

Правила страхования критических заболеваний Seesam № KS 14

Утверждены на заседании правления Латвийского филиала Compensa Vienna Insurance Group ADB 30.06.2020.
Действуют с 1 июля 2020 года.

1. Страховщик

Латвийский филиал Compensa Vienna Insurance Group ADB (далее в правилах – “Страховщик”).

2. Страхователь

Физическое лицо, заключающее договор страхования в свою пользу или в пользу другого физического лица, или юридическое лицо, заключающее договор страхования критических заболеваний в пользу своего работника (работников) и родственников работника (работников).

3. Застрахованное лицо

Физическое лицо (далее – «Застрахованный»), имеющее страховой интерес и в пользу которого заключен договор страхования. Застрахованным может быть несовершеннолетний ребенок при условии, что несовершеннолетний ребенок застрахован вместе с кормильцем ребенка, работник Страхователя, с которым заключен трудовой договор. Застрахованный получает заработную плату на основании трудового договора за выполнение трудовых обязанностей, а Страхователь осуществляет налоговые платежи. Застрахованными также могут быть родственники работников Страхователя – супруг, родители, дети, приемные дети, усыновленные дети, брат, сестра, приемные родители. Родственники включаются в договор страхования только по согласованию со Страховщиком.

4. Страховой договор

4.1. Страховой договор состоит из страхового полиса критических заболеваний, приложений к страховому полису, дополнений, описания программ и условий страхования.

4.2. Права и обязанности Сторон Страхового договора распространяются на Страховщика, Застрахованного и Страхователя.

4.3. Заключение и действие Страхового договора:

4.3.1. Страховой договор считается заключенным и вступает в силу в дату и время, указанные в страховом полисе, при условии своевременной уплаты страховой премии и в соответствии с условиями, указанными в страховом договоре.

4.3.2. Размер страховой премии определяется Страховщиком в соответствии с информацией, предоставленной Страхователем и/или Застрахованным. Размер премии и порядок уплаты страховой премии указываются в страховом полисе.

4.3.3. Если стороны в письменной форме договорились о том, что страховая премия (или ее первая часть) уплачивается после даты заключения страхового договора, то, если страховая премия (или ее первая часть) уплачивается в срок и в размере, установленных Страховщиком, считается, что страховой договор вступил в силу в дату начала периода страхования, указанную в страховом полисе.

4.3.4. Если, вопреки тому, что указано в страховом полисе, страховая премия (или ее первая часть) не уплачена в установленный срок и в указанном размере, то считается, что договор страхования не вступил в силу со дня его заключения. Отдельное уведомление о том, что страховой договор не вступил в силу, Страхователю не направляется. Страховые случаи, произошедшие за это время, не учитываются.

4.3.5. Уплата страховой премии или ее первой части после срока оплаты, указанного в страховом полисе, не обязывает Страховщика принимать на себя какие-либо обязательства.

4.3.6. Любого рода устная информация или устные соглашения не являются обязательными для Страховщика. При заключении страхового договора по взаимному согласию Страхователя и Страховщика любой пункт договора страхования может быть изменен, исключен или дополнен в письменной форме. Если составляется приложение об изменении страхового договора и предусмотрена доплата страхового взноса, оплата должна быть произведена до даты, указанной в счете.

4.3.7. Страховой договор заключается на латышском языке в соответствии с действующими в Латвийской Республике нормативными актами. Если условия страхового договора были переведены и в связи с переводом возникли разногласия, определяющим будет считаться страховой договор на латышском языке.

4.4. Расторжение страхового договора

4.4.1. Страховщик и/или Страхователь могут расторгнуть страховой договор в соответствии с требованиями нормативных актов Латвийской Республики.

4.4.2. Прекращение договора страхования не влияет на право Страховщика требовать от Страхователя страховую премию или ее часть за период действия страхового договора.

4.4.3. Страховой договор, заключенный с физическим лицом, прекращается:

4.4.3.1. если Застрахованный получил положительный диагноз критического заболевания в течение периода ожидания, неиспользованная страховая премия возмещается Страхователю с удержанием административных расходов в порядке, установленном законом «О страховом договоре»;

4.4.3.2. если Застрахованный умирает в период выживания, уплаченная страховая премия Страхователю не возвращается;

4.4.3.3. когда Страховщик исполнил свои обязательства и выплатил предусмотренную страховым договором страховое возмещение в связи с наступлением страхового случая в период страхования.

4.4.4. Страховой договор, заключенный с юридическим лицом, прекращается:

4.4.4.1. если Застрахованный заболел критическим заболеванием в течение периода страхования и Страховщик выплатил страховое возмещение, предусмотренное страховым договором, страховой договор в отношении этого Застрахованного прекращается полностью, но страховой договор остается в силе в отношении остальных Застрахованных;

4.4.4.2. в случае наступления страхового случая у кого-либо из Застрахованных в течение периода ожидания страховое покрытие этого Застрахованного прекращается в полном объеме, но страховой договор остается в силе в отношении других Застрахованных. Неиспользованная страховая премия по данному Застрахованному возвращается Страхователю с удержанием административных расходов в порядке, установленном законом «О страховом договоре»;

4.4.4.3. если Застрахованный умирает в период выживания, он исключается из списка Застрахованных путем составления письменного приложения к страховому договору, уплаченная страховая премия за это лицо не возвращается;

4.4.5. Страхователь обязан письменно уведомить Страховщика о досрочном расторжении страхового договора в отношении Застрахованного, в отношении которого прекращается действие страхового договора. Страховщик имеет право не включать это лицо повторно в настоящий страховой договор.

4.4.6. Если при расторжении страхового договора премия не была уплачена за Застрахованного в полном размере, а возмещение по страховому случаю выплачено, Страхователь обязан уплатить оставшуюся часть премии.

4.4.7. Если текущая страховая премия, указанная в страховом договоре, не уплачена в указанный срок и в указанном размере, Страховщик направляет Страхователю письменное Предупреждение о несвоевременной и/или неполной текущей уплате страховой премии с предложением уплатить страховую премию в соответствии с условиями страхового договора, до указанной в предупреждении даты. Если выплата не произведена, страховой договор приостанавливается или расторгается в порядке, установленном Законом «О страховом договоре». В случае окончания страхового договора отдельное уведомление страхователю не направляется.

5. Период страхования

Срок действия страхового договора согласовывается сторонами перед заключением страхового договора.

6. Территория действия страхового договора

Застрахованные риски действуют 24 часа в сутки по всему миру.

7. Обязанности и права Страхователя и/или Застрахованного

7.1. Застрахованный обязан представить декларацию о состоянии здоровья, а также пройти определенные дополнительные медицинские обследования, необходимые для дополнительной оценки застрахованного риска, в медицинском учреждении, указанном Страховщиком. Застрахованный обязан предоставлять достоверную информацию о состоянии своего здоровья и проведенных медицинских проверках.

7.2. Страхователь и/или Застрахованный обязаны незамедлительно, как только возможно, письменно уведомить Страховщика о любых обстоятельствах, которые могут увеличить вероятность наступления застрахованного риска или размер возможных убытков, а также уведомить о любых изменениях в изначально предоставленной информации. В отношении такого сообщения Страховщик оставляет за собой право не включать данные изменения в страховой договор или включать их в расчет дополнительной страховой премии, если застрахованный риск увеличивается в результате этих изменений.

7.3. Страхователь и/или Застрахованный обязаны уведомить Страховщика о других действующих страховых договорах, распространяющихся на тот же объект страхования.

7.4. Страхователь обязан информировать Застрахованного, если он не является Страхователем, о том, что Застрахованный застрахован в соответствии с определенным страховым договором, условия которого Страхователь согласовал со Страховщиком, и Застрахованный обязан соблюдать эти условия.

7.5. Страхователь и/или Застрахованный обязаны ознакомиться, соблюдать и выполнять все требования положений страхового договора, установленных Страховщиком.

7.6. Застрахованный должен заботиться о состоянии своего здоровья.

7.7. Застрахованный обязан проходить обязательные и рекомендуемые проверки здоровья в соответствии с требованиями нормативных актов Латвийской Республики.

7.8. Застрахованный и/или Страхователь, представитель Застрахованного или получатель выгоды должны сообщить Страховщику о наступлении застрахованного риска незамедлительно, как только практически возможно, но не позднее, чем в течение 30 (тридцати) дней после установления первоначального или окончательного диагноза в случае критического заболевания.

7.9. Застрахованный обязан выполнять все указания лечащего врача при наступлении страхового случая.

7.10. Застрахованный обязан представить все необходимые документы, запрошенные Страховщиком для рассмотрения возмещения и принятия решения.

7.11. В случае смерти Страхователя и/или Застрахованного или Застрахованного(?) получатель выгоды или наследник обязан обеспечить требование Страховщика о констатации и оценке обстоятельств критического заболевания.

7.12. Обязанность доказывания наступления страхового случая возлагается на Застрахованного, а в случае его смерти – на получателя выгоды или наследника, если получатель выгоды не указан в страховом договоре.

7.13. О страховом случае можно сообщить в электронном виде на домашней странице Страховщика www.compensa.lv или отправить по электронной почте: veselib@compensa.lv. Заявление о получении страхового возмещения и другие документы, подтверждающие страховой случай, также могут быть представлены лично в офисе Страховщика.

7.14. Застрахованный имеет право подать жалобу Страховщику на решение, принятое по делу о возмещении, в течение 30 (тридцати) дней со дня получения решения.

8. Последствия неисполнения обязанностей Страхователя и/или Застрахованного

8.1. Если какое-либо действие или бездействие Страхователя и/или Застрахованного привело или приведет к введению Страховщика в заблуждение, страховой договор признается недействительным со дня его заключения, если только закон «О страховом договоре» не запрещает это в случае, когда заблуждение произошло в результате легкой небрежности. Страховщик не возвращает уплаченную страховую премию.

8.2. Страховщик по своему усмотрению может отказать в выплате страхового возмещения или уменьшить выплату компенсации на 50 (пятьдесят) %, если Страхователь и/или Застрахованный не выполнили или частично выполнили какое-либо из требований, указанных в страховом договоре, а также в случае, если Страхователь и/или Застрахованный нарушили требования каких-либо действующих в Латвийской

Республике нормативных актов, применимых к конкретному страховому случаю. Исключение составляет случай, если несоблюдение требований такого страхового договора произошло в результате легкой небрежности – в таком случае Страховщик действует в соответствии с положениями закона «О страховом договоре».

8.3. Если Страхователь или Застрахованный в результате своих действий или бездействия негативно повлияли на осуществление каких-либо прав Страховщика, то Страховщик вправе уменьшить страховое возмещение на 50 (пятьдесят) % либо отказать в выплате страхового возмещения полностью.

8.4. Страховщик не выплачивает страховое возмещение, если наступление застрахованного риска явилось следствием злого умысла или грубой небрежности Страхователя, Застрахованного, получателя выгоды. Страховщик не возвращает уплаченную страховую премию.

9. Обязанности и права Страховщика

9.1. Обязанности Страховщика:

9.1.1. В случае заключения страхового договора выдать Страхователю комплект документов, являющихся неотъемлемой частью договора – страховой полис, приложения к страховому полису, описания программ страхования.

9.1.2. В соответствии с заключенным страховым договором при наступлении страхового случая выплатить страховое возмещение Страхователю или получателю выгоды в соответствии со страховым договором.

9.1.3. Обеспечить доступность соответствующих правил страхования критических заболеваний на домашней странице Страховщика www.compensa.lv.

9.2. Права Страховщика:

9.2.1. Требовать от каждого физического лица индивидуального заполнения декларации о состоянии здоровья перед оформлением страхового предложения, а также заказывать дополнительные медицинские обследования в указанном Страховщиком медицинском учреждении для оценки риска и определения страховых премий.

9.2.2. Проверять достоверность представленной информации, наступление страхового случая и обоснованность страхового возмещения путем ознакомления с медицинскими документами, имеющимися у медицинских учреждений и практикующих врачей, и/или в случае неясности обратиться к независимому сертифицированному медицинскому эксперту, выбранному Страховщиком, для проверки состояния здоровья Застрахованного или обоснованности наступления страхового случая.

9.2.3. Перед принятием решения по делу о возмещении запросить предоставить документы, подтверждающие наступление страхового случая.

9.2.4. Отказаться выплатить страховое возмещение или уменьшить его в порядке, установленном настоящими правилами и нормативными актами Латвийской Республики.

9.2.5. Обрабатывать данные Страхователя, Застрахованного и получателя выгоды, в том числе конфиденциальные данные. Обработка данных осуществляется в соответствии с Законом о защите личных данных физических лиц. Страховщик обеспечивает безопасное хранение личных данных.

9.2.6. Направить принятое решение по делу о страховом возмещении в электронном виде Застрахованному, используя контакты, указанные Застрахованным.

10. Порядок выплаты страхового возмещения

10.1. Страхователь и/или Застрахованный, получатель выгоды или наследник подают Страховщику письменное заявление о наступлении застрахованного риска.

10.2. В течение 30 (тридцати) дней Страховщик оценивает всю полученную документацию и принимает решение о том, является ли наступление застрахованного риска страховым случаем:

10.2.1. если констатируется страховой случай и стороны договорились о размере страхового возмещения, то:

10.2.1.1. Страховщик принимает решение о выплате страхового возмещения;

10.2.1.2. Страховщик выплачивает страховое возмещение в течение 5 (пяти) рабочих дней после принятия решения;

10.2.1.3. в случае взаимного согласия сторон порядок выплаты страхового возмещения может быть оформлен в письменной форме путем составления и подписания обеими сторонами протокола об урегулировании убытков.

10.2.2. если констатируется страховой случай, но стороны не договорились о размере страхового возмещения:

10.2.2.1. Страховщик вправе запросить дополнительные документы для определения размера страхового возмещения;

10.2.2.2. Страховщик вправе в одностороннем порядке принять решение и пригласить медицинского эксперта для определения размера страхового возмещения. Заключение медицинского эксперта будет обязательным как для Страхователя, так и для Застрахованного;

10.2.2.3. оценивая заключение медицинского эксперта, Страховщик принимает решение о размере страхового возмещения и по другим спорным вопросам;

10.2.2.4. Страховщик выплачивает страховое возмещение в течение 5 (пяти) рабочих дней после получения подписанного протокола урегулирования убытков.

10.2.3. если страховой случай не констатируется:

10.2.3.1. тогда Страховщик принимает решение об отказе в выплате страхового возмещения;

10.2.3.2. Страховщик уведомляет Застрахованного, наследника Застрахованного или получателя выгоды о принятом решении в течение 5 (пяти) рабочих дней после принятия решения.

10.3. Страховщик выплачивает страховое возмещение Застрахованному, наследнику Застрахованного или получателю выгоды только по такому страховому случаю, который подтвержден соответствующими документами.

10.4. За период страхования Застрахованному выплачивается только 1 (одно) страховое возмещение.

10.5. В случае, если Страхователю – физическому лицу – для страховой премии применяется разделенный платеж, Страховщик имеет право удержать разницу между уплаченной и полной страховой премией из подлежащего выплате страхового возмещения.

10.6. В случае, если Страховщик по объективным причинам не может соблюсти ранее установленный срок, срок продлевается до шести месяцев с уведомлением об этом получателя возмещения.

11. Порядок решения разногласий и конфиденциальность

11.1. Любые разногласия решаются путем переговоров.

11.2. Если разногласие возникло на основании того, что вопрос не урегулирован в правилах страхования, для решения этого вопроса стороны применяются законы Латвийской Республики, в том числе Закон «О страховом договоре» и «Закон о защите прав потребителей».

11.3. Если сторонам не удастся решить разногласия путем переговоров, дело передается на рассмотрение в суд Латвийской Республики в соответствии с законами Латвийской Республики.

11.4. Разделение страхового договора на пункты, подпункты и их названия не влияет на юридическое толкование текста.

11.5. Если иное не предусмотрено законом, Страховщик, Застрахованный и Страхователь обязуются без письменного согласия не разглашать третьим лицам информацию, ставшую известной в течение срока действия страхового договора или после его прекращения. Конфиденциальность сохраняется на неограниченный период времени независимо от действия настоящего договора. Конфиденциальной информацией не считается информация, которая стала общедоступной и не была получена с нарушением закона или договорных обязательств.

12. Общие исключения

12.1. Ответственность Страховщика по выплате страхового возмещения по страховому случаю не возникает, если убытки возникли вследствие исключений, предусмотренных нормативными актами Латвийской Республики или страховым договором.

12.2. Страховщик не выплачивает страховое возмещение, если:

12.2.1. не соблюдены условия и инструкции, указанные в правилах и программе страхования;

12.2.2. критическое заболевание, указанное в программе страхования, не диагностировано в соответствии с установленными критериями;

12.2.3. Застрахованный ввел Страховщика в заблуждение, предоставив ложную информацию о состоянии своего здоровья;

12.2.4. причиной заболевания является:

12.2.4.1. результат употребления алкоголя или любых наркотических или других токсических веществ;

12.2.4.2. умышленное причинение себе телесных повреждений, самоубийство или попытка самоубийства Застрахованного;

12.2.4.3. неправомерные действия Застрахованного, отбывающего наказание в учреждении лишения свободы;

12.2.4.4. употребление медикаментов и подобных препаратов или участие Застрахованного в испытаниях лекарств;

12.2.4.5. вирус иммунодефицита человека (ВИЧ), кроме полученного в результате переливания крови или синдрома приобретенного иммунодефицита (СПИД), и любые его производные или другие заболевания, следующие за ВИЧ-инфекцией;

12.2.4.6. психические или душевные расстройства, приводящие к инсульту, судорогам, эпилепсии или другим спазматическим приступам;

12.2.4.7. результат длительного хронического заболевания;

12.2.4.8. в программе страхования диагностированная болезнь/стадия указывается как исключение (не страховой случай).

12.2.5. есть общие исключения:

12.2.5.1. терроризм – террористические акты или их последствия, независимо от каких-либо иных причин, способствовавших убыткам, повреждениям или возникновению расходов случайно или иным образом; в контексте этого положения терроризм означает насилие или опасные действия, создающие угрозу жизни людей, материальному или нематериальному имуществу или инфраструктуре, с намерением оказать влияние на какое-либо правительство или держать в страхе общество или любую его часть;

12.2.5.2. война, военное вторжение, гражданская война, восстание, революция, бунт, узурпация военной или иной власти;

12.2.5.3. глобальные природные катастрофы и стихийные бедствия.

12.2.6. в случае индивидуального договора страхования случай критического заболевания наступает в период ожидания после даты вступления в силу страхового договора;

12.2.7. в течение срока действия группового договора добавляется дополнительный Застрахованный и у него в период ожидания происходит случай критического заболевания;

12.2.8. Застрахованный умирает в период выживания после установления диагноза критического заболевания;

12.2.9. указания, данные врачом, не выполняются;

12.2.10. случай критического заболевания застрахованного ребенка наступил в результате умышленных или неумышленных действий родителей, опекунов или указанного в полисе Страхователя, получателя выгоды;

12.2.11. Застрахованный получил медицинскую консультацию и/или лечение или знал о диагностированном критическом заболевании до даты начала периода страхования.

13. Программа критического заболевания

13.1. Программу страхования образуют включенные в программу застрахованные риски – критические заболевания, которые диагностированы в учреждениях здравоохранения, на предприятиях, в регистрах практик и сертификаций Латвийской Республики и/или в медицинских учреждениях, зарегистрированных в Коммерческом регистре предприятий Регистра предприятий Латвийской Республики.

14. Документы, необходимые для выплаты страхового возмещения

14.1. Для оценки и констатации факта наступления страхового случая получатель выгоды должен представить:

14.1.1. заявление в установленной Страховщиком форме о наступлении застрахованного риска www.compensa.lv;

14.1.2. копию паспорта или другого документа, удостоверяющего личность;

14.1.3. документы о наступлении конкретного застрахованного риска, которые указаны в описаниях программ по соответствующему риску;

14.1.4. документы, подтверждающие и доказывающие первый в жизни Застрахованного первоначальный положительный диагноз и окончательный положительный диагноз по любому из критических заболеваний, подтвержденный врачом, указанным в описаниях программ по диагностированному заболеванию;

14.1.5. копию истории болезни Застрахованного и письменное заключение медицинской комиссии с указанием точного диагноза и даты постановки окончательного диагноза;

14.1.6. копию свидетельства о смерти Застрахованного (в случае смерти Застрахованного);

14.1.7. решение присяжного нотариуса или суда о разделе наследственных прав (в случае смерти застрахованного);

14.1.8. справку о пребывании в стационаре, в которой указывается точный диагноз и срок госпитализации;

14.1.9. по запросу Страховщика дополнительные документы, подтверждающие наступление страхового случая;

14.1.10. заключение медицинского эксперта по запросу Страховщика;

14.1.11. секцию умершего, по запросу Страховщика (оплата расходов покрывается Страховщиком).

15. Употребляемые в правилах термины

15.1. **Объект страхования** – жизнь или здоровье лица.

15.2. **Страховая сумма** – указанная в страховом договоре денежная сумма, которая при наступлении страхового случая в течение страхового периода выплачивается в соответствии с застрахованным риском.

15.3. **Страховая премия** – плата за страхование, указанная в страховом полисе.

15.4. **Заявка на страхование** – документ формы и содержания, определенных Страховщиком, который заполняется и представляется Страховщику Страхователем и/или Застрахованным для информирования об объекте страхования, его состоянии, а также иных фактах и обстоятельствах.

15.5. **Страховое предложение** – предложение, подготовленное Страховщиком до заключения страхового договора с целью информирования Страхователя об условиях и/или изменениях страхового договора.

15.6. **Застрахованный риск** – предусмотренное договором страхования событие, не зависящее от воли Страхователя, наступление которого возможно в будущем. Страховой договор действует только в отношении тех застрахованных рисков, которые указаны в соответствующем страховом полисе.

15.7. **Страховой случай** – внезапное и непредвиденное событие, причинно связанное с застрахованным риском, не зависящее от воли Страхователя или Застрахованного, при наступлении которого предусмотрена выплата страхового возмещения в соответствии с условиями страхового договора.

15.8. **Дата наступления страхового случая** – установление у Застрахованного первого, положительного диагноза заболевания, который подтверждается как положительный, окончательный диагноз после обследования в период выживания соответствующими документами, требуемыми в каждом страховом случае.

15.9. **Первоначальный диагноз заболевания** – положительный диагноз критического заболевания для застрахованного риска, требующий подтверждения окончательного диагноза.

15.10. **Окончательный диагноз заболевания** – подтверждение первоначального диагноза, подтвержденного лабораторными и инструментальными исследованиями, в соответствии с условиями, установленными для установления застрахованного риска.

15.11. **Период выживания** – период в 30 (тридцать) дней, считая со дня наступления страхового случая, в течение которого застрахованный должен быть жив. В случае смерти Застрахованного в период выживания страховое возмещение не выплачивается.

15.12. **Период ожидания** – первые 90 (девяносто) дней с даты вступления в силу страхового договора, когда страховое возмещение не выплачивается, если в течение этого периода Застрахованному был поставлен положительный первоначальный или окончательный диагноз какого-либо критического заболевания. Упомянутое условие периода ожидания не применяется, если страховой договор непрерывно продлевается на следующий период страхования и условия страхового договора не меняются.

15.13. **Страховое возмещение** – страховая сумма, подлежащая выплате при наступлении страхового случая в соответствии со страховым договором. В случае диагностированного критического заболевания страховое возмещение выплачивается только один раз в течение страхового периода, а после выплаты страхового возмещения страховой договор в отношении конкретного застрахованного прекращается.

15.14. **Получатель возмещения** – в случае наступления застрахованного риска получателем возмещения является застрахованный, а в случае наступления смерти получателем возмещения является получатель выгоды или наследники застрахованного с соблюдением установленного нормативными актами Латвийской Республики порядка раздела наследства, если получатель выгоды не указан в страховом полисе.

15.15. **Получатель выгоды** – лицо, имеющее право на получение страхового возмещения в случае смерти Застрахованного в соответствии с условиями страхового договора и с соблюдением порядка, установленного в таких случаях нормативными актами Латвийской Республики, при условии, что смерть Застрахованного наступает по истечении периода выживания.

15.16. **Опекун ребенка** – родители или опекуны, на иждивении которых находится Застрахованный ребенок в соответствии с требованиями нормативных актов Латвийской Республики.

15.17. **Врач-эксперт** – врач, который устанавливает окончательный диагноз заболевания для Страховщика.

К сведению!

Медицинское страхование предназначено для возмещения застрахованным лицам их непредвиденных расходов на получение медицинских услуг. Страховщик выплачивает страховое возмещение в соответствии с программой страхования, указанной в страховом полисе, не превышающей страховую сумму и/или страховой лимит, указанный в страховом полисе.

Страхование от критических заболеваний – вид личного страхования, предусматривающий единовременную выплату страховой суммы, предусмотренной страховым договором, застрахованному лицу в случаях, когда у застрахованного диагностировано одно из включенных в страховой договор критических заболеваний и истек предусмотренный в страховом договоре период ожидания, чтобы застрахованное лицо могло использовать страховое возмещение для лечения критического заболевания или для повседневных расходов.

Страхование от несчастных случаев предусматривает выплату компенсации, если застрахованному лицу причинена травма или телесное повреждение в результате непредвиденных внешних обстоятельств. Размер компенсации определяется в соответствии с включенными в полис рисками и таблицами расчета компенсаций.

Страхование жизни – вид страхования – страхование жизни с возможностью создания накопления, когда путем регулярных платежей можно создать резерв для обеспечения своего будущего, при этом обеспечив материальную защиту своей семьи в случае смерти лица.