

Если в течение данного периода времени с момента покупки полиса (речь именно о первой покупке, а не о пролонгации) у застрахованного будет выявлено входящее в полис заболевание, страховая помощь по нему оказана не будет. Вместе с тем вполне могут быть оказаны услуги, не связанные непосредственно с оплатой лечения в профильных клиниках. Это может быть подбор клиники по ОМС, консультации по правам заболевшего и иные консультационные услуги. Кроме того, страховые компании устанавливают период после выявления заболевания, в течение которого они продолжают оплачивать лечение, даже если срок действия полиса к тому времени уже истек. Он также может сильно отличаться от компании к компании и достигать трех лет.

Полисы страхования от критических заболеваний доступны не всем. Стандартных ограничений — два. Первое — по возрасту: значительная часть компаний не страхует клиентов, которым на момент окончания действия договора будет больше 70–75 лет, а часто и 50 лет. Второе — по наличию заболеваний. Обычно это некий базовых список (инвалидность по причине заболевания, которое покрывает полис, психические расстройства, СПИД, ВИЧ, гепатит) плюс «профильные» болезни (скажем, если у человека были онкозаболевания или, например, инфаркт, то ему откажут в полисе страхования от онкологических или сердечно-сосудистых заболеваний), но список может и сильно варьироваться. В принципе компании доносят эту информацию до клиентов, но неприятности могут произойти, если это будет сделано мелким шрифтом где-то «в глубине» правил страхования и вы ее просто не заметите. Иногда в такие ограничения входят наличие доброкачественных опухолей или даже проведение обследования на предмет выявления любых опухолей. Это необходимо выяснять в процессе подбора страховой программы.

Лечение или деньги

Компенсацию по полису страхования от критических заболеваний при наступлении страхового случая можно получить несколькими путями. «У нас представлены продукты с двумя основными видами защиты от критических заболеваний: выплата страхового возмещения по факту диагностирования у застрахованного в период действия договора критического заболе-

вания или проведения операции и организация лечения застрахованного в случае диагностирования в течение действия страхового договора критического заболевания, включая хирургическое вмешательство», — рассказывает гендиректор компании «Ингосстрах-Жизнь» Владимир Черников. — Программы, подразумевающие выплату, чаще являются стандартным райдером к рисковому виду страхования — например, корпоративное страхование от несчастного случая или болезни или как райдер к накопительным продуктам в ритейле.

Отметим, что в программы, предусматривающие выплаты, а не лечение, в качестве страховых случаев чаще включаются болезни, не связанные с онкологией, сердечно-сосудистыми

предложений, где полисы, покрывающие лечение, предусматривали бы значительные объемы разовых выплат.

«Мы платим разово 250 тыс. руб., и это действительно выплата на случай потери дохода: когда человек лечится, он, как правило, не работает, а у него коммунальные платежи, кредиты, дети», — поясняет Олег Меркулов. — Делать ее больше — значит увеличивать стоимость полиса. Кроме того, клиент сам не знает, как использовать деньги на лечение, к тому же в нашем полисе все включено. Для застрахованного главное — попасть к правильным врачам в хорошую клинику и получить доступ к лучшему оборудованию и лучшим препаратам, это вопрос жизни и смерти. Сам он вряд ли сумеет это организовать. Когда же по-

В отличие от критических заболеваний, заведомо требующих дорогостоящего лечения, «обычные» болезни в индивидуальном порядке не страхуются

заболеваниями и нейрохирургией. Так, в полис «РЕСО-Надежда» входят потеря зрения, паралич, почечная недостаточность, предраковые новообразования. Хотя у этого полиса и покрытие небольшое — средняя страховая сумма, по данным компании, составляет 1 млн руб., тогда как по программе с лечением «Здоровье без границ» суммы доходят до €1 млн в год. Иногда есть возможность выбирать. В «Ингосстрах-Жизнь», например, по программе «Ваше здоровье» стоимостью 39,8 тыс. руб. в год можно остановиться на одном из двух вариантов: либо лечение в России и за рубежом на сумму до 7,8 млн руб., либо разовая выплата в 3 млн руб. при обнаружении заболевания плюс в случае смерти застрахованного выплата еще 1 млн руб.

Бывают и смешанные случаи, когда предусмотрена и разовая выплата, и финансирование лечения. Однако размеры выплат в данном случае обычно небольшие, порядка 200–300 тыс. руб. То есть речь, по сути, идет о некоторой компенсации возможного падения доходов на время лечения. Интересно, что корреспонденту «Денег» не удалось найти на сайтах страховщиков

является большая выплата деньгами, у больного или его родственников возникает соблазн использовать эти средства не на лечение, а на что-то иное — на покупку квартиры, например. Понимаю, как это звучит с моральной точки зрения, но, увы, практика позывает, что подобные случаи нередки. Главное — лечиться, не опускать руки и верить в счастливый исход.

Отметим также, что продукты страхования от критических заболеваний часто продаются «в одном флаконе» с накопительным страхованием жизни. Логика таких решений следующая: если в течение срока действия договора страхования (обычно это от пяти лет, взносы могут быть как единовременными, так и регулярными — например, ежегодными) страховой случай не наступает, застрахованный получает обратно свои взносы — полностью, частично, а иногда полностью, да еще и с инвестиционным доходом. У «Сбербанк СЖ» есть, например, полис «Фонд здоровья» — программа комбинированного страхования, сочетающая накопительное страхование жизни и индивидуальные медицинские сервисы, такие как телемедици-



PEOPLE IMAGES / GETTY IMAGES

на, check-up, второе медицинское мнение, а также организация и оплата лечения особо опасных заболеваний, предусмотренных условиями договора страхования. Срок страхования по программе — семь или десять лет, страховая премия оплачивается ежегодно. При этом в случае ухода застрахованного из жизни по любой причине выплаты составят 100% уплаченных по договору взносов, покрываемые страховкой затраты на диагностирование и лечение особо опасных заболеваний — до 15 млн руб. в год, если в полис входят и зарубежные клиники — до 30 млн руб. в год. Что касается возврата средств по окончании действия договора, он производится в формате выплат по «дожитию», устанавливается в договоре страхования и может составлять 75%, 90% или 100% страховой премии и не зависит от наличия страховых выплат по другим рискам. У «Ингосстраха» есть программа «Грани здоровья» — этот полис предусматривает регулярные check-up и обеспечивает лечение в случае диагностирования критического заболевания, а также предусматривает возврат 100% взносов по истечении срока действия программы, если критическое заболевание не было диагностировано.

Есть у страховых компаний и специальные дешевые продукты, не предполагающие, собственно, ни оплату лечения от критических заболеваний, ни крупные выплаты, позволяющие выбрать одну из ведущих мировых или российских клиник для операции, но помогающие застрахованному адаптироваться к болезни и оказывающие поддержку в ходе ле-