

Рак Мужских органов

Любой вид ракового заболевания, первичный очаг которого находится в следующих органах:

- грудь,
- яички,
- пенис,
- простата.

Ребенок

Ребенок *Застрахованного лица*, родной, усыновленный (удочеренный), находящийся на попечении либо ребенок *Супруга (Супруги)*, проживающий совместно с указанными лицами, в возрасте от 6 (шести) месяцев до 18 (восемнадцати) лет, либо в возрасте до 23 (двадцати трех) лет, если является студентом (студенткой) дневной формы обучения.

Страхователь

Лицо старше 18 (восемнадцати) лет и моложе 60 (шестидесяти) лет, указанное в *Страховом полисе* в качестве *Страхователя*.

Срок действия Договора страхования

Срок, указанный в *Страховом полисе*, в течение которого действует *Договор страхования*. Если иное не указано в *Договоре страхования* *Срок действия Договора страхования* составляет 1 (один) календарный месяц. *Договор страхования* автоматически пролонгируется на один месяц при условии оплаты *Страховой премии* в соответствии с настоящими Правилами (Полисными условиями) страхования.

Страховая премия

Плата за страхование, которую *Страхователь* обязан оплачивать *Страховщику* в порядке, в сроки и на условиях, предусмотренных настоящими Правилами (Полисными условиями) страхования и заключенным *Договором страхования*.

Страховая сумма

Сумма, указанная в *Страховом полисе* и в пределах которой *Страховщик* обязуется осуществить *Выгодоприобретателю* *Страховую выплату* по определенному риску, указанному в *Страховом полисе*.

Страховой полис

Документ, выданный *Страховщиком* *Страхователю* в подтверждение заключения *Договора страхования* на отраженных в нем условиях.

Страховщик

Закрытое акционерное общество “АИГ страховая и перестраховочная компания”, лицензия Федеральной службы страхового надзора РФ С № 3947 77 от 29 декабря 2006 года

125 009 Москва

Ул. Тверская, 16/2

Тел: +7 495 935 8950

Факс: +7 495 935 8352

Супруг (Супруга)

Лицо, состоящее в браке со *Страхователем* и (или) *Застрахованным лицом*, старше 18 (восемнадцати) лет и моложе 60 (шестидесяти) лет, и указанное в *Страховом полисе* в качестве *Застрахованного лица*.

Территория страхования

Весь мир: страховое покрытие предоставляется по всему миру.

II. Объем страхового покрытия: страховые риски (страховые события) и страховой случай

7. а) Диагностика Рака Мужских или Женских органов (далее - Диагностика):

В соответствии с настоящими Правилами (Полисными условиями) страхования *Страховщик* осуществит единовременную *Страховую выплату* *Застрахованному лицу* в пределах установленной в *Страховом полисе* *Страховой суммы*, в связи с его (её) первичной диагностикой *Врачом Рака Мужских или Женских органов*.

Такая *Страховая выплата* будет предоставлена *Страховщиком*, в дополнение к любому получаемому *Страхователем* или *Застрахованным лицом* доходу, пенсии (пособию), или любой выплате по болезни, и независимо от факта и размера таких выплат.

б) Хирургическая операция при диагностировании Рака Мужских или Женских органов (далее - Хирургия):

Страховое покрытие по настоящему пункту предоставляется только в отношении взрослых в дополнение к покрытию, предусмотренному п. «а» настоящего раздела.

В соответствии с настоящими Правилами (Полисными условиями) страхования *Страховщик* осуществит единовременную *Страховую выплату* в пределах установленной в *Страховом полисе* *Страховой суммы* по факту проведения *Хирургической операции*, если *Страхователю* или *Застрахованному лицу* произведена *Диагностика*, и если операция будет выполнена *Доктором* в течение 2 (двух) лет после диагноза, который непосредственно связан с *Раком Мужских или*

Женских органов, на которые распространяется действие настоящих Правил (Полисных условий) страхования и заключенного *Договора страхования*. Страховая выплата по настоящему покрытию (*Хирургия*) производится только один раз в течение жизни *Застрахованного лица*.

Страховое покрытие при этом не распространяется на диагностическую хирургию, связанную с диагностированием *Рака*, включая *Биопсию* или *Аспирацию*.

в) Потеря Месячного Дохода при диагностировании Рака Мужских или Женских органов:

Страховое покрытие по настоящему пункту предоставляется только в отношении взрослых в дополнение к покрытию, предусмотренному п. «а» настоящего раздела.

В соответствии с настоящими Правилами (Полисными условиями) страхования *Страховщик* осуществит *Страховую выплату* в пределах установленной в *Страховом полисе* *Страховой суммы* по указанному виду риска, если *Страхователю* или *Застрахованному лицу* произведена *Диагностика*. В этом случае *Страховщик* осуществит регулярные (фиксированные) *Страховые выплаты* по компенсации потери месячного дохода *Застрахованного лица* в течение 12 (двенадцати) месяцев подряд с даты *Диагностики*.

Страховую выплату по данному событию *Страховщик* будет осуществлять не позднее 10 (десятого) числа каждого соответствующего месяца, начиная с месяца, следующего за датой *Диагностики*, если *Договором страхования* не предусмотрено иное.

г) Возникновение расходов по Ежедневной оплате лечения в больнице (далее - *Ежедневная оплата стационара*) при диагностировании Рака

В соответствии с настоящими Правилами (Полисными условиями) страхования *Страховщик* осуществит *Страховую выплату* в пределах установленной в *Страховом полисе* *Страховой суммы* по указанному виду риска, если *Страхователю* или *Застрахованному лицу* произведена диагностика *Рака* и осуществляется лечение *Рака* или проведение хирургической операции, непосредственно связанных с *Раком*.

Страховую выплату по данному событию *Страховщик* осуществит в размере расходов по ежедневной оплате лечения в больнице, в том числе в случае проведения хирургической операции, при условии, что такое лечение или хирургическая операция непосредственно связаны с *Раком*, понесенных в течение не более 90 (девяносто) календарных дней, при этом это могут быть как последовательные 90 (девяносто) дней, так и по совокупности. По настоящему покрытию (*Ежедневная оплата стационара*) *Страховщик* покрывает расходы, понесенные в течение 5 (Пяти) лет с даты диагностики *Рака*.

д) Диагностика Рака иного, чем Рак Женских или Мужских органов:

В случае предоставления *Страхового покрытия* по данному риску, *Страховое покрытие* по рискам *Потеря Месячного Дохода* и (или) *Хирургия* в случае *Диагностики Рака* не предоставляется.

В соответствии с настоящими Правилами (Полисными условиями) страхования *Страховщик* осуществит *Страховую выплату* *Страхователю* или *Застрахованному лицу* в пределах установленной в *Страховом полисе* *Страховой суммы* по указанному виду риска, если *Страхователю* или *Застрахованному лицу* произведена диагностика *Рака* иного, чем *Рак Женских* или *Мужских органов*. Единовременная *Страховая выплата* производится после первичной диагностики *Врачом Рака* иного, чем *Рак Женских или Мужских органов*.

Такая *Страховая выплата* будет предоставлена *Страховщиком*, в дополнение к любому получаемому *Страхователем* или *Застрахованным лицом* доходу, пенсии (пособию), или любой выплате по болезни, и независимо от факта и размера таких выплат.

е) Диагностика Рака у Детей, застрахованных по Семейному плану¹

В соответствии с настоящими Правилами (Полисными условиями) страхования *Страховщик* осуществит *Страховую выплату* *Страхователю* или родителям или законным опекунам

¹ В случае когда *Страхователь* является *Единственным родителем*, страховое покрытие распространяется на *Ребенка* или *Детей*.

(попечителям) *Ребенка* в пределах установленной в *Страховом полисе* *Страховой суммы* по указанному виду риска, если *Ребенку* произведена первичная диагностика *Рака*, а *Страховое покрытие* предоставляется на основе *Семейного плана*.

Страховое покрытие по рискам, предусмотренным пп. а, б, в, г настоящего Раздела в отношении детей не предоставляется.

8. Условия предоставления *Страхового покрытия* и *Период ожидания*:

В соответствии с настоящими Правилами (Полисными условиями) страхования *Страховщик* осуществит *Страховую выплату*, если:

1. *Рак* диагностирован до достижения *Страхователем* или *Застрахованным лицом* 60-летия;
2. *Страхователю* или *Застрахованному лицу* не был поставлен диагноз *Рак* до *Даты начала*.
3. *Страхователь* или *Застрахованное лицо* получает медицинские консультации, имеет симптомы или ему проведены тесты, либо *Страхователь* или *Застрахованное лицо* получает любое медикаментозное лечение или иное лечение, которое приводят к диагнозу *Рак* после истечения *Периода ожидания*, установленного по *Страховому полису*.

Период ожидания по *Страховому полису* составляет 90 (девяносто) дней после *Даты начала*, если *Страховым полисом* не предусмотрено иное.

III. Исключения из *Страхового покрытия*.

9. *Страховщик* не предоставляет *Страховое покрытие* и *Страховую выплату* по требованию в связи с *Раком*, если *Рак* или *Атипичные клетки* были диагностированы до *Даты начала*.

10. *Страховщик* не предоставляет *Страховое покрытие* и *Страховую выплату* по требованию о *Страховой выплате*, если:

- а) *Страхователь* или *Застрахованное лицо* в течение *Периода ожидания* получает медицинские консультации, имеет симптомы или ему проведены тесты, либо получает любое медикаментозное лечение или иное лечение, которое приводят к диагнозу *Рак* до истечения *Периода ожидания*, установленного по *Страховому полису*;
- б) любой *Рак* непосредственно вызван любым *Предшествующим показанием*;
- с) *Страхователь* или *Застрахованное лицо* имеет опухоли, которые являются гистологически предраковыми, либо представляющие собой неинвазивный *Рак* или *Рак in situ*;
- д) *Рак* диагностирован после смерти или *Рак* диагностирован на фоне ВИЧ или условий любого Синдрома приобретенного иммунодефицита;
- е) *Рак* вызван гиперкератозом, базальным эпидермоцитом, и сквамозным раком кожи, или меланомой размером менее 1.5 (полтора) миллиметров по шкале Бреслоу или менее уровня 3 по шкале Кларка, кроме случаев, когда имеются подтверждения метастаз;

IV. Порядок определения страховой суммы, страхового тарифа и страховой премии (страховых взносов).

11. Страховая сумма устанавливается по соглашению сторон в отношении каждого отдельного риска (страхового события), указанного в пункте 7 раздела II настоящих Правил (Полисных условий) страхования и (или) совокупно по всем *Страховым событиям*.

12. Конкретный размер страхового тарифа определяется *Договором страхования* по соглашению сторон на основе разработанных *Страховщиком* страховых тарифов.

13. *Страховая премия* может быть изменена Страховщиком при условии предварительного уведомления Страхователя за 30 календарных дней до *Даты начала* очередного возобновленного *Договора страхования*, действующего с измененной *Страховой премией*. *Договор страхования* с измененной *Страховой премией* направляется Страховщиком Страхователю. Оплата *Страховой премии* по новому *Договору страхования* подтверждает согласие Страхователя с измененным размером *Страховой премии*. При несогласии Страхователя с измененным размером *Страховой премии* *Договор страхования* не возобновляется на новый срок, а уплаченная в меньшем размере *Страховая премия* подлежит возврату Страхователю.

14. *Страховая премия* оплачивается единовременно, если иной порядок не установлен договором страхования.

- *страховая премия* подлежит оплате в срок, установленный *Договором страхования*.

- если *Страховая премия* по поручению (заявлению) Страхователя удерживается работодателем или иным плательщиком из заработной платы или пенсии Страхователя, то указанные суммы *Страховой премии* должны перечисляться на расчетный счет Страховщика ежемесячно в дату, когда Страхователю выплачивают/начисляют заработную плату (пенсию), с учетом положений п. 22 настоящих *Правил страхования*, если иное не установлено *Договором страхования*;

- если *Страховая премия* уплачивается в порядке прямого списания с лицевого счета Страхователя или банковским переводом, то указанные суммы *Страховой премии* должны перечисляться на расчетный счет Страховщика ежемесячно с соответствующего счета в банке, с учетом положений п. 22 настоящих *Правил страхования*, если иное не установлено *Договором страхования*.

15. *Страхователь* каждый раз обязан удостовериться, что *Страховая премия* удержана из заработной платы или пенсии либо списана со счета в соответствующем банке в надлежащее время (в срок) и за надлежащий период, чтобы убедиться в том, что *Страховое покрытие* по *Страховому полису* действует. При просрочке оплаты *страховой премии* более 90 (девяноста) дней *Договор Страхования* автоматически прекращается (не пролонгируется) с 1 числа первого неоплаченного календарного месяца.

16. *Страховая премия*, уплачиваемая в порядке удержания из заработной платы или пенсии Страхователя, считается оплачиваемой за предыдущий календарный месяц, в котором осуществляется перечисление/оплата, если иное не установлено *Договором страхования*;

- *Страховая премия*, уплачиваемая в порядке списания с лицевого счета Страхователя или банковским переводом, считается оплачиваемой за предыдущий календарный месяц, в котором произведено списание, если иное не установлено *Договором страхования*.

17. В случае неуплаты *страховой премии* в установленные *Договором страхования* сроки, Страховщик направляет Страхователю по последнему известному адресу или через работодателя письмо с напоминанием об оплате *Страховой премии* в установленные сроки и с указанием новых сроков оплаты. В случае если *Страховая премия* не будет оплачена в назначенный Страховщиком срок, *Договор страхования* не будет возобновлен на новый неоплаченный Страхователем срок. При оплате *Страховой премии* в установленный Страховщиком срок, *Договор страхования* пролонгируется на следующий оплаченный Страхователем срок.

В случае несвоевременной или неполной оплаты первой *Страховой премии* в соответствии с условиями настоящих *Правил страхования*, *Договор страхования* считается несостоявшимся, *Страховые выплаты* по нему не производятся, а уплаченная в неполном объеме *Страховая премия* подлежит возврату.

18. Размеры *Страховых сумм (Страховых выплат)*, *Страховой премии* указаны в Таблице приведенной ниже, и являются максимальными показателями, отражающими объем страхового обязательства Страховщика по осуществлению *Страховой выплаты* и обязательства Страхователя по уплате *Страховой премии* по заключенному *Договору страхования*:

Таблица размеров страховых сумм, страховых выплат и страховых премий по соответствующему Плану страхования

План страхования	1	2	3	4	5
Диагностика Рака Мужских или Женских органов (единовременная выплата)	100 000	200 000	300 000	400 000	500 000
Хирургическая операция при диагностировании Рака Мужских или Женских органов (единовременная выплата)	20 000	40 000	60 000	80 000	100 000
Потеря Месячного дохода при диагностировании Рака Мужских или Женских органов (ежемесячные выплаты, максимум 12 месяцев)	5 000	10 000	15 000	20 000	25 000
Возникновение расходов по Ежедневной оплате лечения в больнице при диагностировании Рака (ежедневные пособия, максимум 90 дней)	250	500	750	1 000	1 250
Диагностика Рака иного, чем Рак Женских или Мужских органов (единовременная выплата)	20 000	40 000	60 000	80 000	100 000
Диагностика Рака у Детей, застрахованных по Семейному плану ²	20 000	40 000	60 000	80 000	100 000
18-29					
18-29	100	160	240	320	400
30-39					
30-39	150	300	450	600	750
40-49					
40-49	300	600	900	1 200	1 500
50-59					
50-59	450	850	1 300	1 700	2 100
18-29					
18-29	200	320	480	640	800
30-39					
30-39	300	600	900	1 200	1 500
40-49					
40-49	600	1 200	1 800	2 400	3 000
50-59					
50-59	900	1 700	2 600	3 400	4 200

V. Срок действия страхового покрытия (период страхования). Досрочное прекращение Договора страхования.

19. *Страховое покрытие действует с Даты начала, указанной в Страховом полисе.*

² В случае когда Страхователь является Единственным родителем, страховое покрытие распространяется на Ребенка или Детей.

Действие *Страхового покрытия* прекращается с момента наступления одного из следующих событий:

- а) прекращение оплаты *Страховой премии* в порядке, в размере и в сроки, указанные в настоящих Правилах (Полисных условиях) страхования и (или) *Страховом полисе* с учетом положений пункта 17 настоящих Правил страхования;
- б) в случае смерти *Страхователя*;
- в) в случае прекращения брака, - в отношении *Семейного плана* и страхования *Супруга (Супруги)* с даты прекращения брака;
- д) в случае досрочного прекращения *Страхового полиса* по инициативе *Страхователя* и на основе его письменного уведомления об этом, направленного в адрес *Страховщика* и с указанием даты предполагаемого досрочного прекращения *Страхового полиса*. При этом, если *Страховая премия* уплачивается в порядке удержания из заработной платы или пенсии *Страхователя*, *Страхователь* самостоятельно извещает работодателя о необходимости прекращения осуществления вычетов. Если *Страховая премия* уплачивается в порядке списания с лицевого счета или в порядке банковского перечисления, *Страхователь* самостоятельно извещает банк о необходимости прекращения списаний;
- е) в случае досрочного прекращения *Страхового полиса* по инициативе *Страховщика*, если это обусловлено не исполнением или ненадлежащим исполнением *Страхователем* положений Правил (Полисных условий) страхования или заключенного *Договора страхования*. *Страховщик* направляет *Страхователю* соответствующее письменное уведомление об этом с указанием причины и даты предполагаемого досрочного прекращения *Страхового полиса*. Письменное уведомление *Страховщика* направляется за 30 (Тридцать) дней до даты расторжения *Договора страхования*.
- ж) в случае, если *Страхователь* или *Застрахованное лицо* в течение более, чем 180 (ста восьмидесяти) дней подряд проживал за пределами Российской Федерации;
- з) *Страхователь* и (или) *Застрахованное лицо* достиг (-ло) возраста 60 (шестидесяти) лет;
- и) в отношении покрытия для *Ребенка*: с момента достижения ребенком возраста 18 (восемнадцати) лет или возраста 23 (двадцати трех) лет, в случае получения высшего образования с условием очного обучения; либо, если *Страховое покрытие* с *Семейного плана* заменяется на *Страховое покрытие*, предоставляемое на условиях *Индивидуального плана*, и *Страхователь* не является *Единственным родителем*.

20. *Семейный план* заменяется на *Индивидуальный план* в случаях:

- а) смерти Супруга или Супруги;
- б) достижения Супругом (Супругой) возраста 60 (шестидесяти) лет на дату оплаты очередной страховой премии (очередного страхового взноса);
- в) письменного запроса *Страхователя* о смене программы *Страхового покрытия* с *Семейного плана* на *Индивидуальный план* - на ближайшую дату оплаты очередной страховой премии.

В отношении *Семейного плана* *Страхователь* извещает *Страховщика* о любых изменениях в отношении *Супруга (Супруги)* либо *Ребенка* в письменном виде в течение 8 (восьми) рабочих дней с момента наступления таких изменений, если такие изменения требуют прекращения или изменения *Страхового покрытия* в отношении названных лиц.

21. *Договор страхования* заключается на 1 (Один) месяц с автоматической пролонгацией на аналогичный срок при условии оплаты *Страховой премии* в установленные *Договором страхования* сроки.

22. Если *Страховая премия* по поручению *Страхователя* удерживается из заработной платы *Страхователя*, действие страхового покрытия зависит от периодичности платежей.

- Оплата первой страховой премии осуществляется в первый день выплаты *Страхователю* заработной платы, выплачиваемой за месяц, следующий за месяцем, в котором началось действие страхового покрытия. Первая страховая премия является

согласованной сторонами оплатой Страховой премии за весь Первоначальный период страхования, если она внесена в размере, в порядке и в сроки, согласованные Сторонами.

- Последующая ежемесячная Страховая премия оплачивается за страховое покрытие, предоставляемое за предыдущий календарный месяц (такой оплатой является фактическое списание денежных средств со счета Страхователя в случае перечисления премии с банковского счета Страхователя, либо списание денежных средств со счета Работодателя Страхователя, в случае оплаты ежемесячной премии Работодателем на основе поручения. Выданного ему Страхователем.

VI. Общие условия осуществления страховой выплаты и порядок определения размера страховой выплаты.

23. Уведомление о наступлении *Страхового события* должно быть направлено *Страховщику* письменно в течение 30 (тридцати) календарных дней с даты наступления *Страхового события*.

24. *Страховщик* вправе потребовать от заявителя заполнения дополнительных форм документов и (или) прохождения медицинской экспертизы с целью урегулирования (удовлетворения) требования о *Страховой выплате*.

25. Заявитель обязан предоставить *Страховщику* право, а в случаях, прямо предусмотренных действующим законодательством Российской Федерации, - и письменное разрешение получить любые медицинские сведения и (или) сообщения и (или) справки, отчеты, выписки и т.п., которые *Страховщику* необходимы от любого медицинского работника, проводившего соответствующее исследование, - в той мере, в какой такие сведения и документы необходимы *Страховщику* для урегулирования заявленного требования о *Страховой выплате*.

Если медицинская экспертиза и (или) получение медицинских сведений и документов инициированы *Страховщиком*, то *Страховщик* самостоятельно будет нести связанные с этим расходы.

26. *Выгодоприобретатель* обязан предоставить *Страховщику* любое свидетельство, документы, сведения, информацию и (или) любое другое подтверждение, которое необходимо для подтверждения заявленного требования о *Страховой выплате*, при этом *Выгодоприобретатель* самостоятельно несет расходы и издержки, связанные с получением, сбором, запросом указанных сведений и документов, за исключением любых медицинских сообщений и отчетов, которые запрашивает *Страховщик*.

27. Если *Выгодоприобретатель* умышленно не предоставил либо предоставил *Страховщику* заведомо ложную информацию, которая является существенной для признания обязательства *Страховщика* и принятия решения о *Страховой выплате*, *Страховщик* вправе отказать в предоставлении *Страховой выплаты*, в той мере, в какой такое умышленное непредоставление или предоставление заведомо ложной информации повлияло на обязанность *Страховщика* предоставить *Страховую выплату*.

28. В случае смерти *Страхователя* и (или) *Застрахованного лица* *Страховщик* вправе потребовать вскрытия, в той мере, в какой такое требование не противоречит действующему законодательству Российской Федерации.

29. В случае неисполнения (ненадлежащего исполнения) *Страхователем* и (или) *Застрахованным лицом* иных положений настоящих Правил (Полисных условий) страхования и заключенного Договора страхования, *Страховщик* вправе отказать в предоставлении *Страховой выплаты*, в той мере, в какой такое неисполнение (ненадлежащее исполнение) повлияло на обязанность *Страховщика* предоставить *Страховую выплату*.

30. Если *Врач* подтвердит, что *Диагноз Страхователя* и (или) *Застрахованного лица* обусловлен курением или, если медицинская карта *Страхователя* и (или) *Застрахованного лица* содержит сведения о том, что *Застрахованное лицо* курит или курило в прошлом, *Страховщик* предоставит *Страховую выплату* в размере, не превышающем 85% (восемьдесят пять процентов) от установленной в *Страховом полисе* *Страховой суммы*.

Страхователь обязан уплачивать *Страховую премию* в размере, соответствующем его возрасту на дату заключения первого *Договора страхования*, в течение всего времени действия *Договоров страхования*, в том числе с учетом их возобновления (при условии отсутствия перерывов между возобновлением) вплоть до их истечения или прекращения действия, независимо от возраста *Страхователя(-ей)*.

31. Максимальные размеры *Страховой выплаты*:

- *Страховщик* при наступлении соответствующего *Страхового события*, предусмотренного *Страховым полисом*, и признании его *Страховым случаем* предоставит *Страховую выплату* в размере, не превышающем суммы, указанные в Таблице размеров страховых сумм, страховой выплаты и страховой премии по соответствующему Плану страхования по соответствующему *Страховому событию*.

- *Страховщик* предоставит только одну *Страховую выплату* в течение всей жизни *Страхователя* и (или) *Застрахованного лица*, вне зависимости от количества раковых заболеваний, от которого *Страхователь* и (или) *Застрахованное лицо* страдало.

- *Страховое покрытие* в отношении *Супруга (Супруги)* по *Семейному плану* распространяется на все страховые риски, предусмотренные в отношении *Страхователя*.

- Максимальная сумма *Страховой выплаты Ребенку* за *Диагностику Рака* по *Семейному плану* приведена в Таблице размеров страховых сумм, страховой выплаты и страховой премии по соответствующему Плану страхования. На *Ребенка* не распространяется выплата в отношении *Рака Мужских или Женских половых органов*.

32. Для получения *Страховой выплаты* заявитель обязан предоставить следующие документы:

1. Заявление на страховую выплату;
2. Выписка с диагнозом;
3. Результат гистологического исследования;
4. Копия паспорта и Страхового полиса.
5. Больничный лист для осуществления выплаты по риску «Потеря Месячного Дохода при диагностировании Рака Мужских или Женских органов». Больничный лист подлежит предъявлению ежемесячно перед каждой выплатой.

Страховщик вправе потребовать предоставления дополнительных документов, необходимых для установления страхового случая и осуществления страховой выплаты.

VII. Основания освобождения Страховщика от обязанности произвести страховую выплату.

33. *Страховщик* освобождается от обязанности произвести *Страховую выплату*, если/в случае:

а) *Рак*, диагностированный у *Страхователя* или *Застрахованного лица*, вызван загрязнением любым ядерным топливом, ядерными отходами, горение ядерного топлива или ядерного оборудования (Событие не является страховым).

б) мошенничества со стороны *Страхователя* или *Застрахованного лица*.

34. Если имели место мошенничество, умышленное введение *Страховщика* в заблуждение (обман) или предоставление заведомо ложной информации, при заключении *Договора страхования* и предоставлении информации, необходимой для заключения *Договора страхования*, или в связи с заявлением требования о *Страховой выплате*, *Страховщик* вправе досрочно прекратить действие *Страхового полиса* путем направления *Страхователю* соответствующего письменного уведомления, как только *Страховщику* стало известно о таком факте мошенничества. В этом случае *Страховщик* *Страховую выплату* не производит, а уплаченную *Страховую премию* не возвращает.

Страховщик вправе не признавать требование о *Страховой выплате*, если:

- *Страхователь* или *Застрахованное лицо* предоставил (-ло) заведомо ложную информацию при заключении *Договора страхования*;
- *Страховщик* может доказать, что *Риск* был вызван или произошел в связи с незаконными, преднамеренными (умышленными) действиями *Страхователя* или *Застрахованного лица*;
- *Страхователь* или *Застрахованное лицо* не выполняет требование *Страховщика* о предоставлении документов, необходимые для урегулирования требования о *Страховой выплате*, предусмотренные настоящими Правилами (Полисными условиями) страхования и (или) положениями заключенного *Договора страхования*;
- *Страхователь* или *Застрахованное лицо* не соглашается на раскрытие медицинской информации, запрошенной *Страховщиком* и имеющей непосредственное отношение к заявленному требованию о *Страховой выплате*.

VIII. Порядок заключения *Договора страхования*.

35. *Договор страхования* заключается путем выдачи вручения *Страховщиком* *Страхового полиса* на основании устного заявления *Страхователя*.

36. Все уведомления и извещения в связи с исполнением и прекращением *Договора страхования* направляются по адресам, которые указаны в *Страховом полисе*. В случае изменения адресов и/или реквизитов сторон стороны обязаны незамедлительно известить друг друга об этом. Если сторона не была своевременно извещена об изменении адреса и/или реквизитов другой стороны, то все уведомления и извещения, направленные по прежнему адресу, будут считаться полученными с момента их поступления по прежнему адресу. Любые уведомления и извещения в связи с заключением, исполнением или прекращением *Договора страхования*, считаются направленными сторонами в адрес друг друга, только если они сделаны в письменной форме.

37. Если в *Страховом полисе* не предусмотрено иное, то *Страховой полис*, заключенный (выпущенный) на основе настоящих Правил (Полисных условий) страхования, может быть подписан со стороны *Страховщика* в порядке проставления подписи уполномоченного представителя *Страховщика* и печати *Страховщика*, исполненных типографским способом. Такое подписание является надлежащим подписанием *Договора страхования* (полиса) со стороны *Страховщика*, если стороны не согласовали иное.

38. *Страхователь* в течение 30 (тридцати) календарных дней с даты получения *Страхового полиса* или с *Даты начала* в зависимости от того, какая из дат наступит позднее вправе отказаться от *Договора страхования*, вернуть все имеющиеся у него в этой связи документы. В этом случае *Страховщик* вернет уплаченную *Страхователю* *Страховую премию* в течение 30 (Тридцати) календарных дней с даты с даты получения письменного отказа *Страхователя*. *Страхователь* не вправе отказаться от *Договора страхования*, если по нему заявлено требование о *Страховой выплате*.

39. *Страхователь* вправе изменить условия договора страхования (план страхования, количество единиц покрытия, пр.), направив *Страхователю* заявление установленной формы (Приложение №

5). Заявление *Страхователя*, подписанное *Страховщиком*, является неотъемлемой частью *Договора страхования*, подтверждающим изменение условий договора. При изменении условий *Договора страхования* *Страховщик* вправе потребовать увеличения размера страховой премии, а *Страхователь* обязан оплачивать страховую премию в новом размере при увеличении объема страхового покрытия (изменении плана с индивидуального на семейный, выборе большего количества единиц покрытия). При уменьшении объема страхового покрытия (изменении плана с семейного на индивидуальный и выбор меньшего количества единиц) страховая премия также подлежит перерасчету соразмерно уменьшению покрытия. В соответствии с п. 1 ст. 452 ГК РФ, договор признается измененным с первого числа месяца, следующего за месяцем получения *Страховщиком* заявления *Страхователя*.

40. *Страхователь* не вправе передавать *Страховой полис* какому-либо другому лицу и (или) уступать по нему какие-либо права и обязанности.

41. Информация о передаче, хранении, обработке и ином использовании персональных данных *Страхователя* и (или) *Застрахованного лица*:

Персональные данные означают любые сведения, как они определены в действующем законодательстве Российской Федерации.

Страхователь, заключая *Договор страхования*, предоставляет *Страховщику* право на хранение, обработку и иное использование персональных данных *Страхователя* и (или) *Застрахованного лица* в течение *Периода страхования*.

Передача персональных данных *Страховщиком* третьим лицам допускается только в случаях, прямо предусмотренных действующим законодательством Российской Федерации.

IX. Права и обязанности сторон по *Договору страхования*.

Стороны *Договора страхования* имеют права и обязанности в соответствии с действующим законодательством Российской Федерации.

42. *Страховщик* обязан:

- Ознакомить *Страхователя* с условиями *Договора страхования* и настоящими Правилами (Полисными условиями) страхования.
- Сохранять конфиденциальность информации о *Страхователе*, *Застрахованных лицах*, *Выгодоприобретателях* в связи с заключением и исполнением *Договора страхования*.
- При наступлении *Страхового случая* произвести *Страховую выплату* в течение 15 рабочих дней после получения всех необходимых документов в соответствии с настоящими Правилами (Полисными условиями) страхования.

43. *Страхователь* обязан:

- Уплачивать *Страховую премию* в размере, в порядке и в сроки, определенные *Договором страхования*.
- В письменном виде сообщать *Страховщику* об изменениях, дополнениях или уточнениях, которые он намерен внести в условия *Договора страхования*, в том числе о перемене места жительства, рода деятельности банковских реквизитов и т.п.
- В течение 30 (тридцати) дней известить *Страховщика* любым доступным способом, позволяющим объективно зафиксировать факт обращения, о наступлении *Страхового события* с последующим предоставлением всей необходимой информации и приложением подтверждающих документов.

44. *Страхователь* имеет право:

- Досрочно в любое время расторгнуть *Договор страхования* с обязательным письменным уведомлением (по форме Приложения №6) об этом *Страховщика* за 30 (Тридцать) дней до даты

расторжения. При этом *Договором страхования* могут быть предусмотрены условия возврата части премии за неистекший период страхования. В случае если условия возврата не предусмотрены, премия не возвращается. При расторжении Договора страхования по инициативе *Страхователя* он обязан принять все меры для уведомления работодателя, банк, иные организации о прекращении удержания из его доходов *Страховых премий* и перечислений их *Страховщику*.

Х. Порядок разрешения споров

Страховщик обязуется приложить все усилия для того, чтобы обеспечить *Страхователю* и *Застрахованному лицу* необходимый уровень обслуживания. Если у *Страхователя* или *Застрахованного лица* появятся претензии к качеству обслуживания, им необходимо связаться с:

ЗАО «АИГ страховая и перестраховочная компания»

Россия 125 009 Москва

Ул. Тверская, 16/2

Таблица страховых тарифов
(в % в год от страховой суммы)

Условия страхования (страховой риск)	Тариф
Диагностика (пункт 7.а Правил страхования)	
возрастная категория от 18 до 29 лет	0,50
возрастная категория от 30 до 39 лет	0,94
возрастная категория от 40 до 49 лет	2,08
возрастная категория от 50 до 59 лет	2,92
Хирургическая операция (пункт 11.б правил страхования)	
возрастная категория от 18 до 29 лет	0,40
возрастная категория от 30 до 39 лет	0,76
возрастная категория от 40 до 49 лет	1,67
возрастная категория от 50 до 59 лет	2,33
Потеря Месячного Дохода (пункт 7.в Правил страхования)	
возрастная категория от 18 до 29 лет	0,20
возрастная категория от 30 до 39 лет	0,38
возрастная категория от 40 до 49 лет	0,83
возрастная категория от 50 до 59 лет	1,17
Ежедневная оплата стационара (пункт 7.г Правил страхования)	
возрастная категория от 18 до 29 лет	0,30
возрастная категория от 30 до 39 лет	0,57
возрастная категория от 40 до 49 лет	1,25
возрастная категория от 50 до 59 лет	1,75
Диагностика Рака иного, чем Рак Женских или Мужских органов (пункт 7.д Правил страхования)	
возрастная категория от 18 до 29 лет	0,40

возрастная категория от 30 до 39 лет	0,76
возрастная категория от 40 до 49 лет	1,67
возрастная категория от 50 до 59 лет	2,33
Диагностика Рака у Детей, застрахованных по Семейному плану (пункт 7.е Правил страхования)	0,30
Совокупный тариф по индивидуальному Плану страхования 1 для Застрахованного лица возрастной категории от 18 до 29 лет будет составлять: $T = (0,5*500 + 0,4*100 + 0,2*300 + 0,3*135 + 0,4*100) / (500 + 100 + 300 + 135 + 100) = 0,38\%$ от страховой суммы в год.	
<p>Пояснения к расчету тарифов по индивидуальному плану Страхования от раковых заболеваний. Тарифы по данной программе рассчитаны для индивидуальной программы.</p> <p>Для семейной программы к базовому страховому тарифу применяется повышающий коэффициент 1,9. При страховании сроком менее 1 (одного) года, страховая премия определяется в следующих размерах: при сроке страхования 1 месяц - 25%, 2 месяца - 35%, 3 месяца - 40%, 4 месяца - 50%, 5 месяцев - 60%, 6 месяцев - 70%, 7 месяцев - 75%, 8 месяцев - 80%, 9 месяцев - 85%, 10 месяцев - 90%, 11 месяцев - 95% от суммы годовой страховой премии.</p>	

Страховые тарифы по страхованию от раковых заболеваний рассчитаны для пяти Планов индивидуального страхования:

План страхования	Страховые суммы, руб.				
	1	2	3	4	5
Диагностика (пункт 7.а Правил страхования)	100 000	200 000	300 000	400 000	500 000
Хирургическая операция (пункт 7.б Правил страхования)	20 000	40 000	60 000	80 000	100 000
Потеря Месячного Дохода (пункт 7.в Правил страхования). Выплата в месяц.	5 000	10 000	15 000	20 000	25 000
Ежедневная оплата стационара (пункт 7.г Правил страхования). Выплата в день (максимум 90 дней)	250	500	750	1 000	1 250
Диагностика Рака иного, чем Рак Женских или Мужских органов (пункт 7.д Правил страхования)	20 000	40 000	60 000	80 000	100 000
Диагностика Рака у Детей, застрахованных по Семейному плану	20 000	40 000	60 000	80 000	100 000

Условия страхования	Тариф
План страхования 1:	

возрастная категория от 18 до 29 лет	0,38
возрастная категория от 30 до 39 лет	0,72
возрастная категория от 40 до 49 лет	1,59
возрастная категория от 50 до 59 лет	2,22
<u>План страхования 2:</u>	
возрастная категория от 18 до 29 лет	0,39
возрастная категория от 30 до 39 лет	0,76
возрастная категория от 40 до 49 лет	1,62
возрастная категория от 50 до 59 лет	2,21
<u>План страхования 3:</u>	
возрастная категория от 18 до 29 лет	0,44
возрастная категория от 30 до 39 лет	0,84
возрастная категория от 40 до 49 лет	1,87
возрастная категория от 50 до 59 лет	2,64
<u>План страхования 4:</u>	
возрастная категория от 18 до 29 лет	0,41
возрастная категория от 30 до 39 лет	0,83
возрастная категория от 40 до 49 лет	1,82
возрастная категория от 50 до 59 лет	2,53
<u>План страхования 5:</u>	
возрастная категория от 18 до 29 лет	0,42
возрастная категория от 30 до 39 лет	0,84
возрастная категория от 40 до 49 лет	1,85
возрастная категория от 50 до 59 лет	2,58

Данные тарифы являются базовыми. К данным тарифным ставкам страховщик имеет право применять повышающие от 1,0 до 10,0 или понижающие от 0,1 до 1,0 коэффициенты, исходя из обстоятельств, имеющих существенное значение для определения степени страхового риска (рода деятельности застрахованного, состояния здоровья застрахованного и др.).

Страховая выплата осуществляется в российских рублях.

СТРАХОВОЙ ПОЛИС № _____

Страхование от раковых заболеваний

► Личные сведения о Страхователе

Фамилия _____

Имя _____

Дата рождения _____

Адрес _____

Тел _____

► Застрахованные лица

(заполняется в случае выбора Семейного плана или Индивидуального плана)

Супруг (а): ДА нет

Дети: ДА нет

Количество детей _____

Супруга/супруг и все дети Страхователя застрахованы, если выбран Семейный план. Все дети Страхователя застрахованы, если выбран Индивидуальный план и Страхователь является единственным родителем. Дети – от 6 месяцев до 18 лет или до 23 лет, если обучаются на дневном отделении. Страхователь и его супруга/супруг могут быть приняты на страхование до достижения ими 60 лет.

► Пожалуйста, отметьте только одно поле для Семейного или Индивидуального плана, основываясь на необходимом Вам количестве Единиц покрытия!

Выбранный план покрытия

План индивидуальный:

План семейный:

Количество единиц:

Страховая премия (в месяц): _____

Поручение Работодателю

► Я, нижеподписавшийся, настоящим поручаю _____

_____ удерживать из моей ежемесячной зарплаты страховую премию в указанном размере и перечислять ее на счет ЗАО «АИГ страховая и перестраховочная компания» до момента пока я не дам распоряжение об обратном.

► Заявления Страхователя

Настоящим заявляю, что все вышеизложенная информация соответствует действительности. Я понимаю, что предоставление недостоверной информации или сокрытие правдивой информации могут привести к недействительности договора страхования и освобождению Страховщика от его обязательств.

Я заявляю, что перед подписанием настоящего Полиса я получил достаточную и подробную информацию о плане страхования, я получил копию *Правил (Полисных условий) страхования от раковых заболеваний* и копию настоящего Полиса, и что я понимаю и принимаю их содержание. Подписывая данный Страховой полис, я подтверждаю свое безусловное и неограниченное во времени согласие на обработку моих персональных данных, указанных в настоящем полисе, а также на их передачу (в том числе трансграничную передачу) для обработки любому иному юридическому лицу, в целях исполнения настоящего договора страхования. Страховщик вправе использовать при обработке моих персональных данных, автоматизированный, механический, ручной и любой иной способ по их усмотрению, а также вправе осуществлять трансграничную передачу моих персональных данных. Отзыв моего согласия на обработку персональных данных может быть осуществлен только путем подачи мной письменного заявления Страховщику.

Я понимаю, что в случае несоответствия между Правилами страхования и устными заявлениями представителя Страховщика, Правила страхования ЗАО «АИГ страховая и перестраховочная компания» будут иметь приоритет для всех целей.

Дата начала _____

Дата оплаты страховой премии _____

Срок действия Договора страхования: с Даты начала до окончания следующего календарного месяца с автоматической пролонгацией на каждый последующий календарный месяц при условии оплаты страховой премии в установленные сроки до отказа Страхователя от Договора страхования.

- Принятие Страховщиком

Номер представителя Страховщика _____

Подпись представителя Страховщика _____

Дата _____

Подпись Страхователя: _____

Подпись Страховщика _____

Президент _____ / _____ /

МП _____

Страховщик: ЗАО «АИГ страховая и перестраховочная компания»

Лицензия № _____ от _____

Адрес: Россия, Москва 125009, ул. Тверская 16/2.

Тел.: (495) 935-89-50; Факс: (495) 935-89-52

Россия, Санкт-Петербург 119186, наб. Реки Мойки, 36.

Тел.: +7(812) 449-47-61; Факс: +7 (812) 449-47-62

(пн-пт с 09.00 до 18.00)

www.aigirc.ru

Диагностика Рака Мужских или Женских органов (одновременная выплата)	100 000	200 000	300 000	400 000	500 000
Хирургическая операция при диагностировании Рака Мужских или Женских органов (одновременная выплата)	20 000	40 000	60 000	80 000	100 000
Потеря Месячного дохода при диагностировании Рака Мужских или Женских органов (ежемесячные выплаты, максимум 12 месяцев)	5 000	10 000	15 000	20 000	25 000
Возникновение расходов по Ежедневной оплате лечения в больнице при диагностировании Рака (ежедневные пособия, максимум 90 дней)	250	500	750	1 000	1 250
Диагностика Рака иного, чем Рак Мужских или Женских органов (одновременная выплата)	20 000	40 000	60 000	80 000	100 000
Диагностика Рака у Детей, застрахованных по Семейному плану	20 000	40 000	60 000	80 000	100 000

Если Врач подтвердит, что Диагноз Страхователя и (или) Застрахованного лица обусловлен курением или, если медицинская карта Страхователя и (или) Застрахованного лица содержит сведения с том, что Застрахованное лицо курит или курило в прошлом, Страховщик предоставит страховую выплату в размере, не превышающем 85% (восемьдесят пять процентов) от установленной в Страховом полисе Страховой суммы.

Заявление выгодоприобретателя о страховой выплате

Для скорейшего решения вопроса о выплате просьба заполнить все пункты данного заявления и приложить все необходимые документы.

ЗАЯВЛЕНИЕ ВЫГОДОПРИБРЕТАТЕЛЯ О СТРАХОВОЙ ВЫПЛАТЕ

ФИО Застрахованного	
Дата рождения (число/месяц/год).	

Домашний адрес Застрахованного Лица (адрес прописки, конт. адрес)	
Паспортные данные	
Серия _____ № _____	Кем выдан _____ и _____ когда _____
Индекс _____	Конт.тел. _____ E-mail _____

Данные о лечебных учреждениях, оказавших медицинскую помощь по заявляемому страховому случаю:	
Наименование: _____	
Адрес: _____	
Телефон: _____	Тел. _____
<u>Ф.И.О. и контактный телефон лечащих врачей:</u>	

Наименование, адрес и тел. участковой поликлиники/поликлиники по ДМС (в т.ч. даты наблюдения):	

Наименование, адрес и тел. поликлиники по месту работы (в т.ч. даты наблюдения):	

Наименование, адрес и тел. др. леч. учреждений, в которых наблюдается (-лся) Застрахованный (в т.ч. даты наблюдения):	

Номер Договора страхования (Полиса) и/или ФИО Страхователя:	
<input type="text"/>	<input type="text"/>
Диагностированное заболевание:	
<input type="text"/>	
Детальная информация о диагностированном заболевании:	
<input type="text"/>	

Дата _____ Подпись _____ ФИО (полностью) _____

Заявление подписывается Выгодоприобретателем, при этом Выгодоприобретатель, подписывая его, дает следующие заверения:

- Я подтверждаю, что вся информация, указанная в данном заявлении, является полной и достоверной. Никакие сведения, имеющие отношения к страховому случаю, не утаены.
- Настоящее заявление является моим письменным согласием на освобождение лечащих врачей от сохранения врачебной тайны в отношении ЗАО «АИГ страховая и перестраховочная компания».
- Настоящим подтверждаю свое согласие, что страховое возмещение или компенсация будут выплачены только после получения всех необходимых документов как от самого Застрахованного, так и из других источников.

Перечень прилагаемых документов:

№	Наименование документа	Оригинал	Копия
1	Страховой полис №		
2			
3			
4			

Дата _____ Подпись _____

- Настоящим выражаю ЗАО «АИГ страховая и перестраховочная компания», 125009, Москва, ул. Тверская, 16/2 свое безусловное и неограниченное во времени согласие на обработку моих персональных данных, указанных в настоящем заявлении, а также на их передачу (в том числе трансграничную передачу) для обработки любому иному юридическому лицу, в т.ч., в целях исполнения договора личного страхования. Указанные выше лица вправе использовать при обработке моих персональных данных, автоматизированный, механический, ручной и любой иной способ по их усмотрению, а также вправе осуществлять трансграничную передачу моих персональных данных. Отзыв моего согласия на обработку персональных данных может быть осуществлен только путем подачи мной письменного заявления оператору персональных данных.

ФИО(полностью) _____

В случае положительного решения прошу произвести страховую выплату

наличными _____ б/наличными _____ (отметить V)

Реквизиты Выгодоприобретателя для безналичной выплаты:

Название и адрес банка/ отделения банка: _____

Расчетный счет: _____ Корр. Счет: _____

ИНН: _____ БИК: _____

Личный счет №: _____

Подпись Выгодоприобретателя _____

Пожалуйста, отправьте данное заявление, с приложением оригиналов всех необходимых документов,

по адресу:

125009, г. Москва, ул. Тверская 16/2, ЗАО «АИГ страховая и перестраховочная компания». Факс: 7(095) 935 89 54/52

или в Санкт-Петербурге:

191186, г. Санкт-Петербург, ул. Набережная реки Мойки, 36. Тел (812) 449 47 61. Факс (812) 449 47 62.

СТРАХОВОЙ АКТ

Составлен: «_____» _____ 200... года на основании письменного заявления № ... от ... г.

Страхователь:

Страховой полис: № ... от ... г.

Срок действия договора с 00.00 часов ... г. По 24.00 часов ... г.

Страховая сумма:

Объект страхования:

Страховой случай:

Определение суммы выплаты: в соответствии с предоставленными документами причинены следующие виды убытков/ущерба / понесены следующие виды расходов:...

На основании всех предоставленных документов Страховщик признал данный случай как страховой и принял решение о выплате страхового возмещения в размере _____

Ранее произведенные выплаты: нет.

Франшиза: есть/нет.

Выплату произвести:

кому:

в следующем порядке:

Акт составлен представителем Страховщика: _____

К акту прилагаются следующие документы:

...

Утверждаю:

Президент ФИО _____

«_____» _____ 200... г.

Заявление на внесение изменений в Страховой полис
(заполняется в трех экземплярах)

Номер Страхового полиса _____ от (дата подписания) _____

Ф.И.О. Страхователя _____

Паспорт (серия, номер) _____ (кем, когда выдан) _____

Место работы _____
Название юридического лица (как в сертификате)

Примечания:

Настоящее Заявление является неотъемлемой частью указанного выше Страхового полиса, в случае возобновления последнего.

Настоящее Заявление, если оно принято представителем Страховщика и скреплено подписями Сторон, является подтверждением внесенных Сторонами изменений в указанный выше Страховой полис, в случае возобновления последнего.

Я хочу (необходимо отметить соответствующий пункт):

Внести изменения в Договор страхования

Изменение данных о Страхователе

Ф.И.О. _____

Изменение Данных о Работодателе (указать название нового юридического лица)

Увеличение/ Уменьшение страховой премии

Действующая страховая премия: _____ руб. Новая страховая премия: _____ руб.

Изменение плана страхования

Действующий план: (отметить прежний план страхования)	<input type="checkbox"/> Индивидуальный <input type="checkbox"/> Семейный	Новый план: (отметить вновь выбранный план страхования)	<input type="checkbox"/> Индивидуальный <input type="checkbox"/> Семейный
---	--	---	--

Изменение количества застрахованных детей

Вписать общее количество застрахованных детей (от 6 мес. до 18 лет или до 23 лет для студентов дневного отделения ВУЗа): _____

Внести изменения в способ оплаты или в информацию о банковской карте

Поручаю ЗАО «АИГ страховая и перестраховочная компания» ежемесячно списывать с расчетного счета моей карты страховую премию указанную в сертификате, взамен ежемесячного удержания из заработной платы,

(указать полный номер карты)

со сроком действия до _____ / _____ / 20____ г., до моего отказа от договора страхования и/или от настоящего поручения.

« _____ » _____ 20____ г.

Подпись

Расшифровка

Дата

Поручаю ЗАО «АИГ страховая и перестраховочная компания» удерживать из моей ежемесячной зарплаты страховую премию указанную в сертификате взамен списания с расчетного счета моей карты.

Поручение Работодателю

Я, нижеподписавшийся, настоящим поручаю _____ удерживать из моей ежемесячной зарплаты страховую премию в указанном размере и перечислять ее на счет ЗАО «АИГ страховая и перестраховочная компания» до момента пока я не дам распоряжение об обратном.

Подписывая данное Заявление, я подтверждаю свое безусловное и неограниченное во времени согласие на обработку моих персональных данных, указанных в настоящем заявлении, а также на их передачу (в том числе трансграничную передачу) для обработки любому иному юридическому лицу, в целях исполнения настоящего договора страхования. Страховщик вправе использовать при обработке моих персональных данных, автоматизированный, механический, ручной и любой иной способ по их усмотрению, а также вправе осуществлять трансграничную передачу моих персональных данных. Отзыв моего согласия на обработку персональных данных может быть осуществлен только путем подачи мной письменного заявления Страховщику.

Дата _____ заполнения _____ Заявления: « ____ » _____ 20 ____ г. Подпись
Страхователя: _____ / _____ /

ВНИМАНИЕ! Изменения вступают в силу с 1-го числа месяца, следующего за месяцем заполнения Заявления, но не ранее, чем Страховщик примет Заявление. Заявление действительно с подписью представителя Страховщика.

Дата _____ приема _____ Заявления: « ____ » _____ 20 ____ г. Подпись _____ представителя
Страховщика: _____ / _____ /

Просим Вас направить Заявление заказным письмом в «Отдел страхования от несчастных случаев и во время поездок» по адресу:
125009, г. Москва, ул. Тверская, д. 16/2, ЗАО "АИГ страховая и перестраховочная компания". Тел. (495)-935-8950, факс: (7 495) 935 89 52;
191186, г. Санкт-Петербург, наб. реки Мойки, д. 36. Тел (7 812) 449 47 61, факс (7 812) 449 47 62.

Заявление об отказе от Договора страхования
(отказ от пролонгации Договора страхования)
(заполняется в трех экземплярах)

Номер Договора (Страхового полиса) _____ **От** (дата подписания) _____

Ф.И.О. Страхователя _____

Паспорт (серия, номер) _____ (кем, когда выдан) _____

Место работы _____
Название юридического лица (как в сертификате)

необходимо отметить один из указанных ниже пунктов

отказываюсь от Договора страхования (от пролонгации Договора страхования)

Настоящим уведомляю об отказе продлить срок действия Договора на очередной срок страхования.

В связи с отказом от Договора страхования, прошу не требовать оплаты страховой премии, согласованной по Договору за соответствующий период. Ранее подписанную форму на удержание страхового взноса из начислений заработной платы прошу считать недействительной с момента удержания платы за все действующие периоды страхования.

отказываюсь от Договора страхования до истечения срока действия первоначального периода
(т.е. если отказ произошел до конца месяца следующего за месяцем подписания.)

Прошу считать указанный Договор незаключенным и аннулировать его с даты фактического подписания.

В связи с отказом от Договора страхования прошу не требовать оплаты страховой премии, согласованной по Договору. Ранее подписанную форму на удержание страхового взноса из начислений заработной платы прошу считать недействительной.

Дата _____ заполнения _____ Заявления: « _____ » _____ 20 ____ г. _____ Подпись
Страхователя: _____ / _____ /

Подписывая данное Заявление, я подтверждаю свое безусловное и неограниченное во времени согласие на обработку моих персональных данных, указанных в настоящем заявлении, а также на их передачу (в том числе трансграничную передачу) для обработки любому иному юридическому лицу, в целях исполнения настоящего договора страхования. Страховщик вправе использовать при обработке моих персональных данных, автоматизированный, механический, ручной и любой иной способ по их усмотрению, а также вправе осуществлять трансграничную передачу моих персональных данных. Отзыв моего согласия на обработку персональных данных может быть осуществлен только путем подачи мной письменного заявления Страховщику.

ВНИМАНИЕ! Договор прекращается с 1-го числа месяца, следующего за месяцем заполнения Заявления, но не ранее, чем Страховщик примет Заявление. Заявление действительно с подписью представителя Страховщика.

Дата _____ приема _____ Заявления: « _____ » _____ 20 ____ г. Подпись _____
Страховщика: _____ / _____ / _____ представителя