

Оглавление

1. Общие положения
2. Субъекты страхования
3. Объект страхования
4. Страховые риски
5. Страховой случай
6. Страховая сумма, страховой тариф, страховая премия (страховые взносы) и порядок их определения
7. Франшиза
8. Порядок заключения и исполнения договора страхования
9. Права и обязанности сторон
10. Порядок прекращения договора страхования
11. Порядок получения медицинских и иных услуг и порядок осуществления страховых выплат
12. Порядок определения страховой выплаты, срок осуществления страховой выплаты и перечень оснований отказа в страховой выплате
13. Порядок разрешения споров

1. ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ

1.1 Настоящие Правила международного медицинского страхования (далее – Правила) составлены в соответствии с действующим российским законодательством и определяют общие условия и порядок осуществления страхования, в том числе заключения Страховым публичным акционерным обществом «Ингосстрах» (далее – Страховщик) договоров международного медицинского страхования¹ (далее – договор страхования или договоры страхования).

В рамках настоящих Правил Страховщик осуществляет добровольное страхование, относящееся, согласно принятой в законодательстве классификации, к видам «медицинское страхование» и «страхование финансовых рисков».

Международное медицинское страхование (далее также – ММС) осуществляется на основе программ международного медицинского страхования и обеспечивает застрахованным лицам (далее – также Застрахованные) при наступлении страхового случая получение медицинской помощи и ее оплату в соответствии с условиями договоров страхования.

Договор международного медицинского страхования может быть коллективным и индивидуальным.

1.2 Применяемые в настоящих Правилах наименования и понятия в ряде случаев специально поясняются соответствующими определениями. Если значение какого-либо наименования или понятия не оговорено Правилами и не может быть определено, исходя из законодательства и нормативных актов, то такое наименование или понятие используется в своем обычном лексическом значении.

Программа международного медицинского страхования (далее – Программа или Программа страхования) – перечень медицинских и иных услуг (медицинской помощи), составленный Страховщиком, а также порядок их оказания. Программа может включать в себя оказание медицинской помощи по поводу следующих случаев: острое заболевание, хроническое заболевание и его обострение, травма (в том числе, ожог, отморожение и т.д.), отравление, ухудшение состояния здоровья, возникновение состояния и/или обстоятельств, требующих оказания медицинской помощи (в том числе, беременность и услуги по родовспоможению), а также проведения профилактических мероприятий, снижающих степень опасных для жизни или здоровья физического лица угроз и (или) устраняющих их.

Медицинская помощь – комплекс мероприятий, включающих медицинские и иные услуги, организационно-технические мероприятия, лекарственное обеспечение, обеспечение изделиями медицинского назначения и медицинским оборудованием, направленных на удовлетворение потребностей Застрахованных в поддержании и восстановлении здоровья.

Лекарственное обеспечение предполагает оплату Страховщиком или уполномоченным им лицом стоимости медикаментозного лечения, т.е. оплату лекарственных препаратов (и при необходимости их доставку), включенных в Программу и выписанных (назначенных) лечащим врачом медицинской организации.

Обеспечение изделиями медицинского назначения и медицинским оборудованием предполагает оплату Страховщиком или его представителем стоимости протезно-ортопедических изделий, очков, слуховых аппаратов, контактных линз, имплантатов и др. (и при необходимости их доставку), медицинского оборудования,

¹ Договоры международного медицинского страхования являются для целей налогообложения Страхователей и застрахованных лиц в части страховых взносов и страховых выплат договорами, предусматривающими возмещение медицинских расходов.

включенных в Программу и выписанных (назначенных) лечащим врачом медицинской организации.

Иные услуги – это услуги, связанные с оказанием или организацией оказания медицинской помощи и включенные в Программу, в том числе: сервисные услуги (палаты улучшенной комфортности, включающие дополнительное питание, связь, телевизор, компьютер, холодильник, кондиционер, душ, туалет и др.); питание и проживание (нахождение) при стационарном, санаторно-курортном лечении, если оно не входит в стоимость медицинской услуги (стоимости койко-дня); оформление различной медицинской документации; услуги по организации медицинской помощи в других медицинских и иных организациях; информационные услуги, связанные с оказанием или организацией оказания медицинской помощи; эвакуация и репатриация², а также услуги, связанные с ними, в том числе услуги по сопровождению Застрахованного и его несовершеннолетних детей.

Сайт Страховщика – официальный сайт СПАО «Ингосстрах» в информационно-телекоммуникационной сети «Интернет» по адресу: www.ingos.ru.

Официальный сайт Страховщика также может использоваться в качестве информационной системы, обеспечивающей обмен информацией в электронной форме между Страхователем и Страховщиком, являющимся оператором этой информационной системы, в том числе для направления информации о стадии и результатах рассмотрения заявления о страховой выплате, включая сведения об осуществлении страховой выплаты.

1.3 При заключении договора страхования, а также в период его действия в случаях, не противоречащих законодательству Российской Федерации, Страхователь и Страховщик могут договориться об изменении, дополнении или исключении отдельных положений настоящих Правил.

2. СУБЪЕКТЫ СТРАХОВАНИЯ

2.1 Субъектами международного медицинского страхования выступают Страховщик, Страхователь, Застрахованный, медицинские и иные организации, оказывающие медицинскую помощь, при необходимости, уполномоченное Страховщиком лицо.

2.2 Страховщик – страховая организация, созданная в соответствии с законодательством Российской Федерации для осуществления деятельности по страхованию и получившая лицензию на осуществление соответствующего вида страховой деятельности в установленном законом порядке. Страховщиком по договору страхования является СПАО «Ингосстрах», зарегистрированное в г. Москве, осуществляющее страховую деятельность в соответствии с действующим законодательством и лицензией, выданной органом страхового надзора. Договоры страхования от имени Страховщика могут заключать в том числе филиалы, а также уполномоченные страховые агенты (юридические и физические лица), страховые брокеры в пределах представленных им полномочий и на основании соответствующих договоров или доверенностей.

Страховщик осуществляет оценку страхового риска, получает страховые премии (страховые взносы), определяет размер убытков (ущерба, вреда), производит страховые

² Эвакуация и репатриация включают транспортировку Застрахованного в ближайшую медицинскую организацию, в которой может быть предоставлено необходимое лечение, если оно недоступно в месте его нахождения. Репатриация также предусматривает возможность возвращения в страну происхождения, указанную Застрахованным, если лечение недоступно в месте его пребывания. Репатриация также включает транспортировку тела Застрахованного (согласно требованиям и ограничениям авиакомпании) на его родину в случае смерти Застрахованного во время пребывания за пределами родной страны (страны проживания).

выплаты, осуществляет иные действия, связанные с исполнением обязательств по договору страхования.

2.3 Страхователем признаётся российское или иностранное юридическое или дееспособное физическое лицо, в том числе индивидуальный предприниматель, заключившее со Страховщиком договор международного медицинского страхования.

2.4 Застрахованный – названное в договоре страхования физическое лицо, в пользу которого Страхователем заключен договор страхования. В случае, если договор страхования заключен Страхователем в свою пользу, на него распространяются права и обязанности Застрахованного.

2.5 Застрахованным, если иное не установлено договором страхования, может быть лицо в любом возрасте.

2.6 Под медицинской организацией для целей настоящих Правил понимаются юридические лица любой организационно-правовой формы, а также лица, занимающиеся предпринимательской деятельностью без образования юридического лица, получившие в установленном их страной нахождения порядке лицензию на осуществление медицинской деятельности.

2.7 Договор страхования в части страхования финансовых рисков заключается в пользу Страхователя (Застрахованного).

3. ОБЪЕКТ СТРАХОВАНИЯ

3.1 Объектами международного медицинского страхования являются имущественные интересы, связанные с оплатой организации и оказания медицинской и лекарственной помощи (медицинских услуг) и иных услуг вследствие расстройства здоровья физического лица или состояния физического лица, требующих организации и оказания таких услуг, а также проведения профилактических мероприятий, снижающих степень опасных для жизни или здоровья физического лица угроз и (или) устраняющих их.

3.2 Объектом страхования также могут являться имущественные интересы, связанные с риском возникновения непредвиденных расходов физических лиц, в том числе связанных с оплатой организации репатриации Застрахованного или его трупа, возвращением Застрахованного и сопровождающего его лица к месту пребывания, транспортировкой сопровождающих лиц Застрахованного, транспортировкой детей Застрахованного, визитом близкого родственника Застрахованного.

4. СТРАХОВЫЕ РИСКИ

4.1 Страховым риском является предполагаемое событие, на случай наступления которого проводится страхование. Событие, рассматриваемое в качестве страхового риска, должно обладать признаками вероятности и случайности его наступления.

4.2 Договор страхования в соответствии с настоящими Правилами заключается в отношении риска затрат на оказание медицинской помощи застрахованному лицу при его обращении к Страховщику и/или в медицинскую и иную организацию по поводу расстройства здоровья и/или состояния, требующего оказания медицинской помощи, а также иных обстоятельств, предусмотренных договором страхования.

5. СТРАХОВОЙ СЛУЧАЙ

5.1 Страховым случаем является совершившееся событие, предусмотренное договором страхования, с наступлением которого возникает обязанность Страховщика произвести страховую выплату. Страховым случаем по договору страхования является

обращение Застрахованного в течение срока действия договора страхования в медицинскую и иную организацию из числа предусмотренных договором страхования/Программой или согласованных со Страховщиком, для получения различных видов платной медицинской помощи, включенных в Программу, по поводу расстройства здоровья и/или возникновения состояния, а также обстоятельств, требующих оказания медицинской помощи (в том числе беременность и услуги по родовспоможению), в том числе проведения профилактических мероприятий, снижающих степень опасных для жизни или здоровья физического лица угроз и (или) устраняющих их, и повлекших возникновение расходов на оплату медицинской помощи, оказанной Застрахованному, а также обязанность Страховщика произвести страховую выплату.

5.2 В случае, когда это предусмотрено договором страхования, страховым случаем также может являться возникновение у Застрахованного непредвиденных расходов, предусмотренных Программой и связанных с оплатой организации медико-транспортных услуг, в том числе оплатой организации репатриации Застрахованного или его трупа, возвращением Застрахованного и сопровождающего его лица к месту пребывания, транспортировкой сопровождающих лиц Застрахованного, транспортировкой детей Застрахованного, визитом близкого родственника Застрахованного.

5.3 Объем медицинской помощи, оказываемой застрахованному лицу медицинской и иную организацией и оплачиваемой Страховщиком по договору страхования, а также медицинские услуги, которые не оплачиваются Страховщиком, определяется выбранной Страхователем Программой/Программами (Приложение № 1-6 к Правилам). Программы могут включаться в План страхования.

5.4 При заключении договора страхования Страховщик и Страхователь при условии применения к тарифной ставке соответствующих поправочных коэффициентов вправе договориться об объеме медицинской помощи в рамках Программы путем указания конкретного перечня организуемых и оплачиваемых Страховщиком медицинских и иных услуг, включаемых в индивидуальную Программу, а также о названии Программы, отражающей вид, объем и порядок предоставляемой Застрахованному медицинской помощи.

5.5 Страховщик вправе разрабатывать и применять Программы страхования (страховые продукты), под которыми понимаются типовые условия страхования, разработанные Страховщиком на основании настоящих Правил и предназначенные для заключения договоров страхования (с ограниченным количеством изменяемых условий договора страхования) с определенной категорией Страхователей, объединенных по страховым интересам, видам рисков, степени рисков и иным тарификационным факторам

5.6 Страховщик вправе на основании настоящих Правил разрабатывать и применять страховые продукты с присвоением им индивидуальных названий.

5.7 Не является страховым случаем по договору страхования обращение Застрахованного в медицинскую и иную организацию за получением медицинской помощи:

5.7.1 в состоянии наркотического, алкогольного или токсического опьянения (если такое состояние непосредственно связано с характером и объемом оказанной медицинской помощи);

5.7.2 в связи с получением травматического повреждения или иного расстройства здоровья, наступившего в результате совершения Застрахованным противоправного деяния, находящегося в прямой причинной связи со страховым случаем;

5.7.3 в связи с покушением на самоубийство или самоубийством, если иное не предусмотрено договором страхования и/или Программой;

5.7.4 в связи с умышленным причинением себе вреда здоровью.

5.8 Страховщик освобождается от страховой выплаты, если страховой случай произошел вследствие: воздействия ядерного взрыва, химического загрязнения, радиации или радиоактивного заражения, войны, восстания, революции, террористических актов,

народных волнений всякого рода/забастовок или иных похожих ситуаций при следующих условиях:

5.8.1 если Застрахованный подверг себя опасности, войдя в известную ему зону конфликта, где происходили активные боевые действия и мятеж;

5.8.2 если Застрахованный был активным участником вышеуказанных действий;

5.8.3 если Застрахованный не принял меры (при наличии такой возможности) по обеспечению личной безопасности.

6. СТРАХОВАЯ СУММА, СТРАХОВОЙ ТАРИФ, СТРАХОВАЯ ПРЕМИЯ (СТРАХОВЫЕ ВЗНОСЫ) И ПОРЯДОК ИХ ОПРЕДЕЛЕНИЯ

6.1 Страховой суммой является денежная сумма, которая определена в порядке, установленном договором страхования при его заключении и исходя из которой устанавливаются размер страховой премии (страховых взносов) и размер страховой выплаты при наступлении страхового случая. Страховая сумма определяется по соглашению сторон, исходя из предполагаемого объема медицинской помощи (перечня и стоимости медицинских и иных услуг, в том числе стоимости лекарственных препаратов, изделий медицинского назначения, медицинского оборудования), предусмотренных Программой.

6.2 Страховая сумма устанавливается для каждого Застрахованного и может предусматривать лимиты страховых выплат по всей Программе в целом или совокупности Программ либо по отдельным заболеваниям (состояниям), отдельным видам медицинской помощи (медицинским и иным услугам), в том числе обеспечению лекарственными препаратами, изделиями медицинского назначения, медицинским оборудованием или их различной совокупности, по каждому страховому случаю или на весь период действия договора страхования в рамках Программы либо договора страхования.

6.3 Страховая сумма по соглашению сторон может устанавливаться как в российских рублях, так и в иностранной валюте. При использовании иностранной валюты при определении страховой суммы страховая выплата, величина которой определяется Страховщиком в иностранной валюте, осуществляется в рублях по курсу Центрального Банка Российской Федерации на день платежа, если иной курс не установлен соглашением сторон. В случаях, предусмотренных действующим законодательством Российской Федерации, страховая выплата может осуществляться в иностранной валюте.

6.4 Страховой тариф – ставка страховой премии с единицы страховой суммы с учетом объекта страхования и характера страхового риска, а также других условий страхования, в том числе наличия франшизы и ее размера. Конкретный размер страхового тарифа определяется договором страхования по соглашению сторон на основании базовых тарифов Страховщика, указанных в Приложении № 8 к Правилам с учетом коэффициентов риска.

6.5 Порядок определения страхового тарифа включает в себя установление страховых тарифов на основании базовых тарифов Страховщика с учетом коэффициентов риска, в зависимости от факторов риска, влияющих на вероятность наступления страхового случая и размер убытков, возмещаемых по договору (коэффициенты риска):

- пол, возраст Застрахованного;
- объем предоставляемого покрытия (оплачиваемые и неоплачиваемые виды медицинской помощи и иных услуг);
- срок действия договора страхования;
- общее количество лиц, принимаемых на страхование по договору страхования;
- ценовая категория медицинских и иных организаций;
- страна основного проживания;

- иные факторы, влияющие на определение вероятности наступления страхового случая и размер возможных убытков от его наступления (страхового риска).

6.6 Страховой премией (страховыми взносами) является плата за страхование, которую Страхователь/Застрахованный обязан уплатить Страховщику в порядке и в сроки, установленные договором страхования.

6.7 Размер страховой премии устанавливается Страховщиком в соответствии с разработанными страховыми тарифами.

6.8 В случае изменения стоимости медицинских и иных услуг в период действия договора страхования, Страховщик вправе изменить размер страховой премии, если иное не установлено в договоре страхования.

6.9 Договором страхования может быть предусмотрено, что страховая премия уплачивается единовременным платежом и/или в рассрочку путем наличных или безналичных расчетов. Страховая премия уплачивается Страхователем после получения от Страховщика счета на оплату страховой премии или иного документа, содержащего информацию о размерах страховой премии, порядке и сроках ее уплаты. В случае неуплаты Страхователем страховой премии (страхового взноса) в установленный срок или ее уплаты не в полном объеме, Страховщик вправе досрочно прекратить Договор в одностороннем порядке или приостановить его действие на установленный Страховщиком срок, предварительно известив Страхователя о факте наличия задолженности и последствиях неисполнения им обязанностей по договору страхования.

6.10 Страховая премия по соглашению сторон может устанавливаться как в российских рублях, так и в иностранной валюте.

6.11 Страховая премия (страховые взносы) уплачивается Страхователем в валюте Российской Федерации, за исключением случаев, предусмотренных валютным законодательством Российской Федерации и принятыми в соответствии с ним нормативными правовыми актами органов валютного регулирования.

6.12 При оплате в рублях страховой премии, установленной в иностранной валюте, используется курс Центрального Банка Российской Федерации на день платежа, если иной курс не установлен соглашением сторон.

7. ФРАНШИЗА

7.1 По соглашению сторон договором страхования может быть предусмотрена доля собственного участия Страхователя (или иного лица, интерес которого застрахован в соответствии с условиями Договора страхования) в выплате страхового возмещения – франшиза. Франшиза – часть убытков, которая определена федеральным законом и (или) договором страхования, не подлежит возмещению Страховщиком Страхователю или иному лицу, интерес которого застрахован в соответствии с условиями договора страхования, и устанавливается в виде определенного процента от страховой суммы или в фиксированном размере.

7.2 Франшиза определяется в денежном эквиваленте (абсолютная франшиза), в процентах от страховой суммы или убытка (относительная франшиза), в единицах исчисления времени (временная франшиза). Наличие абсолютной или относительной франшизы и ее размер указываются в договоре страхования, наличие временной франшизы указывается в Программе.

7.3 В соответствии с условиями договора страхования франшиза может быть условной (Страховщик освобождается от возмещения убытка, если его размер превышает размер франшизы, однако возмещает его полностью в случае, если размер убытка превышает размер франшизы) и безусловной (размер страховой выплаты определяется как разница между размером убытка и размером франшизы).

Если в договоре страхования не указан тип установленной франшизы, франшиза считается безусловной.

7.4 Франшиза может быть установлена по договору страхования, по Программе, по одному риску либо по их комбинации.

8. ПОРЯДОК ЗАКЛЮЧЕНИЯ И ИСПОЛНЕНИЯ ДОГОВОРА СТРАХОВАНИЯ

8.1 Договор страхования заключается в письменной форме:

- в стандартном порядке при непосредственном обращении к Страховщику (его уполномоченному представителю) в устной форме или с письменным заявлением о своем намерении заключить договор страхования;
- в виде электронного документа, в том числе через официальный сайт (мобильное приложение) Страховщика, официальный сайт (мобильное приложение) представителя Страховщика (страхового агента, страхового брокера) в порядке, предусмотренном пунктом 8.4 настоящих Правил.

8.2 Договор страхования в стандартном порядке заключается путем составления одного документа, подписанного обеими сторонами договора страхования.

При заключении договора страхования в электронной форме, Страховщик направляет страхователю электронный страховой полис, заверенный (подписанный) усиленной квалифицированной электронной подписью Страховщика.

Договор страхования в электронной форме считается заключенным с момента уплаты Страхователем страховой премии.

8.3 Договор страхования при непосредственном обращении к Страховщику (его уполномоченному представителю) заключается на основании устного или письменного заявления Страхователя.

В письменном заявлении на страхование, которое является приложением к договору страхования и его неотъемлемой частью, должны быть указаны (если иное не установлено соглашением сторон договора страхования):

- фамилия, имя, отчество (при наличии), дата рождения, полный адрес фактического места жительства лиц, принимаемых на страхование. Данные о лицах, принимаемых на страхование, могут быть оформлены в виде списка, прилагаемого к заявлению на страхование. В случае, если договор страхования заключается без указания фамилии, имени, отчества Застрахованного, то в договоре страхования должен быть четко определен идентифицирующий признак, позволяющий однозначно установить такое лицо;
- наименование, адрес места нахождения, телефон, телефакс, банковские реквизиты Страхователя, если Страхователь юридическое лицо либо индивидуальный предприниматель;
- фамилия, имя, отчество, дата рождения, адрес регистрации и фактического проживания, паспортные данные или данные иного документа, удостоверяющего личность, номер телефона и других средств связи Страхователя, если Страхователем является физическое лицо;
- предполагаемый вид медицинской помощи, перечень медицинских и иных услуг (Программа), страховая сумма и лимиты страховых выплат по отдельным видам услуг (если таковые подлежат установлению);
- срок, на который заключается договор страхования.

Для принятия решения о заключении договора страхования Страховщик, помимо вышеназванных сведений, вправе запросить сведения о здоровье принимаемых на страхование лиц (медицинское анкетирование, запрос актуальной медицинской документации), а также провести обследование страхуемого лица для оценки фактического состояния здоровья. В случае, если страхуемое лицо откажется от

предоставления информации и/или проведения обследования, договор страхования в отношении такого лица не заключается

Документы должны быть предоставлены исключительно на русском языке либо с переводом на русский язык. Документы, указанные выше и выданные (оформленные) за границей РФ, принимаются к рассмотрению при условии признания их легитимности на территории РФ (при наличии апостиля, легализации и т.д.).

Если в договоре страхования имеется ссылка на документ, в котором изложены условия/правила страхования (полностью или частично), то в договоре страхования должны быть указаны признаки, позволяющие однозначно определить редакцию документа, в котором изложены условия/правила страхования.

Правила являются неотъемлемой частью договора страхования, если в договоре страхования прямо указано на применение таких Правил.

Настоящие Правила могут быть вручены Страхователю, в том числе путем информирования его об адресе размещения (путем указания в договоре страхования (Полисе) ссылки на место расположения) Правил на сайте Страховщика в информационно-телекоммуникационной сети «Интернет», путем направления файла, содержащего текст Правил на указанный Страхователем адрес электронной почты или путем вручения Страхователю любого электронного носителя информации (CD или DVD диск, накопитель на жестких магнитных дисках, флеш-накопители и т.д.), на котором размещен файл, содержащий текст настоящих Правил.

В случае, если Правила страхования были вручены Страхователю одним из способов, указанных в настоящем пункте, без вручения текста Правил на бумажном носителе, это не освобождает Страхователя (Выгодоприобретателя) от обязанностей, которые предусмотрены настоящими Правилами страхования. Страхователь имеет право в любой момент действия договора страхования обратиться к Страховщику за получением текста Правил на бумажном носителе.

Договор страхования считается заключенным с даты его подписания, если иное не установлено договором страхования.

Договор страхования, если в нем не предусмотрено иное, вступает в силу в момент уплаты страховой премии или первого страхового взноса, но не ранее даты заключения договора страхования.

8.3.1 По договору страхования, вступающему в силу с даты уплаты страховой премии (первого страхового взноса), при неуплате страховой премии (первого страхового взноса) или уплаты их не в полном объеме в срок, установленный в договоре страхования как дата уплаты страховой премии (первого страхового взноса), договор считается не вступившим в силу и не влечет каких-либо правовых последствий для его сторон.

В случае неуплаты второго или последующих страховых взносов в срок и в размере, установленных договором, Страховщик вправе прекратить (расторгнуть) договор в одностороннем порядке, направив Страхователю письменное уведомление.

8.3.2 Если договором страхования предусмотрено его вступление в силу с иного момента, чем уплата страховой премии или первого страхового взноса, в случае неуплаты Страхователем премии (первого или очередного взноса) или уплаты их не в полном объеме в срок, установленный договором, Страховщик вправе прекратить (расторгнуть) договор в одностороннем порядке, направив Страхователю письменное уведомление.

Если договор страхования не вступил в силу на момент возникновения у Страховщика права прекратить договор страхования в установленном настоящим пунктом порядке, договор страхования считается не вступившим в силу и не влечет каких-либо правовых последствий для его сторон.

8.3.3 При прекращении договора страхования Страховщиком в одностороннем порядке по основаниям и в порядке, предусмотренным пунктами 8.3.1 и 8.3.2 настоящих Правил, уплаченная Страховщику страховая премия не подлежит возврату.

8.3.4 Другие последствия неуплаты Страхователем страховой премии (страхового взноса) или их уплаты не в полном объеме могут быть установлены договором страхования.

Соглашения об изменении или о расторжении договора страхования совершаются в той же форме, что и договор страхования.

8.4 Заключение договора страхования в электронной форме.

8.4.1 В соответствии с настоящими Правилами и действующим законодательством РФ договор страхования может быть составлен в форме электронного документа. Договор страхования в электронной форме заключается на основании соответствующего заявления Страхователя, созданного и отправленного Страховщику с использованием его официального сайта, мобильного приложения Страховщика, официального сайта (мобильного приложения)³ представителя Страховщика (страхового агента, страхового брокера) в порядке, указанном в настоящих Правилах.

8.4.2 Для заключения договора страхования в электронной форме Страхователь подает Страховщику заявление о страховании (анкету-заявление) через сайт Страховщика путем заполнения заявления на страхование, которое может быть оформлено по форме, содержащей в том числе следующие данные:

- фамилия, имя, отчество, дата рождения, паспортные данные или данные иного документа, удостоверяющего личность, полный адрес фактического места жительства лица, принимаемого на страхование. Данные о лицах, принимаемых на страхование, могут быть оформлены в виде списка, прилагаемого к заявлению на страхование;
- наименование, адрес места нахождения, телефон, телефакс, банковские реквизиты Страхователя, если Страхователем является юридическое лицо либо индивидуальный предприниматель;
- фамилия, имя, отчество, дата рождения, адрес регистрации и фактического проживания, паспортные данные или данные иного документа, удостоверяющего личность, номер телефона и других средств связи Страхователя, если Страхователем является физическое лицо;
- предполагаемый вид медицинской помощи, а также перечень рисков, которые предполагается включить в договор страхования и (или) Программу страхования, страховая сумма и наименование медицинских и иных организаций, которые предположительно будут оказывать услуги;
- срок, на который заключается договор страхования;
- данные о состоянии здоровья лиц, принимаемых на страхование.

8.4.3 На основании электронного запроса, изложенного, в том числе, в виде условия страхования и (или) анкеты-заявления на сайте Страховщика, для заключения договора страхования Страхователь предоставляет информацию и документы в электронном виде (в том числе в виде электронных файлов в формате pdf, jpg и т.д.).

При заключении договора страхования в электронной форме обследование лиц, принимаемых на страхование, Страховщиком может не осуществляться.

8.4.4 Заявление о заключении договора страхования в электронной форме подписывается Страхователем-физическим лицом простой электронной подписью, Страхователем-индивидуальным предпринимателем усиленной квалифицированной электронной подписью, по отдельному соглашению сторон – неквалифицированной (иной) подписью, а Страхователем-юридическим лицом – усиленной квалифицированной электронной подписью, если действующим законодательством РФ не предусмотрено иное.

³ Порядок использования мобильного приложения Страховщика или представителя Страховщика размещается на официальных сайтах Страховщика, представителя Страховщика в информационно-телекоммуникационной сети «Интернет».

Усиленная квалифицированная электронная подпись может использоваться для удостоверения подлинности копий (фото, сканов) документов, предоставляемых в электронном виде, в том числе в виде пакета электронных документов.

8.4.4.1 В целях заключения договора страхования, а также в иных случаях, для которых настоящими Правилами страхования предусмотрена возможность использования простой электронной подписи, устанавливаются следующие требования к использованию электронных документов, порядок обмена информацией в электронной форме и правила определения лица, подписывающего электронный документ, по его простой электронной подписи. Электронный документооборот осуществляется в соответствии с Гражданским кодексом Российской Федерации, Федеральным законом от 6 апреля 2011 г. № 63-ФЗ «Об электронной подписи»:

- Страхователь-физическое лицо, подписывающее электронный документ (в том числе анкету-заявление), для его последующего определения Страховщиком по его простой электронной подписи предоставляет Страховщику с использованием официального сайта Страховщика, мобильного приложения Страховщика, официального сайта или мобильного приложения представителя Страховщика следующие сведения:
 - фамилия, имя и отчество (при наличии);
 - абонентский номер, выделенный оператором подвижной радиотелефонной связи (номер телефона), и (или) адрес электронной почты.
- Страховщик (представитель Страховщика) направляет на указанные Страхователем-физическим лицом номер телефона и (или) адрес электронной почты текстовое сообщение, содержащее последовательность символов, являющуюся ключом простой электронной подписи, и указание лицу, использующему простую электронную подпись, на необходимость соблюдать ее конфиденциальность. Одновременно с первичным доступом к сайту Страховщика с использованием ключа простой электронной подписи, полученного в соответствии с настоящим пунктом, на сайте Страховщика автоматически создается персональная страница (далее – личный кабинет) Страхователя. Информация считается подписанной простой электронной подписью Страхователя, в том числе если ее применение подтверждено введением ключа простой электронной подписи, если подтверждение от Страхователя было получено в закрытой части (личном кабинете) сайта или мобильного приложения Страховщика (представителя Страховщика), вход в который Страхователь подтвердил введением ключа простой электронной подписи и ключа проверки простой электронной подписи в виде логина и пароля. Страховщик и лицо, подписывающее электронный документ, обязаны соблюдать конфиденциальность ключа простой электронной подписи.
- В аналогичном порядке создается личный кабинет и используется простая электронная подпись иного клиента – физического лица, если между сторонами не заключено иных соглашений в соответствии с Федеральным законом от 6 апреля 2011 г. № 63-ФЗ «Об электронной подписи».
- Указанная простая электронная подпись физического лица также может использоваться для удостоверения подлинности копий (фото, сканов) документов, предоставляемых в электронном виде, в том числе в виде пакета электронных документов. Стороны электронного документооборота вправе также заключить соглашение об иных условиях использования простой электронной или иной подписи согласно Федеральному закону от 6 апреля 2011 г. № 63-ФЗ «Об электронной подписи».
- Информация о подписании документа простой электронной подписью, а также информация, идентифицирующая лицо, подписавшее документ простой электронной подписью, указывается в подписанном документе. Определение лица, подписывающего электронный документ, по его простой электронной подписи осуществляется в соответствии с настоящим пунктом Правил.

- В случае невозможности обмена документами в электронном виде, подписанными электронной подписью, по причине технического сбоя внутренних систем или по иным причинам, обмен документами производится на бумажном носителе с подписанием собственноручной подписью.
- После осуществления доступа к сайту Страховщика в соответствии с настоящим пунктом Страхователю предоставляется возможность направления Страховщику сведений, указанных в пункте 8.4.2 настоящих Правил.

Информация в электронной форме, отправленная Страховщику и подписанная простой электронной подписью Страхователя (Застрахованного лица, Выгодоприобретателя) в соответствии с требованиями настоящего пункта и Федерального закона от 6 апреля 2011 г. № 63-ФЗ «Об электронной подписи» (далее также – Закон об электронной подписи), признается электронным документом, равнозначным документу на бумажном носителе, подписанному собственноручной подписью этого физического лица.

8.4.5 В соответствии с действующим законодательством РФ (пунктом 1 статьи 6 Федерального закона № 63-ФЗ от 06.04.2011 «Об электронной подписи», также п. 4 ст. 6.1 Закона РФ «Об организации страхового дела в Российской Федерации» № 4015-1 от 27.11.1992 г.) договор страхования, составленный в виде электронного документа, подписанный усиленной квалифицированной электронной подписью Страховщика, признается электронным документом, равнозначным документу на бумажном носителе, подписанному собственноручной подписью полномочного представителя Страховщика.

8.4.6 На официальном сайте Страховщика Страхователь знакомится с условиями договора страхования, выбранных им Программ и настоящих Правил. Оплата страховой премии Страхователем-физическим лицом в соответствии с п. 4 ст. 6.1 Закона РФ «Об организации страхового дела в Российской Федерации» № 4015-1 от 27.11.1992 означает согласие Страхователя с заключением договора страхования на предложенных Страховщиком условиях.

Факт ознакомления Страхователя с условиями настоящих Правил и договора страхования может подтверждаться, в том числе, специальными отметками (подтверждениями), предоставляемыми Страхователем в электронном виде на сайте Страховщика.

Текст настоящих Правил либо выписка из настоящих Правил (полисные условия страхования), сформированная на основе положений настоящих Правил, относящихся к конкретной программе страхования, и на основе которых заключен договор страхования, дополнительно может включаться (а при электронном страховании – обязательно включается) в текст договора страхования (страхового полиса или страхового сертификата, подтверждающего заключение договора страхования).

8.5 По решению Страховщика перечень документов/ информации, предоставляемых для заключения договора страхования (в стандартном порядке и в виде электронного документа), может быть сокращен, если это не влияет на оценку риска, вероятность наступления страхового случая, а также определение размера ущерба и получателя страхового возмещения.

8.6 Заключая/подписывая договор страхования, Страхователь подтверждает, что Страховщик до заключения договора страхования предоставил ему в доступной форме полную информацию:

- об условиях, на которых может быть заключен договор страхования, включающих: объект страхования, страховые риски, размер страховой премии, а также порядок получения медицинских и иных услуг и порядок осуществления страховой выплаты (страхового возмещения), в том числе перечень документов, которые необходимо представить Застрахованному вместе с заявлением о наступлении события, имеющего признаки страхового случая, или с заявлением на получение страхового возмещения, если договором страхования предусмотрено страховое возмещение;

- об обстоятельствах, влияющих на размер страховой премии, о способах и сроках (периодичности) уплаты страховой премии (страховых взносов), последствиях неуплаты, уплаты не в полном размере или несвоевременной уплаты страховой премии (страховых взносов);
- о применяемых Страховщиком франшизах и исключениях из перечня страховых событий, а также о действиях Страхователя/Застрахованного, совершение которых может повлечь отказ Страховщика в страховой выплате или сокращение ее размера;
- о наличии дополнительных условий для заключения договора страхования, в том числе о необходимости проведения анкетирования и/или обследования застрахованного лица при заключении договора страхования, а также о перечне документов и информации, необходимых для заключения договора страхования;
- о размере (примерном расчете) страховой премии на основании представленного Страхователем заявления о заключении договора страхования с уведомлением Страхователя о возможном изменении размера страховой премии, страховой суммы или иных условий страхования по результатам оценки страхового риска;
- о наличии условия возврата Страхователю уплаченной страховой премии (страхового взноса) в случае отказа Страхователя от договора страхования в течение определенного срока со дня его заключения или о его отсутствии в соответствии с действующим законодательством РФ;
- о сроках рассмотрения обращений Застрахованных или их представителей относительно получения страхового возмещения, а также о случаях продления таких сроков в связи с необходимостью получения информации от медицинских и иных организаций, непосредственно связанной с возможностью принятия Страховщиком решения о признании события страховым случаем или о размере страховой выплаты;
- о праве Страхователя запросить информацию о размере вознаграждения, выплачиваемого страховому агенту или страховому брокеру;
- об адресах мест приема документов на страховое возмещение при наступлении событий, имеющих признаки страхового случая, в том числе о возможности приема таких документов в электронной форме, если такая возможность предусмотрена условиями договора страхования.

8.7 Договор страхования заключается сроком на один год, если иное не предусмотрено условиями конкретного договора страхования. Договором страхования могут быть установлены различные сроки страхования для разных рисков, Программ страхования, медицинских и иных услуг.

8.8 Страхование, обусловленное договором страхования, распространяется на страховые случаи, произошедшие после вступления договора страхования в силу, если в договоре страхования не предусмотрен иной срок начала действия страхования.

8.9 После заключения договора страхования Страховщик в порядке, определенном договором страхования, выдает для Застрахованного комплект страховой документации, согласованный сторонами договора страхования (именной документ, подтверждающий заключение договора страхования, и пр. (далее – страховые документы)), при этом страховые документы могут быть созданы в форме электронных документов.

8.10 При утрате Страхователем или Застрахованным страховых документов, по его письменному Заявлению может быть выдан дубликат таких документов.

8.11 При заключении договора страхования стороны оговаривают способы взаимодействия, которые будут использоваться для предоставления информации получателю страховых услуг.

Страховщик обязан обеспечить возможность взаимодействия со Страхователем (Застрахованным, Выгодоприобретателем) способами, установленными договором страхования, а также посредством телефонной и почтовой связи.

Конкретный способ взаимодействия указывается Страхователем в заявлении о заключении договора страхования (если оно выражено в письменной форме) и/или в договоре страхования/полисе.

Если иное не согласовано между Страховщиком и Страхователем (Застрахованным, Выгодоприобретателем), все письма и уведомления, направляемые Страховщиком в адрес Страхователя (Застрахованного, Выгодоприобретателя) в соответствии с настоящими Правилами, считаются направленными надлежащим образом при соблюдении одного из следующих условий:

- уведомление направлено почтовым отправлением по адресу, указанному в договоре страхования или в заявлении на получение страхового возмещения;
- уведомление направлено в виде СМС-сообщения или сообщения с использованием иного сервиса отправки сообщений по телефону или адресу, указанному в договоре страхования или ином документе (извещение, заявление на страховую выплату) с контактными данными, поданном от лица Страхователя (Застрахованного, Выгодоприобретателя);
- уведомление направлено в виде сообщения электронной почты по адресу электронной почты, указанному в договоре страхования или в заявлении на получение страхового возмещения;
- уведомление направлено с использованием мобильного приложения Страховщика или размещено в Личном кабинете Страхователя (Застрахованного, Выгодоприобретателя) в соответствующем разделе сайта Страховщика www.ingos.ru, о чем Страхователь (Застрахованный, Выгодоприобретатель) проинформирован с использованием мобильного приложения Страховщика или Личного кабинета Страхователя (Застрахованного, Выгодоприобретателя).

В случае изменения адресов и (или) реквизитов Страхователь (Выгодоприобретатель) обязуется заблаговременно известить Страховщика об этом. Если Страховщик не был извещен об изменении адреса и (или) реквизитов другой стороны заблаговременно, то все уведомления и извещения, направленные Страхователю (Застрахованному, Выгодоприобретателю) по прежнему известному адресу, будут считаться полученными с даты их поступления по прежнему адресу.

8.12 Заключая договор страхования на основании настоящих Правил, Страхователь дает Страховщику и иным указанным в настоящем пункте лицам согласие на обработку своих персональных данных, в том числе разрешенных для распространения на условиях, изложенных в настоящем пункте, и гарантирует наличие аналогичных согласий иных лиц, персональные данные которых могут быть сообщены Страховщику в связи с договором страхования.

Страхователь обязуется по требованию Страховщика в течение 1 (Одного) рабочего дня предоставить Страховщику вышеуказанные согласия на обработку персональных данных в виде отдельных документов, составленных и оформленных в соответствии с законодательством Российской Федерации, способом, соответствующим требованиям законодательства Российской Федерации.

Страховщик вправе передавать вышеуказанные персональные данные своим аффилированным лицам и иным лицам (в том числе ООО «СК «Ингосстрах-Жизнь» (125171, г. Москва, Ленинградское ш., д. 16, стр. 9), ООО «СК «Ингосстрах-М» (117997, г. Москва, ул. Пятницкая, д. 12, стр. 2), АО УК «Ингосстрах- Инвестиции» (115035, г. Москва, ул. Пятницкая, д. 12, стр. 2), АО «НПФ «Социум» (119017, г. Москва, Голиковский пер., д. 7), ООО «Клиника ЛМС» (119146, г. Москва, Комсомольский пр-т, д. 28, эт. 1, 3 пом. III, VI), Банк СОЮЗ (АО) (127030, г. Москва, ул. Суцневская, д. 27, стр. 1), АО «НПФ «Ингосстрах-Пенсия» (119017, г. Москва, Голиковский пер., д. 7), АО «ФРЕЙТ ЛИНК» (123308, г. Москва, пр-т Маршала Жукова, д. 4)), ООО «СДФ» (119019, г. Москва, Пречистенская наб., д. 45/1, стр. 4, эт. 2, пом. I, комн. 1, 2, 3, 4)), ООО «ТОЛКФИНАНС» (143026, г. Москва, тер Сколково инновационного центра, б-р Большой, д. 42, стр. 1, эт 0,

пом 137, раб 28; ИНН: 7734387717)), медицинским и иным организациям в рамках международного медицинского страхования, а также компаниям, оказывающим Страховщику, его аффилированным и иным поименованным в настоящем пункте лицам маркетинговые услуги (в том числе услуги рекламодателя), ИТ-услуги, иные услуги. Такая передача может быть осуществлена посредством электронной почты, API (Application Programming Interface – интерфейс, который позволяет двум программам обмениваться информацией) или на материальных носителях (бумажных или электронных).

Персональные данные могут обрабатываться Страховщиком, его аффилированными и иными указанными в настоящем пункте лицами в целях исполнения договора страхования; формирования рекламных предложений услуг Страховщика, его аффилированных и иных поименованных в настоящем пункте лиц; продвижения услуг Страховщика, его аффилированных и иных поименованных в настоящем пункте лиц на рынке путем осуществления прямых контактов с потенциальным потребителем с помощью средств связи; определения размера убытков или ущерба; тестирования программного обеспечения; кредитного скоринга; направления рассылок в целях повышения уровня клиентоориентированности и лояльности (включая проведение исследований (опросов) в области сервисных услуг и их качества, предоставляемых Страховщиком, его аффилированными и иными поименованными в настоящем пункте лицами), а также информации об условиях продления договоров со Страховщиком, его аффилированными и иными поименованными в настоящем пункте лицами; в статистических целях; в целях продления договора страхования; в целях проведения анализа и оценки страховых рисков; в целях обновления или дополнения персональных данных любыми сведениями из любых источников; в целях совершенствования процесса оказания услуг Страховщиком, его аффилированными и иными поименованными в настоящем пункте лицами.

Составляющие врачебную тайну сведения, полученные в рамках исполнения договоров международного медицинского страхования от медицинских учреждений и иных организаций и лиц, уполномоченных осуществлять медицинскую экспертизу, могут быть использованы исключительно для целей исполнения договоров международного медицинского страхования; при этом указанные организации и лица в соответствующей части освобождаются от обязательства сохранять конфиденциальность указанных сведений.

Вышеуказанные согласия включают в себя также согласие на получение рекламы услуг Страховщика, его аффилированных и иных поименованных в настоящем пункте лиц, в том числе по сетям электросвязи и посредством использования телефонной связи, а также согласие на трансграничную передачу персональных данных.

Срок действия указанных согласий составляет 50 (Пятьдесят) лет с даты заключения договора страхования.

Вышеуказанные согласия могут быть отзываны полностью или частично Страхователем и иными субъектами персональных данных посредством передачи Страховщику соответствующих заявлений. Такие заявления могут быть переданы как на бумажном носителе за собственноручной подписью заявителя, так и посредством электронной почты (с указанием сведений, обязательных для включения в запрос на получение информации, касающейся обработки персональных данных), мобильного приложения Страховщика, личного кабинета на официальном сайте Страховщика. В случае подписания заявления представителем к заявлению должен быть приложен документ, подтверждающий соответствующие полномочия представителя (его сканированный образ).

Перечень персональных данных, на обработку которых даются вышеуказанные согласия: персональные данные, указанные в договоре страхования и сообщенные дополнительно в связи с договором страхования, а также полученные Страховщиком, его

партнёрами и/или аффилированными и иными поименованными в настоящем пункте лицами при обновлении или дополнении персональных данных (в том числе фамилия, имя, отчество; дата и место рождения; гражданство; адрес; номер телефона, адрес электронной почты и иные контактные данные; пол; семейное, социальное, имущественное положение; сведения о наличии детей и иных лиц на иждивении; страна налогового резидентства; сведения об образовании, профессии, роде занятий, доходах, сбережениях и расходах; данные документа, удостоверяющего личность; данные документов, подтверждающих право иностранного гражданина или лица без гражданства на пребывание в Российской Федерации; уникальный номер индивидуального лицевого счета, используемый для обработки сведений о физическом лице в системе индивидуального (персонифицированного) учета, а также для идентификации и аутентификации сведений о физическом лице при предоставлении государственных и муниципальных услуг и исполнении государственных и муниципальных функций (СНИЛС); сведения о заключенных договорах страхования (номер, дата заключения, период страхования; страховая сумма и пр.); номер участника программы лояльности; идентификатор клиента в информационной системе Страховщика; данные миграционной карты, визы; идентификационный номер налогоплательщика; реквизиты банковского счета; данные договора банковского счета; сведения о банковских операциях; страховой номер индивидуального лицевого счета; данные полисов добровольного и обязательного медицинского страхования; биометрические персональные данные; сведения, относящиеся к специальным категориям персональных данных; сведения о состоянии здоровья и иные сведения, составляющие врачебную тайну, полученные от медицинских работников, лиц, уполномоченных осуществлять медицинскую экспертизу и медицинских организаций и иных, из иных источников; иные сведения).

Перечень действий с персональными данными, на совершение которых даются вышеуказанные согласия: сбор, запись, систематизация, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), извлечение, использование, передача, обезличивание, блокирование, удаление, уничтожение персональных данных.

Обработка персональных данных может производиться с использованием средств автоматизации или без использования таких средств.

8.13 Положения конкретных договоров страхования имеют преимущественную силу над положениями настоящих Правил.

8.14 Если иное не предусмотрено договором страхования и при наличии соответствующей технической возможности, изменения в договор страхования могут быть внесены путем обмена информацией между Страховщиком и Страхователем в электронном виде через официальный сайт или мобильное приложение Страховщика в порядке, аналогичном порядку, предусмотренному пунктом 8.4 настоящих Правил.

9. ПРАВА И ОБЯЗАННОСТИ СТОРОН

9.1 Страхователь имеет право:

9.1.1 требовать от Страховщика организации оказания медицинской помощи и иных услуг и их оплаты либо осуществления страховой выплаты (страхового возмещения) в соответствии с условиями договора страхования и/или Программы страхования;

9.1.2 в течение срока действия договора страхования с согласия Страховщика изменить перечень страховых рисков, перечень медицинских и иных организаций и/или увеличить или уменьшить объем обязательств Страховщика по Программе, выбранной Страхователем, изменить перечень Программ, заключив при этом со Страховщиком дополнительное соглашение с соответствующим возможным перерасчетом размера страховой премии, если иное не установлено в договоре страхования;

9.1.3 досрочно прекратить действие договора страхования;

9.1.4 застраховать с согласия Страховщика дополнительное количество лиц по действующему договору страхования или отказаться от договора страхования в отношении части Застрахованных лиц без их согласия, если иное не предусмотрено договором страхования;

9.1.5 прекратить в отношении Застрахованного действие договора страхования;

9.1.6 с согласия Страховщика произвести замену Застрахованных по договору (замена Застрахованных по договору страхования производится в соответствии с п. 2 ст. 955 ГК РФ);

9.1.7 требовать от Страховщика разъяснения положений, содержащихся в правилах страхования, договоре страхования, расчетов изменения в течение срока действия договора страхования страховой суммы, расчетов страховой выплаты;

9.1.8 один раз в течение действия договора страхования бесплатно запросить у Страховщика копии действующего договора страхования и иных документов, являющихся его неотъемлемой частью, за исключением информации, не подлежащей разглашению.

9.2 Страхователь обязан:

9.2.1 предоставлять Страховщику необходимую достоверную информацию об обстоятельствах, имеющих отношение к заключению и исполнению договора страхования, а также имеющих существенное значение для определения вероятности наступления страхового случая и размеров возможных убытков от его наступления (страхового риска);

9.2.2 предоставлять Страховщику информацию о показателях здоровья принимаемых на страхование лиц (контингента, подлежащего страхованию);

9.2.3 пределах своей компетенции принимать меры по устранению неблагоприятных факторов, воздействующих на здоровье Застрахованных;

9.2.4 уплачивать страховую премию (страховые взносы) в определенные договором страхования сроки и в установленном договором страхования размере;

9.2.5 доплатить по требованию Страховщика страховую премию в случае увеличения стоимости медицинских и иных услуг в период действия договора страхования, если иное не установлено в договоре страхования;

9.2.6 передать Застрахованному необходимые страховые документы, определенные договором страхования, а при их утрате – дубликаты, а также разъяснить Застрахованному условия договора страхования и порядок ознакомления Застрахованного с информационным материалом по договору страхования в Личном кабинете;

9.2.7 своевременно сообщить Страховщику об изменении своих банковских реквизитов, места нахождения, номеров контактных телефонов и телефаксов, а также об изменении фамилии, имени, отчества Застрахованного и его фактического места жительства, если иное не установлено в договоре страхования;

9.2.8 своевременно сообщать Страховщику о ставших ему известными фактах увеличения степени риска, т.е. об изменении обстоятельств, которые были сообщены Страховщику при заключении договора страхования, и о ставших известными случаях выявления у Застрахованного заболеваний (состояний), из числа исключений из Программ страхования (при наличии таких исключений);

9.2.9 возместить Страховщику расходы, возникшие в результате нарушения Застрахованным условий пунктов 9.4.2, 9.4.3, 9.4.4, 9.4.7 и 9.4.8 Правил.

9.3 Застрахованный имеет право:

9.3.1 требовать от Страховщика организации оказания медицинских и иных услуг и их оплаты либо осуществления страховой выплаты (страхового возмещения) в соответствии с условиями договора страхования и/или Программы страхования;

9.3.2 требовать от Страховщика возмещения личных денежных средств, израсходованных на получение медицинских и иных услуг в соответствии с условиями договора страхования;

9.3.3 сообщать Страховщику в письменном виде о случаях непредоставления, неполного или некачественного предоставления медицинских и иных услуг;

9.3.4 при утрате страховых документов получить их дубликат, обратившись к Страховщику с письменным заявлением (бесплатно один раз в течение действия договора страхования);

9.3.5 ознакомиться с информационными материалами по договору страхования в электронном виде через информационно-телекоммуникационную сеть «Интернет» – ресурс Личный кабинет на официальном сайте Страховщика www.ingos.ru;

9.3.6 требовать от Страховщика разъяснения положений, содержащихся в Правилах и договоре страхования, расчетов изменения в течение срока действия договора страхования страховой суммы, расчетов страховой выплаты;

9.3.7 в течение срока действия договора страхования обратиться к Страховщику за информацией, необходимой для реализации своих прав по договору страхования.

9.4 Застрахованный обязан:

9.4.1 при заключении договора страхования по требованию Страховщика пройти обследования и/или предоставить медицинскую анкету и/или актуальную медицинскую документацию для оценки фактического состояния здоровья;

9.4.2 соблюдать порядок оказания медицинских и иных услуг, предусмотренных Программой;

9.4.3 соблюдать предписания врача, полученные в ходе оказания медицинских и иных услуг, а также распорядок, установленный медицинской и иной организацией;

9.4.4 не передавать страховые документы, полученные от Страхователя, другим лицам с целью получения ими медицинских и иных услуг, предусмотренных договором страхования/ Программой страхования;

9.4.5 своевременно сообщить Страхователю об изменении своей фамилии, имени, отчества и фактического места жительства, иных данных, необходимых для идентификации Застрахованного в соответствии с договором страхования;

9.4.6 при утрате страховых документов своевременно сообщить в письменном виде об этом Страховщику для получения дубликатов;

9.4.7 при отсутствии возможности, необходимости или желания посетить врача или вызывать врача на дом, установленной Застрахованным после достижения с представителями медицинской или иной организации договоренности о посещении или вызове врача, заблаговременно отказаться от забронированного ранее времени посещения врача или вызова врача на дом;

9.4.8 уплачивать страховую премию/страховые взносы, если это предусмотрено договором страхования;

9.4.9 не нарушать условия пунктов 9.4.2, 9.4.3, 9.4.4, 9.4.7 и 9.4.8 Правил – нарушение Застрахованным указанных условий рассматривается в качестве существенного нарушения условий договора страхования, что может повлечь за собой досрочное прекращение действия договора страхования в отношении такого Застрахованного согласно условиям договора страхования или настоящих Правил;

9.4.10 соблюдать порядок получения страхового возмещения, установленный договором страхования/ Программой страхования.

9.5 Страховщик имеет право:

9.5.1 проверять полученную от Страхователя и Застрахованного информацию;

9.5.2 до принятия на страхование потребовать проведения любых дополнительных медицинских обследований принимаемого на страхование лица и предоставления документов, подтверждающих состояние его здоровья;

9.5.3 отказаться от исполнения обязательства и прекратить договор страхования в отношении Застрахованного, если он не выполнил обязанностей, предусмотренных пунктами 9.4.2, 9.4.3, 9.4.4, 9.4.7 и 9.4.8 Правил, и такое невыполнение привело или могло привести к дополнительным расходам Страховщика;

9.5.4 прекратить договор страхования в отношении Застрахованного, в случае получения письменного заявления Застрахованного (направленного им через Страхователя) об отзыве им своего согласия на обработку Страховщиком и партнерами Страховщика его персональных данных и об отказе продолжать страховые правоотношения со Страховщиком (за исключением случаев, когда согласно законодательству Российской Федерации для исполнения договора страхования согласие субъекта персональных данных не требуется);

9.5.5 в случае выявления в течение действия договора страхования событий, признаваемых значительными изменениями, влекущими увеличение страхового риска, вправе потребовать изменения условий договора страхования, а при несогласии Страхователя на такие изменения – потребовать досрочно прекратить договор страхования;

9.5.6 при наличии у Страхователя просроченной дебиторской задолженности перед Страховщиком по закончившемуся договору страхования, приостановить в отношении Застрахованного организацию оказания медицинских и иных услуг по действующему договору страхования до погашения Страхователем подтвержденной задолженности. Страховщик должен уведомить Страхователя не менее чем за 5 рабочих дней до начала приостановления организации оказания медицинских и иных услуг о факте наличия задолженности с указанием последствий непогашения задолженности;

9.5.7 прекратить договор страхования в случаях, предусмотренных разделом 10 Правил, а также действующим российским законодательством РФ.

9.6 Страховщик обязан:

9.6.1 организовать и оплатить либо только оплатить (осуществить страховое возмещение), если это предусмотрено договором страхования, получение Застрахованным медицинских и иных услуг, предусмотренной Программой;

9.6.2 организовать и оплатить (осуществить страховое возмещение), если это предусмотрено договором страхования, получение Застрахованным лекарственных препаратов, изделий медицинского назначения и медицинского оборудования, предусмотренных Программой;

9.6.3 контролировать объем и сроки организованных Застрахованным медицинских и иных услуг в соответствии с условиями договоров с медицинскими и иными организациями;

9.6.4 осуществить страховую выплату в порядке и сроки, определенные Правилами и (или) договором страхования;

9.6.5 выдать Застрахованному страховые документы, предусмотренные договором страхования, а при их утрате – дубликаты (бесплатно один раз в течение действия договора страхования);

9.6.6 сообщить об изменении своих банковских реквизитов, места нахождения, номеров контактных телефонов и телефаксов;

9.6.7 по требованиям Страхователей, Застрахованных, Выгодоприобретателей, а также лиц, имеющих намерение заключить договор страхования, разъяснить положения, содержащиеся в Правилах и договорах страхования, расчеты изменения в течение срока действия договора страхования страховой суммы, расчеты страховой выплаты;

9.6.8 по запросу Страхователя один раз в течение действия договора страхования бесплатно предоставить копию действующего договора страхования и иных документов, являющихся его неотъемлемой частью или предусмотренных договором страхования;

9.6.9 информировать Страхователя о факте просрочки уплаты очередного страхового взноса или факте его уплаты не в полном объеме, а также о последствиях таких нарушений, путем направления уведомления по почтовому адресу или иным предусмотренным договором страхования способом связи;

9.6.10 по устному или письменному запросу Страхователя (Застрахованного), в том числе полученному в электронной форме, в срок, не превышающий 30 (Тридцати) календарных дней с момента получения такого запроса, предоставить информацию о произведенном Страховщиком расчете суммы страховой выплаты, включая: сумму страхового возмещения, подлежащую выплате; порядок расчета страховой выплаты; исчерпывающий перечень норм права и (или) условий договора страхования и Правил, обстоятельств и документов, на основании которых произведен расчет.

9.7 Договором страхования могут быть предусмотрены и иные права и обязанности Страхователя, Застрахованного, Страховщика.

10. ПОРЯДОК ПРЕКРАЩЕНИЯ ДОГОВОРА СТРАХОВАНИЯ

10.1 Договор страхования прекращает свое действие:

10.1.1 в случае истечения срока, на который был заключен договор страхования;

10.1.2 в случае смерти Застрахованного (договор прекращается в отношении такого Застрахованного) – с даты смерти Застрахованного;

10.1.3 по требованию Страховщика – в случае неуплаты страховой премии (страхового взноса) в установленные договором страхования сроки и размере, если Страхователь был предварительно уведомлен Страховщиком о факте наличия задолженности и последствиях ее неуплаты, а также в случаях, предусмотренных пунктом 9.5.3 Правил, если договором страхования не установлено иное – с даты направления Страховщиком требования о прекращении договора страхования или даты, указанной в этом требовании;

10.1.4 в случае отзыва согласия на обработку персональных данных:

- полностью – в случае полного отзыва субъектом персональных данных, являющимся Страхователем, согласия на обработку персональных данных (за исключением случаев, когда согласно законодательству РФ для исполнения договора страхования согласие субъекта персональных данных не требуется); при этом полный отзыв такого согласия считается отказом от договора страхования;
- частично – в случае полного отзыва субъектом персональных данных, являющимся Застрахованным, согласия на обработку персональных данных (за исключением случаев, когда согласно законодательству РФ для исполнения договора страхования согласие субъекта персональных данных не требуется).

10.1.4.1 в обоих случаях договор страхования считается прекращенным (полностью или в соответствующей части) с даты получения Страховщиком уведомления об отзыве согласия на обработку персональных данных;

10.1.5 по требованию Страхователя в любое время – с даты получения Страховщиком требования о прекращении договора страхования или даты, указанной в этом требовании, если она позже даты получения;

10.1.6 по соглашению сторон – с даты подписания соглашения или с даты, указанной в таком соглашении;

10.1.7 в случае ликвидации Страховщика в порядке, установленном действующим законодательством Российской Федерации – с даты начала процедуры ликвидации;

10.1.8 в случае ликвидации Страхователя-юридического лица, если Застрахованный или иное лицо не принял/не приняло на себя исполнение обязанностей Страхователя по уплате страховой премии – с даты ликвидации Страхователя;

10.1.9 в случае исполнения Страховщиком договорных обязательств в полном объеме – с момента исполнения обязательств Страховщиком в полном объеме;

10.1.10 если в течение срока действия договора страхования Страховщику станет известно о том, что Страхователь при заключении договора страхования представил Страховщику ложные сведения, с правом Страховщика обратиться в суд с требованием о

признании договора страхования недействительным и применением последствий, предусмотренных п. 2 ст. 179 ГК РФ;

10.1.11 в других случаях, предусмотренных законодательством Российской Федерации, договором страхования и /или Программой – с даты, определенной законом или договором страхования для таких случаев.

10.2 При досрочном прекращении договора страхования в целом или в отношении части Застрахованных в соответствии с пунктами 10.1.2, 10.1.8, 10.1.9 Правил, а также при частичном прекращении в соответствии с пунктом 10.1.4 Правил, Страховщик возвращает долю оплаченной страховой премии (страхового взноса) за неистекший оплаченный срок действия договора страхования пропорционально полному оплаченному сроку действия договора страхования и за вычетом расходов Страховщика на ведение дела, если иное не предусмотрено договором страхования.

Возврат страховой премии (страхового взноса) осуществляется в течение 15 (Пятнадцати) рабочих дней с момента получения Страховщиком письменного требования Страхователя о возврате страховой премии (страхового взноса) и подписания соответствующего соглашения, если иное не предусмотрено условиями договора страхования.

По иным основаниям прекращения договора страхования возврат уплаченной страховой премии (страховых взносов) не производится. Если договором страхования устанавливается иное, в нем определяется размер подлежащей возврату части страховой премии (страхового взноса).

10.3 Особые условия отказа Страхователя-физического лица от договора страхования.

10.3.1 Страхователь-физическое лицо в дополнение к условиям о досрочном расторжении договора страхования, указанным в пункте 10.1 Правил, вправе досрочно отказаться от договора страхования в течение 14 (Четырнадцати) календарных дней со дня его заключения независимо от момента уплаты страховой премии (страхового взноса), при отсутствии в данном периоде событий, имеющих признаки страхового случая.

10.3.2 В случае, если Страхователь-физическое лицо отказался от договора страхования в срок, указанный в пункте 10.3.1 Правил, и до даты возникновения обязательств Страховщика по заключенному договору страхования (далее – дата начала действия страхования), уплаченная страховая премия (страховой взнос) подлежит возврату Страховщиком Страхователю-физическому лицу в полном объеме.

10.3.3 В случае, если Страхователь-физическое лицо отказался от договора страхования в срок, указанный в пункте 10.3.1 Правил, но после даты начала действия страхования, Страховщик при возврате уплаченной страховой премии (страхового взноса) Страхователю-физическому лицу удерживает часть страховой премии (страхового взноса) пропорционально сроку действия договора страхования, прошедшему с даты начала действия страхования до даты прекращения действия договора страхования, если иного не предусмотрено соглашением сторон.

10.3.4 При досрочном прекращении договора страхования в порядке, предусмотренном настоящим пунктом, договор страхования считается прекратившим свое действие с даты получения Страховщиком письменного заявления Страхователя-физического лица об отказе от договора страхования или иной даты, установленной по соглашению сторон, но не позднее срока, указанного в пункте 10.3.1 Правил.

10.3.5 Возврат страховой премии (страхового взноса) Страхователю-физическому лицу в соответствии с настоящим пунктом по выбору Страхователя-физического лица производится наличными деньгами или в безналичном порядке в срок, не превышающий 10 (Десять) рабочих дней со дня получения письменного заявления Страхователя-физического лица об отказе от договора страхования.

10.3.6 Действие настоящего пункта не распространяется на осуществление добровольного страхования, являющегося обязательным условием допуска физического

лица к выполнению профессиональной деятельности в соответствии с законодательством Российской Федерации, а также страхование, предусматривающее оплату оказанной гражданину Российской Федерации, находящемуся за пределами территории Российской Федерации, медицинской помощи и (или) оплату возвращения его тела (останков) в Российскую Федерацию.

10.4 По запросу Страхователя Страховщик один раз по одному договору страхования бесплатно обязан предоставить ему заверенный Страховщиком расчет суммы страховой премии (части страховой премии), подлежащей возврату в связи с расторжением или досрочным прекращением договора страхования. К указанному расчету по запросу Страхователя прилагаются письменные или даются устные пояснения со ссылками на нормы права и (или) условия договора страхования и правил страхования, на основании которых произведен расчет.

10.5 Если иное не предусмотрено договором страхования и при наличии соответствующей технической возможности, прекращение (расторжение) договора страхования может быть совершено путем обмена информацией в электронном виде через официальный сайт или мобильное приложение Страховщика в порядке, аналогичном порядку, предусмотренному пунктом 8.4 настоящих Правил.

11. ПОРЯДОК ПОЛУЧЕНИЯ МЕДИЦИНСКИХ И ИНЫХ УСЛУГ И ПОРЯДОК ОСУЩЕСТВЛЕНИЯ СТРАХОВЫХ ВЫПЛАТ

11.1 Для получения предусмотренной договором страхования и/или Программой медицинских и иных услуг Застрахованный обращается в медицинские или иные организации, предусмотренные договором страхования или согласованные со Страховщиком, или к Страховщику.

11.1.1 В случае обращения Застрахованного к Страховщику с уведомлением о наступлении события, имеющего признаки страхового случая, Страховщик должен проинформировать Застрахованного обо всех предусмотренных договором и (или) настоящими Правилами необходимых действиях, которые Застрахованный обязан предпринять, а также обо всех документах, представление которых обязательно для рассмотрения вопроса о признании события страховым случаем и о страховом возмещении израсходованных Застрахованным личных денежных средств, о порядке и способе их возмещения и о сроках проведения указанных действий и представления документов.

Информирование осуществляется в той же форме, в которой был сделан запрос Застрахованного, либо в форме, указанной в запросе (устной, на бумажном носителе или электронной).

11.2 Для получения предусмотренной договором страхования и Программой медицинских и иных услуг Застрахованный может с предварительного согласия (устного или письменного) Страховщика и если это предусмотрено договором страхования и Программой, при ухудшении состояния здоровья и/или состоянии, требующем оказания медицинских и иных услуг, а также иных обстоятельствах, предусмотренных условиями договора страхования и/или Программы, обратиться в любую медицинскую и иную организацию и самостоятельно оплатить медицинские и иные услуги, предусмотренные Программой, а также санаторно-курортное лечение путем приобретения санаторно-курортной путевки непосредственно у санаторно-курортного учреждения или санаторно-курортного объединения либо санаторно-курортного агентства. После получения услуг Застрахованный, для получения страхового возмещения личных денежных средств, израсходованных на оплату медицинских и иных услуг, должен в течение 6 (Шести) месяцев с момента их оплаты направить заказным письмом с уведомлением в адрес Страховщика заявление и соответствующие документы. Решение Страховщика о страховом возмещении Застрахованному его личных средств либо об отказе в страховой

выплате принимается и направляется Застрахованному (если иное не установлено договором страхования) в течение 30 (Тридцати) рабочих дней с момента предоставления Застрахованным или его представителем следующих документов, направленных почтовым отправлением:

11.2.1 письменного заявления на получение страхового возмещения;

11.2.2 копии⁴ документа, удостоверяющего личность заявителя и получателя страхового возмещения, а также иных документов, позволяющих идентифицировать застрахованное лицо, если договор страхования заключен без указания фамилии, имени, отчества Застрахованного;

11.2.3 документов, подтверждающих факт оказания предусмотренных Программой услуг Застрахованному (копия договора оказания медицинских услуг и/или договора оказания иных услуг, копия выписки из амбулаторной карты/истории болезни, заверенная подписью уполномоченного лица и печатью медицинской и иной организации или оригинал акта оказанных услуг или документы их заменяющие) с полной детализацией оказанных услуг (дата услуги, код услуги, наименование услуги, стоимость услуг согласно действующему прейскуранту медицинской и иной организации, количество услуг и общая стоимость оказанных услуг), приобретенных лекарственных препаратов, материалов/ медицинских изделий, заверенные подписью ответственного лица и печатью медицинской и иной организации);

11.2.4 оригиналов оплаченных счетов с указанием медицинской и иной организации (аптечной или иной организации) и подробного перечня оказанных медицинских и иных услуг и их стоимости, а также чеков контрольно-кассовой техники, квитанций или бланков строгой отчетности, платежных поручений с отметкой банка об их исполнении или документов их заменяющих в соответствии с законодательством страны оказания услуги;

11.2.5 при страховом возмещении третьим лицам (поверенным) – документов, подтверждающих, что лицо является законным представителем Застрахованного (свидетельство о рождении; решение органов опеки или суда о назначении опекуна/попечителя), и/или документов, подтверждающих право обратившегося представлять интересы Застрахованного (нотариально удостоверенная доверенность, содержащая полномочия по получению третьими лицами денежных средств Застрахованного при страховом возмещении третьим лицам);

11.2.6 в случае, если возмещение связано с компенсацией расходов, понесенных застрахованным лицом на приобретение лекарственных препаратов и/или медицинских изделий, документов подтверждающих их назначение лечащим врачом медицинской организации (рецепт (или сигнатура) или заключение врача о назначении лекарственных препаратов/медицинских изделий), факт их применения при проведенном лечении, а также документов, подтверждающих оплату приобретенных лекарственных препаратов и/или медицинских изделий (чек контрольно-кассовой техники или бланков строгой отчетности, платежных поручений с отметкой банка об их исполнении или документов их заменяющих в соответствии с законодательством страны оказания услуги).

11.2.7 в случае репатриации останков Застрахованного – документов, подтверждающих факт оплаты медико-транспортных услуг (оригинал оплаченных счетов с детализацией по датам и стоимости оказанных услуг, чеков контрольно-кассовой техники, или бланков строгой отчетности, квитанций, платежных поручений с отметкой банка о его исполнении или документов их заменяющих в соответствии с законодательством страны оказания услуги), медицинского свидетельства о смерти, а при невозможности, иного медицинского документа, содержащего информацию о причине смерти Застрахованного, в том числе справки о смерти с указанием причины, а также

⁴ Здесь и далее по тексту Правил при указании «копия» понимаются копии, заверенные надлежащим образом (организацией, выдавшей документ, нотариусом, застрахованным, в том числе в электронном виде).

свидетельства о смерти, выдаваемого органами записи актов гражданского состояния, документов, подтверждающих оказание услуг (акты оказанных услуг).

11.3 При получении Страховщиком документов на страховую выплату, направленных почтовым отправлением или при личном обращении Застрахованного (или его представителя), Страховщик проверяет комплектность документов и правильность их оформления.

11.3.1 При личном обращении Застрахованного (или его представителя) Страховщик принимает документы на выплату по описи, реестру или акту приема-передачи. Опись, реестр или акт приема-передачи подписывается Страховщиком и Застрахованным (или его законным представителем) с указанием даты приема документов. Дата приема документов может быть внесена посредством использования автоматизированных систем Страховщика.

11.4 Если полученные Страховщиком документы на страховую выплату были направлены/предоставлены без сопроводительного письма, содержащего перечень представленных документов или их опись, Страховщик не имеет права отказать в их приеме.

11.5 В случае, если Застрахованным или его представителем не были указаны/предоставлены банковские реквизиты, а также другие сведения, необходимые для осуществления страховой выплаты в безналичном порядке, Страховщик вправе продлить (приостановить) срок осуществления страховой выплаты до получения указанных сведений, при этом Страховщик обязан уведомить обратившееся лицо о факте приостановки и запросить у него недостающие сведения.

11.6 Если Страховщиком будет выявлено, что предоставленные Застрахованным или его представителем документы недостаточны для принятия решения об осуществлении страховой выплаты и (или) такие документы являются ненадлежащим образом оформленными, Страховщик принимает их и в течение 15 (Пятнадцати) рабочих дней уведомляет об этом заявителя с указанием перечня недостающих и (или) ненадлежащим образом оформленных документов. При этом срок принятия решения о страховой выплате отсчитывается с момента предоставления последнего из необходимых и надлежащим образом оформленных документов.

11.7 В случаях проведения сверки и/или экспертизы выставленных (предъявленных) к оплате счетов и/или иных документов на предмет их соответствия страховому случаю и объему страхового покрытия, а также в случаях необходимости прохождения Застрахованным дополнительного медицинского обследования и/или предоставления Застрахованным документов, подтверждающих состояние здоровья Застрахованного, срок принятия решения и их оплаты может быть увеличен до 90 (Девяноста) рабочих дней. Об использовании права на отсрочку страховой выплаты Страховщик сообщает Застрахованному. При этом, сроки принятия решения об осуществлении страховой выплаты и ее оплаты исчисляются с момента предоставления полного комплекта документов, необходимых Страховщику для принятия решения об осуществлении страховой выплаты, указанных в настоящем пункте.

11.8 Страховая выплата производится в течение 10 (Десяти) рабочих дней с момента принятия соответствующего решения.

11.9 В случае принятия Страховщиком решения об отказе в выплате страхового возмещения, Страховщик в течение 3 (Трех) рабочих дней с момента принятия такого решения информирует в письменной или электронной форме Застрахованного или его представителя (по выбору последних) о принятом решении с обоснованием причин отказа.

11.10 По решению Страховщика перечень документов, необходимых для возмещения понесенных Застрахованным (его представителем) расходов, может быть сокращен, если это не влияет на подтверждение факта наступления страхового случая и

его обстоятельств, а также определение размера ущерба и получателя страхового возмещения.

11.11 Конкретный порядок организации медицинских и иных услуг зависит от выбранной Программы и определяется договором страхования и/или конкретной Программой.

12. ПОРЯДОК ОПРЕДЕЛЕНИЯ СТРАХОВОЙ ВЫПЛАТЫ, СРОК ОСУЩЕСТВЛЕНИЯ СТРАХОВОЙ ВЫПЛАТЫ И ПЕРЕЧЕНЬ ОСНОВАНИЙ ОТКАЗА В СТРАХОВОЙ ВЫПЛАТЕ

12.1 Страховая выплата – денежная сумма, которую Страховщик произвел или должен будет произвести для оплаты медицинских и иных услуг при наступлении страхового случая по договору страхования.

12.2 Страховая выплата осуществляется в порядке и сроки, определенные договором страхования и (или) конкретной Программой, после получения и проверки Страховщиком заявлений о страховом событии (при необходимости), копии документа, удостоверяющего личность заявителя и получателя страхового возмещения, оригиналов оплаченных счетов с указанием медицинской и иной организации, подробного перечня оказанных медицинских и иных услуг и их стоимости, а в отношении лекарственных препаратов и медицинских изделий также подтверждения их выписки лечащим врачом медицинской и иной организации и факта их применения при проведенном лечении, если иное не предусмотрено условиями договора страхования. Срок принятия решения об осуществлении страховой выплаты не должен превышать 30 (Тридцати) рабочих дней с момента получения счета из медицинской и иной организации или заявления Застрахованного на получение страхового возмещения и иных документов, указанных в пункте 11.2 Правил. В случаях наличия возражений либо проведения сверки и/или экспертизы выставленных к оплате счетов/ полученных документов для страхового возмещения, срок принятия решения об их оплате/страховом возмещении может быть увеличен до 90 (Девяноста) рабочих дней. В указанный срок Страховщик осуществляет принятие положительного решения и передает документы для оплаты/страхового возмещения либо направляет обоснованный отказ в страховой выплате.

Санаторно-курортное лечение Застрахованного может быть оплачено Страховщиком также путем оплаты санаторно-курортному учреждению или санаторно-курортному объединению либо санаторно-курортному агентству стоимости санаторно-курортной путевки/курсовки на условиях, описанных выше.

При осуществлении страховой выплаты по договору страхования в виде оплаты стоимости медицинских и иных услуг непосредственно (или через поверенного, агента, комиссионера) в медицинские и иные организации Страховщик действует в рамках договоров, заключенных с данными организациями-исполнителями.

12.3 В случаях, предусмотренных пунктом 11.2 Правил, страховая выплата по договору страхования осуществляется Страховщиком в виде возмещения Застрахованному его личных денежных средств, израсходованных на получение медицинских и иных услуг, на основании предъявленных документов, указанных в пункте 11.2 Правил и подтверждающих произведенные Застрахованным расходы. При этом объем такой выплаты определяется договором страхования. Сроки принятия решения об осуществлении страховой выплаты и ее оплаты исчисляются с момента предоставления полного комплекта документов, необходимых Страховщику для принятия решения об осуществлении страховой выплаты, указанных в настоящем пункте.

12.4 Страховая выплата производится в валюте Российской Федерации, за исключением случаев, предусмотренных законодательством РФ или условиями конкретного договора страхования и/или Программы.

12.5 Страховщик вправе осуществлять страховую выплату (оплату стоимости медицинских и иных услуг) на базе следующих методов, которые вправе применять медицинские и иные организации:

12.5.1 за отдельные простые, сложные и/или комплексные медицинские и иные услуги, а также сервисные услуги, предоставляемые медицинской и иной организацией и связанные с предоставлением указанных услуг;

12.5.2 за число койко-дней (при стационарном и стационарозамещающем лечении), в стоимость которой могут входить все или отдельные медицинские и иные услуги, а также сервисные услуги, оказываемые Застрахованному;

12.5.3 по законченному случаю оказания медицинских и иных услуг;

12.5.4 по подушевому нормативу за комплексное непрерывное и продолжительное медицинское обслуживание, предоставляемое медицинской и иной организацией Застрахованному в течение определенного периода времени;

12.5.5 иных методов, предложенных медицинскими и иными организациями.

12.6 Страховщик имеет право отказать в страховой выплате, если:

12.6.1 медицинские и иные услуги оказаны Застрахованному при отсутствии страхового случая;

12.6.2 услуга, оказанная Застрахованному, не входит в Программу;

12.6.3 Застрахованный обратился в медицинскую и иную организацию после того, как сумма страховых выплат достигла размера страховой суммы/лимита;

12.6.4 Застрахованный обратился за медицинскими и иными услугами в медицинскую и иную организацию, не предусмотренную договором страхования или Программой и/или не согласованную со Страховщиком;

12.6.5 Застрахованный обратился за медицинскими и иными услугами вне срока действия договора страхования, а также с нарушением порядка оказания услуг, предусмотренных Программой;

12.6.6 в случаях, указанных в пунктах 5.7-5.8 Правил;

12.6.7 в случаях, предусмотренных Программой (Приложения №№ 1-6 к настоящим Правилам).

12.7 Страховщик не вправе отказать в страховой выплате по основаниям, не предусмотренным законодательством РФ или договором страхования.

12.8 По письменному запросу Застрахованного Страховщик в срок, не превышающий тридцати дней, обязан предоставить ему в письменном виде исчерпывающую информацию и документы (в том числе копии документов и (или) выписки из них), на основании которых Страховщиком было принято решение о страховой выплате (за исключением документов, которые свидетельствуют о возможных противоправных действиях Застрахованного, направленных на получение страховой выплаты), бесплатно один раз по каждому страховому случаю. Указанная информация и документы предоставляются в том объеме, в каком это не противоречит действующему законодательству РФ и настоящим Правилам.

12.9 В случае отсутствия правовых оснований для осуществления страховой выплаты (далее – решение об отказе) Страховщик в течение трех рабочих дней после принятия решения об отказе информирует Застрахованного в письменном виде об основаниях принятия такого решения со ссылками на нормы права и (или) условия договора страхования и Правил, на основании которых принято решение об отказе. Указанная информация предоставляется в том объеме, в каком это не противоречит действующему законодательству РФ и настоящим Правилам.

Страховщик по письменному запросу Застрахованного в срок, не превышающий тридцати дней, предоставляет документы (в том числе копии документов и (или) выписки из них), обосновывающие решение об отказе, бесплатно один раз по одному событию, за исключением документов, которые свидетельствуют о возможных противоправных действиях получателя страховых услуг, направленных на получение страховой выплаты.

12.10 Особенности направления заявления о страховой выплате и приложенных к нему документов в электронном виде:

12.10.1 Если иное не предусмотрено договором страхования (страховым полисом) и при наличии соответствующей технической возможности Страхователь (Застрахованный, Выгодоприобретатель) вправе направить уведомление о наступлении страхового случая, заявление о страховой выплате и приложенные к нему документы через личный кабинет Страхователя (Застрахованного, Выгодоприобретателя) на официальном сайте Страховщика (www.ingos.ru) или через мобильное приложение Страховщика, на официальном сайте (в мобильном приложении) представителя Страховщика (страхового агента, страхового брокера). Документы направляются с соблюдением требований по формату и разрешению документов, указанных на сайте или в мобильном приложении Страховщика.

12.10.2 Отправляемая Страхователем, (Застрахованным, Выгодоприобретателем) информация в электронной форме подписывается соответствующей электронной подписью с соблюдением требований, порядка и обязанностей, предусмотренных пунктом 8.4 настоящих Правил.

12.10.3 При отправке Страхователем, Застрахованным, Выгодоприобретателем Страховщику уведомления о наступлении страхового случая, заявления об осуществлении страховой выплаты и (или) иных документов в форме электронных документов, подписанных электронной подписью, применяются положения Федерального закона от 6 апреля 2011 г. № 63-ФЗ «Об электронной подписи», а также Федерального закона от 7 августа 2001 г. № 115-ФЗ «О противодействии легализации (отмыванию) доходов, полученных преступным путем, и финансированию терроризма».

12.10.4 Страховщик проверяет достоверность сведений, указанных Страхователем, Застрахованным Выгодоприобретателем в заявлении о страховой выплате и в приложенных документах, поданных в электронном виде с использованием как сайта (мобильного приложения) Страховщика, так и сайта (мобильного приложения) представителя Страховщика (страхового агента, страхового брокера), и по результатам проверки в срок, не превышающий 10 (Десяти) рабочих дней с даты получения документов в электронной форме (если иной срок не предусмотрен соглашением сторон), направить Страхователю Застрахованному, Выгодоприобретателю требование о предоставлении оригиналов документов. Требование может быть направлено в виде электронного документа, заверенного усиленной квалифицированной электронной подписью Страховщика.

12.10.5 В случае, если на момент обращения Страхователя, Застрахованного, Выгодоприобретателя через личный кабинет на сайте Страховщика или мобильное приложение Страховщика, сайте (мобильном приложении) страхового агента/страхового брокера Страховщик не осуществил его идентификацию, и проведение идентификации необходимо в соответствии с требованиями законодательства РФ, Страховщик вправе провести эту идентификацию (в порядке, предусмотренном Федеральным законом от 7 августа 2001 г. № 115-ФЗ «О противодействии легализации (отмыванию) доходов, полученных преступным путем, и финансированию терроризма») с учетом сроков, установленных настоящими Правилами.

12.10.6 В случае, если Страховщик запросил оригиналы документов, в том числе в рамках первичного электронного документооборота, сроки, предусмотренные настоящими Правилами, начинают исчисляться с момента получения последнего из соответствующих оригиналов документов.

12.11 По решению Страховщика перечень документов, необходимых для возмещения понесенных Застрахованным (его представителем) расходов, может быть сокращен, если это не влияет на подтверждение факта наступления страхового случая и его обстоятельств, а также определение размера ущерба и получателя страхового возмещения.

13. ПОРЯДОК РАЗРЕШЕНИЯ СПОРОВ

13.1 Споры, вытекающие из договора страхования, разрешаются путем переговоров. При не достижении соглашения спор передается на рассмотрение суда (Арбитражного суда) в соответствии с действующим законодательством Российской Федерации.

13.2 В связи с тем, что Страховщик включен в Реестр финансовых организаций, обязанных организовать взаимодействие с уполномоченным по правам потребителей финансовых услуг, споры с участием Страховщика и потребителя финансовых услуг до момента обращения такого потребителя с иском в суд подлежат рассмотрению финансовым уполномоченным в порядке и сроки, определенные Федеральным законом от 4 июня 2018 г. № 123-ФЗ «Об уполномоченном по правам потребителей финансовых услуг» (далее – Закон № 123-ФЗ).

Под потребителем финансовых услуг для целей урегулирования споров с участием финансового уполномоченного понимается физическое лицо, являющееся стороной договора страхования, либо лицом, в пользу которого заключен договор страхования, либо лицом, которому оказывается финансовая услуга в целях, не связанных с осуществлением предпринимательской деятельности.

В случае перехода к иному лицу права требования потребителя финансовых услуг к финансовой организации у указанного лица также возникают обязанности, предусмотренные Законом № 123-ФЗ.

1) Финансовый уполномоченный рассматривает обращения в отношении Страховщика, если размер требований потребителя финансовых услуг о взыскании денежных сумм не превышает 500 000 (Пятьсот тысяч) рублей (за исключением обращений, не подлежащих рассмотрению финансовым уполномоченным) и если со дня, когда потребитель финансовых услуг узнал или должен был узнать о нарушении своего права, прошло не более трех лет.

В случае, если размер требований потребителя финансовых услуг превышает 500 000 (Пятьсот тысяч) рублей либо требования потребителя финансовых услуг касаются вопросов, связанных с компенсацией морального вреда и возмещением убытков в виде упущенной выгоды (п. 9 ч. 1 ст. 19 Закона № 123-ФЗ), потребитель финансовых услуг вправе заявить указанные требования в судебном порядке без направления обращения финансовому уполномоченному.

2) Финансовый уполномоченный не рассматривает обращения:

- если обращение не соответствует ч. 1 ст. 15 Закона № 123-ФЗ (сумма требований более 500 000 (Пятисот тысяч) рублей, Страховщик отсутствует в специальном реестре и др.);
- если потребитель финансовых услуг предварительно не обратился к Страховщику с заявлением в порядке, установленном ст. 16 Закона № 123-ФЗ (обязательное письменное обращение к Страховщику до направления обращения финансовому уполномоченному);
- если в суде, третейском суде имеется либо рассмотрено дело по спору между теми же сторонами, о том же предмете и по тем же основаниям;
- находящиеся в процессе урегулирования с помощью процедуры медиации;
- по которым имеется решение финансового уполномоченного или соглашение, принятое по спору между теми же сторонами (в том числе при уступке права требования), о том же предмете и по тем же основаниям;
- в отношении финансовых организаций, у которых отозвана (аннулирована) лицензия, которые исключены из реестра финансовых организаций соответствующего вида или которые находятся в процессе ликвидации, ликвидированы, прекратили свое существование или были признаны фактически прекратившими свою деятельность;

- по вопросам, связанным с банкротством юридических и физических лиц;
- по вопросам, связанным с компенсацией морального вреда и возмещением убытков в виде упущенной выгоды;
- по вопросам, связанным с трудовыми, семейными, административными, налоговыми правоотношениями, а также обращения о взыскании обязательных платежей и санкций, предусмотренных законодательством Российской Федерации;
- направленные повторно по тому же предмету и по тем же основаниям, что и обращение, ранее принятое финансовым уполномоченным к рассмотрению;
- содержащие нецензурные либо оскорбительные выражения, угрозы жизни, здоровью и имуществу финансового уполномоченного или иных лиц;
- текст которых не поддается прочтению.

В случае наличия в суде, третейском суде дела по спору между теми же сторонами, о том же предмете и по тем же основаниям, который возник до направления обращения финансовому уполномоченному, стороны обязаны уведомить финансового уполномоченного об этом в письменной или электронной форме.

3) До направления финансовому уполномоченному обращения потребитель финансовых услуг должен направить Страховщику заявление в письменной или электронной форме.

Страховщик обязан рассмотреть заявление потребителя финансовых услуг и направить ему мотивированный ответ об удовлетворении, частичном удовлетворении или отказе в удовлетворении предъявленного требования:

- в течение 15 (Пятнадцати) рабочих дней со дня получения заявления потребителя финансовых услуг в случае, если указанное заявление направлено в электронной форме по стандартной форме, которая утверждена Советом Службы финансового уполномоченного, и если со дня нарушения прав потребителя финансовых услуг прошло не более 180 (Ста восьмидесяти) календарных дней;
- в течение 30 (Тридцати) календарных дней со дня получения заявления потребителя финансовых услуг в иных случаях.

Ответ на заявление потребителя финансовых услуг направляется по адресу электронной почты потребителя финансовых услуг, а при его отсутствии по почтовому адресу.

Потребитель финансовых услуг вправе направить обращение финансовому уполномоченному после получения ответа Страховщика либо в случае неполучения ответа Страховщика по истечении соответствующих сроков рассмотрения Страховщиком заявления потребителя финансовых услуг, указанных в части 3 настоящего пункта Правил.

Обращение направляется потребителем финансовых услуг лично, за исключением случаев законного представительства. При направлении обращения законным представителем потребителя финансовых услуг к обращению прилагаются документы, подтверждающие полномочия законного представителя.

Потребитель финансовых услуг вправе отозвать обращение до даты принятия финансовым уполномоченным решения по результатам рассмотрения спора. Обращение, которое отозвано потребителем финансовых услуг, не подлежит рассмотрению, а начатое рассмотрение подлежит прекращению не позднее рабочего дня, следующего за днем регистрации заявления об отзыве обращения. Копия заявления об отзыве обращения направляется Страховщику. Отзыв обращения потребителем финансовых услуг не лишает его права на направление повторного обращения финансовому уполномоченному по тем же основаниям.

Более подробно порядок направления обращений потребителя финансовых услуг, требования к обращению, а также иные условия, связанные с направлением и рассмотрением обращения потребителя финансовых услуг финансовым уполномоченным, определяются положениями Закона № 123-ФЗ.

Приложение № 1
к Правилам международного медицинского страхования

**Программа международного медицинского страхования
«ММС - Поликлиника»**

По настоящей программе¹ СПАО «Ингосстрах» организует и/или оплачивает амбулаторно-поликлинические медицинские услуги², предоставляемые застрахованному лицу по поводу расстройства здоровья и/или возникновения состояния, требующего оказания медицинской помощи, а также проведения профилактических мероприятий, снижающих степень опасных для жизни или здоровья застрахованного лица угроз и (или) устраняющих их.

Территория действия страхования – весь мир.

1. ОБЪЕМ ПРЕДОСТАВЛЯЕМЫХ УСЛУГ

По настоящей программе СПАО «Ингосстрах» организует и оплачивает в перечисленных выше случаях следующие амбулаторно-поликлинические услуги:

- 1.1 диагностические и лечебные, в том числе:
- консультации;
 - лабораторные и инструментальные исследования;
 - медицинские услуги по ведению беременности;
 - прерывание беременности;
 - физиолечение, массаж и ЛФК;
 - традиционные методы диагностики и лечения;
 - медицинские услуги дневного стационара и стационара на дому;
 - вакцинация;
 - лекарственные препараты и перевязочные материалы, прописанные лечащим врачом-специалистом;
 - аренда медицинского оборудования;
 - реабилитация;
 - консультации, исследования, манипуляции с профилактической целью;
 - уход за новорожденным и необходимое амбулаторное лечение, оказываемые ребенку в течение первых дней жизни (в случае, если мать новорожденного является застрахованным лицом);
- 1.2 экспертиза временной нетрудоспособности;
- 1.3 оформление различной медицинской документации.

2. ПОРЯДОК ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ

2.1 Для получения услуг, предусмотренных настоящей программой, застрахованное лицо или его представитель должны обратиться в круглосуточную диспетчерскую службу СПАО «Ингосстрах» для согласования получаемых услуг или напрямую в медицинское учреждение или к частнопрактикующему врачу-специалисту.

2.2 В случае обращения в медицинское учреждение или к частнопрактикующему врачу-специалисту для получения услуг, предусмотренных настоящей программой, без предварительного согласования со СПАО «Ингосстрах», застрахованное лицо должно предоставить СПАО «Ингосстрах» необходимые медицинские и иные документы для решения вопроса о возмещении денежных средств.

¹ Настоящая программа предусматривает предоставление застрахованному лицу указанных услуг не только по месту постоянного проживания, но и при поездках по всему миру.

² Амбулаторно-поликлинические услуги могут быть оказаны только медицинским учреждением или частнопрактикующим врачом-специалистом, имеющим лицензию на оказываемые медицинские услуги, и чья практическая медицинская деятельность авторизована и регламентируется государственным органом страны, в которой проводится соответствующее лечение.

3. ИСКЛЮЧЕНИЯ ИЗ НАСТОЯЩЕЙ ПРОГРАММЫ

3.1 СПАО «Ингосстрах» не оплачивает медицинские услуги, связанные со следующими заболеваниями и их осложнениями:

3.1.1 умышленное причинение себе вреда здоровью, в том числе суицидальные попытки;

3.1.2 заболевания и травмы, возникшие в результате ядерного или химического загрязнения, войны, восстания, революции, террора или иных похожих ситуаций, при следующих условиях:

3.1.2.1 застрахованное лицо подвергло себя опасности, войдя в известную ему зону конфликта, где происходили активные боевые действия или мятеж;

3.1.2.2 застрахованное лицо было активным участником вышеуказанных действий;

3.1.2.3 застрахованное лицо не приняло меры (при наличии такой возможности) по обеспечению личной безопасности.

3.2 СПАО «Ингосстрах» не оплачивает:

3.2.1 медицинские услуги, проводимые без медицинских показаний;

3.2.2 диагностику, лечение, процедуры, пластические операции, проводимые с эстетической или косметической целью, кроме случаев, когда необходимость в них возникла в результате хирургического лечения онкологического заболевания или несчастного случая, имевших место в течение срока действия договора страхования;

3.2.3 лечение (включая лекарственные препараты), являющееся по характеру экспериментальным или исследовательским;

3.2.4 расходы, связанные с репатриацией или эвакуацией (в том числе размещение в гостинице, услуги такси, стоимость погребения или кремации, гроба и т. д., а также транспортные расходы лица, уполномоченного забрать или сопровождать останки застрахованного лица);

3.2.5 расходы, возникшие после окончания срока действия договора страхования.

3.3 Если в течение срока действия договора страхования у застрахованного лица будут выявлены обстоятельства и заболевания, из числа указанных в п. 3.1 настоящей программы, СПАО «Ингосстрах» оплачивает медицинские услуги, оказанные застрахованному лицу по медицинским показаниям, до момента подтверждения (постановки) такого диагноза/выявления таких обстоятельств.

Приложение № 2
к Правилам международного медицинского страхования

**Программа международного медицинского страхования
«ММС - Стоматология»**

По настоящей программе¹ СПАО «Ингосстрах» организует и/или оплачивает амбулаторно-поликлинические медицинские услуги специализированного стоматологического медицинского учреждения (стоматологического отделения поликлиники) или частнопрактикующего врача-стоматолога², предоставляемые застрахованному лицу по поводу расстройства здоровья и/или возникновения состояния, требующего оказания медицинской помощи, а также проведения профилактических мероприятий, снижающих степень опасных для жизни или здоровья застрахованного лица угроз и (или) устраняющих их.

Территория действия страхования – весь мир.

1. ОБЪЕМ ПРЕДОСТАВЛЯЕМЫХ УСЛУГ

По настоящей программе СПАО «Ингосстрах» организует и оплачивает в перечисленных выше случаях следующие диагностические и лечебные услуги, в том числе:

- 1.1. терапевтическое лечение зубов;
- 1.2. хирургическое лечение зубов;
- 1.3. терапевтическое и хирургическое лечение тканей пародонта;
- 1.4. лечение заболеваний слизистой полости рта и языка;
- 1.5. лечение заболеваний слюнных желез;
- 1.6. лабораторные и инструментальные исследования;
- 1.7. ортодонтическое и ортопедическое лечение, включая имплантацию зубов;
- 1.8. оказание амбулаторной медицинской помощи при травмах челюстно-лицевой области;
- 1.9. консультации, исследования, манипуляции с профилактической целью.

2. ПОРЯДОК ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ

2.1. Для получения услуг, предусмотренных настоящей программой, застрахованное лицо должно обратиться в круглосуточную диспетчерскую службу СПАО «Ингосстрах» для согласования получаемых услуг или напрямую в медицинское учреждение или частнопрактикующему врачу-стоматологу.

2.2. В случае обращения в медицинское учреждение или к частнопрактикующему врачу-стоматологу для получения услуг, предусмотренных программой ММС, без предварительного согласования со СПАО «Ингосстрах», застрахованное лицо должно предоставить СПАО «Ингосстрах» необходимые медицинские и иные документы для решения вопроса о возмещении денежных средств.

3. ИСКЛЮЧЕНИЯ ИЗ НАСТОЯЩЕЙ ПРОГРАММЫ

3.1. СПАО «Ингосстрах» не оплачивает медицинские услуги, связанные со следующими заболеваниями и их осложнениями:

- 3.1.1. умышленное причинение себе вреда здоровью, в том числе суицидальные попытки;
- 3.1.2. заболевания и травмы, возникшие в результате ядерного или химического загрязнения, войны, восстания, революции, террора или иных похожих ситуаций, при следующих условиях:

¹ Настоящая программа предусматривает предоставление застрахованному лицу указанных услуг не только по месту постоянного проживания, но и при поездках по всему миру.

² Специалист, имеющий лицензию на оказываемые услуги в области стоматологии, и чья практическая медицинская деятельность авторизована и регламентируется государственным органом страны, в которой проводится стоматологическое лечение.

3.1.2.1. застрахованное лицо подвергло себя опасности, войдя в известную ему зону конфликта, где происходили активные боевые действия или мятеж;

3.1.2.2. застрахованное лицо было активным участником вышеуказанных действий;

3.1.2.3. застрахованное лицо не приняло меры (при наличии такой возможности) по обеспечению личной безопасности.

3.2. **СПАО «Ингосстрах» не оплачивает:**

3.2.1. медицинские услуги, проводимые без медицинских показаний;

3.2.2. диагностику, лечение, процедуры, пластические операции, проводимые с эстетической или косметической целью, кроме случаев, когда необходимость в них возникла в результате хирургического лечения онкологического заболевания или несчастного случая, имевших место в течение срока действия договора страхования;

3.2.3. лечение (включая лекарственные препараты), являющееся по характеру экспериментальным или исследовательским;

3.2.4. расходы, связанные с репатриацией или эвакуацией (в том числе размещение в гостинице, услуги такси, стоимость погребения или кремации, гроба, а также транспортные расходы лица, уполномоченного забрать или сопровождать останки застрахованного лица), за исключением случаев, предусмотренных соответствующей программой ММС;

3.2.5. расходы, возникшие после окончания срока действия договора страхования.

3.3. Если в течение срока действия договора страхования у застрахованного лица будут выявлены обстоятельства и заболевания, из числа указанных в п. 3.1 настоящей программы, СПАО «Ингосстрах» оплачивает медицинские услуги, оказанные застрахованному лицу по медицинским показаниям, до момента подтверждения (постановки) такого диагноза / выявления таких обстоятельств.

Приложение № 3
к Правилам международного медицинского страхования

**Программа международного медицинского страхования
«ММС – Стационарная помощь»**

По настоящей программе¹ СПАО «Ингосстрах» организует и/или оплачивает услуги скорой медицинской помощи и медицинские услуги стационара² (в том числе по родовспоможению) при плановой и экстренной госпитализации, предоставляемые застрахованному лицу по поводу расстройства здоровья и/или возникновения состояния, требующего оказания медицинской помощи, а также проведения профилактических мероприятий, снижающих степень опасных для жизни или здоровья застрахованного лица угроз и (или) устраняющих их.

Скорая медицинская помощь, включая медицинскую транспортировку с использованием санитарной авиации на территории страны пребывания, предоставляется застрахованному лицу по медицинским показаниям в случаях, требующих срочного медицинского вмешательства.

Экстренная госпитализация осуществляется при таком состоянии здоровья застрахованного лица, которое требует срочного оказания медицинской помощи в условиях стационара.

СПАО «Ингосстрах» оплачивает медицинские услуги стационара, оказанные по поводу тех случаев, которые явились непосредственной причиной госпитализации.

Территория действия страхования – весь мир.

1. ОБЪЕМ ПРЕДОСТАВЛЯЕМЫХ УСЛУГ

По настоящей программе СПАО «Ингосстрах» организует и оплачивает в перечисленных выше случаях следующие услуги:

1.1 Услуги службы скорой медицинской помощи:

1.1.1 выезд бригады скорой медицинской помощи, включая проведение комплекса экстренных лечебных манипуляций и необходимой экспресс-диагностики, родовспоможение;

1.1.2 медицинская транспортировка застрахованного лица в медицинское учреждение.

1.2 Услуги стационара:

1.2.1 диагностические, лечебные, реабилитационные, зубопротезные и протезно-ортопедические³, в том числе:

- консультации;
- лабораторные и инструментальные исследования;
- физиолечение, массаж и ЛФК;
- хирургическое и консервативное лечение, в том числе химио- и лучевая терапия;
- трансплантация органов;
- протезирование и имплантация;
- пребывание в отделении интенсивной терапии, реанимационные мероприятия;
- пребывание в стационаре с целью диагностического обследования;
- стоматологическое лечение;
- родовспоможение, в том числе пребывание в стационаре матери с новорожденным до момента выписки;
- уход за новорожденным и необходимое лечение, оказываемые ребенку в течение первых дней жизни (в случае, если мать новорожденного является застрахованным лицом);

¹ Настоящая программа предусматривает предоставление застрахованному лицу указанных услуг не только по месту постоянного проживания, но и при поездках по всему миру.

² Под стационарным учреждением понимается любое медицинское учреждение, в котором медицинские и иные услуги предоставляются застрахованному лицу с возможным круглосуточным его помещением в это медицинское учреждение.

³ Зубопротезные и протезно-ортопедические услуги оплачиваются, когда необходимость в них возникла в результате травмы (по зубопротезированию – травмы челюстно-лицевой области), произошедшей в течение срока действия договора страхования.

- пребывание в отделении патологии беременности;
- прерывание беременности;
- лекарственные препараты и другие необходимые для лечения средства;
- аренда медицинского оборудования;
- пребывание в палате различной комфортности, питание и уход медицинского персонала, включая предоставление индивидуального поста медицинского персонала;
- пребывание в отделении по уходу за больными или в хосписе;
- традиционные методы диагностики и лечения (народная медицина);
- медицинские услуги дневного стационара;
- консультации, исследования, манипуляции с профилактической целью;
- 1.2.2 экспертиза временной нетрудоспособности;
- 1.2.3 оформление различной медицинской документации;
- 1.2.4 пребывание одного из родителей вместе с госпитализированным в рамках настоящей программы ребенком;
- 1.2.5 сервисные услуги, связанные с предоставлением стационарной медицинской помощи (дополнительное питание, телефон, телевизор, кондиционер, душ, туалет и др.).

2. ПОРЯДОК ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ

2.1 Для получения услуг, предусмотренных программой страхования, застрахованное лицо или его представитель должны обратиться в круглосуточную диспетчерскую службу СПАО «Ингосстрах» для согласования получаемых услуг или напрямую в медицинское учреждение.

2.2 В случае обращения в медицинское учреждение для получения услуг, предусмотренных настоящей программой, без предварительного согласования со СПАО «Ингосстрах», застрахованное лицо должно предоставить СПАО «Ингосстрах» необходимые медицинские и иные документы для решения вопроса о возмещении денежных средств.

3. ИСКЛЮЧЕНИЯ ИЗ НАСТОЯЩЕЙ ПРОГРАММЫ

3.1 СПАО «Ингосстрах» не оплачивает медицинские услуги, связанные со следующими заболеваниями и их осложнениями:

- 3.1.1 умышленное причинение себе вреда здоровью, в том числе суицидальные попытки;
- 3.1.2 заболевания и травмы, возникшие в результате ядерного или химического загрязнения, войны, восстания, революции, террора или иных похожих ситуаций, при следующих условиях:
 - 3.1.2.1 застрахованное лицо подвергло себя опасности, войдя в известную ему зону конфликта, где происходили активные боевые действия или мятеж;
 - 3.1.2.2 застрахованное лицо было активным участником вышеуказанных действий;
 - 3.1.2.3 застрахованное лицо не приняло меры (при наличии такой возможности) по обеспечению личной безопасности.

3.2 СПАО «Ингосстрах» не оплачивает:

- 3.2.1 медицинские услуги, проводимые без медицинских показаний;
- 3.2.2 диагностику, лечение, процедуры, пластические операции, проводимые с эстетической или косметической целью, кроме случаев, когда необходимость в них возникла в результате хирургического лечения онкологического заболевания или несчастного случая, имевших место в течение срока действия договора страхования;
- 3.2.3 лечение (включая лекарственные препараты), являющееся по характеру экспериментальным или исследовательским⁴;
- 3.2.4 расходы, связанные с репатриацией или эвакуацией (в том числе размещение в гостинице, услуги такси, стоимость погребения или кремации, гроба, а также транспортные расходы лица, уполномоченного забрать или сопроводить останки застрахованного лица);
- 3.2.5 расходы, возникшие после окончания срока действия договора страхования, кроме услуг, связанных с лечением Застрахованного, госпитализированного в течение срока действия договора страхования – до момента его выписки из стационара.

⁴ Не прошедшим клинических испытаний, не основанным на общепринятых медицинских методиках, не утвержденным и не зарегистрированным в стране, где оказываются услуги застрахованному лицу.

3.3 Если в течение срока действия договора страхования у застрахованного лица будут выявлены обстоятельства или заболевания, из числа указанных в п. 3.1 настоящей программы, СПАО «Ингосстрах» оплачивает медицинские услуги, оказанные застрахованному лицу по медицинским показаниям, до момента подтверждения (постановки) такого диагноза/выявления таких обстоятельств.

Приложение № 4
к Правилам международного медицинского страхования

**Программа международного медицинского страхования
«ММС – Медицинская транспортировка»**

По настоящей Программе СПАО «Ингосстрах» организует и /или оплачивает медико-транспортные услуги, такие как эвакуация¹ или репатриация² и иные услуги, предоставляемые застрахованному лицу по поводу расстройства здоровья и/или возникновения состояния, требующего оказания медицинской помощи в случае, если необходимое лечение недоступно в месте нахождения застрахованного лица.

СПАО «Ингосстрах» по настоящей программе организует и/или оплачивает транспортировку тела застрахованного лица в случае его смерти за пределами его родной страны на территорию страны его постоянного проживания.

Территория действия страхования – весь мир.

1. ОБЪЕМ ПРЕДОСТАВЛЯЕМЫХ УСЛУГ

По настоящей программе СПАО «Ингосстрах» организует и оплачивает в перечисленных выше случаях следующие медико-транспортные услуги, в том числе:

1.1. медицинскую транспортировку в ближайшее медицинское учреждение³ (в том числе в страну проживания или страну происхождения застрахованного лица⁴), в котором застрахованному лицу может быть предоставлено необходимое стационарное лечение или лечение в дневном стационаре, если оно недоступно в месте его нахождения;

1.2. транспортировку сопровождающих лиц Застрахованного, если в сопровождении имеется необходимость по медицинским показаниям;

1.3. расходы на возвращение Застрахованного и сопровождающего его лица до места, из которого застрахованное лицо было репатрировано или эвакуировано;

1.4. транспортировку детей Застрахованного младше 18 лет;

1.5. визит (приезд, проживание и возвращение обратно) близкого родственника из другой страны при несчастном случае, произошедшем с Застрахованным, или внезапном заболевании, при котором необходима госпитализация, а также при неблагоприятном прогнозе;

1.6. транспортировку тела застрахованного лица (согласно требованиям и ограничениям авиакомпании) на родину или в страну постоянного проживания застрахованного лица в случае его смерти во время пребывания за пределами родной страны;

1.7. иные медико-транспортные услуги, связанные с лечением застрахованного лица.

2. ПОРЯДОК ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ

2.1. Для получения услуг, предусмотренных настоящей программой, застрахованное лицо или/и его законный представитель должны обратиться в круглосуточную диспетчерскую службу СПАО «Ингосстрах» для согласования получаемых услуг.

2.2. В случае обращения в медицинское учреждение для получения услуг, предусмотренных настоящей программой, без предварительного согласования со СПАО «Ингосстрах», застрахованное лицо должно предоставить СПАО «Ингосстрах» необходимые медицинские и иные документы для решения вопроса о возмещении денежных средств.

¹ Эвакуация – неотложная транспортировка застрахованного лица по медицинским показаниям в ближайшее медицинское учреждение, имеющее соответствующие лицензии, оборудование и опыт для лечения пациента, независимо от его местонахождения в случае, если необходимая медицинская помощь недоступна в месте нахождения застрахованного лица.

² Репатриация – неотложная транспортировка застрахованного лица по медицинским показаниям в страну его постоянного проживания для оказания соответствующей медицинской помощи в случае, если необходимое лечение недоступно в месте нахождения застрахованного лица.

³ При эвакуации.

⁴ При репатриации и один раз по каждому случаю заболевания или травмы в течение всех периодов страхования по настоящей программе.

3. ИСКЛЮЧЕНИЯ ИЗ НАСТОЯЩЕЙ ПРОГРАММЫ

3.1. СПАО «Ингосстрах» не оплачивает медицинские услуги, связанные со следующими заболеваниями и их осложнениями:

3.1.1. умышленное причинение себе вреда здоровью, в том числе суицидальные попытки, за исключением случая, когда к моменту самоубийства договор страхования действовал не менее двух лет;

3.1.2. заболевания и травмы, возникшие в результате ядерного или химического загрязнения, войны, восстания, революции, террора или иных похожих ситуаций, при следующих условиях:

3.1.2.1. застрахованное лицо подвергло себя опасности, войдя в известную ему зону конфликта, где происходили активные боевые действия или мятеж;

3.1.2.2. застрахованное лицо было активным участником вышеуказанных действий;

3.1.2.3. застрахованное лицо не приняло меры (при наличии такой возможности) по обеспечению личной безопасности.

3.2. СПАО «Ингосстрах» не оплачивает:

3.2.1. медицинские услуги, проводимые без медицинских показаний;

3.2.2. диагностику, лечение, процедуры, пластические операции, проводимые с эстетической или косметической целью, кроме случаев, когда необходимость в них возникла в результате хирургического лечения онкологического заболевания или несчастного случая, имевших место в течение срока действия договора страхования;

3.2.3. лечение (включая лекарственные препараты), являющееся по характеру экспериментальным или исследовательским⁵;

3.2.4. расходы, возникшие после окончания срока действия договора страхования.

3.3. СПАО «Ингосстрах» не организывает:

3.3.1. репатриацию или эвакуацию, если этого не позволяет обстановка на месте или доступ на территорию будет представлять чрезмерную опасность или являться нецелесообразным, например, в случае нахождения застрахованного лица в зоне военных действий или на морской буровой вышке.

3.4. Если в течение срока действия договора страхования у застрахованного лица будут выявлены обстоятельства или заболевания, из числа указанных в п. 3.1 настоящей программы, СПАО «Ингосстрах» оплачивает медицинские услуги, оказанные застрахованному лицу по медицинским показаниям, до момента подтверждения (постановки) такого диагноза/выявления таких обстоятельств.

⁵ Не прошедшим клинических испытаний, не основанным на общепринятых медицинских методиках, не утвержденным и не зарегистрированным в стране, где оказываются услуги застрахованному лицу.

Приложение № 5
к Правилам международного медицинского страхования

**Программа международного медицинского страхования
«ММС - Медицинское обеспечение»**

По настоящей программе¹ СПАО «Ингосстрах» организует и/или оплачивает застрахованному лицу (далее также – Застрахованный) приобретение лекарственных препаратов, изделий медицинского назначения и аренду и/или приобретение медицинского оборудования, выписанных или назначенных ему лечащим врачом при оказании медицинских услуг, предоставляемые Застрахованному по поводу расстройства здоровья и/или возникновения состояния, требующего оказания медицинской помощи, а также проведения профилактических мероприятий, снижающих степень опасных для жизни или здоровья застрахованного лица угроз и (или) устраняющих их.

Страховая сумма, в пределах которой СПАО «Ингосстрах» обязуется осуществлять страховое возмещение по настоящей программе, определяется договором страхования. Размер страховой суммы уменьшается на величину произведенных СПАО «Ингосстрах» страховых выплат. При исчерпании страховой суммы настоящая программа прекращает свое действие в отношении Застрахованного.

Территория действия страхования – весь мир.

1. ОБЪЕМ ПРЕДОСТАВЛЯЕМЫХ УСЛУГ

По настоящей программе СПАО «Ингосстрах» организует и/или оплачивает в перечисленных выше случаях следующее:

1.1 лекарственные препараты и перевязочные материалы, выписанные по рецепту лечащим врачом для лечения травм и/или заболеваний, входящих в программу ММС Застрахованного, а также с целью их профилактики;

1.2 изделия медицинского назначения, выписанные по рецепту лечащим врачом для лечения травм и/или заболеваний, входящих в программу ММС Застрахованного;

1.3 аренду или приобретение медицинского оборудования длительного пользования, необходимого при лечении травм и/или заболеваний, входящих в программу ММС Застрахованного.

2. ПОРЯДОК ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ

2.1 Для получения услуг, предусмотренных настоящей программой, застрахованное лицо или его представитель должны обратиться в круглосуточную диспетчерскую службу СПАО «Ингосстрах» для согласования получаемых услуг или напрямую в медицинское учреждение.

2.2 В случае обращения в медицинское учреждение, аптечную или иную организацию² для получения услуг, предусмотренных настоящей программой, без предварительного согласования со СПАО «Ингосстрах», застрахованное лицо должно предоставить СПАО «Ингосстрах» необходимые медицинские и иные документы для решения вопроса о возмещении денежных средств.

¹ Настоящая программа предусматривает предоставление застрахованному лицу указанных услуг не только по месту постоянного проживания, но и при поездках по всему миру.

² Организация, которая вправе реализовывать лекарственные препараты и/или изделия медицинского назначения.

**Программа международного медицинского страхования
«ММС – санаторно-курортное лечение»**

По настоящей программе СПАО «Ингосстрах» организует и оплачивает предоставление Застрахованному санаторно-курортного и реабилитационно-восстановительного лечения при плановой госпитализации в санаторно-курортное учреждение при хронических заболеваниях в стадии ремиссии, подострых стадиях заболеваний, состояний после травмы (в том числе ожога, отморожения), а также с целью реабилитационно-восстановительного лечения.

СПАО «Ингосстрах» оплачивает реабилитационно-восстановительное лечение, оказанное медицинским учреждением по поводу тех случаев, которые явились непосредственной причиной госпитализации.

Территория действия настоящей программы – весь мир.

1. ОБЪЕМ ПРЕДОСТАВЛЯЕМЫХ УСЛУГ

По настоящей программе Ингосстрах организует и оплачивает в перечисленных выше случаях необходимый курс лечения, в том числе:

- консультации врачей;
- лабораторные и инструментальные исследования;
- традиционные методы диагностики, терапии и оздоровления;
- лекарственные препараты и другие необходимые для лечения средства;
- физиолечение, массаж, ЛФК, иглорефлексотерапия, водные процедуры, бальнеолечение, лечение средствами природного происхождения и т.д.;
- консультации, исследования, манипуляции с профилактической целью;
- оказание стоматологической помощи;
- оформление медицинской документации;
- пребывание в номере (палате), питание и уход медицинского персонала;
- сервисные услуги (дополнительное питание, телефон, телевизор, кондиционер, душ, туалет и др.).

2. ПОРЯДОК ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ

2.3 Для получения услуг, предусмотренных настоящей программой, застрахованное лицо или его представитель должны обратиться в круглосуточную диспетчерскую службу СПАО «Ингосстрах» для согласования получаемых.

2.4 В случае обращения в медицинское учреждение для получения услуг, предусмотренных настоящей программой, без предварительного согласования со СПАО «Ингосстрах», застрахованное лицо должно предоставить СПАО «Ингосстрах» необходимые медицинские и иные документы для решения вопроса о возмещении денежных средств

3. ИСКЛЮЧЕНИЯ ИЗ НАСТОЯЩЕЙ ПРОГРАММЫ

3.1 СПАО «Ингосстрах» не оплачивает медицинские услуги, связанные со следующими заболеваниями и их осложнениями:

- 3.1.1 умышленное причинение себе вреда здоровью, в том числе суицидальные попытки;
- 3.1.2 заболевания и травмы, возникшие в результате ядерного или химического загрязнения, войны, восстания, революции, террора или иных похожих ситуаций, при следующих условиях:
 - 3.1.2.1 застрахованное лицо подвергло себя опасности, войдя в известную ему зону конфликта, где происходили активные боевые действия или мятеж;
 - 3.1.2.2 застрахованное лицо было активным участником вышеуказанных действий;
 - 3.1.2.3 застрахованное лицо не приняло меры (при наличии такой возможности) по обеспечению личной безопасности.

3.2 СПАО «Ингосстрах» не оплачивает:

- 3.2.1 медицинские услуги, проводимые без медицинских показаний;

3.2.2 диагностику, лечение, процедуры, пластические операции, проводимые с эстетической или косметической целью, кроме случаев, когда необходимость в них возникла в результате хирургического лечения онкологического заболевания или несчастного случая, имевших место в течение срока действия договора страхования;

3.2.3 лечение (включая лекарственные препараты), являющееся по характеру экспериментальным или исследовательским¹;

3.2.4 расходы, связанные с репатриацией или эвакуацией (в том числе размещение в гостинице, услуги такси, стоимость погребения или кремации, гроба и т. д., а также транспортные расходы лица, уполномоченного забрать или сопровождать останки застрахованного лица);

3.2.5 расходы, возникшие после окончания срока действия договора страхования, кроме услуг, связанных с лечением Застрахованного, госпитализированного в течение срока действия договора страхования – до момента его выписки из стационара.

3.3 Если в течение срока действия договора страхования у застрахованного лица будут выявлены обстоятельства или заболевания, из числа указанных в п. 3.1 настоящей программы, СПАО «Ингосстрах» оплачивает медицинские услуги, оказанные застрахованному лицу по медицинским показаниям, до момента подтверждения (постановки) такого диагноза / выявления таких обстоятельств.

¹ Не прошедшим клинических испытаний, не основанным на общепринятых медицинских методиках, не утвержденным и не зарегистрированным в стране, где оказываются услуги застрахованному лицу.

ДОГОВОР № _____
международного медицинского страхования

г. _____ «___» _____ «_____» г.
При оформлении договора страхования в стандартном порядке:

Страховое публичное акционерное общество «Ингосстрах», именуемое в дальнейшем «Страховщик», в лице _____, действующего на основании доверенности № _____ от _____, с одной стороны, и _____, именуем__ в дальнейшем «Страхователь», в лице _____, действующ__ на основании _____, с другой стороны, вместе именуемые «Стороны», заключили Договор международного медицинского страхования (далее – Договор) о нижеследующем.

При оформлении договора страхования в электронном форме:

Настоящий договор заключен на основании заявления на страхование, отправленного Страхователем _____ (далее – Страхователь) Страховщику (СПАО «Ингосстрах») через его официальный сайт www.ingos.ru, мобильное приложение Страховщика, официальный сайт или мобильное приложение представителя Страховщика, подписанного соответствующей электронной подписью Страхователя, и подтверждает заключение договора международного медицинского страхования (далее – Договор). Исполнение, изменение условий и прекращение Договора осуществляются согласно «Правилам международного медицинского страхования» СПАО «Ингосстрах» от «___» _____ 20__ г., именуемым также как Правила страхования. Указанные Правила страхования являются неотъемлемой частью настоящего Договора и включены в единый файл с Договором.

В соответствии с пунктом 1 статьи 6 Федерального закона № 63-ФЗ от 06.04.2011 «Об электронной подписи», также п. 4 ст. 6.1. Закона РФ «Об организации страхового дела в Российской Федерации» № 4015-1 от 27.11.1992 настоящий полис, составленный в виде электронного документа, подписан усиленной квалифицированной электронной подписью Страховщика и признается Сторонами электронным документом, равнозначным документу на бумажном носителе, подписанному собственноручной подписью полномочного представителя СПАО «Ингосстрах».

1. ПРЕДМЕТ ДОГОВОРА

1.1 По Договору Страховщик обязуется при наступлении страхового случая организовывать и оплачивать оказание застрахованному лицу (далее – Застрахованный) медицинской помощи в медицинском учреждении, а Страхователь обязуется уплатить установленную Договором страховую премию. Страховщик обязуется также при наступлении страхового случая оплачивать непосредственно в аптечное учреждение, указанное в Договоре, стоимость лекарственных препаратов, выписанных лечащим врачом амбулаторно-поликлинического медицинского учреждения либо назначенных лечащим врачом стационарного медицинского учреждения. В случаях, предусмотренных в Программе международного медицинского страхования, Страховщик обязуется при наступлении страхового случая организовывать и оплачивать также медико-транспортные услуги.

1.2 Страховым случаем в соответствии с Договором является обращение Застрахованного в течение срока действия Договора в медицинское учреждение из числа согласованных со Страховщиком для получения различных видов платной медицинской помощи, включенных в Программу международного медицинского страхования (далее – Программа) (Приложение № 2 к Договору), по поводу расстройства здоровья и/или возникновения состояния, а также обстоятельств, требующих оказания медицинской помощи (в том числе беременность и услуги по родовспоможению), в том числе проведения профилактических мероприятий, снижающих степень опасных для жизни или здоровья физического лица угроз и (или) устраняющих их, и повлекших возникновение расходов на оплату медицинской помощи, оказанной Застрахованному, а также обязанность Страховщика произвести страховую выплату.

Кроме того, страховым случаем признается возникновение у Застрахованного непредвиденных расходов, предусмотренных Программой и в том числе связанных с оплатой организации репатриации Застрахованного или его трупа, возвращением Застрахованного и сопровождающего его лица к месту пребывания, транспортировкой сопровождающих лиц Застрахованного, транспортировкой детей

Застрахованного, визитом близкого родственника Застрахованного, как более подробно указано в Программе.

1.3 Застрахованным признается любой гражданин, в пользу которого заключен Договор и который включен Страхователем в список Застрахованных (далее – Список), принятый Сторонами в качестве Приложения № 3 к Договору.

1.4 Объем медицинской помощи, оказываемой Застрахованному медицинским учреждением и оплачиваемой Страховщиком по Договору, порядок оказания такой помощи определяются выбранной Страхователем Программой (Программами). Программы включаются в Планы страхования (далее – План).

1.5 На момент заключения Договора по согласованию Сторон составлены Планы, указанные в Приложении № 1 к Договору.

1.6 По Договору не могут быть застрахованы лица, которые на момент его заключения имеют следующее заболевание и (или) связанные с ним осложнения:

1.6.1 врожденные аномалии, пороки развития, наследственные заболевания;

1.6.2 алкоголизм, наркомания, токсикомания.

2. ЧИСЛЕННОСТЬ ЗАСТРАХОВАННЫХ

2.1 Численность Застрахованных определяется согласно Списку.

2.2 Общая численность Застрахованных на момент вступления Договора в силу составляет ____ человек и указывается в Приложении № 4 к Договору.

3. ПРАВА И ОБЯЗАННОСТИ СТРАХОВАТЕЛЯ, СТРАХОВЩИКА И ЗАСТРАХОВАННОГО

3.1 Страхователь вправе:

3.1.1 прекратить действие Договора в отношении конкретного Застрахованного без его согласия в рамках выбранного Плана, представив Страховщику заявление по форме согласно Приложению № 5 к Договору. При этом заявление подается не менее чем за пять рабочих дней до указанной в заявлении Страхователя даты прекращения действия Договора в отношении Застрахованного.

Договор в отношении Застрахованного считается прекращенным с даты, указанной в заявлении, если иное не установлено дополнительным соглашением Сторон.

При этом численность Застрахованных в рамках Плана уменьшается.

3.1.2 с согласия Страховщика застраховать по Договору дополнительных лиц, представив Страховщику заявление по форме согласно Приложению № 5 к Договору. Страхование дополнительных лиц по Договору осуществляется до конца срока его действия.

Заявление подается не менее чем за пять рабочих дней до указанной в заявлении Страхователя даты принятия на страхование Застрахованного.

Датой начала страхования принимаемых на страхование дополнительных лиц считается дата, указанная в заявлении, если иное не установлено дополнительным соглашением Сторон.

Соглашение о страховании дополнительных лиц оформляется в соответствии с российским законодательством, в том числе путем обмена документами посредством почтовой, курьерской или телефонной (факсимильной) связи.

При этом численность Застрахованных в рамках выбранного Плана увеличивается;

3.1.3 с согласия Страховщика произвести замену Застрахованных в рамках какого-либо Плана по Договору, предоставив Страховщику заявление по форме согласно Приложению № 5 к Договору. При этом застрахованное лицо может быть заменено другим лицом лишь с согласия самого Застрахованного.

При этом заявление подается, как правило, не менее чем за пять рабочих дней до указанной в заявлении Страхователя даты изменений в списке Застрахованных.

При этом численность Застрахованных в рамках Плана не меняется.

3.1.4 досрочно прекратить действие Договора;

3.1.5 требовать от Страховщика разъяснения положений, содержащихся в Правилах страхования и Договоре, расчетов изменения в течение срока действия Договора страховой суммы, расчетов страховой выплаты.

3.2 Застрахованный вправе:

3.2.1 требовать от Страховщика организации оказания медицинской помощи и её оплаты в соответствии с условиями Договора;

3.2.2 сообщать Страховщику в письменной форме о случаях непредоставления, неполного или некачественного предоставления медицинской помощи;

3.2.3 при утрате полиса международного медицинского страхования (далее – Полис), Программы или пропуска в медицинское учреждение получить их дубликаты, обратившись к Страховщику с письменным заявлением;

3.2.4 как субъект персональных данных, получить доступ к своим персональным данным, указанным в п.п. 5.1.2 и 5.1.3 Договора, отозвать свое согласие на обработку персональных данных, обжаловать действия Страховщика, как оператора персональных данных, и реализовать иные права, предусмотренные в Федеральном законе РФ «О персональных данных» № 152-ФЗ от 27 июля 2006 года;

3.2.5 требовать от Страховщика разъяснения положений, содержащихся в правилах страхования и Договоре, расчетов изменения в течение срока действия Договора страховой суммы, расчетов страховой выплаты.

3.3 Страховщик вправе:

3.3.1 проверять полученную от Страхователя и Застрахованного информацию;

3.3.2 до принятия на страхование потребовать проведения любых дополнительных медицинских обследований принимаемого на страхование лица и предоставления документов, подтверждающих состояние его здоровья;

3.3.3 прекратить действие Договора в отношении Застрахованного:

3.3.3.1 при невыполнении Застрахованным обязанностей, предусмотренных п.п. 3.5.1, 3.5.2, 3.5.3 и 3.5.6 Договора, если такое невыполнение привело или могло привести к дополнительным расходам Страховщика. При этом возврат страхового взноса не производится;

3.3.3.2 при получении письменного заявления от Застрахованного (направленного им через Страхователя) об отзыве им своего согласия на обработку Страховщиком и партнерами Страховщика его персональных данных, указанных в п.п. 5.1.2 и 5.1.3 Договора, и об отказе продолжать страховые правоотношения со Страховщиком. При этом Страхователю производится возврат части страховых взносов согласно п. 7.7. Договора;

3.3.3.3 обратиться в суд с требованием о признании договора недействительным и применении последствий, предусмотренных п. 2 ст. 179 ГК РФ, если в течение срока действия Договора Страховщику станет известно о том, что Застрахованный (Страхователь), при заключении Договора представил Страховщику ложные сведения и скрыл имеющиеся болезни, предусмотренные п. 1.6. Договора;

3.3.3.4 после подтверждения (постановки) диагноза Застрахованному из числа заболеваний, указанных в п.1.6 Договора, при первичном диагностировании этих заболеваний в течение срока действия Договора. При этом Страхователю производится возврат части страховых взносов согласно п. 7.7. Договора.

3.4 Страхователь обязан:

3.4.1 получить от Застрахованных, включенных в Список, а также в случаях изменения персональных данных Застрахованных, указанных в п.п. 5.1.2 и 5.1.3 Договора, письменные согласия на обработку Страховщиком и партнерами Страховщика их персональных данных, запрошенные в соответствии с Федеральным законом № 152-ФЗ от 27 июля 2006г. «О персональных данных», по форме согласно Приложению № 6 к Договору;

3.4.2 получить от Застрахованного согласие на досрочное прекращение действия Договора в отношении этого Застрахованного в случае, если такое прекращение происходит в форме замены Застрахованного, кроме случаев, оговоренных в п.п. 3.3.3.1-3.3.3.4, 3.6.5, 7.8 и 7.9 Договора;

3.4.3 представить указанные в п.п. 3.4.1 и 3.4.2 Договора письменные согласия Застрахованных при направлении заявления о замене Застрахованного;

3.4.4 своевременно представить Страховщику заявление на внесение изменений в Список по форме согласно Приложению № 5 к Договору, в том числе заявление о прекращении действия Договора в отношении лиц, отзывавших своё согласие на обработку Страховщиком и партнерами Страховщика их персональных данных, указанных в п.п. 5.1.2 и 5.1.3 Договора, необходимых Страховщику в целях, указанных в п. 5.7 Договора;

3.4.5 своевременно представить Страховщику заявление на выдачу Застрахованному

дубликатов Полиса, Программы и/или пропуска в медицинское учреждение при их утрате;

3.4.6 уплатить страховую премию в размере и в сроки, определенные Договором;

3.4.7 разъяснить Застрахованному условия страхования, определенные Договором, передать ему Полис и Программу, а также, при необходимости, пропуск в медицинское учреждение;

3.4.8 своевременно сообщить Страховщику об изменении своих банковских реквизитов, места нахождения, в том числе фактического, почтового адреса, номеров контактных телефонов и телефаксов, а также об изменении фамилии, имени, отчества Застрахованного и его фактического места жительства;

3.4.9 предоставлять Страховщику достоверную информацию об обстоятельствах, имеющих отношение к заключению и исполнению договора страхования, а также имеющих существенное значение для определения вероятности наступления страхового случая и размеров возможных убытков от его наступления (страхового риска);

3.4.10 предоставлять Страховщику информацию о состоянии здоровья принимаемых на страхование лиц (контингента, подлежащего страхованию);

3.4.11 возместить Страховщику расходы, возникшие в результате нарушения Застрахованным условий п.п. 3.5.1, 3.5.2, 3.5.3 и 3.5.6 Договора.

3.5 Застрахованный обязан:

3.5.1 соблюдать порядок получения медицинской помощи, предусмотренный Программой;

3.5.2 соблюдать предписания врача, полученные в ходе оказания медицинской помощи, а также распорядок, установленный медицинским учреждением;

3.5.3 не передавать Полис, Программу, а также пропуск в медицинское учреждение другим лицам с целью получения ими медицинской помощи, предусмотренной Договором;

3.5.4 своевременно сообщить Страхователю об изменении своей фамилии и адреса фактического местожительства, заполнить и передать Страхователю новое согласие на обработку Страховщиком и партнерами Страховщика его персональных данных, указанных в п.п. 5.1.2 и 5.1.3 Договора, необходимых Страховщику в целях, указанных в п. 5.7 Договора;

3.5.5 при утрате Полиса, Программы и/или пропуска в медицинское учреждение, своевременно сообщить об этом Страхователю для получения дубликатов;

3.5.6 при необходимости заблаговременно отказаться от забронированного им ранее времени посещения врача или вызова врача на дом.

3.6 Страховщик обязан:

3.6.1 своевременно выдать Страхователю на каждого Застрахованного Полис, Программу и, при необходимости, пропуск в медицинское учреждение, а при их утрате - дубликаты;

3.6.2 контролировать объем, сроки и качество организованной им Застрахованному медицинской помощи;

3.6.3 организовать и оплатить получение Застрахованным медицинской помощи, предусмотренной Программой;

3.6.4 в случае виновности медицинского учреждения и (или) его работника в причинении вреда жизни и здоровью Застрахованного и при наличии письменного заявления о причиненном вреде, содействовать Застрахованному в предъявлении им в судебном порядке соответствующего иска путем составления искового заявления;

3.6.5 переводить Застрахованных, с согласия Страхователя, в другое равноценное медицинское учреждение в случае, если выбранное Страхователем медицинское учреждение прекращает свою деятельность. При невозможности перевода Застрахованных в равноценное медицинское учреждение, Страховщик, с согласия Страхователя, переводит Застрахованных в иное медицинское учреждение с соответствующим перерасчетом страховой премии. При несогласии Страхователя Страховщик прекращает действие Договора;

3.6.6 своевременно сообщить Страхователю об изменении своих банковских реквизитов, места нахождения, в том числе фактического, почтового адреса, номеров контактных телефонов и телефаксов;

3.6.7 по требованиям Страхователя и Застрахованных разъяснить положения, содержащиеся в правилах страхования и Договоре, расчеты изменения в течение срока действия Договора страховой суммы, расчеты страховой выплаты.

4. СТРАХОВАЯ СУММА, СТРАХОВОЙ ТАРИФ И СТРАХОВАЯ ПРЕМИЯ

4.1 Страховые суммы, в пределах которых Страховщик обязуется по Договору оплачивать

стоимость оказываемой медицинской помощи, составляют для каждого Застрахованного по Программам: _____

(указать наименование программы/программ и страховую сумму по каждой программе, либо по совокупности программ, либо по отдельным заболеваниям и услугам (лекарственным препаратам, по каждому страховому случаю в рамках Программы либо Договора).

4.2 Страховые суммы в отношении лиц, принимаемых на страхование в течение срока действия Договора, определяются в соответствии с п. 4.1 Договора.

4.3 При определении размера страховой премии, подлежащей уплате Страхователем по Договору, Страховщик применяет разработанные им страховые тарифы.

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

Порядок определения страхового тарифа включает в себя установление страховых тарифов на основании базовых тарифов Страховщика с учетом коэффициентов риска, в зависимости от факторов риска, влияющих на вероятность наступления страхового случая и размер убытков, возмещаемых по Договору (коэффициенты риска):

- 1) пол, возраст, состояние здоровья принимаемого на страхование лица;
- 2) объем предоставляемого покрытия (ценовая категория лечебного учреждения, оплачиваемые и неоплачиваемые виды медицинской помощи);
- 3) срок действия Договора;
- 4) общее количество лиц, принимаемых на страхование по Договору;
- 5) иные обстоятельства.

4.4 Размер страховой премии за весь срок действия Договора на момент вступления Договора в силу за каждого Застрахованного устанавливается в соответствии с Приложением № 4 к Договору.

4.5 Размер общей страховой премии за всех Застрахованных на момент вступления Договора в силу составляет _____ рублей.

4.6 Страховая премия уплачивается в рассрочку – один раз в три месяца. Размер первого и каждого очередного страхового взноса по Договору рассчитывается, исходя из страховой премии, установленной за весь срок действия Договора за каждого Застрахованного по каждой из Программ Договора, пропорционально количеству дней того периода, за который уплачивается страховой взнос. Первый страховой взнос за период с ____ по ____ (__ дней), второй страховой взнос за период с ____ по ____ (__ дней), третий страховой взнос за период с ____ по ____ (__ дней) и четвертый страховой взнос за период с ____ по ____ (__ дней) уплачиваются Страхователем при получении счетов Страховщика и в установленные в них сроки, которые не должны быть менее 5 рабочих дней с даты выставления счета.

При изменении численности Застрахованных размер очередных страховых взносов соответственно изменяется.

Уплата страховых взносов за дополнительно принимаемых на страхование лиц также производится Страхователем при получении счетов Страховщика и в установленные в них сроки, которые не должны быть менее 5 рабочих дней с даты выставления счета.

Копия платежного поручения с отметкой банка направляется Страховщику с нарочным или по телефаксу.

4.7 При страховании дополнительных лиц в соответствии с п. 3.1.2 Договора Страховщик рассчитывает за них страховую премию пропорционально неистекшему сроку действия Договора, а Страхователь уплачивает страховую премию в порядке, оговоренном в п. 4.6 Договора.

4.8 Страховой взнос считается уплаченным в день зачисления его на счет Страховщика или в день внесения его Страховщику.

5. КОНФИДЕНЦИАЛЬНОСТЬ И ЗАЩИТА ПЕРСОНАЛЬНЫХ ДАННЫХ

5.1 Стороны считают конфиденциальной информацию:

- 5.1.1 о сумме страховой премии, подлежащей уплате по Договору;
- 5.1.2 о персональных данных Застрахованного: фамилия, имя, отчество, год, месяц, дата рождения, адрес проживания;
- 5.1.3 о персональных данных Застрахованного специальной категории: данных о состоянии здоровья Застрахованного, о заболеваниях Застрахованного, а также о случаях его обращения за

медицинской помощью.

5.2 Стороны примут все достаточные меры для предотвращения разглашения конфиденциальной информации.

5.3 Страховщик имеет право во исполнение своих обязательств по Договору передавать указанные в п. 5.1.2 Договора персональные данные в медицинские учреждения, предусмотренные Договором, а также своим партнерам, с которыми у Страховщика заключены договоры, направленные на исполнение Страховщиком обязательств по настоящему Договору, в том числе осуществлять трансграничную передачу данных. При этом Страховщик подтверждает, что с указанными медицинскими и иными учреждениями заключены договоры, в которых в обязательства этих учреждений вменено предотвращение разглашения персональных данных Застрахованных Страховщика и обеспечение безопасности персональных данных при их обработке.

5.4 Посредством направления соответствующих запросов в медицинские учреждения, предусмотренные Договором, Страховщиком могут быть получены данные, указанные в п. 5.1.3 Договора. При этом врачи медицинских учреждений, предусмотренных Договором, освобождаются от обязательств конфиденциальности перед Страховщиком.

5.5 Передача конфиденциальной информации иным лицам или иное разглашение этой информации может осуществляться только с письменного согласия Сторон, а при осуществлении этих действий в отношении информации, указанной в п.п. 5.1.2 и 5.1.3 Договора, и с письменного согласия Застрахованного.

5.6 При извещении Страхователя о прекращении действия Договора в отношении конкретного Застрахованного по основаниям, предусмотренным Договором, Страховщик не указывает заболевания (состояния) Застрахованного.

5.7 Страховщик обрабатывает персональные данные Застрахованных (в том числе данные специальной категории) для осуществления международного медицинского страхования Застрахованных, в том числе в целях проверки качества оказания медицинской помощи и урегулирования убытков по Договору, администрирования Договора, выявления фальсификации счетов или счетов ненадлежащей формы, получаемых из медицинских учреждений, а также в целях информирования Застрахованных о других продуктах и услугах Страховщика, в статистических целях и в целях проведения анализа.

5.8 Страховщик и партнеры Страховщика имеют право осуществлять все действия (операции) с персональными данными Застрахованных (в том числе с данными специальной категории), включая сбор, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), использование, передачу в медицинские учреждения, предусмотренные Договором, обезличивание, блокирование, уничтожение. Страховщик и партнеры Страховщика вправе обрабатывать персональные данные Застрахованных (в том числе данные специальной категории) посредством включения их в списки и внесения в электронные базы данных Страховщика и партнеров Страховщика.

5.9 Подписывая Договор, Страхователь подтверждает, что им получены от Застрахованных письменные согласия на обработку Страховщиком и партнерами Страховщика их персональных данных, запрошенные в соответствии с Федеральным законом № 152-ФЗ от 27 июля 2006 г. «О персональных данных» в объеме, необходимом Страховщику в целях, указанных в п. 5.7 Договора.

5.10 По запросу Страховщика Страхователь обязуется своевременно предоставить Страховщику указанные письменные согласия Застрахованных.

5.11 В случае отзыва Застрахованным своего согласия на обработку персональных данных, переданного Страхователю, Страхователь обязан письменно уведомить об этом Страховщика с заявлением о прекращении действия Договора в отношении такого Застрахованного.

5.12 После прекращения действия Договора, а также в случае отзыва субъектом персональных данных согласия на обработку своих персональных данных, Страховщик обязуется уничтожить персональные данные Застрахованных в срок, не превышающий 10 (Десяти) лет с момента прекращения действия Договора либо с момента получения Страховщиком заявления об отзыве согласия на обработку персональных данных.

6. ПОРЯДОК РАЗРЕШЕНИЯ СПОРОВ

6.1 Стороны освобождаются от ответственности за частичное или полное неисполнение обязательств по Договору, если это неисполнение явилось следствием непреодолимой силы, т.е. чрезвычайных и непредотвратимых при данных условиях обстоятельствах (например, стихийные

бедствия, принятие компетентными государственными органами решений, выполнение которых является обязательным для Сторон и делает невозможным выполнение ранее взятых на себя обязательств по Договору и т.п.). В этом случае выполнение обязательств по настоящему Договору откладывается на время действия обстоятельств непреодолимой силы.

6.2 Все споры, возникающие при исполнении Договора, Стороны будут стремиться разрешать путем переговоров. Неурегулированные споры разрешаются в соответствии с законодательством РФ.

7. ВСТУПЛЕНИЕ ДОГОВОРА В СИЛУ, СРОК ЕГО ДЕЙСТВИЯ, ИЗМЕНЕНИЕ И ПРЕКРАЩЕНИЕ ДОГОВОРА

7.1 Договор вступает в силу с даты его подписания.

7.2 Ответственность Страховщика в отношении организации и оплаты медицинской помощи Застрахованным наступает после поступления страховой премии (первого страхового взноса) на расчетный счет Страховщика или уплаты страховой премии (первого страхового взноса) наличными деньгами, если условиями Договора страхования не предусмотрено иное (иной срок вступления Договора в силу), но не ранее даты начала страхования (срока действия договора), указанной в Договоре.

7.3 Срок действия Договора (период страхования) с _____ и действует по _____ включительно.

7.4 Дата вступления Договора в силу в отношении лиц, принимаемых на страхование в течение срока действия Договора, определяется соглашением о дополнительном страховании этих лиц.

7.5 Изменение и/или дополнение Договора совершается по соглашению Сторон и в письменной форме.

7.6 Договор может быть досрочно прекращен Страховщиком в определенных Договором случаях, а Страхователем – в любое время. О намерении досрочно прекратить действие Договора Стороны предварительно уведомляют друг друга. Уведомление о намерении прекратить действие Договора направляется не менее чем за 5 рабочих дней до предполагаемой даты досрочного прекращения действия Договора.

7.7 При досрочном прекращении действия Договора в целом или в отношении части Застрахованных по основаниям, предусмотренным Договором, Страховщик осуществляет возврат части страховых взносов, кроме случаев, указанных в п. 3.3.3.1 Договора. Страховщик возвращает Страхователю ___% суммы страхового взноса, приходящейся на неистекший оплаченный срок действия Договора. Сумма возврата перечисляется Страхователю в течение ___ рабочих дней с момента получения Страховщиком письменного требования на возврат и подписанного Дополнительного соглашения или, при отсутствии требования, учитывается в дальнейших взаиморасчетах в рамках Договора, если иное не установлено Дополнительным соглашением Сторон.

7.8 При неуплате в определенный Договором срок всего первого страхового взноса, а также всех последующих страховых взносов Страховщик вправе в любой момент досрочно прекратить Договор в одностороннем порядке или приостановить его действие на установленный Страховщиком срок (предварительно известив Страхователя по почтовому адресу и/или адресу электронной почты, указанной в Договоре, о таких возможных последствиях неисполнения им обязанностей по Договору) путем направления соответствующего уведомления Страхователю не менее чем за 5 рабочих дней до предполагаемой даты досрочного прекращения Договора или приостановления его действия.

7.9 При неуплате в определенный Договором срок всего страхового взноса за вновь принимаемых на страхование лиц Страховщик вправе в отношении этих лиц в любой момент прекратить Договор в одностороннем порядке или приостановить его действие на установленный Страховщиком срок путем направления соответствующего уведомления Страхователю не менее чем за 5 рабочих дней до предполагаемой даты прекращения Договора или его приостановления.

7.10 При прекращении действия Договора Страхователь не освобождается от обязанности уплатить страховой взнос за неоплаченный период времени, в течение которого продолжал действовать Договор.

7.11. Особые условия отказа Страхователя – физического лица от Договора.

1) Страхователь – физическое лицо в дополнение к условиям о досрочном расторжении Договора, указанным в п.п. 7.6-7.10_настоящего Договора, вправе досрочно отказаться от Договора в течение 14 (Четырнадцати) календарных дней со дня его заключения независимо от момента уплаты страховой

премии, при отсутствии в данном периоде событий, имеющих признаки страхового случая.

2) В случае, если Страхователь отказался от Договора в срок, указанный в части 1 настоящего пункта, и до даты возникновения обязательств Страховщика по Договору (далее – дата начала действия страхования), уплаченная страховая премия подлежит возврату Страховщиком Страхователю в полном объеме.

3) В случае, если Страхователь отказался от Договора в срок, указанный в части 1 настоящего пункта, но после даты начала действия страхования, Страховщик при возврате уплаченной страховой премии Страхователю удерживает её часть пропорционально сроку действия Договора, прошедшему с даты начала действия страхования до даты прекращения действия Договора, если иного не предусмотрено соглашением сторон.

4) При досрочном прекращении Договора в порядке, предусмотренном настоящим пунктом, Договор считается прекратившим свое действие с даты получения Страховщиком письменного заявления Страхователя об отказе от Договора или иной даты, установленной по соглашению сторон, но не позднее срока, определенного в части 1 настоящего пункта.

5) Возврат страховой премии Страхователю в соответствии с настоящим пунктом по выбору Страхователя производится наличными деньгами или в безналичном порядке в срок, не превышающий 10 (Десять) рабочих дней со дня получения письменного заявления Страхователя об отказе от Договора.

6) Действие настоящего пункта не распространяется на осуществление добровольного страхования, являющегося обязательным условием допуска физического лица к выполнению профессиональной деятельности в соответствии с законодательством Российской Федерации, а также страхование, предусматривающее оплату оказанной гражданину Российской Федерации, находящемуся за пределами территории Российской Федерации, медицинской помощи и (или) оплату возвращения его тела (останков) в Российскую Федерацию.

8. ЗАКЛЮЧИТЕЛЬНЫЕ ПОЛОЖЕНИЯ

8.1. Следующие Приложения к Договору являются его неотъемлемыми частями:

Приложение № 1 – Планы страхования;

Приложение № 2 – Выбранные Программы международного медицинского страхования;

Приложение № 3 – Список Застрахованных;

Приложение № 4 – Страховая премия и численность Застрахованных;

Приложение № 5 – Форма заявления на внесение изменений в список Застрахованных;

Приложение № 6 – Форма согласия на обработку Страховщиком персональных данных

Застрахованного.

8.2. Все заявления, сообщения и уведомления по Договору должны быть сделаны Сторонами в письменном виде и направляться друг другу посредством почтовой, курьерской, телефаксной или иной связи. Для предоставления Страхователю (Застрахованную) информации Страховщик, помимо телефонной и почтовой связи, использует сайт Страховщика и иные информационные системы Страховщика или системы электронного документооборота. Допускается факсимильное воспроизведение подписи представителей Сторон, в том числе на Дополнительных соглашениях к Договору и счетах.

8.3. Договор составлен и подписан на русском языке в двух экземплярах, имеющих одинаковую юридическую силу, по одному для каждой из Сторон.

8.4. Дополнительные условия и оговорки, в том числе, в соответствии со стандартами саморегулируемой организации в сфере финансового рынка:

Заключая/подписывая Договор, Страхователь подтверждает, что Страховщик до заключения Договора предоставил ему в доступной форме полную информацию:

- об условиях, на которых может быть заключен Договор, включающих: объект страхования, страховые риски, размер страховой премии, а также порядок получения медицинских услуг и порядок осуществления страховой выплаты (страхового возмещения), в том числе перечень документов, которые необходимо представить Застрахованному вместе с заявлением о наступлении события, имеющего признаки страхового случая;

- об обстоятельствах, влияющих на размер страховой премии, о способах и сроках (периодичности) уплаты страховой премии, последствиях неуплаты, уплаты не в полном размере или несвоевременной уплаты страховой премии (страховых взносов);

- о применяемых Страховщиком франшизах и исключениях из перечня страховых событий, а

также о действиях Страхователя/Застрахованного, совершение которых может повлечь отказ Страховщика в страховой выплате или сокращение ее размера;

- о наличии дополнительных условий для заключения Договора, в том числе о необходимости проведения анкетирования и/или обследования застрахованного лица при заключении Договора, а также о перечне документов и информации, необходимых для заключения Договора;
- о размере (примерном расчете) страховой премии на основании представленного Страхователем заявления о заключении Договора с уведомлением Страхователя о возможном изменении размера страховой премии, страховой суммы или иных условий страхования по результатам оценки страхового риска;
- о наличии условия возврата Страхователю уплаченной страховой премии в случае отказа Страхователя от договора страхования в течение определенного срока со дня его заключения или о его отсутствии в соответствии с действующим законодательством РФ;
- о сроках рассмотрения обращений Застрахованных или их представителей относительно получения страхового возмещения, а также о случаях продления таких сроков в связи с необходимостью получения информации от медицинских и иных организаций, непосредственно связанной с возможностью принятия Страховщиком решения о признании события страховым случаем или о размере страховой выплаты;
- о праве Страхователя запросить информацию о размере вознаграждения, выплачиваемого страховому агенту или страховому брокеру;
- об адресах мест приема документов на страховое возмещение при наступлении событий, имеющих признаки страхового случая, в том числе о возможности приема таких документов в электронной форме, если такая возможность предусмотрена условиями договора или правил страхования.

8.5. Форма выплаты страхового возмещения (натуральная/денежная): _____:

9. АДРЕСА И РЕКВИЗИТЫ СТОРОН

9.1. Страховщик: Страховое публичное акционерное общество «Ингосстрах»

Адрес местонахождения, банковские реквизиты, номера контактных телефонов, телефаксов

9.2. Страхователь:

Адрес местонахождения, банковские реквизиты, номера контактных телефонов, телефаксов

СТРАХОВЩИК

СТРАХОВАТЕЛЬ

должность, ФИО, действующий на основании доверенности № ____ от

При оформлении договора страхования в электронном форме:

Адреса и банковские реквизиты:

Приводится текст Правил страхования

Страхователь/ Представитель страхователя	Заявление подано в электронном виде на сайте www.ingos.ru, пользователь /ФИО/Наименование / адрес		Страховщик / Представитель страховщика	Подписано усиленной электронной квалифицированной подписью представителя СПАО «Ингосстрах»	
				Подпись (УКЭП)	ФИО
Дата заключения Договора				« ____ » _____ 20__ г.	

План №

а)

б)

в)

г)

**Программа международного медицинского страхования
(Указывается наименование/перечень выбранных страхователем по договору страхования
Программ)**

Список* Застрахованных по Договору ММС

<u>п/п</u>	<u>Фамилия</u>	<u>Имя</u>	<u>Отчество</u>	<u>Пол</u>	<u>Дата рождения</u>	<u>План страхования</u>	<u>Назв. нас. пункта</u>	<u>Улица</u>	<u>Дом</u>	<u>Корпус</u>	<u>Квартира</u>	<u>Польезд</u>	<u>Телефон рабочий</u>	<u>Телефон домашний</u>	<u>Телефон мобильный</u>	<u>Сотник/родственник</u>	<u>родство по отношению к работнику (указать какому)</u>

*При заключении конкретного договора страхования стороны договора вправе изменить форму настоящего Списка в рамках Правил международного медицинского страхования СПАО «Ингосстрах» и действующего российского законодательства.

Приложение № 4
к Договору ММС

План №	Подпункты Плана и страховые премии (руб.)				Страховая премия за одного Застрахованного	Численность застрахованных	Общий размер премии
	а)	б)	в)	г)			
Итого по Договору							

Приложение № 5 к Договору ММС

Исх. №
Дата

ДИРЕКТОРУ ДЕПАРТАМЕНТА МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ
СПАО «ИНГОССТРАХ»

Уважаемый (ая) _____,

_____ (наименование Страхователя) просит внести изменения в список Застрахованных по договору № _____ от: _____

1. исключить из списка Застрахованных с _____ (дата) :

Фамилия	Имя	Отчество

2. включить в список Застрахованных с _____ (дата) :

Фамилия	Имя	Отчество	Дата рождения	Назв. нас. пункта	Улица	Дом	Корпус	Квартира	Подъезд	Телефон рабочий	Телефон домашний	Телефон мобильный	Работник / родственник	родство по отношению к работнику (указать какому)	План

3. произвести замену Застрахованных (при этом, Страхователь гарантирует наличие письменных согласий Застрахованных, исключаемых из списка Застрахованных, на их замену иными лицами. По требованию Страховщика, согласия на замену подписанные Застрахованными, исключаемым из Списка, будут предоставлены):

исключить из списка (дата) по Плану № :
Застрахованных с

Фамилия	Имя	Отчество	Дата рождения

и одновременно включить в список Застрахованных по этому же Плану:

Фамилия	Имя	Отчество	Дата рождения	Назв. нас. пункта	Улица	Дом	Корпус	Квартира	Пол	Телефон рабочий	Телефон домашний	Телефон мобильный	Работник/Родственник	Родство по отношению к работнику (указать какому)

4. изменить Ф.И.О., дату рождения Застрахованного:

Фамилия	Имя	Отчество	Дата рождения

новые Ф.И.О., дата рождения

Фамилия	Имя	Отчество	Дата рождения

5. изменить адрес Застрахованного:

Фамилия	Имя	Отчество	Дата рождения

новый адрес:

Название нас. пункта	Тип нас. пункта	Улица	Дом	Корпус	Квартира	Подъезд	Телефон рабочий	Телефон домашний	Телефон мобильный	Сотрудник/родственник	Родство по отношению к сотруднику (указать какому)	План

Должность
Ф.И.О.
Подпись

ИНГОССТРАХ

Страховое публичное акционерное общество «Ингосстрах»
Адрес места нахождения: Россия, 115035, г. Москва, ул. Пятницкая, д.12, стр. 2.
ИНН 7705042179, КПП 770501001, ОГРН 1027739362474

СТРАХОВОЕ ПУБЛИЧНОЕ АКЦИОНЕРНОЕ ОБЩЕСТВО «ИНГОССТРАХ»

Согласие на обработку Страховщиком, его аффилированными и иными лицами персональных данных Страхователя/ Застрахованного для осуществления договора международного медицинского страхования (здесь и далее по тексту Договор)

В целях исполнения Федерального закона РФ № 152-ФЗ от 27 июля 2006 года подтверждаю свое согласие на обработку Страховщиком, его аффилированными и иными лицами (в том числе ООО «СК «Ингосстрах-Жизнь» (125171, г. Москва, Ленинградское ш., д. 16, стр. 9), ООО «СК «Ингосстрах-М» (117997, г. Москва, ул. Пятницкая, д. 12, стр. 2), АО УК «Ингосстрах- Инвестиции» (115035, г. Москва, ул. Пятницкая, д. 12, стр. 2), АО «НПФ «Социум» (119017, г. Москва, Голиковский пер., д. 7), ООО «Клиника ЛМС» (119146, г. Москва, Комсомольский пр-т, д. 28, эт. 1, 3 пом. III, VI), Банк СОЮЗ (АО) (127030, г. Москва, ул. Суцневская, д. 27, стр. 1), АО «НПФ «Ингосстрах-Пенсия» (119017, г. Москва, Голиковский пер., д. 7), АО «ФРЕЙТ ЛИНК» (123308, г. Москва, пр-т Маршала Жукова, д. 4)), ООО «СДФ» (119019, г. Москва, Пречистенская наб., д. 45/1, стр. 4, эт. 2, пом. I, комн. 1, 2, 3, 4)), ООО «ТОЛКФИНАНС» (143026, г. Москва, тер Сколково инновационного центра, б-р Большой, д. 42, стр. 1, эт 0, пом 137, раб 28; ИНН: 7734387717)), медицинским и иным организациям в рамках международного медицинского страхования, а также компаниями, оказывающим Страховщику, его аффилированным и иным поименованным в настоящем пункте лицам маркетинговые услуги (в том числе услуги рекламодателя), ИТ-услуги, иные услуги моих ниже перечисленных персональных данных в целях исполнения Договора страхования; формирования рекламных предложений услуг Страховщика, его аффилированных и иных поименованных в настоящем Согласии лиц; продвижения услуг Страховщика, его аффилированных и иных поименованных в настоящем Согласии лиц на рынке путем осуществления прямых контактов с потенциальным потребителем с помощью средств связи; определения размера убытков или ущерба; тестирования программного обеспечения; кредитного скоринга; направления рассылок в целях повышения уровня клиентоориентированности и лояльности (включая проведение исследований (опросов) в области сервисных услуг и их качества, предоставляемых Страховщиком, его аффилированными и иными поименованными в настоящем пункте лицами), а также информации об условиях продления Договора со Страховщиком, его аффилированными и иными поименованными в настоящем пункте лицами; в статистических целях; в целях продления Договора страхования; в целях проведения анализа и оценки страховых рисков; в целях обновления или дополнения персональных данных любыми сведениями из любых источников; в целях совершенствования процесса оказания услуг Страховщиком, его аффилированными и иными поименованными в настоящем Согласии лицами.

Составляющие врачебную тайну сведения, полученные в рамках исполнения договоров международного медицинского страхования от медицинских организаций и лиц, уполномоченных осуществлять медицинскую экспертизу, могут быть использованы исключительно для целей исполнения договора международного медицинского страхования; при этом указанные организации и лица в соответствующей части освобождаются от обязательства сохранять конфиденциальность указанных сведений.

Вышеуказанное Согласие включает в себя также согласие на получение рекламы услуг Страховщика, его аффилированных и иных поименованных в настоящем Согласии лиц, в том

числе по сетям электросвязи и посредством использования телефонной связи, а также согласие на трансграничную передачу персональных данных.

Мои персональные данные, как данные Застрахованного включают: персональные данные, указанные в Договоре страхования и сообщенные дополнительно в связи с Договором страхования, а также полученные Страховщиком, его партнёрами и/или аффилированными и иными поименованными в настоящем Соглашении лицами при обновлении или дополнении персональных данных (в том числе фамилия, имя, отчество; дата и место рождения; гражданство; адрес; номер телефона, адрес электронной почты и иные контактные данные; пол; семейное, социальное, имущественное положение; сведения о наличии детей и иных лиц на иждивении; страна налогового резидентства; сведения об образовании, профессии, роде занятий, доходах, сбережениях и расходах; данные документа, удостоверяющего личность; данные документов, подтверждающих право иностранного гражданина или лица без гражданства на пребывание в Российской Федерации; уникальный номер индивидуального лицевого счета, используемый для обработки сведений о физическом лице в системе индивидуального (персонифицированного) учета, а также для идентификации и аутентификации сведений о физическом лице при предоставлении государственных и муниципальных услуг и исполнении государственных и муниципальных функций (СНИЛС); сведения о заключенных договорах страхования (номер, дата заключения, период страхования; страховая сумма и пр.); номер участника программы лояльности; идентификатор клиента в информационной системе Страховщика; данные миграционной карты, визы; идентификационный номер налогоплательщика; реквизиты банковского счета; данные договора банковского счета; сведения о банковских операциях; страховой номер индивидуального лицевого счета; данные полисов добровольного и обязательного медицинского страхования; биометрические персональные данные; сведения, относящиеся к специальным категориям персональных данных; сведения о состоянии здоровья и иные сведения, составляющие врачебную тайну, полученные от медицинских работников, лиц, уполномоченных осуществлять медицинскую экспертизу и медицинских организаций, из иных источников; иные сведения).

Предоставляю Страховщику, его аффилированным и иным указанным в настоящем Соглашении лицам право осуществлять все действия (операции) с моими персональными данными, включая сбор, запись, систематизация, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), извлечение, использование, передача, обезличивание, блокирование, удаление, уничтожение персональных данных. Обработка персональных данных может производиться с использованием средств автоматизации или без использования таких средств, в том числе даю согласие на трансграничную передачу Страховщиком, при необходимости, моих персональных данных, а также иной информации, связанной с исполнением Договора, следующим третьим лицам:

- (наименование организации), (юридический адрес), (государство происхождения);
- (наименование организации), (юридический адрес), (государство происхождения).¹

Страховщик, его аффилированные и иные указанные в настоящем Соглашении лица вправе обрабатывать мои персональные данные посредством включения их в списки и внесения в электронные базы данных Страховщика, его аффилированных и иных указанных в настоящем Соглашении лиц. В том числе даю свое согласие на открытие мне доступа в личный кабинет СПАО «Ингосстрах» в соответствующем разделе сайта www.ingos.ru и публикацию в нем моих персональных данных.

Страховщик имеет право во исполнение своих обязательств по Договору передавать мои персональные данные в медицинские и иные организации, предусмотренные Договором, а

¹ Указываются наименования и юридические адреса всех организаций, которым передаются персональные данные.

также своим аффилированным и иным лицам, поименованным в настоящем Соглашении, и получать от указанных организаций и лиц данные обо мне, при условии, что он имеет договоры с указанными медицинскими организациями и лицами, обеспечивающие безопасность персональных данных при их обработке и предотвращение разглашения персональных данных. При этом врачи указанных медицинских организаций, аффилированные и иные лица освобождаются от обязательств конфиденциальности перед Страховщиком в отношении моих персональных данных.

Передача моих персональных данных иным лицам или иное их разглашение может осуществляться только с моего письменного согласия.

Настоящее Соглашение дано в момент подписания Договора и действует 50 (Пятьдесят) лет с даты заключения Договора страхования.

Я вправе отозвать своё Соглашение посредством составления соответствующего письменного документа, который должен быть направлен в адрес Страхователя заказным письмом с уведомлением о вручении либо вручен лично под расписку представителю Страхователя. В случае поступления от Страхователя письменного заявления об отзыве персональных данных Страховщик вправе рассматривать указанное заявление как уведомление о расторжении Договора в отношении меня, и я буду снят со страхования по Договору не позднее даты получения Страховщиком уведомления об отзыве моего согласия на обработку персональных данных от Страхователя.

ЗАСТРАХОВАННЫЙ/ СТРАХОВАТЕЛЬ

(ФИО полностью)

Паспорт

_____ выданный _____

Адрес

проживания _____

Дата рождения ____ / ____ / ____ г., телефон _____

(подпись)

**БАЗОВЫЕ ТАРИФНЫЕ СТАВКИ
ПО МЕЖДУНАРОДНОМУ МЕДИЦИНСКОМУ СТРАХОВАНИЮ**
(в % к страховой сумме)

Тарифная ставка включает в себя основную часть нетто-ставки, формирующую выплатной фонд, рисковую надбавку к основной части нетто-ставки, предназначенную для создания страхового резервного фонда, и нагрузку. В нагрузку включены расходы на ведение дела.

Базовые тарифные ставки рассчитаны для договоров международного медицинского страхования сроком действия 1 год.

Название Программы	Базовая тарифная ставка (со 100 руб. страховой суммы)
Программы международного медицинского страхования	0,07

КОЭФФИЦИЕНТЫ, ИСЧИСЛЯЕМЫЕ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ФАКТОРОВ РИСКА

Результирующая тарифная ставка рассчитывается умножением брутто-ставки на следующие повышающие и понижающие коэффициенты, зависящие от различных рисков факторов:

Фактор риска	Диапазон поправочного коэффициента
Пол и возраст Застрахованного	от 0.2 до 4.3
Объем предоставляемого покрытия	от 0.4 до 3.0
Общее количество лиц, принимаемых на страхование	от 0.5 до 1.0
Ценовая категория медицинской организации	от 0.2 до 4.0
Страна основного проживания	от 0.5 до 2.0
Выбранный размер и тип франшизы	от 0.6 до 1.0
Установленные агрегированные или неагрегированные лимиты по рискам (по каждому страховому случаю или на весь период действия договора страхования)	от 0.6 до 1.0
Род занятий Застрахованного	от 0.75 до 1.5
Субъективные факторы риска и экспертно определенная величина страхового риска, определенная на основании совокупности данных, представленных в заявлении на страхование, а также результатов предварительного медицинского обследования	0.5 до 3.5
При уплате страховой премии в рассрочку	от 1.0 до 2.0
В зависимости от сложившейся убыточности по портфелю за предыдущий период страхования	от 0.1 до 2.0
В зависимости от условий прекращения договора страхования (в соответствии с разделом 10 Правил)	от 0.5 до 5.0
В случае страхования с валютным эквивалентом	от 0.5 до 5.0

Поскольку базовые тарифные ставки рассчитаны для договоров страхования сроком действия один год, то в случае страхования на срок менее одного года возможно применение понижающего коэффициента от $k/366$ до 1, где k – количество дней действия договора.

В случае, если результирующая тарифная ставка превышает 100%, то считается, что страховой риск не обладает признаками случайности его наступления и договор страхования в отношении данного риска не заключается.