



УТВЕРЖДЕНЫ

Решением Правления „BTA Insurance Company“ SE
№ LV1_0002/02-03-03-2013-112 от 18.12.2013

**Приложение №6
к Правилам страхования от несчастных случаев № 8.1**

**ПРАВИЛА СТРАХОВАНИЯ
КРИТИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ**

„BTA Insurance Company“ SE заключает договоры страхования от несчастных случаев в соответствии с имеющими силу на момент заключения договора Общими правилами, подписанными безопасной электронной подписью и размещенными здесь: www.bta.lv/noteikumi, утвержденными 18 декабря 2013 года решением Правления № LV1_0002/02-03-03-2013-112 „Правилами страхования от несчастных случаев“ №8.1 и настоящими правилами, обеспечивая дополнительную страховую защиту „Критические заболевания“.

СОДЕРЖАНИЕ	Стр.
Что есть что?	2
Что застраховано?	2
ИНФАРКТ МИОКАРДА (СЕРДЕЧНЫЙ ПРИСТУП)	
Что застраховано?	2
В каких случаях страхование не действует?	3
ИНСУЛЬТ	
Что застраховано?	3
В каких случаях страхование не действует?	3
РАК	
Что застраховано?	3
В каких случаях страхование не действует?	3
ХРОНИЧЕСКАЯ НЕДОСТАТОЧНОСТЬ ПОЧЕК	
Что застраховано?	4
ПАРАЛИЧ	
Что застраховано?	4
В каких случаях страхование не действует?	4
МНОЖЕСТВЕННЫЙ ИЛИ РАССЕЯННЫЙ СКЛЕРОЗ	
Что застраховано?	4
ПЕРВИЧНЫЙ САХАРНЫЙ ДИАБЕТ 1 ТИПА	
Что застраховано?	4
В каких случаях страхование не действует?	5
СПИД	
Что застраховано?	5
БОЛЕЗНЬ ЛАЙМА	
Что застраховано?	5
Исключения, относящиеся ко всем разделам настоящих правил	5
Что Вам необходимо сделать, если наступил несчастный случай?	5
Как Мы рассчитаем возмещение и сколько Мы выплатим?	6
Остальные условия	6

1. ЧТО ЕСТЬ ЧТО?

Первичный диагноз заболевания – временный диагноз заболевания, который письменно зафиксирован в Вашей медицинской документации, основываясь на симптомах, характерных заболеванию, и на данные анамнеза заболевания.

Конечный подтвержденный диагноз заболевания - диагноз заболевания, который констатирован у Вас и доказан соответствующими лабораторными и инструментальными медицинскими обследованиями, и документально подтвержден заключением сертифицированного врача-специалиста в Вашей медицинской документации.

Дата наступления заболевания – дата, когда установлен Конечный подтвержденный диагноз заболевания. Датой наступления заболевания также считается дата, когда зарегистрирован Первичный диагноз заболевания, с условием, что не позже, чем в течение 1 (одного) месяца с момента окончания срока действия договора страхования он документально подтверждается заключением сертифицированного врача-специалиста как Конечный подтвержденный диагноз заболевания.

Период ожидания – период времени, который считается со дня вступления в силу договора страхования, заключенного в Вашу пользу, в течение которого устанавливается Конечный подтвержденный диагноз заболевания, или в результате заболевания наступает смерть, страховое возмещение не выплачивается.

Если в договоре страхования не установлено иначе, то Период ожидания равен 90 (девяноста) дням.

Если в Вашу пользу сразу после окончания действия договора страхования, в который был включен вид страховой защиты „Критические заболевания“, заключается новый договор страхования с включением этого вида страховой защиты и между этими двумя договорами страхования не было перерыва, тогда Период ожидания не устанавливается.

Период выживания – период времени, который считается с Даты наступления заболевания, в течении которого застрахованный выживает, выплачивается страховое возмещение.

Если в договоре страхования не установлено иначе, то Период выживания равен 28 (двадцати восьми) дням.

2. ЧТО ЗАСТРАХОВАНО?

2.1. Страховым объектом является Ваше здоровье.

2.2. В соответствии с настоящими правилами страховым риском является наступившее у Вас в течение периода действия страхового договора заболевание, и страховая защита для „Критических заболеваний“ действительна только в том случае, если это оговорено в заключенном договоре страхования. Страховой случай наступает в результате какого-либо заболевания упомянутого в настоящих правилах с Даты наступления заболевания с условием, что критическое заболевание не наступило в результате декомпенсации другого заболевания, не является осложнением другого заболевания и не диагностировано как сопутствующий диагноз.

2.3. В случае, если во время действия договора страхования регистрируется Первичный диагноз заболевания, который после окончания действия договора страхования, но не позднее 1 (одного) месяца со дня регистрации Первичного диагноза заболевания, документально подтверждается заключением соответствующего врача-специалиста как Конечный подтвержденный диагноз заболевания, тогда это считается страховым случаем.

2.4. Если после окончания Периода выживания, в результате какого-либо из упомянутых ниже заболеваний наступает смерть, мы выплатим страховое возмещение с условием, что Конечный подтвержденный диагноз заболевания был установлен, когда застрахованный был жив.

ИНФАРКТ МИОКАРДА (СЕРДЕЧНЫЙ ПРИСТУП)

3. ЧТО ЗАСТРАХОВАНО?

3.1. Повреждение тканей мышц сердца с некрозом клеток, которое вызвано прерыванием притока крови к мышцам сердца. Упомянутый диагноз должен быть обоснован одновременно всеми нижеуказанными критериями соответствующими первому инфаркту миокарда:

- 1) внезапные, очень интенсивные жгучие, рвущие, душащие боли в груди;
- 2) новые электрокардиографические изменения, которые подтверждают инфаркт;
- 3) повышение кардиомаркеров, специфических для инфаркта.

Конечный подтвержденный диагноз заболевания со всеми вышеупомянутыми признаками должен быть подтвержден заключением кардиолога.

Если какой-то из упомянутых признаков не был констатирован, случай не считается страховым случаем.

4. В КАКИХ СЛУЧАЯХ СТРАХОВАНИЕ НЕ ДЕЙСТВУЕТ?

4.1. Дополнительно к упомянутым в 17 пункте настоящих правил исключениям страховым случаем не считаются следующие заболевания:

- микроинфаркт;
- немой инфаркт;
- приступы стенокардии;
- другие острые коронарные синдромы.

ИНСУЛЬТ

5. ЧТО ЗАСТРАХОВАНО?

5.1. Внезапное нарушение кровообращения в головном мозге, которое возникло в результате эмболии артерий, тромбоза вен, а также кровоизлияния в мозг, и вызвало постоянное неврологическое повреждение.

Данный диагноз должен быть обоснован всеми нижеуказанными критериями:

- 1) наличие постоянного неврологического повреждения должно быть подтверждено не ранее, чем через три месяца после приступа или позднее, и оно должно остаться после примененной терапии;
- 2) снимками магнитного резонанса, показаниями компьютерной томографии или другими показаниями с похожей техникой формирования снимков, которые указывают на диагноз первого инсульта.

Конечный подтвержденный диагноз заболевания должен быть документально подтвержден заключением невролога.

6. В КАКИХ СЛУЧАЯХ СТРАХОВАНИЕ НЕ ДЕЙСТВУЕТ?

6.1. Дополнительно к упомянутым в 17 пункте настоящих правил исключениям страховым случаем не считаются следующие заболевания:

- приступ церебральной транзиторной ишемии;
- микроинсульт;
- повреждение мозга, которое появилось в результате несчастного случая (травмы, ранения).

РАК

7. ЧТО ЗАСТРАХОВАНО?

7.1. Первичное образование злокачественных клеток с неконтролируемым пролиферируемым ростом внутри организма, за чем следует инвазия близлежащих тканей и деструкция или удаленные метастазы в других органах. Включены также лейкозы и ракообразные лимфомы. Упомянутый диагноз должен быть обоснован гистологическим заключением о злокачественной опухоли, которое подтверждает онколог или патолог. Датой окончательно подтвержденного диагноза считается дата, когда получен установленный диагноз гистологического обследования.

Конечный подтвержденный диагноз заболевания должен быть документально подтвержден заключением онколога.

8. В КАКИХ СЛУЧАЯХ СТРАХОВАНИЕ НЕ ДЕЙСТВУЕТ?

8.1. Дополнительно к упомянутым в 17 пункте настоящих правил исключениям страховым случаем не считаются следующие заболевания:

- доброкачественные опухоли или опухоли доракковой стадии;
 - доинвазионные опухоли и опухоли в месте нахождения (in situ) (Tis*);
 - дисплазия шейки матки CIN I-III;
 - карцинома мочевого пузыря в стадии Tа*;
 - хронический лимфолейкоз (HLL);
 - все опухоли кожи;
 - все опухоли при ВИЧ инфекции или СПИДе;
 - рак простаты, гистологически диагностированный как T1*;
- * В соответствии с международной классификацией TNM.

ХРОНИЧЕСКАЯ НЕДОСТАТОЧНОСТЬ ПОЧЕК

9. ЧТО ЗАСТРАХОВАНО?

9.1. Хроническая, необратимая недостаточность обеих почек, для лечения которой необходим регулярный перитонеальный гемодиализ или трансплантация почек, и которая образовалась на фоне недиагностированного хронического заболевания почек. Конечный подтвержденный диагноз заболевания должен быть документально подтвержден заключением нефролога.

ПАРАЛИЧ

10. ЧТО ЗАСТРАХОВАНО?

10.1. Полная, необратимая функциональная слабость двух или более конечностей, которая наступила в результате повреждения спинного мозга и не связана с травмой. Хроническое заболевание и паралич должны быть диагностированы в период действия договора страхования. Данное заболевание считается страховым случаем и страховое возмещение выплачивается, если в течение 6 (шести) месяцев с момента диагностирования упомянутого заболевания состояние здоровья не изменилось, или течение заболевания прогрессирует. Диагноз должен быть документально подтвержден заключением невролога.

11. В КАКИХ СЛУЧАЯХ СТРАХОВАНИЕ НЕ ДЕЙСТВУЕТ?

11.1. Дополнительно к упомянутым в 17 пункте настоящих правил исключениям страховым случаем не считаются следующие заболевания:

- вялый парапарез;
- паралич в случае синдрома Гилена – Баре.

МНОЖЕСТВЕННЫЙ ИЛИ РАССЕЯННЫЙ СКЛЕРОЗ

12. ЧТО ЗАСТРАХОВАНО?

12.1. Общее заболевание центральной нервной системы (головного и спинного мозга), в результате которой разрушается миелиновая оболочка нервных волокон. Это вызывает разные физические нарушения, нарушения восприятия и осязания (чутья), что может прогрессировать до полной функциональной недостаточности и смерти. Упомянутый диагноз обосновывают характерные тесты демиелинизации, симптомы нарушения моторной и сенсорной функций, показания магнитного резонанса.

Конечный подтвержденный диагноз заболевания должен быть документально подтвержден заключением невролога.

ПЕРВИЧНЫЙ САХАРНЫЙ ДИАБЕТ 1 ТИПА

13. ЧТО ЗАСТРАХОВАНО?

13.1. Хроническое заболевание поджелудочной железы, которую характеризует повышенный уровень сахара в крови на фоне пониженной или недостаточной продукции инсулина. Недостающую функцию поджелудочной железы компенсируют регулярными инъекциями инсулина. Упомянутый диагноз обосновывают характерные лабораторные показания. Конечный подтвержденный диагноз заболевания должен быть документально подтвержден заключением эндокринолога.

14. В КАКИХ СЛУЧАЯХ СТРАХОВАНИЕ НЕ ДЕЙСТВУЕТ?

14.1. Дополнительно к упомянутым в 17 пункте настоящих правил исключениям страховым случаем не считаются следующие заболевания:

- сахарный диабет 2 типа;
- вторичный сахарный диабет;
- другие виды диабета;
- гестационный диабет или диабет при беременности.

СПИД

15. ЧТО ЗАСТРАХОВАНО?

15.1. Инфицирование вирусом иммунодефицита человека на последней, угрожающей жизни стадии, когда иммунная система человека не способна бороться с бактериальными и вирусными инфекциями, которые в условиях нормального иммунитета не вызывают заболевания.

В данном пункте упомянутое заболевание является страховым случаем и страховое возмещение выплачивается в случае, если во время договора страхования ВИЧ инфекция и СПИД были констатированы впервые. Конечный подтвержденный диагноз заболевания должен быть документально подтвержден заключением специалистов Латвийского центра инфектологии.

БОЛЕЗНЬ ЛАЙМА

16. ЧТО ЗАСТРАХОВАНО?

16.1. Инфекция, вызванная бактериями, которые попали в организм человека через укус инфицированного клеща. Страховым случаем считается только стадия нейроборрелиоза. Укус клеща должен быть констатирован в период действия страхования, клещ должен быть извлечен в медицинском учреждении и обследован в Латвийском центре инфектологии, что Вам необходимо подтвердить, предоставив Нам соответствующий документ. Застрахованному необходимо предоставить результаты двух исследований, подтверждающих наличие инфекции (*Borrelia burgdorferi*) в крови.

17. ИСКЛЮЧЕНИЯ, ОТНОСЯЩИЕСЯ КО ВСЕМ РАЗДЕЛАМ НАСТОЯЩИХ ПРАВИЛ

17.1. Страховым случаем не признается заболевание, причиной которого является употребление алкоголя, наркотических, психотропных или токсических веществ.

17.2. При наступлении в течение срока действия договора страхования какого-либо Критического заболевания, упомянутого в настоящих правилах, страховое возмещение не выплачивается, если этим заболеванием Вы уже болели ранее.

17.3. Страховое возмещение не выплачивается, если в Период ожидания получен Конечный подтвержденный диагноз заболевания или в результате заболевания наступила смерть Застрахованного.

18. ЧТО ВАМ НЕОБХОДИМО СДЕЛАТЬ, ЕСЛИ НАСТУПИЛ НЕСЧАСТНЫЙ СЛУЧАЙ?

18.1. Для получения страхового возмещения Вы (в случае смерти – лицо, которое имеет право на получение страхового возмещения) обязаны незамедлительно, как только это станет возможным, заявить Нам как о Первичном диагнозе заболевания, так и о Конечном подтвержденном диагнозе

заболевания (в случае смерти – о смерти и о причине смерти), предоставив Нам документы, подтверждающие вышеупомянутое. В случае, если о вышеупомянутом заявлено позже, чем в течение 30 (тридцати) дней со дня подтверждения соответствующего диагноза (в случае смерти – со дня наступления смерти), упомянутым лицам необходимо доказать невозможность заявить о случившемся ранее.

19. КАК МЫ РАССЧИТАЕМ ВОЗМЕЩЕНИЕ И СКОЛЬКО МЫ ВЫПЛАТИМ?

19.1. Мы выплатим одноразовое страховое возмещение после окончания Периода выживания в размере 100% (ста процентов) от страховой суммы на страховую защиту „Критические заболевания“, которая указана в договоре страхования.

20. ОСТАЛЬНЫЕ УСЛОВИЯ

20.1. В соответствии с настоящими правилами страховая защита действует по всему миру, если в договоре страхования не оговорено иначе.

20.2. Все вопросы, которые не оговорены в настоящих правилах, решаются в соответствии с Общими правилами страхования, Правилами страхования от несчастных случаев „BTA Insurance Company“ SE, с оговоренными в договоре страхования условиям и с действующими нормативными актами Латвийской Республики.

20.3. Настоящие правила вступают в силу с момента их утверждения Правлением „BTA Insurance Company“ SE.

20.4. Настоящие правила применяются к договорам страхования, заключенным начиная с 1 января 2014 года, если стороны, заключающие договор страхования, не договорились иначе.