

УТВЕРЖДЕНЫ
Приказом СПАО «Ингосстрах»

от « 07 » мая 2019 г. № 188

И. о. Генерального директора
СПАО «Ингосстрах»

п/п А.В. Подгорнова

М.П.

ПРАВИЛА
ДОБРОВОЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО
СТРАХОВАНИЯ

Москва, 2019 г.

1. Общие положения
2. Субъекты страхования
3. Объект страхования
4. Страховые риски и страховые случаи
5. Страховая сумма и порядок ее определения
6. Страховой тариф, страховая премия (страховые взносы). Порядок их определения
7. Франшиза
8. Порядок заключения и исполнения договора страхования
9. Права и обязанности сторон
10. Порядок прекращения договора страхования
11. Порядок организации медицинской помощи
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 добровольного медицинского страхования (далее - Правила) составлены в соответствии с действующим российским законодательством и определяют общие условия и порядок осуществления страхования, в том числе заключения, исполнения и прекращения Страховым публичным акционерным обществом «Ингосстрах» (далее - Страховщик) договоров добровольного медицинского страхования¹ (далее - договор страхования или договоры страхования).

В рамках настоящих Правил Страховщик осуществляет добровольное страхование, относящееся согласно принятой в законодательстве классификации к виду медицинское страхование и страхование финансовых рисков. Добровольное медицинское страхование (далее также - ДМС) осуществляется на основе программ добровольного медицинского страхования и обеспечивает гражданам при наступлении страхового случая получение медицинской помощи и ее оплату в соответствии с условиями договоров страхования.

Добровольное медицинское страхование 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.

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

Программа добровольного медицинского страхования (Программа) – объем медицинской помощи, составленный Страховщиком, а также порядок её 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, а также проведения профилактических мероприятий, снижающих степень опасных для жизни или здоровья физического лица угроз и (или) устраняющих их.

Лекарственное обеспечение предполагает оплату Страховщиком стоимости медикаментозного лечения, т.е. оплату лекарственных средств (и при необходимости их доставку), включенных в Программу и выписанных лечащим врачом амбулаторно-поликлинического медицинского учреждения либо назначенных лечащим врачом стационарного медицинского учреждения.

Обеспечение изделиями медицинского назначения предполагает оплату Страховщиком стоимости протезно-ортопедических изделий, очков, слуховых аппаратов, контактных линз, имплантатов и др. (и при необходимости их доставку), включенных в Программу и выписанных (назначенных) лечащим врачом амбулаторно-поликлинического медицинского учреждения либо выписанных (назначенных) лечащим врачом стационарного медицинского учреждения.

Иные услуги - услуги, связанные с оказанием или организацией оказания медицинской помощи и включенные в Программу, в том числе: сервисные услуги (дополнительное питание, связь, телевизор, компьютер, холодильник, кондиционер, душ, туалет и др.); питание и проживание (нахождение) при стационарном, санаторно-

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

курортном лечении, если оно не входит в стоимость медицинской услуги (стоимости койко-дня); оформление медицинским и иным учреждением различной медицинской документации; услуги по организации медицинской помощи в других медицинских и иных учреждениях; информационные услуги, связанные с оказанием или организацией оказания медицинской помощи; медико-транспортные услуги², в том числе услуги эвакуации и репатриации, услуги по сопровождению Застрахованного и его несовершеннолетних детей.

Сайт Компании - официальный сайт СПАО «Ингосстрах» в информационно-коммуникационной 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 т.ч. 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 добровольного медицинского страхования выступают Страховщик (страховая медицинская организация), Страхователь, Застрахованный и медицинское и иное учреждение.

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 его филиалы, представительства, а также уполномоченные страховые агенты (юридические и физические лица), брокеры в пределах их 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 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 добровольного медицинского страхования.

² Медико-транспортные услуги могут включать в себя транспортировку Застрахованного в ближайшее медицинское учреждение, в котором может быть предоставлено необходимое лечение, если оно недоступно в месте его нахождения. Медико-транспортные услуги могут также предусматривать возможность возвращения Застрахованного в место постоянного жительства, если лечение недоступно в месте его пребывания и транспортировку тела Застрахованного (согласно требованиям и ограничениям авиакомпании) в место его постоянного жительства или иное место, определенное договором страхования, в случае смерти во время пребывания за пределами места жительства Застрахованного.

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 Застрахованным не может быть лицо, имеющее на момент заключения договора страхования следующее заболевание и (или) связанные с ним осложнения³:

2.6.1 ВИЧ-инфекция, СПИД;

2.6.2 особо опасные инфекционные болезни⁴, в том числе: оспа, полиомиелит, вызванный диким полиовирусом, человеческий грипп, вызванный новым подтипом, тяжелый острый респираторный синдром (ТОРС), холера, чума, малярия, вирусные лихорадки, передаваемые членистоногими и вирусные геморрагические лихорадки, менингококковая болезнь;

2.6.3 наркологические заболевания.

2.7 Лицо, имеющее на момент заключения договора страхования следующие заболевания:

2.7.1 психические расстройства и расстройства поведения;

2.7.2 злокачественные новообразования, гемобластозы;

2.7.3 туберкулез;

2.7.4 заболевания относящиеся к классу врожденные аномалии, деформации и хромосомные нарушения и (или) связанные с ними осложнения;

2.7.5 системные поражения соединительной ткани, в т.ч. все недифференцированные коллагенозы;

2.7.6 заболевания сопровождающиеся хронической почечной или печеночной недостаточностью и требующие проведения хронического гемодиализа;

2.7.7 хронические гепатиты С, Е, F, G;

2.7.8 инвалидность (кроме III группы)

может быть застраховано с согласия Страховщика, при условии, что до заключения договора страхования Страховщик был письменно уведомлен Страхователем о диагнозах и состоянии здоровья лица, заявленного на страхование. Условие о страховании таких лиц может указываться в договоре страхования соответствующей оговоркой или ссылкой на пункт Правил. При страховании лиц, указанных в п. 2.7 Правил, не является страховым случаем обращение Застрахованного лица в медицинское и иное учреждение в связи с оказанием ему медицинской помощи по заболеваниям, перечисленным в данном пункте и связанным с ними осложнениям.

2.8 Под медицинскими учреждениями для целей Правил понимаются юридические лица любой организационно-правовой формы, а также лица, занимающиеся предпринимательской деятельностью без образования юридического лица, получившие в установленном порядке лицензию на осуществление медицинской деятельности.

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

3. ОБЪЕКТ СТРАХОВАНИЯ

3.1 Объектами добровольного медицинского страхования являются

³ В Правилах и программах ДМС болезни и медицинские состояния указываются в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем, официально действующей на территории Российской Федерации на дату заключения договора страхования.

⁴ По решению уполномоченных органов перечень особо опасных инфекционных заболеваний может быть расширен

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 связи с оплатой организации медико-транспортных услуг, в том числе включающих в себя организацию репатриации Застрахованного или его трупа, возвращение Застрахованного и сопровождающего его лица к месту пребывания, транспортировку сопровождающих лиц Застрахованного, транспортировку детей Застрахованного, визит близкого родственника Застрахованного.

4. СТРАХОВЫЕ РИСКИ И СТРАХОВЫЕ СЛУЧАИ

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 заключается в отношении риска затрат на оказание медицинской помощи Застрахованному при его обращении в медицинское и иное учреждение по поводу ухудшения состояния здоровья и/или состояния, требующего оказания медицинской помощи, а также иных обстоятельств, предусмотренных договором страхования.

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

Страховым случаем в соответствии с настоящими Правилами является обращение Застрахованного в течение срока действия договора ДМС в медицинское и иное учреждение из числа предусмотренных договором страхования или согласованных со Страховщиком, для получения различных видов платной медицинской помощи, включенных в Программу, по поводу ухудшения состояния здоровья и/или состояния, а также обстоятельств, требующих оказания медицинской помощи (в том числе беременность и услуги по родовспоможению) и повлекших возникновение расходов на оплату медицинской помощи, оказанной Застрахованному, а также обязанность Страховщика произвести страховую выплату.

В случае если это прямо предусмотрено договором страхования, страховым случаем является обращение Застрахованного в течение срока действия договора ДМС в медицинское и иное учреждение из числа предусмотренных договором страхования или согласованных со Страховщиком для 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.

В случае, когда это предусмотрено договором страхования, страховым случаем также является 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. Объем медицинской помощи, оказываемой Застрахованному медицинским и иным учреждением и оплачиваемой Страховщиком по договору страхования, определяется выбранной Программой. Программы, могут включаться в План страхования (далее – План).

4.4 Договор страхования может быть заключен на условиях предоставления Застрахованному страховой защиты в объеме Программ (Приложения № 1–10 к Правилам), содержащих разные виды медицинской помощи при возникновении страхового случая, например: стационарной, амбулаторно-поликлинической, скорой и неотложной медицинской помощи, а также лекарственной помощи и т.д. При страховании дополнительных рисков непредвиденных расходов, Страховщик также оплачивает такие дополнительные расходы Застрахованного в объеме, определенном договором страхования.

4.5 Программы, предусматривающие оказание амбулаторно-поликлинической медицинской помощи, могут содержать отдельные или все виды медицинской помощи: лечебно-диагностическую, реабилитационную (в т.ч. санаторно-курортную), протезно-ортопедическую и зубопротезную, включающие в себя всевозможные услуги амбулаторно-поликлинического учреждения⁵, в частности, следующие: оказание консультативной, первичной (доврачебной) медико-санитарной, стоматологической помощи; оказание помощи как в амбулаторно-поликлиническом учреждении, так и на дому или по иному месту нахождения Застрахованного, в дневных стационарах и стационарах амбулаторно-поликлинического учреждения (подразделения); оказание консультативной медицинской помощи стационарного медицинского учреждения; оказание санаторно-курортной медицинской помощи без круглосуточного размещения; экспертизу временной нетрудоспособности; медикаментозное лечение, в т.ч. оплату и/или доставку Застрахованному выписанных лечащим врачом лекарственных средств; оплату и/или доставку Застрахованному выписанных (назначенных) лечащим врачом изделий медицинского назначения; оказание различных видов медицинской помощи Застрахованному при его обращении в медицинское учреждение к участковому или семейному врачу (врачу общей практики), врачам различных специальностей и среднему медицинскому персоналу; диспансерное наблюдение Застрахованных; проведение профилактических мероприятий, снижающих степень опасных для жизни или здоровья физического лица угроз и (или) устраняющих их.

4.6 Программы, предусматривающие оказание стационарной медицинской помощи (в том числе в условиях дневного стационара), могут содержать отдельные или все виды медицинской помощи: лечебно-диагностическую, реабилитационную (в т.ч. санаторно-курортную), протезно-ортопедическую и зубопротезную, включающие в себя различные услуги стационарного медицинского учреждения⁶, в частности, следующие: оказание стационарной помощи как в экстренном, так и плановом порядке, осуществляемой врачами различных специальностей и средним медицинским персоналом; пребывание Застрахованного в палатах различной комфортности; предоставление медицинским учреждением сервисных услуг, связанных со стационарным лечением; питание, уход медицинского персонала; проведение профилактических мероприятий, снижающих степень опасных для жизни или здоровья физического лица угроз и (или) устраняющих их; лекарственные средства и другие необходимые для оказания медицинской помощи средства; экспертизу временной нетрудоспособности; пребывание в стационаре с застрахованным ребенком одного из родителей; оказание

⁵ Под амбулаторно-поликлиническим учреждением понимается любое медицинское учреждение, в котором медицинские и иные услуги предоставляются Застрахованному без его круглосуточного помещения в это медицинское учреждение.

⁶ Под стационарным учреждением понимается любое медицинское учреждение, в котором медицинские и иные услуги предоставляются Застрахованному с возможным круглосуточным его помещением в это медицинское учреждение.

медицинской помощи при госпитализации с целью проведения лечения и реабилитации, не требующих круглосуточного медицинского наблюдения, а также в стационарах (отделениях, палатах) дневного пребывания медицинских учреждений. Программы, предусматривающие оказание стационарной медицинской помощи, могут предусматривать оплату и/или доставку Застрахованному назначенных лечащим врачом лекарственных средств, оплату и/или доставку Застрахованному выписанных (назначенных) лечащим врачом изделий медицинского назначения - при их отсутствии в стационаре.

4.7 Программы, предусматривающие оказание скорой и неотложной медицинской помощи, могут включать в себя выезд бригады скорой (неотложной) медицинской помощи, проведение комплекса экстренных лечебных манипуляций, в т.ч. услуги по родовспоможению, и необходимой экспресс-диагностике.

4.8 Программы, предусматривающие оказание медико-транспортных услуг, могут включать в себя эвакуацию, репатриацию (в том числе экстренную), посмертную репатриацию, а также оплату транспортных расходов, связанных с возвращением в страну постоянного проживания детей, находившихся с Застрахованным, в случае, если дети остались без присмотра в результате произошедшего с Застрахованным страхового случая, включая сопровождение детей, и расходы по проезду в оба конца родственников Застрахованного в случаях, предусмотренных договором страхования.

4.9 При заключении договора страхования Страховщик и Страхователь при условии применения к тарифной ставке соответствующих коэффициентов вправе договориться об объеме медицинской помощи в рамках Программы путем дополнения/изменения перечня организуемой и оплачиваемой Страховщиком медицинской помощи, включаемой в конкретную Программу, и о названии конкретной Программы, отражающей вид, объем и порядок предоставляемой Застрахованному медицинской помощи.

4.10 Не является страховым случаем обращение Застрахованного в медицинское и иное учреждение за получением медицинской помощи:

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

4.10.2 в связи с получением травматического повреждения или иного расстройства здоровья, наступившего в результате совершения Застрахованным умышленного преступления, находящегося в прямой причинной связи со страховым случаем;

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

4.10.4 в связи с умышленным причинением себе телесных повреждений.

4.11 Если иного не установлено договором страхования Страховщик освобождается от страховой выплаты, если страховой случай произошел вследствие:

4.11.1 воздействия ядерного взрыва, радиации или радиоактивного заражения;

4.11.2 военных действий, а также маневров или иных военных мероприятий;

4.11.3 гражданской войны, народных волнений всякого рода или забастовок.

4.12 Если в течение срока действия договора страхования Страховщику станет известно о том, что Застрахованный (Страхователь), при заключении договора страхования представил Страховщику ложные сведения и скрыл имеющиеся болезни, предусмотренные п.п. 2.6, 2.7 Правил, Страховщик вправе в одностороннем порядке прекратить действие договора страхования в отношении этого Застрахованного, согласно п. 1 ст. 450 ГК РФ и / или обратиться в суд с требованием о признании договора недействительным и применении последствий, предусмотренных п. 2 ст. 179 ГК РФ.

4.13 Если в течение срока действия договора страхования у Застрахованного будут впервые диагностированы заболевания (состояния), из числа указанных в п.п. 2.6, 2.7. Правил, Страховщик оплачивает медицинскую помощь, оказанную Застрахованному

по медицинским показаниям, до момента подтверждения (постановки) диагноза. После подтверждения (постановки) диагноза, Страховщик будет вправе в одностороннем порядке прекратить действие договора страхования в отношении этого Застрахованного, согласно п. 1 ст. 450 ГК РФ.

4.13.1 Для целей реализации процедуры прекращения действия договора страхования в соответствии с условиями настоящего пункта Страховщик имеет право в договорах с лечебными учреждениями предусматривать условия об информировании Страховщика о факте постановки (подтверждения) диагноза, указанного в п. п. 2.6 и 2.7. Правил.

4.13.2 После получения информации, указанной в п. 4.13 Правил, Страховщик направляет Страхователю письменное уведомление о прекращении действия договора страхования в отношении соответствующего Застрахованного, содержащее ссылку на п. 4.13 Правил и указание на сумму страховой премии, подлежащей возврату (либо не подлежащей уплате) в соответствии с условиями п.п. 4.13.3-4.13.5 Правил.

4.13.3 Договор страхования считается прекращенным в отношении Застрахованного, указанного в п. 4.13 Правил, с даты, указанной в соответствующем уведомлении Страховщика. Уведомление направляется Страхователю не менее чем за 3 рабочих дня до даты прекращения действия договора страхования в отношении Застрахованного. Страхователь обязан уведомить Застрахованного о факте прекращения договора страхования в отношении последнего.

4.13.4 В том случае, если на момент прекращения договора страхования страховая премия была уплачена Страхователем полностью, Страховщик обязан в течение 30 рабочих дней с момента получения Страхователем уведомления о прекращении договора в отношении определенного Застрахованного, возратить Страхователю часть страховой премии, уплаченной за страхование данного Застрахованного, пропорциональную части общего срока действия договора страхования, в течение которого договор страхования не будет действовать в отношении такого Застрахованного.

4.13.5 В том случае, если после момента прекращения договора страхования, как это определено в настоящем пункте, у Страхователя в соответствии с условиями договора страхования возникнет обязанность уплатить очередной страховой взнос, Страхователь освобождается от обязанности уплачивать часть страховой премии, приходящуюся в уплату за страхование соответствующего Застрахованного в течение периода действия договора страхования после момента прекращения договора страхования как это описано в п.п. 4.13.2-4.13.3 Правил.

5. СТРАХОВАЯ СУММА И ПОРЯДОК ЕЕ ОПРЕДЕЛЕНИЯ

5.1 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.

5.2 Страховая сумма по договору страхования устанавливается исходя из предполагаемого объема медицинской помощи, предусмотренной Программой. Страховая сумма устанавливается по соглашению сторон для каждого Застрахованного.

5.3 Договором страхования может быть предусмотрена страховая сумма по всей Программе в целом или совокупности Программ либо по отдельным заболеваниям (состояниям), отдельным видам медицинской помощи, в т.ч. обеспечению лекарственными средствами или изделиями медицинского назначения, или их различной совокупности.

5.4 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 осуществляется в рублях по курсу Центрального Банка Российской Федерации на день платежа, если иной курс не установлен соглашением сторон.

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

6.1 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 № 13 к Правилам с учетом коэффициентов риска.

6.2 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;
2. объем предоставляемого покрытия (оплачиваемые и неоплачиваемые виды медицинской помощи);
3. срок действия договора;
4. общее количество лиц, принимаемых на страхование по договору;
5. ценовая категория медицинского и иного учреждения.

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

Страховая премия определяется Страховщиком в соответствии с действующими на момент заключения договора страховыми тарифами, с учетом страхового риска и срока страхования.

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.

6.4 Порядок определения страховой премии включает в себя расчет ее размера:

- умножением страховой суммы на страховой тариф;
- умножением рассчитанного размера страховой премии на коэффициенты риска, устанавливаемые с учетом степени риска, определяемые экспертным путем;
- умножением рассчитанного годового размера страховой премии на коэффициент в зависимости от срока действия договора страхования, при страховании на срок, отличный от года.

6.5 Страховщик вправе при определении размера страховой премии применять коэффициенты к базовым тарифам, размер которых определяется в зависимости от определяемых Страховщиком факторов риска.

6.6 В случае изменения стоимости медицинской помощи в период действия договора страхования, Страховщик вправе изменить размер страховой премии, если иное не установлено в договоре страхования. При указанном в настоящем пункте изменении стоимости медицинской помощи Страховщик направляет Страхователю уведомление, в котором указывает информацию о повышении стоимости медицинской помощи, а также расчет измененной страховой премии за не истекший период действия договора страхования. Договор страхования считается измененным с даты, указанной в уведомлении. Уведомление направляется Страхователю не менее чем за 5 рабочих дней

до даты изменения страховой премии по договору страхования. После подтверждения факта получения Страхователем уведомления указанного в настоящем пункте, Страховщик направляет Страхователю счет на доплату суммы страховой премии в соответствии с обновленным расчетом, а в случае, если страховая премия подлежит уплате в рассрочку – сумма каждого очередного счета на уплату страховой премии, выставленного после уведомления Страхователя об изменении суммы страховой премии, увеличивается в соответствии с измененным расчетом страховой премии.

6.7 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. Страховая премия уплачивается одновременно или, по соглашению сторон, может вноситься в рассрочку – страховыми взносами в соответствии с графиком уплаты страховых взносов, предусмотренным договором страхования.

6.8 При безналичной форме оплаты страховая премия (взносы) считается уплаченной в момент поступления суммы страховой премии (взноса) на расчетный счет Страховщика.

6.9 При оплате страховой премии (взноса) наличными денежными средствами страховая премия уплачивается внесением суммы премии (взноса) в кассу.

6.10 Страховая премия, установленная в иностранной валюте, уплачивается 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 премия может уплачиваться в иностранной валюте.

7. ФРАНШИЗА

7.1 По соглашению сторон договором страхования может быть предусмотрена доля собственного участия Страхователя 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.

В соответствии с настоящими Правилами устанавливается безусловная франшиза (размер страховой выплаты определяется как разница между размером убытка и размером франшизы).

В случаях, когда это прямо предусмотрено договором, франшиза также может быть условной (Страховщик освобождается от ответственности за страховую выплату, не превышающий или равную размеру франшизы, но если размер страховой выплаты превышает установленную франшизу, то при расчете страхового возмещения франшиза не учитывается).

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 страхования.

7.3 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 по настоящим Правилам может быть заключен:

- в виде электронного документа через официальный сайт Страховщика (www.ingos.ru);
- в стандартном порядке при непосредственном обращении к Страховщику (его уполномоченному представителю) в устной форме с намерением заключить договор страхования;
- при обращении к Страховщику (уполномоченному представителю) с письменным заявлением о своем намерении заключить договор страхования.

8.2 Договор страхования может быть оформлен путем составления сторонами одного документа в соответствии с положениями гражданского законодательства РФ.

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

Договор электронного страхования считается заключенным с момента уплаты Страхователем страховой премии.

Не допускается заключение договора страхования в электронной форме при содействии страховых агентов и страховых брокеров.

8.3 Заключение договора страхования.

8.3.1. Договор страхования в случае непосредственного обращения к Страховщику (его уполномоченному представителю) заключается на основании устного или письменного заявления Страхователя (Приложение № 14 к Правилам) и медицинской анкеты лица, принимаемого на страхование (Приложение № 16 к Правилам).

В письменном заявлении на страхование должны быть указаны:

- 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 (Приложение № 15 к Правилам). В случае, если договор страхования заключается без указания фамилии, имени, отчества (при наличии) Застрахованного, то в Договоре должен быть четко определен идентифицирующий признак, позволяющий однозначно установить такое лицо.
- 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, страховая сумма и наименование медицинских и иных учреждений;
- срок, на который заключается договор страхования.

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.).

Письменное заявление на страхование является приложением к договору страхования и его неотъемлемой частью.

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 страхования.

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 её взноса, но не ранее даты заключения договора.

8.3.1.1. По договору страхования, вступающему в силу с даты уплаты премии (первого взноса), при неуплате премии (первого взноса) или уплаты их не в полном объеме в срок, установленный в договоре страхования как дата уплаты премии (первого 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.

8.3.1.2. 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 считается не вступившим в силу и не влечет каких-либо правовых последствий для его сторон.

8.3.1.3. При прекращении договора страхования Страховщиком в одностороннем порядке по основаниям и в порядке, предусмотренным пунктами 8.3.1.1. и 8.3.1.2. настоящей статьи, уплаченная Страховщику страховая премия не подлежит возврату.

8.3.1.4. Иные последствия неуплаты страхователем страховой премии (страхового взноса) или их уплаты не в полном объеме могут быть установлены договором страхования.

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

8.4. Заключение договора страхования в электронной форме.

8.4.1. В соответствии с настоящими Правилами, пунктом 2 статьи 434 ГК РФ и статьи 6.1. Закона РФ «Об организации страхового дела в Российской Федерации» № 4015-1 от 27.11.1992 г., 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 www.ingos.ru в порядке, указанном в настоящих Правилах.

8.4.2. Для заключения договора страхования в электронной форме страхователь подает Страховщику заявление о страховании через Сайт Компании путем заполнения заявления на страхование, которое может быть оформлено по форме Приложения № 14.2 к настоящим Правилам и которое обязательно содержит 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 (Приложение № 15 к Правилам);
- 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, страховая сумма и наименование медицинских и иных учреждений;
- срок, на который заключается договор страхования.

8.4.3. На основании электронного запроса, изложенного, в том числе, в виде условия страхования и (или) анкеты на Сайте Компании, 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 не осуществляется.

8.4.4. Заявление о заключении договора страхования в электронной форме подписывается страхователем – физическим лицом простой электронной подписью, а страхователем – юридическим лицом – усиленной квалифицированной электронной подписью.

8.4.5. 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 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 Компании.

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 включается в текст страхового полиса.

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. 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 услуг и порядок осуществления страховой выплаты (страхового возмещения), в том числе перечень документов, которые необходимо представить Застрахованному вместе с заявлением на получение страхового возмещения, если договором страхования предусмотрено возмещение;

- 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 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 в случае отказа страхователя от договора страхования в течение определенного срока со дня его заключения или о его отсутствии в соответствии с действующим законодательством;
- 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 страховой организацией 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 адресе места приема документов на страховое возмещение.

8.7. Договор страхования заключается сроком на один год, если иное не предусмотрено условиями конкретного договора страхования.

8.8. Страхование, обусловленное договором страхования, распространяется на страховые случаи, произошедшие после вступления договора страхования в силу.

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)).

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 (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:

1. уведомление направлено почтовым отправлением по адресу, указанному в договоре страхования или в заявлении на получение страхового возмещения;
2. уведомление направлено в виде СМС-сообщения или сообщения с использованием иного сервиса отправки сообщений (Viber, WhatsApp, Telegram, Facebook Messenger и т.п.) по телефону или адресу, указанному в договоре страхования или ином документе (извещение, заявление на выплату) с контактными данными, поданном от лица Страхователя (Застрахованного, Выгодоприобретателя);
3. уведомление направлено в виде сообщения электронной почты по адресу электронной почты, указанному в договоре страхования или в заявлении на получение страхового возмещения.
4. уведомление направлено с использованием специализированного программного обеспечения, предоставленного Страховщиком, или размещено в Личном кабинете Страхователя (Застрахованного, Выгодоприобретателя) в соответствующем разделе сайта www.ingos.ru, о чем Страхователь (Застрахованный, Выгодоприобретатель) проинформирован с использованием специализированного программного обеспечения, предоставленного Страховщиком.

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, Страхователь подтверждает свое согласие, а также согласие Застрахованных, по договору страхования, лиц на обработку Страховщиком и партнерами Страховщика их персональных данных для осуществления добровольного медицинского страхования, в т.ч. в целях проверки качества оказания медицинской помощи и урегулирования убытков по договору страхования, администрирования договора страхования, выявления фальсификации счетов или счетов не надлежащей формы, получаемых из медицинских и иных учреждений и др.

Под персональными данными в рамках настоящих Правил понимается: фамилия, имя, отчество, год, месяц, дата рождения, паспортные данные или данные иного документа, удостоверяющего личность, адрес проживания, телефон, данные о состоянии здоровья, заболеваниях и о случаях обращения в медицинские и иные учреждения.

Под обработкой персональных данных в настоящих Правилах понимается: сбор, систематизация, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), использование, обезличивание, блокирование, уничтожение.

Во исполнение обязательств по договору страхования Страховщик также вправе передавать (в том числе, при необходимости, осуществлять трансграничную передачу) персональные данные Застрахованных в медицинские и иные учреждения, предусмотренные договором страхования, а также партнерам Страховщика, и получать от указанных учреждений и партнеров Страховщика данные о Застрахованных, при условии, что Страховщик имеет договоры с указанными учреждениями, обеспечивающие безопасность персональных данных при их обработке и предотвращение разглашения персональных данных. При этом врачи указанных медицинских учреждений и партнеры Страховщика освобождаются от обязательств конфиденциальности перед Страховщиком в отношении персональных данных Застрахованных. Передача персональных данных иным лицам или иное их разглашение может осуществляться только с письменного

согласия Застрахованного.

Страхователь несет персональную ответственность за предоставление согласия Застрахованных на обработку их персональных данных.

Заключая договор страхования, Страхователь также подтверждает согласие на информирование о других продуктах и услугах, а также об условиях продления правоотношений со Страховщиком.

Согласие на обработку персональных данных может быть отозвано субъектом персональных данных полностью или в части информирования о других продуктах и услугах путем направления письменного заявления Страховщику способом, позволяющим достоверно установить дату получения данного заявления Страховщиком.

В случае полного отзыва субъектом персональных данных согласия на обработку персональных данных, действие договора страхования в отношении такого лица прекращается с даты получения Страховщиком соответствующего заявления.

После прекращения действия договора страхования, а также в случае отзыва субъектом персональных данных согласия на обработку своих персональных данных, Страховщик обязуется уничтожить такие персональные данные 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.

Договором страхования могут быть определены иные (уточненные) условия обработки персональных данных, не противоречащие законодательству Российской Федерации.

9. ПРАВА И ОБЯЗАННОСТИ СТОРОН

9.1. Страхователь имеет право:

9.1.1. требовать от Страховщика организации оказания медицинской помощи и ее финансирования (оплаты) либо только оплаты в соответствии с условиями договора страхования;

9.1.2. в течение срока действия договора страхования с согласия Страховщика изменить перечень страховых рисков, перечень медицинских и иных учреждений и/или Программ, заключив при этом со Страховщиком дополнительное соглашение к договору страхования 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. При этом условия страхования для вновь Застрахованных определяются отдельно условиями договора страхования по соглашению сторон;

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 и договорах страхования, расчетов изменения в течение срока действия договора 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 или предусмотренных договором страхования.

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) (Приложения № 14 и № 16 к Правилам);

9.2.2. предоставлять Страховщику информацию о показателях здоровья (в соответствии с Приложением № 16 к Правилам) принимаемых на страхование лиц (контингента, подлежащего страхованию);

9.2.3. в пределах своей компетенции принимать меры по устранению неблагоприятных факторов воздействующих на здоровье граждан;

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 медицинской помощи в период действия договора страхования, если иное не установлено в договоре страхования;

9.2.6. передать Застрахованному 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 указанных в п.п. 2.6, 2.7 Правил.

9.3. Застрахованный имеет право:

9.3.1. требовать от Страховщика организации оказания медицинской помощи и ее финансирования (оплаты) либо только оплаты в соответствии с условиями договора страхования;

9.3.2. требовать от Страховщика возмещения личных средств, израсходованных на получение медицинской помощи в соответствии с условиями договора страхования;

9.3.3. сообщать Страховщику в письменном виде о случаях непредоставления, неполного или некачественного предоставления медицинской помощи;

9.3.4. при утрате страховых документов получить их дубликаты (бесплатно один раз в течение действия договора страхования);

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

9.3.6. требовать от Страховщика разъяснения положений, содержащихся в правилах страхования и договорах страхования, расчетов изменения в течение срока действия договора страховой суммы, расчетов страховой выплаты.

9.4. Застрахованный обязан:

9.4.1. соблюдать порядок оказания медицинской помощи, предусмотренный Программой;

9.4.2. соблюдать предписания врача, полученные в ходе оказания медицинской помощи, а также распорядок, установленный медицинским и иным учреждением;

9.4.3. своевременно информировать Страховщика о факте выявления у него заболеваний (состояний), из числа указанных в п.п. 2.6, 2.7 Правил;

9.4.4. не передавать страховые документы, полученные от Страхователя, другим лицам с целью получения ими медицинской помощи, предусмотренной договором страхования;

9.4.5. по требованию Страховщика в соответствии с п. 9.5.3 Правил, пройти дополнительное медицинское обследование и/или предоставить документы, подтверждающие состояние здоровья;

9.4.6. своевременно сообщить Страхователю об изменении своей фамилии, имени, отчества и фактического места жительства;

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

9.4.8. при отсутствии возможности, необходимости или желания посетить врача или вызывать врача на дом, установленной Застрахованным после достижения с представителями медицинского учреждения договоренности о посещении или вызове врача, заблаговременно отказаться от забронированного им ранее времени посещения врача или вызова врача на дом;

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

9.4.10. Нарушение Застрахованным условий п.п. 9.4.2, 9.4.3, 9.4.4, 9.4.5 и 9.4.9 Правил рассматривается в качестве существенного нарушения условий договора страхования, что может повлечь за собой досрочное прекращение действия договора страхования в отношении такого Застрахованного согласно условиям Правил или договора 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. потребовать проведения медицинских обследований Застрахованного и/или предоставления документов, подтверждающих информацию о состоянии его здоровья, если в течение действия договора страхования у Страховщика появятся подозрения, что у Застрахованного имеются заболевания (состояния) из числа указанных в п.п. 2.6 и 2.7 Правил;

9.5.4. прекратить договор страхования в отношении Застрахованного, если он не выполнил обязанностей, предусмотренных п.п. 9.4.2, 9.4.3, 9.4.4, 9.4.5 и 9.4.9 Правил, направив уведомление о досрочном прекращении действия договора страхования Страхователю и Застрахованному;

9.5.5. прекратить договор страхования в отношении Застрахованного в случаях, указанных в п.п. 4.12, 4.13 Правил и предусмотренных действующим законодательством;

9.5.6. 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;

9.5.7. 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;

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

9.6. Страховщик обязан:

9.6.1. организовать и оплатить либо только оплатить, если это предусмотрено условиями договора страхования, получение Застрахованным медицинской помощи, предусмотренной Программой;

9.6.2. организовать и оплатить, если это предусмотрено условиями договора страхования, получение Застрахованным лекарственных средств и изделий медицинского назначения, предусмотренных Программой;

9.6.3. контролировать объем, сроки и качество организованной им медицинской помощи в соответствии с условиями договора с медицинскими и иными учреждениями;

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. по требованиям страхователей, Застрахованных, выгодоприобретателей, а также лиц, имеющих намерение заключить договор страхования, разъяснять положения, содержащиеся в правилах страхования и договорах страхования, расчеты изменения в течение срока действия договора страховой суммы, расчеты страховой выплаты.

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

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

9.6.8. 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.

9.6.9. По устному или письменному запросу Застрахованного, в том числе полученному в электронной форме, в срок, не превышающий 30 (тридцати) дней с момента получения такого запроса Страховщик предоставляет ему 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 страхования, обстоятельств и документов, на основании которых произведен расчет.

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 лица) – с даты смерти Застрахованного;

10.1.3. по требованию Страховщика - в случае неуплаты страховой премии (страхового взноса) в установленные договором сроки, если Страхователь был предварительно уведомлен Страховщиком о факте наличия задолженности и последствиях ее неуплаты, а также в случаях, предусмотренных п. 9.4.10 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. полностью – в случае полного отзыва субъектом персональных данных, являющимся Страхователем, согласия на обработку персональных данных; 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;

в обоих случаях договор 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 не принял 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. в случаях, указанных в п. 4.12, 4.13 Правил;

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

10.1.12. При прекращении договора страхования в соответствии с п. 10.1.2, 10.1.6., 10.1.7 Правил в целом или отношении какого-либо Застрахованного, Страховщик возвращает уплаченную страховую премию в размере части премии, приходящейся на неистекший срок действия договора страхования.

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

Возврат страховой премии осуществляется в течение 15 рабочих дней с момента обращения Страхователя к Страховщику с требованием о возврате страховой премии, если иное не предусмотрено условиями договора страхования.

10.2. Особые условия отказа Страхователя – физического лица от договора.

1). Страхователь – физическое лицо в дополнение к условиям о досрочном расторжении договора страхования, указанным в п.п. 10.1. настоящих Правил, вправе досрочно отказаться от договора добровольного страхования 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 страхования в срок, указанный в части 1 настоящего пункта, и до даты возникновения обязательств Страховщика по заключенному договору (далее – дата начала действия страхования), уплаченная страховая премия подлежит возврату Страховщиком Страхователю в полном объеме.

3). В случае если Страхователь отказался от договора страхования 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 страхования, прошедшему с даты начала действия страхования до даты прекращения действия договора страхования, если иного не предусмотрено соглашением сторон.

4). При досрочном прекращении договора страхования в порядке, предусмотренном настоящим пунктом, договор страхования считается прекратившим свое действие с даты получения Страховщиком письменного заявления страхователя об отказе от договора страхования 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 страхования.

6). Действие настоящего пункта не распространяется на договоры страхования, страхователями по которым являются физические лица – предприниматели, заключаемые в связи с осуществлением такими страхователями предпринимательской деятельности, а также 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.

10.3. 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.

11. ПОРЯДОК ОРГАНИЗАЦИИ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

11.1. Для получения предусмотренной договором страхования и Программой медицинской помощи Застрахованный обращается в медицинское или иное учреждение, 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, последний должен проинформировать Застрахованного обо всех предусмотренных договором и (или) настоящими Правилами страхования необходимых действиях, которые он должен предпринять, а также обо всех документах, представление которых обязательно для рассмотрения вопроса о страховом возмещении израсходованных Застрахованным личных 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 медицинской помощи Застрахованный может, с предварительного согласия Страховщика и если это предусмотрено договором страхования и Программой, при ухудшении состояния здоровья и/или состоянии, требующем оказания медицинской помощи, а также иных обстоятельствах, предусмотренных условиями договора страхования, обратиться в любое медицинское или иное учреждение и самостоятельно оплатить медицинскую помощь, предусмотренную Программой, а также санаторно-курортного лечения 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 услуг, должен в течение 20 (двадцати) рабочих дней с момента их оплаты направить заказным письмом с уведомлением в адрес Страховщика заявление и соответствующие документы. Решение о

компенсации расходов, понесенных Застрахованным в соответствии с условиями настоящей статьи, или отказ в страховой выплате принимается Страховщиком и направляется Застрахованному в течение 20 (двадцати) рабочих дней с момента получения от Застрахованного или его представителя следующих документов, направленных почтовым отправлением:

11.2.1. письменного заявления на получение страхового возмещения;

11.2.2. копия документа, удостоверяющего личность заявителя и получателя страхового возмещения, а также иные документы, позволяющие идентифицировать застрахованное лицо, если договор страхования заключен без указания ФИО застрахованного;

11.2.3. документов, подтверждающих факт оказания услуг Застрахованному (копия договора оказания медицинских услуг, копия выписки из амбулаторной карты/истории болезни, заверенная подписью уполномоченного лица и печатью ЛПУ или оригинал акта оказанных услуг или документы их заменяющий) с полной детализацией оказанных услуг (дата услуги, код услуги, наименование услуги, стоимость услуг согласно действующему Прейскуранту, количество услуг и общая стоимость оказанных услуг), приобретенных лекарственных средств, материалов/ предметов медицинского назначения, заверенные подписью ответственного лица в ЛПУ и печатью ЛПУ;

11.2.4. оригиналов оплаченных счетов с указанием медицинского и иного учреждения (аптечной или иной организации) и подробного перечня оказанной медицинской помощи и ее стоимости, чеков ККМ, квитанций, платежных поручений с отметкой банка о его исполнении или документов их заменяющих в соответствии с нормативными актами законодательства страны оказания услуги;

11.2.5. в случае если возмещение связано с компенсацией расходов, понесенных застрахованным лицом на приобретение лекарственных средств и / или изделий медицинского назначения, документов подтверждающих их назначение лечащим врачом медицинского учреждения (рецепт или сигнатура, или заключение врача о назначении лекарственных средств/изделий медицинского назначения), факт их применения при проведенном лечении, а также документов по факту оплаты приобретенных лекарственных средств и/или изделий медицинского назначения (чек ККМ или документ его заменяющий в соответствии с нормативными актами законодательства страны оказания услуги);

11.2.6. в случае репатриации - документов, подтверждающих факт оплаты медико-транспортных услуг (оригинал оплаченных счетов с разбивкой по датам и стоимости оказанных услуг, чеков ККМ, квитанций, платежных поручений с отметкой банка о его исполнении или документов их заменяющих в соответствии с нормативными актами законодательства страны оказания услуги), медицинское свидетельство о смерти, а при невозможности, иной медицинский документ, содержащий информацию о причине смерти Застрахованного, в том числе справка о смерти с указанием причины, а также свидетельство о смерти, выдаваемого органами записи актов гражданского состояния, документов, подтверждающих оказание услуг (акты оказанных услуг);

11.2.7. при обращении за страховым возмещением от имени другого лица - документов, подтверждающих, что лицо является законным представителем Застрахованного (свидетельство о рождении; решение органов опеки или суда о назначении опекуна/попечителя), и/или документы, подтверждающие право обратившегося представлять интересы Застрахованного (нотариально удостоверенная доверенность, содержащая полномочия по получению третьими лицами денежных средств Застрахованного при страховом возмещении третьим лицам).

При получении документов на страховую выплату почтовым отправлением Страховщик проверяет комплектность документов и правильность их оформления.

Если полученные Страховщиком документы на страховую выплату были направлены без сопроводительного письма, содержащего перечень представленных

документов или их опись, Страховщик не имеет права отказать в их приеме.

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.

11.3. 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 не начинает течь до предоставления последнего из необходимых и надлежащим образом оформленных документов.

11.4. В случаях проведения сверки и/или экспертизы выставленных к оплате счетов (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 может быть увеличен до 90 рабочих дней. Об использовании права на отсрочку выплаты Страховщик сообщает Застрахованному.

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

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.

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

11.5. Конкретный порядок организации медицинской помощи зависит от выбранной Программы и определяется договором страхования и 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 медицинской помощи при наступлении страхового случая по договору страхования.

12.2. Страховая выплата осуществляется на основании нормативных документов Минфина РФ и Минздрава РФ, 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 медицинского и иного учреждения, подробного перечня оказанной медицинской помощи и ее стоимости, а в отношении лекарственных средств и изделий медицинского назначения также подтверждения их выписки лечащим врачом амбулаторно-поликлинического или стационарного учреждения и факта их применения

при проведенном лечении. Сроки принятия решения об осуществлении страховой выплаты не должен превышать 30 рабочих дней с момента получения счета из медицинского и иного учреждения или заявления Застрахованного и иных документов, указанных в п. 11.2 Правил. В случаях наличия возражений либо проведения сверки и/или экспертизы выставленных к оплате счетов, срок их оплаты может быть увеличен до 90 рабочих дней. В указанный срок Страховщик осуществляет принятие положительного решения и передает документы для оплаты либо направляет обоснованный отказ в страховой выплате.

При осуществлении страховой выплаты по договору страхования в виде оплаты стоимости медицинской помощи непосредственно (или через поверенного, агента, комиссионера) в медицинское и иное учреждение, счетам оплачиваются в срок, не превышающий 60 (шестидесяти) рабочих дней с момента принятия положительного решения об осуществлении страховой выплаты. В случаях наличия возражений либо проведения сверки и/или экспертизы выставленных к оплате счетов, срок их оплаты может быть увеличен до 90 (девяноста) рабочих дней, если иных условий расчетов за оказанную медицинскую помощь не предусмотрено между Страховщиком и медицинским и иным учреждением. 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.

12.3. В случаях, предусмотренных п. 11.2 Правил, страховая выплата по договору страхования осуществляется Страховщиком в виде возмещения Застрахованному его личных средств, израсходованных на получение медицинской помощи на основании предъявленных документов, указанных в п.11.2 Правил и подтверждающих произведенные Застрахованным расходы. При этом объем такой выплаты определяется договором страхования.

12.4. Страховая выплата производится в валюте Российской Федерации, за исключением случаев, предусмотренных законодательством.

12.5. Страховщик вправе осуществлять страховую выплату (оплату стоимости медицинской помощи) на базе следующих методов, которые вправе применять медицинские учреждения:

12.5.1. за отдельную простую, сложную и/или комплексную медицинскую помощь, а также сервисные услуги, предоставляемые медицинским учреждением и связанные с предоставлением указанных медицинской помощи (далее - сервисные услуги);

12.5.2. за число койко-дней (при стационарном и стационарозамещающем лечении), в стоимость которой могут входить вся или отдельная медицинская помощь, а также сервисные услуги, оказываемые Застрахованному;

12.5.3. по законченному случаю оказания помощи;

12.5.4. по подушевому нормативу за комплексное непрерывное и продолжительное медицинское обслуживание, предоставляемое медицинским учреждением Застрахованному в течение определенного периода времени;

12.5.5. иных методов, предложенных медицинскими учреждениями и иными организациями.

12.6. Не является страховым случаем, и Страховщик имеет право отказать в страховой выплате, если Застрахованный обратился в медицинское или иное учреждение:

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

12.6.2. в связи с получением травматического повреждения или иного расстройства здоровья, наступившего в результате совершения Застрахованным умышленного преступления, находящегося в прямой причинной связи со страховым случаем;

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

12.6.4. в связи с умышленным причинением себе телесных повреждений;

12.7. Страховщик имеет право отказать в страховой выплате в отношении событий, не являющихся страховыми случаями:

12.7.1. в части покрытия расходов на оказание медицинской или иной помощи, не обоснованных документами, предусмотренными п. 11.2 Правил, подтверждающими наступление страхового случая;

12.7.2. в части покрытия расходов, возмещение которых не предусмотрено настоящими Правилами и/или договором страхования, в т.ч. расходов в связи с оказанием Застрахованному различных видов платной медицинской помощи не включенных в Программу;

12.7.3. обращение за медицинской и иной помощью вне срока действия договора страхования;

12.7.4. обращение за медицинской и иной помощью в учреждение, не предусмотренное договором страхования и не согласованное со Страховщиком;

12.7.5. обращение за медицинской и иной помощью по основаниям иным, чем ухудшение состояния здоровья и/или возникновения состояния, а также обстоятельств, требующих оказания медицинской помощи, указанных в Программе;

12.7.6. страховых событий, не повлекших возникновение расходов на оплату медицинской и иной помощи.

12.8. Если иного не установлено договором страхования Страховщик освобождается от страховой выплаты, если страховой случай произошел вследствие:

12.8.1. воздействия ядерного взрыва, радиации или радиоактивного заражения;

12.8.2. военных действий, а также маневров или иных военных мероприятий;

12.8.3. гражданской войны, народных волнений всякого рода или забастовок.

12.9. Страховщик не вправе отказать в страховой выплате по основаниям, не предусмотренным федеральным законом или договором страхования.

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. Право на предъявление к Страховщику претензий сохраняется в течение срока исковой давности, предусмотренного действующим законодательством Российской Федерации, начиная со дня наступления страхового случая.

Программы добровольного медицинского страхования, предусматривающие оказание амбулаторно-поликлинической медицинской помощи¹

По настоящей программе² СПАО «Ингосстрах» (далее – Ингосстрах) организует и/или оплачивает предоставление Застрахованному амбулаторно-поликлинических медицинских и иных услуг³ в случае ухудшения состояния здоровья и/или состояния, а также обстоятельств, требующих оказания медицинской помощи, а также в случаях проведения профилактических мероприятий, снижающих степень опасных для жизни или здоровья угроз и (или) устраняющих их.

1. ОБЪЕМ ПРЕДОСТАВЛЯЕМЫХ УСЛУГ

1.1 По настоящей программе Ингосстрах оплачивает в перечисленных в преамбуле случаях амбулаторно-поликлинические медицинские и иные услуги, в том числе следующие:

1.1.1 диагностические, лечебные, реабилитационные, профилактические, зубопротезные, протезно-ортопедические, включая:

- консультации;
- лабораторные и инструментальные исследования;
- медицинские услуги по ведению беременности;
- прерывание беременности;
- физиолечение, массаж и ЛФК;
- стоматологические услуги, включая ортодонтию и зубопротезирование;
- оказание медицинской помощи на дому или по другому месту нахождения Застрахованного, включая патронаж новорожденного, снятие ЭКГ на дому или по месту работы, расшифровка ЭКГ; выполнение назначений на дому (инъекции, банки и т.д.); забор материалов для анализов на дому;
- традиционные методы диагностики и лечения;
- сопровождение по медицинским показаниям Застрахованного при проведении обследований и консультаций в медицинском учреждении;
- организацию необходимых амбулаторно-поликлинических услуг в другом медицинском учреждении;
- медицинские услуги дневного стационара и стационара на дому;
- амбулаторно-курортное лечение;

1.1.2 экспертизу временной нетрудоспособности;

1.1.3 оформление различной медицинской документации.

По настоящей программе Ингосстрах также оплачивает стоимость лекарственных средств и изделий медицинского назначения (протезно-ортопедические изделия, имплантанты и др.), а также при необходимости их доставку, выписанных Застрахованному лечащим врачом при оказании амбулаторно-поликлинической медицинской помощи.

1.2 По настоящей программе Ингосстрах не оплачивает медицинские услуги, оказываемые Застрахованному по поводу перечисленных ниже заболеваний и связанных с ними осложнений⁴:

¹ В зависимости от характера и объема оказываемых услуг, программы могут иметь следующие примерные наименования и производные от них, включая названия медицинских организаций и пр. (Поликлиника, Поликлиническая помощь, Личный врач, Личный педиатр, Врач общей практики, Специализированная стоматология, Помощь врача на дому/в офисе, Зубопротезирование, Ведение беременности, Аптека, Поликлиническая помощь на территории России и др.).

² Настоящая программа предусматривает предоставление Застрахованному амбулаторно-поликлинических услуг не только по месту постоянного проживания, но и при поездках по территории России, если это предусмотрено договором страхования.

³ Амбулаторно-поликлинические услуги в смысле настоящей программы – это медицинские услуги, которые могут быть оказаны любым медицинским учреждением, предусмотренным условиями договора страхования, (за исключением услуг, оказываемых бригадами скорой и неотложной помощи), имеющим право оказывать медицинские услуги, не связанные с возможным круглосуточным размещением Застрахованного в этом медицинском учреждении.

⁴ Перечень заболеваний соответствует Международной статистической классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем, официально действующей на территории Российской Федерации на дату заключения договора страхования.

1.2.1 ВИЧ-инфекция;

1.2.2 особо опасные инфекционные болезни⁵; оспа, полиомиелит, вызванный диким полиовирусом, человеческий грипп, вызванный новым подтипом, тяжелый острый респираторный синдром (ТОРС), холера, чума, малярия, вирусные лихорадки, передаваемые членистоногими и вирусные геморрагические лихорадки, менингококковая болезнь;

1.2.3 наркологические заболевания.

1.3 Ингосстрах не оплачивает (не возмещает) следующие медицинские услуги и расходы:

1.3.1 медицинские услуги, не предписанные врачом;

1.3.2 диагностику, лечение, процедуры, пластические операции, проводимые с эстетической или косметической целью или с целью улучшения психологического состояния Застрахованного, кроме случаев, когда необходимость в них возникла в результате несчастного случая, произошедшего в течение срока действия договора страхования;

1.3.3 диагностику заболеваний, указанных в пункте 1.2 настоящей программы, проводимую без медицинских показаний;

1.3.4 расходы Застрахованного на приобретение изделий медицинского назначения, в том числе медицинского оборудования, очков, контактных линз, слуховых аппаратов, имплантантов, корригирующих медицинских устройств и приспособлений и расходы на их подгонку;

1.3.5 расходы, возникшие после окончания срока действия договора страхования.

1.4 Если в течение срока действия договора страхования у Застрахованного будут выявлены заболевания, из числа указанных в п. 1.2 настоящей программы, Ингосстрах оплачивает медицинские услуги, оказанные Застрахованному по медицинским показаниям, до момента подтверждения (постановки) такого диагноза.

2. ПОРЯДОК ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКИХ И ИНЫХ УСЛУГ

2.1 Для получения амбулаторно-поликлинических медицинских и иных услуг, а также лекарственных средств и изделий медицинского назначения Застрахованный должен обратиться в медицинское учреждение и в аптечную или иную⁶ организацию (далее - фарморганизация), указанные в договоре страхования к настоящей программе⁷.

2.2 Указанные услуги оказываются в режиме работы медицинского учреждения и фарморганизации при наличии полиса добровольного медицинского страхования и, при необходимости, пропуска в медицинское учреждение и документа, удостоверяющего личность.

2.3 Для получения лекарственных средств и изделий медицинского назначения Застрахованный предъявляет в фарморганизацию также рецепт, выписанный лечащим врачом медицинского учреждения, указанного в договоре страхования к настоящей программе. При необходимости Ингосстрах организует и оплачивает доставку лекарственных средств и изделий медицинского назначения непосредственно Застрахованному. Для этого Застрахованный обращается в Ингосстрах, к его представителю или в фарморганизацию.

2.4 В случае возникновения необходимости в амбулаторно-курортном лечении Застрахованный, должен представить в Ингосстрах санаторно-курортную карту (ксерокопию), выданную в установленном порядке. На основании представленных документов Ингосстрах организует и оплачивает амбулаторно-курортное лечение.

2.5 В случаях, предусмотренных пунктами 2.1 – 2.4 настоящей программы, страховая выплата осуществляется Ингосстрахом в виде оплаты медицинской помощи (медицинских и иных услуг, лекарственных средств и изделий медицинского назначения) непосредственно медицинскому учреждению, фарморганизации, санаторно-курортному учреждению или санаторно-курортному объединению либо иному санаторно-курортному агентству в виде оплаты санаторно-курортной путевки/курсовки.

2.6 Для получения медицинских услуг, а также лекарственных средств и изделий медицинского назначения на территории Российской Федерации (за исключением г. Москвы и города постоянного получения услуг) Застрахованный должен обратиться в Ингосстрах. В этом случае оплата услуг осуществляется в порядке, указанном в п. 2.5 настоящей программы.

⁵ По решению уполномоченных органов перечень особо опасных инфекционных заболеваний может быть расширен.

⁶ Иная организация, которая вправе реализовывать лекарственные средства и/или изделия медицинского назначения.

⁷ Либо в иное медицинское учреждение, согласованное (устно или письменно) с Ингосстрахом.

2.7 Для получения амбулаторно-поликлинических услуг, а также для приобретения лекарственных средств и изделий медицинского назначения Застрахованный может, с предварительного согласия Ингосстраха, если это предусмотрено договором страхования, обратиться в любое медицинское учреждение или фарморганизацию Российской Федерации и самостоятельно оплатить стоимость предусмотренной программой страхования медицинской помощи (медицинских и иных услуг лекарственных средств и изделий медицинского назначения).

2.7.1 Для осуществления Ингосстрахом страховой выплаты в виде возмещения расходов Застрахованного по оплате медицинских и иных услуг Застрахованный должен не позднее _____ (указывается срок) с момента получения таких услуг передать со своим письменным заявлением в Ингосстрах следующие оригинальные документы для возмещения понесенных расходов:

– *указывается перечень документов, которые Застрахованный предоставляет для получения страховой выплаты.*

При этом возмещение производится не выше средней стоимости аналогичных услуг медицинских учреждений, указанных в договоре страхования к настоящей программе.

2.7.2 Для осуществления Ингосстрахом страховой выплаты в виде возмещения расходов Застрахованного по оплате лекарственных средств и изделий медицинского назначения Застрахованный должен не позднее _____ (указывается срок) с момента приобретения лекарственных средств и изделий медицинского назначения передать со своим письменным заявлением в Ингосстрах следующие оригинальные документы для возмещения понесенных расходов:

– *указывается перечень документов, которые Застрахованный предоставляет для получения страховой выплаты.*

2.7.3 Ингосстрах возмещает Застрахованному только те расходы, которые произведены им на приобретение лекарственных средств и изделий медицинского назначения:

а) выписанных в установленном порядке лечащим врачом того медицинского учреждения, которое указано в договоре страхования к настоящей программе либо другого медицинского учреждения, если Застрахованный приобретает лекарственные средства и изделия медицинского назначения в порядке, указанном в п. 2.7 настоящей программы;

б) выписанных в связи со случаями, указанными в преамбуле настоящей программы.

2.8 Для организации и оплаты зубопротезных и протезно-ортопедических услуг Застрахованный должен обратиться в Ингосстрах, представив заключение врача с приложением необходимых рентгеновских снимков (если это предусмотрено договором страхования, также заключение врача о факте травмы) и рекомендуемом объеме зубопротезирования или протезно-ортопедических услуг. Окончательный объем протезно-ортопедических услуг, включая стоимость протеза, а также медицинское учреждение определяет Ингосстрах.

2.9 Застрахованный должен обратиться в Ингосстрах:

2.9.1 для организации рекомендованных врачом медицинских услуг при невозможности оказания таких услуг ни одним из указанных в договоре страхования Застрахованного медицинских учреждений;

2.9.2 для организации экстренной стоматологической помощи в специализированном стоматологическом медицинском учреждении в случае невозможности оказания такой услуги ни одним из указанных в договоре страхования специализированных стоматологических медицинских учреждений. В этом случае также оказывается медицинская транспортировка к медицинскому учреждению и обратно в ночное время (с 23.00 до 6.00) в пределах административной границы города/населенного пункта.

2.10 В случаях, указанных в пунктах 2.9.1 и 2.9.2 настоящей программы, необходимое медицинское учреждение определяет Ингосстрах.

Программы добровольного медицинского страхования, предусматривающие оказание стационарной медицинской помощи¹

По настоящей программе² СПАО «Ингосстрах» (далее – Ингосстрах) организует и/или оплачивает предоставление Застрахованному скорой медицинской помощи, а также медицинских и иных услуг стационара (в том числе по родовспоможению) при госпитализации в экстренном и/или плановом порядке в случае ухудшения состояния здоровья и/или состояния, а также обстоятельств, требующих оказания медицинской помощи или с целью проведения профилактических мероприятий, снижающих степень опасных для жизни или здоровья угроз и (или) устраняющих их.

Скорая медицинская помощь предоставляется Застрахованному в случаях, требующих срочного медицинского вмешательства.

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

1. ОБЪЕМ ПРЕДОСТАВЛЯЕМЫХ УСЛУГ

1.1 По настоящей программе Ингосстрах организует и оплачивает в перечисленных в преамбуле случаях:

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 в медицинское учреждение и, при необходимости, обратно.

Услуги стационара:

1.1.3 диагностические, лечебные, реабилитационные (в том числе, реабилитационные в условиях санаторно-курортных учреждений, профилакториев, восстановительных центров), профилактические, зубопротезные, протезно-ортопедические, включая:

- консультации;
- лабораторные и инструментальные исследования;
- физиолечение, массаж и ЛФК;
- хирургическое и консервативное лечение;
- пребывание в отделении интенсивной терапии, реанимационные мероприятия;
- пребывание в стационаре с целью диагностического обследования;
- родовспоможение, в т.ч. пребывание в стационаре матери с новорожденным до момента их выписки;
- пребывание в отделении патологии беременности;
- прерывание беременности;
- лекарственные препараты и другие необходимые для лечения средства;
- 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;
- стоматологическое лечение;
- традиционные методы диагностики и лечения (народная медицина);
- медицинские услуги дневного стационара;
- санаторно-курортное лечение;

¹ В зависимости от характера и объема оказываемых услуг, программы могут иметь следующие примерные наименования и производные от них, включая названия медицинских организаций и пр. (Экстренная стационарная помощь, Плановая и экстренная стационарная помощь, Экстренная стационарная помощь на территории России, Плановая стационарная помощь, Реабилитация, Санаторно-курортное лечение, Родовспоможение, и др.).

² Настоящая программа предусматривает предоставление Застрахованному указанных услуг не только по месту постоянного проживания, но и при поездках по территории России.

- 1.1.4 экспертиза временной нетрудоспособности;
- 1.1.5 оформление различной медицинской документации;
- 1.1.6 пребывание одного из родителей вместе с госпитализированным в рамках настоящей программы малолетним ребенком;
- 1.1.7 сервисные услуги, связанные с предоставлением стационарной медицинской помощи (дополнительное питание, телефон, телевизор, кондиционер, душ, туалет и др.);
- 1.1.8 патологоанатомическое вскрытие в случае смерти Застрахованного в стационаре.

По настоящей программе Ингосстрах также оплачивает стоимость лекарственных средств и изделий медицинского назначения (протезно-ортопедические изделия, имплантаты и др.), а также при необходимости их доставку, выписанных (назначенных) Застрахованному медицинским работником стационара при оказании стационарной медицинской помощи.

1.2 По настоящей программе Ингосстрах не оплачивает медицинские услуги, оказываемые Застрахованному по поводу перечисленных ниже заболеваний и связанных с ними осложнений³:

- 1.2.1 ВИЧ-инфекция;
- 1.2.2 особо опасные инфекционные болезни⁴; оспа, полиомиелит, вызванный диким полиовирусом, человеческий грипп, вызванный новым подтипом, тяжелый острый респираторный синдром (ТОРС), холера, чума, малярия, вирусные лихорадки, передаваемые членистоногими и вирусные геморрагические лихорадки, менингококковая болезнь;
- 1.2.3 наркологические заболевания.

1.3 Ингосстрах не оплачивает (не возмещает) следующие медицинские услуги и расходы:

- 1.3.1 медицинские услуги, не предписанные врачом;
- 1.3.2 диагностика, лечение, процедуры, пластические операции, проводимые с эстетической или косметической целью или с целью улучшения психологического состояния Застрахованного, кроме случаев, когда необходимость в них возникла в результате несчастного случая, произошедшего в течение срока действия договора страхования;
- 1.3.3 диагностика заболеваний, указанных в пункте 1.2 настоящей программы, проводимая без медицинских показаний;
- 1.3.4 расходы Застрахованного на медицинское оборудование, очки, контактные линзы, слуховые аппараты или имплантаты, корригирующие медицинские устройства и приспособления и расходы на их подгонку;
- 1.3.5 расходы, возникшие после окончания срока действия договора страхования, кроме расходов, связанных с лечением Застрахованного (включая нахождение родственника в предусмотренных настоящей программой случаях), госпитализированного в течение срока действия договора страхования - до момента его выписки из стационара.

1.4 Если в течение срока действия договора страхования у Застрахованного будут выявлены заболевания, из числа указанных в п. 1.2 настоящей программы, Ингосстрах оплачивает медицинские услуги, оказанные Застрахованному по медицинским показаниям, до момента подтверждения (постановки) такого диагноза.

2. ПОРЯДОК ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ

2.1 При необходимости получения скорой медицинской помощи, экстренной или плановой госпитализации Застрахованный или лицо, действующее в его интересах, должны обратиться в медицинское учреждение, указанное в договоре страхования либо в Ингосстрах. Медицинские услуги оказываются Застрахованному при наличии полиса и документа, удостоверяющего личность.

2.2 Скорая медицинская помощь оказывается выездной бригадой скорой медицинской помощи медицинского учреждения, указанного в договоре страхования, или аналогичной службы другого медицинского учреждения.

2.3 Застрахованный госпитализируется в экстренном порядке бригадой скорой медицинской помощи в рекомендованное врачом медицинское учреждение из числа указанных в договоре

³ Перечень заболеваний соответствует Международному классификатору болезней, действующему на территории Российской Федерации.

⁴ По решению уполномоченных органов перечень особо опасных инфекционных заболеваний может быть расширен.

страхования⁵, которое при наличии мест способно обеспечить соответствующую медицинскую помощь. В противном случае Застрахованный может быть госпитализирован в иное медицинское учреждение, имеющее договорные отношения с Ингосстрахом.

2.4 При необходимости получения экстренной медицинской помощи в медицинском учреждении без дальнейшей госпитализации медицинская транспортировка Застрахованного осуществляется:

- в стационарное медицинское учреждение из числа указанных в договоре страхования, либо
- в медицинское учреждение, указанное в договоре страхования, предусматривающем предоставление Застрахованному амбулаторно-поликлинических услуг, и обратно.

2.5 В исключительных случаях, по жизненным показаниям, экстренная госпитализация может быть осуществлена в ближайший к месту нахождения Застрахованного стационар медицинского учреждения, способный оказать соответствующую медицинскую помощь, в том числе через оказание скорой медицинской помощи выездной бригадой скорой медицинской помощи службы «03». В дальнейшем Ингосстрах принимает меры для перевода Застрахованного в медицинское учреждение, из числа указанных в договоре страхования, которое готово принять Застрахованного, при отсутствии медицинских противопоказаний к такому переводу.

2.6 Плановая госпитализация организуется Ингосстрахом (его представителем) на основании следующей документации, находящейся либо на руках у Застрахованного, либо в медицинском учреждении: направления на плановую госпитализацию, амбулаторной карты или выписки из нее, содержащей все необходимые результаты догоспитального обследования. Плановая госпитализация осуществляется в один из указанных в п. 2.3 настоящей программы стационар, а при невозможности - в иной стационар по согласованию с Застрахованным, в течение не более _____ дней с момента получения Ингосстрахом указанной документации.

2.7 Долечивание после стационарного лечения в условиях санаторно-курортных учреждений, профилакториев, восстановительных центров организуется Ингосстрахом (его представителем) на основании направления лечащего врача в согласованном с Ингосстрахом (его представителем) медицинском учреждении.

2.8 В случаях, предусмотренных пунктами 2.1 – 2.7 настоящей программы, страховая выплата осуществляется Ингосстрахом в виде оплаты медицинской помощи (медицинских и иных услуг, лекарственных средств и изделий медицинского назначения) непосредственно (либо через посредника) медицинскому учреждению, аптечной или иной⁶ организации (далее – фарморганизация), санаторно-курортному учреждению или санаторно-курортному объединению либо иному санаторно-курортному агентству в виде оплаты санаторно-курортной путевки.

2.9 Для получения медицинских услуг на территории Российской Федерации (за исключением г. Москвы и города постоянного получения услуг) Застрахованный должен обратиться в Ингосстрах. В этом случае оплата услуг осуществляется в порядке, указанном в п. 2.8 настоящей программы.

2.10 Для получения медицинских и иных услуг, а также для приобретения лекарственных средств и изделий медицинского назначения Застрахованный может, в случаях предусмотренных договором страхования, с предварительного согласия (устного или письменного) Ингосстраха обратиться в любое медицинское учреждение или фарморганизацию Российской Федерации и самостоятельно оплатить предусмотренные программой страхования стоимость медицинских и иных услуг, а также лекарственных средств и изделий медицинского назначения.

2.10.1 Для осуществления Ингосстрахом страховой выплаты в виде возмещения расходов Застрахованного по оплате медицинских и иных услуг Застрахованный должен не позднее _____ (указывается срок) с момента получения таких услуг передать со своим письменным заявлением в Ингосстрах следующие оригинальные документы для возмещения понесенных расходов:

- *указывается перечень документов, которые Застрахованный предоставляет для получения страховой выплаты.*

2.10.2 Для осуществления Ингосстрахом страховой выплаты в виде возмещения расходов Застрахованного по оплате лекарственных средств и изделий медицинского назначения Застрахованный должен не позднее _____ (указывается срок) с момента приобретения лекарственных средств и изделий медицинского назначения передать со своим письменным

⁵ Либо в иное медицинское учреждение, согласованное (устно или письменно) с Ингосстрахом.

⁶ Или иную организацию, которая вправе реализовывать лекарственные средства и/или изделия медицинского назначения.

заявлением в Ингосстрах следующие оригинальные документы для возмещения понесенных расходов:

указывается перечень документов, которые Застрахованный предоставляет для получения страховой выплаты.

2.10.3 Ингосстрах возмещает Застрахованному только те расходы, которые произведены им на приобретение лекарственных средств и изделий медицинского назначения:

а) выписанных в установленном порядке лечащим врачом того медицинского учреждения, которое указано в договоре страхования к настоящей программе либо другого медицинского учреждения, если Застрахованный приобретает лекарственные средства и изделия медицинского назначения в порядке, указанном в п. 2.10 настоящей программы;

б) выписанных в связи со случаями, указанными в преамбуле настоящей программы.

2.11 Для организации и оплаты зубопротезных и протезно-ортопедических услуг Застрахованный должен обратиться в Ингосстрах, представив заключение врача с приложением необходимых рентгеновских снимков (если это предусмотрено договором страхования также заключение врача о факте травмы) и рекомендуемом объеме зубопротезирования или протезно-ортопедических услуг. Окончательный объем протезно-ортопедических услуг, включая стоимость протеза, а также медицинское учреждение определяет Ингосстрах. Оплата стоимости указанных в настоящем пункте услуг осуществляется Ингосстрахом непосредственно медицинскому или иному учреждению, либо Ингосстрах возмещает произведенные Застрахованным расходы в порядке, указанном в пункте 2.10 настоящей программы.

Приложение № 3
к Правилам добровольного медицинского страхования

**Программы добровольного медицинского страхования,
предусматривающие оказание
скорой и неотложной медицинской помощи¹**

**Программа добровольного медицинского страхования
«СКОРАЯ МЕДИЦИНСКАЯ ПОМОЩЬ»**

По настоящей программе² СПАО «Ингосстрах» (далее – Ингосстрах) оплачивает предоставление Застрахованному скорой медицинской помощи в следующих случаях, требующих срочного медицинского вмешательства: в случае ухудшения состояния здоровья и/или состояния, а также обстоятельств, требующих оказания медицинской помощи.

1. ОБЪЕМ ПРЕДОСТАВЛЯЕМЫХ УСЛУГ

1.1 По настоящей программе Ингосстрах оплачивает в перечисленных в преамбуле случаях медицинские услуги службы скорой медицинской помощи:

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

1.1.2 медицинская транспортировка Застрахованного в медицинское учреждение и, при необходимости, обратно.

1.2 По настоящей программе Ингосстрах не оплачивает медицинские услуги, оказываемые Застрахованному по поводу перечисленных ниже заболеваний и связанных с ними осложнений³:

1.2.1 ВИЧ-инфекция;

1.2.2 особо опасные инфекционные болезни⁴; оспа, полиомиелит, вызванный диким полиовирусом, человеческий грипп, вызванный новым подтипом, тяжелый острый респираторный синдром (ТОРС), холера, чума, малярия, вирусные лихорадки, передаваемые членистоногими и вирусные геморрагические лихорадки, менингококковая болезнь;

1.2.3 наркологические заболевания.

1.3 Если в течение срока действия договора страхования у Застрахованного будут выявлены заболевания, из числа указанных в п. 1.2 настоящей программы, Ингосстрах оплачивает медицинские услуги, оказанные Застрахованному по медицинским показаниям, до момента подтверждения (постановки) такого диагноза.

2. ПОРЯДОК ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ

2.1 При необходимости получения скорой медицинской помощи Застрахованный или лицо, действующее в его интересах, должны обратиться в медицинское учреждение _____ (указывается название, телефон и адрес медицинского учреждения) либо в Ингосстрах _____ (указывается телефон).

¹ В зависимости от характера и объема оказываемых услуг, программы могут иметь следующие примерные наименования и производные от них, включая названия медицинских организаций и пр. (Скорая медицинская помощь и др.)

² Настоящая программа предусматривает предоставление Застрахованному амбулаторно-поликлинических услуг не только по месту постоянного проживания, но и при поездках по территории России.

³ Перечень заболеваний соответствует Международной статистической классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем, официально действующей на территории Российской Федерации на дату заключения договора страхования.

⁴ По решению уполномоченных органов перечень особо опасных инфекционных заболеваний может быть расширен.

Медицинские услуги оказываются Застрахованному при наличии полиса и документа, удостоверяющего личность.

2.2 Скорая медицинская помощь оказывается выездной бригадой скорой медицинской помощи медицинского учреждения, указанного в договоре страхования, или выездной бригадой другого медицинского учреждения. Медицинская транспортировка осуществляется в ближайший к месту нахождения Застрахованного стационар медицинского учреждения, способного оказать соответствующую медицинскую помощь.

2.3 При наличии у Застрахованного программы добровольного медицинского страхования Ингосстраха, предусматривающей предоставление ему амбулаторно-поликлинических услуг, медицинская транспортировка осуществляется выездной бригадой скорой медицинской помощи (кроме бригады службы «03») в медицинское учреждение, указанное в договоре страхования, если данное медицинское учреждение способно оказать соответствующую медицинскую помощь, и обратно.

2.4 В случаях, предусмотренных пунктами 2.1–2.3 настоящей программы, страховая выплата осуществляется Ингосстрахом в виде оплаты оказанных медицинских и иных услуг непосредственно (либо через посредника) медицинскому учреждению.

2.5 Для получения медицинских услуг на территории Российской Федерации (за исключением г. Москвы и города постоянного получения услуг) Застрахованный должен обратиться в Ингосстрах. В этом случае оплата услуг осуществляется в порядке, указанном в п. 2.4 настоящей программы.

2.6 Для получения указанных в настоящей программе услуг Застрахованный может с предварительного согласия Ингосстраха, если это предусмотрено договором страхования, обратиться в любое медицинское учреждение Российской Федерации и самостоятельно оплатить стоимость предусмотренных программой страхования медицинских и иных услуг.

Для осуществления Ингосстрахом страховой выплаты в виде возмещения расходов Застрахованного по оплате медицинских и иных услуг, Застрахованный должен не позднее _____ (указывается срок) с момента получения таких услуг передать со своим письменным заявлением в Ингосстрах следующие оригинальные документы для возмещения понесенных расходов:

- *указывается перечень документов, которые Застрахованный предоставляет для получения страховой выплаты.*

**Программы добровольного медицинского страхования,
предусматривающие оказание
лекарственной помощи¹**

По настоящей программе СПАО «Ингосстрах» (далее – Ингосстрах) организует и/или оплачивает² предоставление Застрахованному лекарственных средств и изделий медицинского назначения, а также при необходимости их доставку, выписанных ему лечащим врачом при оказании амбулаторно-поликлинических медицинских услуг в случае ухудшения состояния здоровья и/или состояния требующего оказания медицинской помощи или назначенных с целью проведения профилактических мероприятий, снижающих степень опасных для жизни или здоровья угроз и (или) устраняющих их.

1. ОБЪЕМ ПРЕДОСТАВЛЯЕМЫХ УСЛУГ

1.1 По настоящей программе Ингосстрах оплачивает стоимость лекарственных средств и изделий медицинского назначения и при необходимости их доставку в перечисленных в преамбуле случаях при предоставлении тех амбулаторно-поликлинических медицинских услуг, которые предусмотрены соответствующими программами добровольного медицинского страхования Ингосстраха, имеющихся у Застрахованного.

1.2 Ингосстрах не оплачивает стоимость лекарственных средств и изделий медицинского назначения и их доставку при предоставлении медицинских услуг, которые исключены из соответствующих программ добровольного медицинского страхования Ингосстраха, имеющихся у Застрахованного.

2. ПОРЯДОК ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКИХ И ИНЫХ УСЛУГ

2.1 Для получения лекарственных средств и изделий медицинского назначения Застрахованный предъявляет в аптечную или иную организацию³ (далее - фарморганизация), из числа указанных в договоре страхования по настоящей программе, рецепт, выписанный лечащим врачом амбулаторно-медицинского учреждения в связи с заболеванием (состоянием), из числа указанных в п. 1.1 настоящей программы, а также страховой полис и документ удостоверяющий личность.

В этом случае страховая выплата осуществляется Ингосстрахом в виде оплаты лекарственных средств и изделий медицинского назначения непосредственно фарморганизации.

2.2 Для получения лекарственных средств и изделий медицинского назначения на территории Российской Федерации (за исключением г. Москвы и города постоянного получения услуг) Застрахованный должен обратиться в Ингосстрах. В этом случае предоставление лекарственных средств и изделий медицинского назначения осуществляется в порядке, указанном в пункте 2.1 настоящей программы.

2.3 При отсутствии у Ингосстраха возможности организовать получение Застрахованным лекарственных средств и изделий медицинского назначения и оплатить их стоимость, предоставление указанных услуг осуществляется в порядке, указанном в

¹ В зависимости от характера и объема оказываемых услуг, программы могут иметь следующие примерные наименования и производные от них, включая названия медицинских организаций и пр. (Аптека, Лекарственная помощь, Лекарственная помощь на территории России, и др.).

² Настоящая программа предусматривает предоставление Застрахованному лекарственных средств и изделий медицинского назначения не только по месту постоянного проживания, но и при поездках по территории России.

³ Иная организация, которая вправе реализовывать лекарственные средства и/или изделия медицинского назначения.

пунктах 2.4 и 2.5 настоящей программы.

2.4 Для страховой выплаты в виде возмещения расходов, произведенных Застрахованным на приобретение лекарственных средств и изделий медицинского назначения, Застрахованный должен не позднее _____ (указывается срок) с момента приобретения лекарственных средств и изделий медицинского назначения передать со своим письменным заявлением в Ингосстрах следующие оригинальные документы для возмещения понесенных расходов:

– *указывается перечень документов, которые Застрахованный предоставляет для получения страховой выплаты.*

При этом сумма страховой выплаты не может превышать среднюю стоимость лекарственных средств и изделий медицинского назначения, реализуемых фарморганизациями, указанными в договоре страхования по настоящей программе.

2.5 Ингосстрах возмещает Застрахованному только те расходы, которые произведены им на приобретение лекарственных средств и изделий медицинского назначения:

- а) выписанных в установленном порядке лечащим врачом того медицинского учреждения, которое указано в договоре страхования к настоящей программе;
- б) выписанных в связи со случаями, указанными в преамбуле настоящей программы.

**Программа добровольного медицинского страхования
«ВАКЦИНАЦИЯ ОТ ГРИППА»**

По настоящей программе СПАО «Ингосстрах» (далее – Ингосстрах) организует и оплачивает предоставление Застрахованному амбулаторно-поликлинических услуг по вакцинации от гриппа с целью профилактики и снижения степени опасных для жизни или здоровья угроз и (или) устраняющих их.

1. ОБЪЕМ ПРЕДОСТАВЛЯЕМЫХ УСЛУГ

По настоящей программе Ингосстрах организует и оплачивает следующие медицинские услуги:

- 1.1** консультация врача с проведением предвакцинального осмотра;
- 1.2** вакцинация от гриппа вакцинами российского и импортного производства.

2. ПОРЯДОК ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ

2.1 Для получения вышеназванных медицинских услуг Застрахованный обращается в медицинское учреждение, указанное в договоре страхования или в Ингосстрах.

2.2 Указанные услуги оказываются в режиме работы медицинского учреждения при наличии полиса добровольного медицинского страхования и, при необходимости, пропуска в медицинское учреждение и документа, удостоверяющего личность.

**Программа добровольного медицинского страхования
Ведение беременности (включая патологию)
со стационарным лечением**

По настоящей программе СПАО «Ингосстрах» (далее – Ингосстрах) организует и оплачивает амбулаторно-поликлинические услуги и услуги стационара по родовспоможению, предоставляемые Застрахованной в случае ухудшения состояния здоровья и/или состояния требующего оказания медицинской помощи при беременности.

1. ОБЪЕМ ПРЕДОСТАВЛЯЕМЫХ УСЛУГ

1.1 По настоящей программе Ингосстрах организует и оплачивает медицинские услуги по ведению беременности:

1.1.1 Амбулаторно-поликлинические услуги:

- консультации специалистов;
- инструментальные исследования: ультразвуковое исследование, кардиомониторный контроль за состоянием плода и др.;
- лабораторно-диагностические исследования: исследование крови на резус-фактор, группу крови, RW, ВИЧ-инфекцию, гепатиты В и С, гемосиндром, клинический и биохимический анализы крови, анализ крови на сахар, общий анализ мочи, исследование крови на цитомегаловирус, герпес, токсоплазмоз, анализ влагалищного отделяемого на флору, а также на хламидиоз, микоплазмоз и др.

1.1.2 Услуги службы скорой медицинской помощи:

- выезд бригады скорой медицинской помощи, включая проведение комплекса экстренных лечебных манипуляций и необходимой экспресс-диагностики, родовспоможение;
- медицинская транспортировка Застрахованного в медицинское учреждение и, при необходимости, обратно.

1.1.3 Услуги стационара¹:

- консультации акушера-гинеколога и других специалистов;
- лабораторные и инструментальные исследования;
- пребывание в отделении интенсивной терапии, реанимационные мероприятия;
- хирургическое и консервативное лечение;
- лекарственные препараты и другие необходимые для лечения средства, имеющиеся в стационаре;
- пребывание в палате различной комфортности, питание и уход медицинского персонала.

1.2 По настоящей программе Ингосстрах не оплачивает медицинские услуги, связанные со следующими заболеваниями² и их осложнениями:

1.2.1 ВИЧ-инфекция, СПИД;

1.2.2 особо опасные инфекционные болезни³; оспа, полиомиелит, вызванный диким полиовирусом, человеческий грипп, вызванный новым подтипом, тяжелый острый респираторный синдром (ТОРС), холера, чума, малярия, вирусные лихорадки, передаваемые членистоногими и вирусные геморрагические лихорадки, менингококковая болезнь;

1.2.3 психические расстройства и расстройства поведения, алкоголизм, наркомания,

¹ Госпитализация осуществляется в стационар (родильный дом) в случае возникновения акушерской патологии.

² Перечень заболеваний соответствует Международному классификатору болезней десятого пересмотра (МКБ-Х).

³ По решению уполномоченных органов перечень особо опасных инфекционных заболеваний может быть расширен.

токсикомания;

1.2.4 злокачественные новообразования, гемобластозы;

1.2.5 туберкулез;

1.2.6 наследственные заболевания: хромосомные, моногенные, митохондриальные (болезни, аномалии, нарушения), наследственные болезни обмена; аномалии развития, врожденные пороки; детский церебральный паралич;

1.3 По настоящей программе Ингосстрах не оплачивает следующие медицинские услуги и расходы:

1.3.1 услуги, проводимые без медицинских показаний;

1.3.2 услуги, не являющиеся услугами по ведению беременности;

1.3.3 расходы Застрахованного на приобретение лекарственных средств и изделий медицинского назначения, медицинского оборудования, очков, контактных линз, слуховых аппаратов, медицинских изделий, предназначенных для ухода за больными;

1.3.4 кардиостимуляторы, стенты, а также расходные материалы для проведения ангиопластики и стентирования, искусственные хрусталики, имплантаты, трансплантаты, протезы и эндопротезы, корригирующие медицинские устройства и приспособления.

1.3.5 услуги, оказанные Застрахованной после окончания срока действия договора страхования, кроме услуг, связанных с лечением Застрахованной в стационаре, госпитализированной в течение срока действия договора страхования - до момента выписки из стационара или в соответствии со сроками, указанными в договоре страхования.

1.4 Если в течение срока действия договора страхования у Застрахованной будут выявлены заболевания, из числа указанных в п. 1.2 настоящей программы Ингосстрах оплачивает медицинские услуги, оказанные Застрахованной по медицинским показаниям, до момента подтверждения (постановки) такого диагноза.

2. ПОРЯДОК ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ

2.1 Для получения услуг в медицинском учреждении, указанном в договоре страхования, Застрахованной необходимо обратиться в Ингосстрах.

2.2 Услуги оказываются в режиме работы медицинского учреждения при наличии у Застрахованной полиса добровольного медицинского страхования и документа, удостоверяющего личность.

2.3 Плановая госпитализация в отделение патологии беременности осуществляется по направлению лечащего врача акушера-гинеколога. В этом случае плановая госпитализация организуется Ингосстрахом.

2.4 При необходимости получения скорой медицинской помощи и экстренной госпитализации, Застрахованная или лицо, действующее в её интересах, должны обратиться в Ингосстрах.

2.5 При возникновении у беременной острой хирургической или травматологической патологии, а также в случаях, требующих лечения в специализированных медицинских учреждениях (роддомах), экстренная госпитализация производится в городские клинические больницы, в составе которых имеются родильные отделения или роддома, способные обеспечить соответствующую медицинскую помощь.

2.6 По жизненным показаниям скорая медицинская помощь может быть оказана бригадой городской скорой медицинской помощи «03», и экстренная госпитализация может быть осуществлена в ближайшую к месту нахождения Застрахованного городскую (районную) больницу или родильный дом, способные оказать соответствующую медицинскую помощь.

2.7 При невозможности оказания медицинских услуг, рекомендованных врачом в медицинском учреждении, указанном в договоре страхования, Застрахованная обращается в Ингосстрах для организации таких услуг в другом лечебном учреждении, имеющем договорные отношения с Ингосстрахом.

**Программа добровольного медицинского страхования
«Родовспоможение»
(включая осложненные роды с кесаревым сечением)**

По настоящей программе СПАО «Ингосстрах» (далее – Ингосстрах) организует и оплачивает амбулаторно-поликлинические услуги, предоставляемые Застрахованной по беременности, а также услуги скорой медицинской помощи и стационара по родовспоможению, предоставляемые Застрахованной в случае ухудшения состояния здоровья и/или состояния, а также обстоятельств, требующих оказания медицинской помощи при беременности.

1. ОБЪЕМ ПРЕДОСТАВЛЯЕМЫХ УСЛУГ

1.1 Амбулаторно-поликлинические услуги:

1.1.1 консультации специалистов;

1.1.2 инструментальные исследования;

1.1.3 лабораторно-диагностические исследования (RW, ВИЧ, Rh, группа крови, HBs-антиген, HCV-антиген, клинический анализ крови, общий анализ мочи, мазок на флору и др.).

1.2 Услуги стационара:

1.2.1 госпитализация в экстренном и плановом порядке;

1.2.2 консультации акушера-гинеколога и других специалистов;

1.2.3 лабораторные и инструментальные исследования;

1.2.4 обезболивание при родовспоможении;

1.2.5 пребывание в предродовой и родовой палатах;

1.2.6 родовспоможение, включая кесарево сечение;

1.2.7 пребывание в отделении интенсивной терапии, реанимационные мероприятия;

1.2.8 лекарственные препараты и другие необходимые для лечения средства;

1.2.9 пребывание в стационаре матери с новорожденным до момента их выписки;

1.2.10 питание, уход медицинского персонала.

1.3 По настоящей программе Ингосстрах не организует и не оплачивает медицинские услуги, связанные со следующими заболеваниями¹ и их осложнениями:

1.3.1 ВИЧ-инфекция; СПИД;

1.3.2 особо опасные инфекционные болезни²; оспа, полиомиелит, вызванный диким полиовирусом, человеческий грипп, вызванный новым подтипом, тяжелый острый респираторный синдром (ТОРС), холера, чума, малярия, вирусные лихорадки, передаваемые членистоногими и вирусные геморрагические лихорадки, менингококковая болезнь;

1.3.3 психические расстройства и расстройства поведения, алкоголизм, наркомания, токсикомания;

1.3.4 злокачественные новообразования, гемобластозы;

1.3.5 туберкулез;

1.3.6 врожденные аномалии (пороки развития), деформации и хромосомные нарушения; детский церебральный паралич; системные поражения соединительной ткани.

1.4 По настоящей программе Ингосстрах не оплачивает следующие медицинские услуги:

1.4.1 услуги, проводимые без медицинских показаний;

¹ Перечень заболеваний соответствует Международному классификатору болезней десятого пересмотра (МКБ-Х).

² По решению уполномоченных органов перечень особо опасных инфекционных заболеваний может быть расширен.

1.4.2 услуги, не связанные с ведением беременности и родовспоможением;

1.4.3 расходы Застрахованной на приобретение лекарственных препаратов, медицинского оборудования и корректирующих медицинских устройств и приспособлений, включая расходы на их подгонку;

1.4.4 услуги, оказанные Застрахованной после окончания срока действия договора страхования, кроме услуг, связанных с госпитализацией Застрахованной в течение срока действия договора страхования - до момента выписки из стационара.

1.5 Если в течение срока действия договора страхования у Застрахованной будут выявлены заболевания, из числа указанных в п. 1.3 настоящей программы Ингосстрах оплачивает медицинские услуги, оказанные Застрахованной по медицинским показаниям, до момента подтверждения (постановки) такого диагноза.

2. ПОРЯДОК ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ

2.1 Для получения медицинских услуг Застрахованная обращается в Ингосстрах для организации таких услуг в лечебном учреждении.

Указанные услуги оказываются в режиме работы медицинского учреждения при наличии полиса добровольного медицинского страхования, документа, удостоверяющего личность, обменной медицинской карты.

2.2 При необходимости получения скорой медицинской помощи Застрахованная или лицо, действующее в её интересах, должны обратиться в Ингосстрах.

2.3 При возникновении у беременной острой хирургической или травматологической патологии, экстренная госпитализация производится в городские клинические больницы, в составе которых имеются родильные отделения независимо от начала родовых схваток или состояний, связанных с преждевременным излитием околоплодных вод и кровяных выделениях.

2.4 По жизненным показаниям скорая медицинская помощь может быть оказана бригадой городской скорой медицинской помощи «03», и экстренная госпитализация может быть осуществлена в ближайшую к месту нахождения Застрахованной городскую (районную) больницу, способную оказать соответствующую медицинскую помощь.

**Программа добровольного медицинского страхования
«Санаторно-курортное лечение»
(на территории РФ)**

По настоящей программе СПАО «Ингосстрах» (далее - Ингосстрах) организует и оплачивает предоставление Застрахованному санаторно-курортного 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 или проведения профилактических мероприятий, снижающих степень опасных для жизни или здоровья угроз и (или) устраняющих их. Ингосстрах оплачивает санаторно-курортное лечение, оказанное медицинским учреждением по поводу тех случаев, которые явились непосредственной причиной госпитализации.

1. ОБЪЕМ ПРЕДОСТАВЛЯЕМЫХ УСЛУГ

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

- консультации врачей;
- лабораторные и инструментальные исследования;
- традиционные методы диагностики, терапии и оздоровления;
- лекарственные препараты и другие, необходимые для лечения средства;
- ЛФК, массаж, водные процедуры, бальнеолечение, лечение средствами природного происхождения и т.д.;
- оказание экстренной стоматологической помощи;
- пребывание в номере (палате), питание и уход медицинского персонала.

1.2 По настоящей программе Ингосстрах не оплачивает медицинские услуги, связанные со следующими заболеваниями и их осложнениями:

1.2.1 ВИЧ-инфекция; СПИД;

1.2.2 особо опасные инфекционные болезни¹; оспа, полиомиелит, вызванный диким полиовирусом, человеческий грипп, вызванный новым подтипом, тяжелый острый респираторный синдром (ТОРС), холера, чума, малярия, вирусные лихорадки, передаваемые членистоногими и вирусные геморрагические лихорадки, менингококковая болезнь;

1.2.3 алкоголизм, наркомания, токсикомания;

1.2.4 туберкулез.

1.3 По настоящей программе Ингосстрах не оплачивает следующие медицинские услуги:

1.3.1 медицинские услуги, проводимые без медицинских показаний;

1.3.2 лечение, являющееся по характеру экспериментальным или исследовательским²;

1.3.3 лечение и/или процедуры, способствующие или предотвращающие половое зачатие, в том числе: искусственное оплодотворение, введение и удаление ВМС, лечение и диагностика бесплодия и импотенции;

1.3.4 медицинские услуги, связанные с беременностью, прерывание беременности, родовспоможение;

¹ По решению уполномоченных органов перечень особо опасных инфекционных заболеваний может быть расширен.

² Не прошедшим клинических испытаний, не утвержденным и не зарегистрированным в РФ.

- 1.4.5 выдача всех видов медицинской документации;
- 1.4.6 диагностика, лечение, процедуры, пластические операции, проводимые с эстетической или косметической целью или с целью улучшения психологического состояния Застрахованного, в том числе по поводу заболевания кожи (мозоли, папилломы, бородавки и невусы, кондиломы, липомы, келлоидные рубцы); коррекция веса; хирургическое изменение пола;
- 1.4.7 консультации и лечение у психиатра, психолога;
- 1.4.8 все виды стоматологических услуг (за исключением услуг, связанных с оказанием экстренной стоматологической помощи);
- 1.4.9 операции по пересадке органов и тканей, все виды протезирования, включая подготовку к ним; 1.4.10 пребывание в медицинских и иных учреждениях для получения попечительского ухода, а также ухода, не требующего участия медицинского персонала; предоставление индивидуального поста медицинского персонала;
- 1.4.11 услуги, оказанные Застрахованному после окончания срока действия договора страхования, кроме услуг связанных с лечением Застрахованного, госпитализированного в течение срока действия договора страхования - до момента его выписки из санаторно-курортного учреждения.

1.4 СПАО «Ингосстрах» не оплачивает:

- 1.4.1 расходы Застрахованного на приобретение лекарственных средств и изделий медицинского назначения, медицинского оборудования, очков, контактных линз, слуховых аппаратов, медицинских изделий, предназначенных для ухода за больными;
- 1.4.2 кардиостимуляторы, стенты, а также расходные материалы для проведения ангиопластики и стентирования, искусственные хрусталики, имплантаты, трансплантаты, протезы и эндопротезы, корригирующие медицинские устройства, материалы и приспособления;
- 1.4.3 все транспортные услуги, за исключением медицинской транспортировки и медицинского сопровождения;
- 1.4.4 транспорт, проживание и питание сопровождающих лиц.

2. ПОРЯДОК ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ

Санаторно-курортное лечение организуется Ингосстрахом на основании заявки страхователя на организацию санаторно-курортного лечения, ксерокопии санаторно-курортной карты, выданной в установленном Министерством здравоохранения Российской Федерации порядке и согласия Застрахованного на предоставление его персональных сведений медицинского характера.

**Программа добровольного медицинского страхования
«профилактика и лечение заболеваний, передающихся иксодовым клещом»
(амбулаторно-поликлиническая, стационарная медицинская помощь, с предварительной
вакцинацией)**

По настоящей программе СПАО «Ингосстрах» (далее – Ингосстрах) организует и оплачивает амбулаторно-поликлинические и стационарные медицинские и иные услуги, предоставляемые Застрахованному при вакцинации и ревакцинации против клещевого энцефалита с целью профилактики и снижения степени опасных для жизни или здоровья угроз и (или) устраняющих их, а также по поводу ухудшения состояния здоровья и/или состояния требующего оказания медицинской помощи, вызванного укусом иксодовым клещом.

1. ОБЪЕМ ПРЕДОСТАВЛЯЕМЫХ УСЛУГ

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

1.1 амбулаторно-поликлинические медицинские и иные услуги¹:

1.1.1 при вакцинации против клещевого энцефалита:

- предвакцинальные осмотры врача;
- вакцинация и ревакцинация против клещевого энцефалита;

1.1.2 по поводу ухудшения состояния здоровья и/или состояния требующего оказания медицинской помощи, вызванного укусом иксодового клеща:

- консультации врачей;
- удаление клеща, обработка раны/места укуса;
- лабораторные и инструментальные исследования, включая лабораторное исследование клеща на вирусоносительство клещевого энцефалита и клещевого боррелиоза;
- введение иммуноглобулина или иного аналогичного лекарственного средства, выдача/введение иных лекарственных средств для профилактики заболеваний, передающихся иксодовым клещом;

- экспертизу временной нетрудоспособности;
- оформление различной медицинской документации;

1.2 диагностические, лечебные и реабилитационно-восстановительные² услуги³ стационара, включая:

- консультации;
- лабораторные и инструментальные исследования;
- пребывание в отделении интенсивной терапии, реанимационные мероприятия;
- лекарственные препараты и другие необходимые для лечения средства;
- пребывание в палате, питание и уход медицинского персонала;
- оформление различной медицинской документации;
- экспертизу временной нетрудоспособности с выдачей соответствующих

¹ Ингосстрах оплачивает услуги, связанные с укусом иксодового клеща и заболеваниями, вызванными укусом иксодового клеща, а также вакцинацию и ревакцинацию, проводимую до наступления эпидсезона согласно существующим схемам.

² Не более одного курса (до 21 дня) при условии, если застрахованное лицо госпитализировалось до окончания срока действия договора страхования и только при тяжелой форме заболевания.

³ Указанные услуги оказываются врачами различных специальностей и средним медицинским персоналом в полном объеме, необходимом для выполнения настоящей программы. Ингосстрах оплачивает услуги, связанные только с укусом иксодового клеща и заболеваниями, вызванными укусом иксодового клеща.

документов (справки, листка нетрудоспособности).

2. ПОРЯДОК ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ

2.1 Для получения амбулаторно-поликлинических медицинских услуг, предусмотренных п. 1.1.1. настоящей программы Застрахованный должен обратиться в Региональное Представительство СПАО «Ингосстрах» в г. _____ (указывается город) или в Медицинский контакт-центр СПАО «Ингосстрах» в г. Москве.

2.2 Для получения амбулаторно-поликлинических медицинских услуг, предусмотренных п. 1.1.2 настоящей программы, Застрахованный в течение 72 часов, с момента укуса иксодовым клещом, должен обратиться следующие медицинские учреждения:

№	Наименование ЛПУ	Адрес, телефон	График работы
<i>Указывается город</i>			
1			
2			
3			

2.3 Указанные в п.п. 1.1.1 и 1.1.2 настоящей программы услуги оказываются в режиме работы медицинского учреждения при наличии полиса добровольного медицинского страхования и документа, удостоверяющего личность Застрахованного.

2.4 При необходимости получения скорой и неотложной медицинской помощи или экстренной госпитализации Застрахованный или лицо, действующее в его интересах, должны обратиться в местную бесплатную службу скорой и неотложной помощи «03»⁴. В случае экстренной госпитализации Застрахованного в городской (районный) стационар, он или его представитель предъявляет полис добровольного медицинского страхования или обращается в Региональное Представительство СПАО «Ингосстрах» в г. _____ (указывается город) или в Медицинский контакт-центр Департамента медицинского страхования СПАО «Ингосстрах» в г. Москве для решения вопроса об оказании и оплате услуг в рамках настоящей программы.

2.5 Реабилитационно-восстановительное лечение организуется Ингосстрахом и осуществляется медицинским учреждением, с которым Ингосстрах имеет договорные отношения, и которое при наличии мест способно обеспечить соответствующую медицинскую помощь на основании направления лечащего врача.

2.6 В случаях предусмотренных пунктами 2.1-2.5 настоящей программы, оплату оказанных медицинских и иных услуг осуществляет Ингосстрах непосредственно медицинскому учреждению.

2.7 В случае укуса иксодовым клещом, при нахождении Застрахованного за пределами _____ (указывается место оформления полиса ДМС – город, край, область), для получения медицинских услуг, а также для приобретения лекарственных средств, последний вправе обратиться в любое медицинское учреждение или аптечную организацию Российской Федерации и самостоятельно оплатить стоимость предусмотренных программой страхования амбулаторных медицинских услуг, а также лекарственных средств.

2.8 Для получения страхового возмещения Застрахованный должен обратиться в Региональное Представительство СПАО «Ингосстрах» в г. _____ (указывается город) или в Медицинский контакт-центр Департамента медицинского страхования СПАО «Ингосстрах» в г. Москве в течение 30 дней с момента получения медицинских услуг и/или покупки лекарственного средства (независимо от окончания срока действия договора ДМС), направив в адрес местонахождения Департамента медицинского страхования Ингосстраха (125993, ГСП-3, г. Москва, ул. Ленинградское шоссе, д. 16, стр.

⁴Услуги скорой и неотложной медицинской помощи «03» Ингосстрах не оплачивает.

9) заказным письмом с уведомлением⁵ оригинал заявления на получение страхового возмещения, составленного по предложенной Ингосстрахом форме, с приложением оригиналов следующих документов:

– указывается перечень документов, которые Застрахованный предоставляет для получения страховой выплаты.

2.9 При невозможности оказания медицинских услуг, перечисленных в разделе 1 настоящей программы вышеуказанными медицинскими учреждениями, Застрахованный должен обратиться в Региональное Представительство СПАО «Ингосстрах» в г. _____ (указывается город) или в Медицинский контакт-центр Департамента медицинского страхования СПАО «Ингосстрах» в г. Москве для организации рекомендованных врачом медицинских услуг. Необходимое медицинское учреждение при этом определяет Региональное Представительство СПАО «Ингосстрах» в г. _____ (указывается город) или Медицинский контакт-центр СПАО «Ингосстрах» в г. Москве.

⁵ Расходы Застрахованного за почтовые услуги Ингосстрах не оплачивает.

Программа добровольного медицинского страхования «Медицинская транспортировка»

По настоящей программе СПАО «Ингосстрах» (далее – Ингосстрах) организует и /или оплачивает медико-транспортные услуги, такие как эвакуация¹ или репатриация² и иные услуги, предоставляемые Застрахованному по поводу ухудшения состояния здоровья и/или состояния, а также обстоятельств, требующих оказания медицинской помощи в случае, если необходимое лечение недоступно в месте нахождения Застрахованного.

Ингосстрах по настоящей программе организует и /или оплачивает транспортировку тела Застрахованного 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 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 Застрахованного⁴), в котором Застрахованному 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 Застрахованный был репатрирован или эвакуирован;

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 (согласно требованиям и ограничениям авиакомпаний) на родину или в страну постоянного проживания Застрахованного в случае его смерти во время пребывания за пределами родной страны;

1.7 иные медико-транспортные услуги, связанные с лечением Застрахованного.

2. Порядок оказания медицинских услуг

2.1 Для получения услуг, предусмотренных программой страхования, Застрахованный или/и его законный представитель должны обратиться в Медицинский контакт-центр Ингосстраха, для согласования получаемых услуг.

Услуги, предусмотренные настоящей программой, оказываются в режиме работы медицинского учреждения и регламентом работы служб скорой медицинской помощи при наличии полиса добровольного медицинского страхования и документа, удостоверяющего

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

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

³ При эвакуации.

⁴ При репатриации.

личность Застрахованного.

2.2 В случаях, предусмотренных пунктом 2.1 настоящей программы, страховая выплата осуществляется Ингосстрахом в виде оплаты оказанных медицинских и иных услуг непосредственно (либо через посредника) медицинскому учреждению.

2.3 Для получения указанных в настоящей программе услуг Застрахованный может с предварительного согласия Ингосстраха, если это предусмотрено договором страхования, обратиться в любое медицинское учреждение и самостоятельно оплатить стоимость предусмотренных программой страхования медико-транспортных услуг. Для осуществления Ингосстрахом страховой выплаты в виде возмещения расходов Застрахованного по оплате медико-транспортных услуг, Застрахованный должен не позднее _____ (указывается срок) с момента получения таких услуг передать со своим письменным заявлением в Ингосстрах следующие оригинальные документы для возмещения понесенных расходов:

– *указывается перечень документов, которые Застрахованный предоставляет для получения страховой выплаты.*

3. ИСКЛЮЧЕНИЯ ИЗ ПРОГРАММЫ

3.1 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 Застрахованный подверг себя опасности, войдя в известную ему зону конфликта, где происходили активные боевые действия или мятеж;

3.1.2.2 Застрахованный был активным участником вышеуказанных действий;

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

3.2 Ингосстрах не оплачивает:

3.2.1 медицинские услуги, проводимые без медицинских показаний;

3.2.2 расходы, возникшие после окончания срока действия договора страхования (кроме случаев, когда смерть Застрахованного наступила в течение срока действия договора страхования).

3.3 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 в зоне военных действий или на морской буровой вышке.

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

ТИПОВОЙ ДОГОВОР № _____
добровольного медицинского страхования (для юридических лиц)

г. _____ " ____ " _____ " _____ "г.

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 добровольного медицинского страхования (далее – Договор) о нижеследующем.

1. ПРЕДМЕТ ДОГОВОРА

1.1 По Договору Страховщик обязуется при наступлении страхового случая организовывать и оплачивать оказание Застрахованному 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 средств, выписанных лечащим врачом амбулаторно-поликлинического медицинского учреждения либо назначенных лечащим врачом стационарного медицинского учреждения. В случаях, предусмотренных в Программе добровольного 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 и / или аптечное учреждение из числа предусмотренных Договором или согласованных со Страховщиком, для получения различных видов платной медицинской помощи, включенных в Программу добровольного медицинского страхования (Приложение № 2 к Договору), по поводу ухудшения состояния здоровья и/или состояния, а также обстоятельств, требующих оказания медицинской помощи (в том числе беременность и услуги по родовспоможению) и повлекших возникновение расходов на оплату медицинской помощи, оказанной Застрахованному, а также обязанность Страховщика произвести страховую выплату.

Страховым случаем также является обращение Застрахованного в течение срока действия договора в медицинское и иное учреждение из числа предусмотренных договором страхования или согласованных со Страховщиком для 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 связанных с оплатой организации медико-транспортных услуг, в том числе оплатой 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.

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 (и Приложение № 15 к Правилам ДМС).

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 ВИЧ-инфекция, СПИД;

1.6.2 особо опасные инфекционные болезни, в том числе: оспа, полиомиелит, вызванный диким полиовирусом, человеческий грипп, вызванный новым подтипом, тяжелый острый респираторный синдром (ТОРС), холера, чума, малярия, вирусные лихорадки, передаваемые членистоногими и вирусные геморрагические лихорадки, менингококковая болезнь;

1.6.3 наркологические заболевания.

1.7 Лицо, имеющее на момент заключения Договора следующие заболевания:

1.7.1 психические расстройства и расстройства поведения;

1.7.2 злокачественные новообразования, гемобластозы;

1.7.3 туберкулез;

1.7.4 заболевания относящиеся к классу врожденные аномалии, деформации и хромосомные нарушения и (или) связанные с ними осложнения;

1.7.5 системные поражения соединительной ткани, в т.ч. все недифференцированные коллагенозы;

1.7.6 заболевания сопровождающиеся хронической почечной или печеночной недостаточностью и требующие проведения хронического гемодиализа;

1.7.7 хронические гепатиты С, Е, F, G;

1.7.8 инвалидность (кроме III группы)

может быть застраховано только с согласия Страховщика, и только при условии, что до заключения Договора Страховщик был письменно уведомлен Страхователем о диагнозах и состоянии здоровья лица, заявленного на страхование.

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 телефаксной (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 добровольного медицинского страхования (далее – Полис) получить его дубликат;

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 ознакомиться с информационным материалом по своему Плану в электронном виде через Интернет – ресурс «Личный кабинет» на официальном сайте Страховщика www.ingos.ru (далее – Личный кабинет);

3.2.6 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 потребовать проведения медицинских обследований Застрахованного и/или предоставления документов, подтверждающих информацию о состоянии его здоровья, если в течение действия Договора у Страховщика появятся подозрения, что у Застрахованного имеются заболевания (состояния), предусмотренные п. 1.6 Договора;

3.3.4 прекратить действие Договора в отношении Застрахованного:

3.3.4.1 при невыполнении Застрахованным обязанностей, предусмотренных п.п. 3.5.2, 3.5.3, 3.5.7 и 3.5.8 Договора, если такое невыполнение привело или могло привести к

дополнительным расходам Страховщика. При этом возврат страхового взноса не производится;

3.3.4.2 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;

3.3.4.3 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;

3.3.4.4 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, отозвавших 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 дубликата Полиса при его утрате;

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

3.4.7 разъяснить Застрахованному условия страхования, определенные Договором, а также порядок ознакомления Застрахованного с информационным материалом по своему Плану в Личном кабинете и передать ему Полис;

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 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);

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

3.4.11 в пределах своей компетенции принимать меры по устранению неблагоприятных факторов воздействующих на здоровье граждан.

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 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 своевременно сообщить об этом Страхователю для получения дубликата;

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

3.5.7 по требованию Страховщика в соответствии с п. 3.3.3 Договора, пройти дополнительное медицинское обследование и/или предоставить документы, подтверждающие состояние здоровья;

3.5.8 своевременно информировать Страховщика о факте выявления у него заболеваний (состояний), предусмотренных п. 1.6 Договора;

3.6 Страховщик обязан:

3.6.1 своевременно выдать Страхователю пароль для доступа в Личный кабинет;

3.6.2 своевременно выдать Страхователю на каждого Застрахованного комплект страховой документации, согласованные сторонами Договора (именной документ, удостоверяющий заключение Договора и пр.), а при их утрате - дубликаты;

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

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

3.6.5 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;

3.6.6 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;

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

3.6.8 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 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. ценовая категория медицинского учреждения.

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 ____ (___ дня), 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 в кассу Страховщика.

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, паспортные данные или данные иного документа, удостоверяющего личность, 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 своим партнерам, с которыми у Страховщика заключены договоры, направленные на исполнение Страховщиком обязательств по настоящему Договору. При этом Страховщик подтверждает, что с его партнерами заключены договоры, в которых в обязательства партнеров вменено предотвращение разглашения персональных данных Застрахованных Страховщика и обеспечение безопасности персональных данных при их обработке.
- 5.4 Посредством направления соответствующих запросов своим партнерам, Страховщиком могут быть получены данные, указанные в п. 5.1.3 Договора. При этом партнеры Страховщика 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 добровольного медицинского страхования Застрахованных, в т.ч. 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 имеет 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 своим партнерам, 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.

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 _____ 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, когда отсутствие возврата прямо предусмотрено соответствующими условиями Договора. Страховщик возвращает Страхователю ___% суммы страхового взноса, приходящейся на неистекший оплаченный срок действия Договора. Сумма возврата учитывается в дальнейших взаиморасчетах или может быть возвращена Страхователю, при отсутствии задолженности Страхователя перед Страховщиком по Договору в целом на момент окончания действия Договора.

7.8 При неуплате в определенный Договором срок всего первого страхового взноса, а также всего очередного страхового взноса 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.

8. ЗАКЛЮЧИТЕЛЬНЫЕ ПОЛОЖЕНИЯ

8.1 Следующие Приложения к Договору являются его неотъемлемыми частями:

Приложение № 1 – Планы добровольного медицинского страхования;

Приложение № 2 – Выбранные Программы добровольного 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 (Застрахованному) 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 т.ч. 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:

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 услуг;

- 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 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 в случае отказа страхователя от договора страхования в течение определенного срока со дня его заключения или о его отсутствии в соответствии с действующим законодательством;
- о праве Страхователя запросить информацию о размере вознаграждения, выплачиваемого страховому агенту или страховому брокеру.

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

Номер Плана

Подпункты Плана	Лечебно-профилактические учреждения

Номер Плана

Подпункты Плана	Лечебно-профилактические учреждения

**Программа добровольного медицинского страхования
«Указывается наименование/перечень выбранных страхователем по договору
страхования Программ)»**

Приложение № 4 к Договору

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

Исх. № _____
Дата _____

**ДИРЕКТОРУ ДЕПАРТАМЕНТА МЕДИЦИНСКОГО
СТРАХОВАНИЯ СПАО «ИНГОССТРАХ»**

Уважаемый _____,

_____ (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
Застрахованных с

(дата) по Плану № :

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	Подъезд	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:

Назв. 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

ь

Ф.И.О.

Подпись



Страховое публичное акционерное общество «Ингосстрах»
Юридический адрес и адрес для переписки: Россия, 115998, г. Москва, ул. Пятницкая, д.12, стр. 2.
ИНН 7705042179, ОКПО 02250942, ОКОНХ 96220, 96210, КПП 770501001, основной государственный регистрационный номер 1027739362474.

ОТКРЫТОЕ СТРАХОВОЕ АКЦИОНЕРНОЕ ОБЩЕСТВО «ИНГОССТРАХ»

Согласие на обработку Страховщиком и партнерами Страховщика персональных данных Страхователя и Застрахованного для осуществления добровольного медицинского страхования граждан
по Договору ДМС (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 и партнерами Страховщика моих ниже перечисленных персональных данных для осуществления добровольного медицинского страхования, в т.ч. в целях проверки качества оказания медицинских услуг и урегулирования убытков по Договору, администрирования Договора, выявления фальсификации счетов или счетов не надлежащей формы, получаемых из медицинских учреждений и др., а так же в целях предоставления мне информации о добровольном медицинском страховании в личном кабинете СПАО «Ингосстрах» в соответствующем разделе сайта www.ingos.ru информирования меня о других продуктах и услугах Страховщика, в статистических целях и в целях проведения анализа.

Мои персональные данные, как данные Застрахованного включают: фамилия, имя, отчество, год, месяц, дата рождения, паспортные данные или данные иного документа, удостоверяющего личность, адрес проживания, телефон, данные о состоянии здоровья, заболеваниях и о случаях обращения в медицинские учреждения.

Предоставляю Страховщику и партнерам Страховщика право осуществлять все действия (операции) с моими персональными данными, включая сбор, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), использование, обезличивание, блокирование, уничтожение. Страховщик и партнеры Страховщика вправе обрабатывать мои персональные данные посредством включения их в списки и внесения в электронные базы данных Страховщика и партнеров Страховщика. 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 учреждения, предусмотренные Договором, а также партнерам Страховщика, и получать от указанных учреждений и партнеров Страховщика данные обо мне, при условии, что он имеет договоры с указанными медицинскими учреждениями, обеспечивающие безопасность персональных данных при их обработке и предотвращение разглашения персональных данных. При этом врачи указанных медицинских учреждений и партнеры Страховщика 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 согласие дано в момент подписания Договора и действует бессрочно (если иное не указано ниже).

Я вправе отозвать своё согласие 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

(ФИО полностью)

Паспорт

_____ выданный _____

Адрес

проживания _____

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

(подпись)

Типовой договор добровольного медицинского страхования № _____

г. _____ « ____ » _____ 20__ г.

Страховщик	Страховое публичное акционерное общество «Ингосстрах». Адрес местонахождения, банковские реквизиты, номера контактных телефонов, телефаксов		
Страхователь	ФИО:	Дата рождения:	Пол:
	Паспортные данные:		
Застрахованное лицо	Адрес:	Телефон:	
	ФИО:	Дата рождения:	Пол:
	Адрес/ тел.:		

Страховщик и Страхователь вместе именуемые «Стороны», заключили настоящий Договор добровольного медицинского страхования (далее – Договор).

1. ПРЕДМЕТ ДОГОВОРА

1.1 По Договору Страховщик обязуется при наступлении страхового случая организовывать и оплачивать оказание Застрахованному лицу (далее – Застрахованный), указанному выше, медицинской помощи в медицинских учреждениях, 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 средств, выписанных лечащим врачом амбулаторно-поликлинического медицинского учреждения либо назначенных лечащим врачом стационарного медицинского учреждения. В случаях, предусмотренных в Программе добровольного медицинского страхования, Страховщик обязуется при наступлении страхового случая организовывать и оплачивать также медико-транспортные услуги.

1.2 Страховым случаем по Договору является обращение Застрахованного в течение срока действия Договора в медицинское учреждение и/или аптечное учреждение, из числа предусмотренных Договором или согласованных со Страховщиком, для получения различных видов платной медицинской помощи, включенных в Программу добровольного медицинского страхования (далее – Программа) (Приложение № 1 к Договору), по поводу ухудшения состояния здоровья и/или состояния, а также обстоятельств, требующих оказания медицинской помощи (в том числе беременность и услуги по родовспоможению), и повлекшее возникновение расходов на оплату медицинской помощи, оказанной Застрахованному, а также обязанность Страховщика произвести страховую выплату.

Страховым случаем также является обращение Застрахованного в течение срока действия договора в медицинское и иное учреждение из числа предусмотренных договором страхования или согласованных со Страховщиком для 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 связанных с оплатой организации медико-транспортных услуг, в том числе оплатой репатриации

Застрахованного или его труп, возвращением Застрахованного и сопровождающего его лица к месту пребывания, транспортировкой сопровождающих лиц Застрахованного, транспортировкой детей Застрахованного, визитом близкого родственника Застрахованного.

1.3 Объем медицинской помощи, оказываемой Застрахованному и оплачиваемой Страховщиком по Договору, порядок ее оказания определяется Программой.

1.4 По Договору не могут быть застрахованы лица, которые на момент его заключения имеют следующее заболевание и (или) связанные с ним осложнения¹:

1.4.1 ВИЧ-инфекция, СПИД;

1.4.2 особо опасные инфекционные болезни², в том числе: оспа, полиомиелит, вызванный диким полиовирусом, человеческий грипп, вызванный новым подтипом, тяжелый острый респираторный синдром (ТОРС), холера, чума, малярия, вирусные лихорадки, передаваемые членистоногими и вирусные геморрагические лихорадки, менингококковая болезнь;

1.4.3 наркологические заболевания.

1.5 Лицо, имеющее на момент заключения Договора следующие заболевания:

1.5.1 психические расстройства и расстройства поведения;

1.5.2 злокачественные новообразования, гемобластозы;

1.5.3 туберкулез;

1.5.4 заболевания относящиеся к классу врожденные аномалии, деформации и хромосомные нарушения и (или) связанные с ними осложнения;

1.5.5 системные поражения соединительной ткани, в т.ч. все недифференцированные коллагенозы;

1.5.6 заболевания сопровождающиеся хронической почечной или печеночной недостаточностью и требующие проведения хронического гемодиализа;

1.5.7 хронические гепатиты С, Е, F, G;

1.5.8 инвалидность (кроме III группы)

может быть застраховано только с согласия Страховщика, и только при условии, что до заключения Договора Страховщик был письменно уведомлен Страхователем о диагнозах и состоянии здоровья лица, заявленного на страхование.

2. ПРАВА И ОБЯЗАННОСТИ СТРАХОВАТЕЛЯ, СТРАХОВЩИКА И ЗАСТРАХОВАННОГО

2.1 Страхователь вправе:

2.1.1 требовать от Страховщика организации оказания медицинской помощи и ее оплаты в соответствии с условиями Договора;

2.1.2 досрочно прекратить действие Договора;

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

2.2 Застрахованный вправе:

2.2.1 требовать от Страховщика организации оказания медицинской помощи и ее оплаты в соответствии с условиями Договора;

2.2.2 сообщать Страховщику в письменном виде о случаях непредоставления, неполного или некачественного предоставления медицинской помощи;

2.2.3 при утрате полиса добровольного медицинского страхования (далее – Полис) получить его дубликат;

2.2.4 ознакомиться с информационными материалами по Договору в электронном виде через Интернет – ресурс «Личный кабинет» на официальном сайте Страховщика

¹ В Правилах и программах ДМС болезни и медицинские состояния указываются в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем, официально действующей на территории Российской Федерации на дату заключения договора страхования.

² По решению уполномоченных органов перечень особо опасных инфекционных заболеваний может быть расширен.

www.ingos.ru (далее – Личный кабинет);

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

2.3 Страховщик вправе:

2.3.1 проверять полученную от Страхователя и Застрахованного информацию;

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

2.3.3 потребовать проведения медицинских обследований Застрахованного и/или предоставления документов, подтверждающих информацию о состоянии его здоровья, если в течение действия Договора у Страховщика появятся подозрения, что у Застрахованного имеются заболевания (состояния), предусмотренные п. 1.4 Договора;

2.3.4 прекратить действие Договора в отношении Застрахованного:

2.3.3.1 при невыполнении Застрахованным обязанностей, предусмотренных п.п. 2.5.2, 2.5.3, 2.5.6 и 2.5.7 Договора, если такое невыполнение привело или могло привести к дополнительным расходам Страховщика;

2.3.3.2 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. 4.1.2 и 4.1.3 Договора, и об отказе продолжать страховые правоотношения со Страховщиком.

2.3.3.3 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 (состояния), предусмотренные п. 1.4 Договора;

2.3.3.4 после подтверждения (постановки) диагноза Застрахованному из числа заболеваний (состояний), указанных в п.1.4 Договора, при первичном диагностировании этих заболеваний в течение срока действия Договора.

2.4 Страхователь обязан:

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

2.4.2 разъяснить Застрахованному условия страхования, определенные Договором, а также порядок ознакомления Застрахованного с информационным материалом по Договору в Личном кабинете, передать Полис;

2.4.3 сообщить Страховщику об изменении фактического места жительства и номеров контактных телефонов Страхователя и Застрахованного, а также об изменении фамилии Страхователя и Застрахованного;

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

2.5 Застрахованный обязан:

2.5.1 соблюдать порядок получения медицинской помощи, предусмотренный Программой;

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

2.5.3 не передавать Полис другим лицам с целью получения ими медицинской помощи, предусмотренной Договором;

2.5.4 своевременно сообщить Страхователю об изменении своей фамилии и адреса фактического места жительства;

2.5.5 при утрате Полиса своевременно сообщить в письменном виде об этом

Страхователю для получения дубликата.

2.5.6 по требованию Страховщика в соответствии с п. 2.3.3 Договора, пройти дополнительное медицинское обследование и/или предоставить документы, подтверждающие состояние здоровья;

2.5.7 своевременно информировать Страховщика о факте выявления у него заболеваний (состояний), предусмотренных п. 1.4 Договора.

2.6 Страховщик обязан:

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

2.6.2 контролировать объем, сроки и качество организованной им медицинской помощи;

2.6.3 своевременно выдать Страхователю для Застрахованного комплект страховой документации, согласованный сторонами Договора (Полис или иной документ, удостоверяющий заключение Договора и пр.), а при утрате – их дубликаты;

2.6.4 сообщить Страхователю об изменении фактического места нахождения, номеров контактных телефонов и телефаксов;

2.6.5 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.

3. СТРАХОВАЯ СУММА И СТРАХОВАЯ ПРЕМИЯ

3.1 На момент заключения Договора, для Застрахованного выбраны следующие Программы, установлены страховые суммы, в пределах которых Страховщик обязуется по Договору оплачивать стоимость оказываемой медицинской помощи, а также определен размер страховой премии за весь срок действия Договора на момент вступления Договора в силу:

Наименование Программы	Страховая сумма, руб.	Страховая премия, руб.

3.2 При определении размера страховой премии, подлежащей уплате Страхователем по Договору, Страховщик применяет разработанные им страховые тарифы³.

3.3 Страховая премия уплачивается единовременно не позднее даты начала действия Договора одним из способов: либо наличными представителю Страховщика, названному в Договоре и действующему на основании доверенности, под квитанцию строгой отчетности, либо в кассу Страховщика наличными или кредитной картой.

3.4 Установленный в п. 3.1 Договора размер страховой премии не может быть пересмотрен в одностороннем порядке.

4. КОНФИДЕНЦИАЛЬНОСТЬ И ЗАЩИТА ПЕРСОНАЛЬНЫХ ДАННЫХ

4.1 Стороны считают конфиденциальной информацию:

4.1.1 о сумме страховой премии, подлежащей уплате по Договору;

4.1.2 о персональных данных Застрахованного: фамилия, имя, отчество, дата рождения, паспортные данные или данные иного документа, удостоверяющего личность, адрес проживания;

4.1.3 о персональных данных Застрахованного специальной категории: данные о состоянии здоровья, заболеваниях и о случаях обращения Застрахованного за медицинской помощью.

4.2 Стороны примут все достаточные меры для предотвращения разглашения

³ 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.

конфиденциальной информации третьим лицам.

5. ПОРЯДОК РАЗРЕШЕНИЯ СПОРОВ

5.1 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.

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

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

6.1 Договор вступает в силу с даты его подписания.

6.2 Ответственность Страховщика в отношении организации и оплаты медицинской помощи Застрахованному (период страхования) наступает с 00 часов 00 минут седьмого календарного дня с даты подписания Договора (включая дату его подписания) «__» _____ 20__ г., при условии уплаты страховой премии в сроки, указанные в п. 3.3 Договора, и действует по 24 часа 00 минут «__» _____ 20__ г. включительно.

6.3 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.

6.4 При досрочном прекращении действия Договора по основаниям, предусмотренным Договором, уплаченная Страховщику страховая премия не подлежит возврату.

6.5 При неуплате в определенный Договором срок всей страховой премии Страховщик вправе в любой момент досрочно прекратить Договор в одностороннем порядке или приостановить его действие на установленный Страховщиком срок (предварительно известив Страхователя о таких возможных последствиях не исполнения им обязанностей по Договору) путем направления соответствующего уведомления Страхователю не менее чем за 5 рабочих дней до предполагаемой даты досрочного прекращения действия Договора.

6.6 Особые условия отказа Страхователя – физического лица от договора.

1) Страхователь – физическое лицо в дополнение к условиям о досрочном расторжении договора страхования, указанным в п.п. 6.3. – 6.5. настоящего Договора, вправе досрочно отказаться от договора добровольного страхования 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 страхования в срок, указанный в части 1 настоящего пункта, и до даты возникновения обязательств Страховщика по заключенному договору (далее – дата начала действия страхования), уплаченная страховая премия подлежит возврату Страховщиком Страхователю в полном объеме.

3) В случае если Страхователь отказался от договора страхования 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 страхования, прошедшему с даты начала действия страхования до даты прекращения действия договора страхования, если иного не предусмотрено соглашением сторон.

4) При досрочном прекращении договора страхования в порядке, предусмотренном настоящим пунктом, договор страхования считается прекратившим свое действие с даты получения Страховщиком письменного заявления Страхователя об отказе от договора страхования 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 (десяти) рабочих дней со дня получения письменного заявления Страхователя об отказе от договора страхования.

6) Действие настоящего пункта не распространяется на договоры страхования, страхователями по которым являются физические лица – предприниматели, заключаемые в связи с осуществлением такими страхователями предпринимательской деятельности, а также 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.

7. ЗАКЛЮЧИТЕЛЬНЫЕ ПОЛОЖЕНИЯ

7.1 Выбранные Программы (Приложение № 1 к Договору) являются неотъемлемой частью Договора.

7.2 Все заявления, сообщения, уведомления и иные документы по Договору должны быть сделаны Сторонами в письменном виде и направляться друг другу посредством почтовой, курьерской или иной связи по адресам, указанным в Договоре. Наряду с оригинальными документами должны приниматься документы, переданные друг другу посредством факсимильной связи или имеющие факсимильное воспроизведение подписи уполномоченного лица и печать Стороны по Договору. Для предоставления Страхователю (Застрахованному) информации Страховщик, помимо телефонной и почтовой связи, использует Сайт Страховщика и иные информационные системы Страховщика или системы электронного документооборота.

7.3 Договор составлен и подписан в двух экземплярах, имеющих одинаковую юридическую силу, по одному для каждой из Сторон.

7.4 Подписывая Договор, Страхователь подтверждает то, что он ознакомлен с Программами (Приложение № 1 к Договору) и получил их, а также в целях исполнения Федерального закона РФ №152-ФЗ от 27 июля 2006 года подтверждает согласие со своей стороны и со стороны Застрахованного по Договору на обработку Страховщиком и партнерами Страховщика их персональных данных для осуществления Договора. 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.

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

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 услуг;
- 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 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 в случае отказа страхователя от договора страхования в течение определенного срока со дня его заключения или о его отсутствии в соответствии с действующим законодательством;
- о праве Страхователя запросить информацию о размере вознаграждения, выплачиваемого страховому агенту или страховому брокеру.

<p>Страховщик</p> <p>_____, должность, ФИО, действующий _____ на основании доверенности _____ № _____ от «___» _____ (подпись/ _____ 20 ____ г. печать)</p>	<p>Страхователь</p> <p>_____ (подпись)</p>
---	--

**Типовой электронный договор
добровольного медицинского страхования № _____**

г. _____ « _____ » _____ 20__ г.

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 Договор, 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»

Страховщик	Страховое публичное акционерное общество «Ингосстрах». Адрес местонахождения, банковские реквизиты, номера контактных телефонов, телефаксов		
Страхователь	ФИО:	Дата рождения:	Пол:
	Паспортные данные:		
	Адрес:	Телефон:	
Застрахованное лицо	ФИО:	Дата рождения:	Пол:
	Адрес/ тел.:		

Страховщик и Страхователь вместе именуемые «Стороны», заключили настоящий Договор добровольного медицинского страхования (далее – Договор).

1. ПРЕДМЕТ ДОГОВОРА

1.1 По Договору Страховщик обязуется при наступлении страхового случая организовывать и оплачивать оказание Застрахованному лицу (далее – Застрахованный), указанному выше, медицинской помощи в медицинских учреждениях, 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 средств, выписанных лечащим врачом амбулаторно-поликлинического медицинского учреждения либо назначенных лечащим врачом стационарного медицинского учреждения. В случаях, предусмотренных в Программе добровольного медицинского страхования, Страховщик обязуется при наступлении страхового случая организовывать и оплачивать также медико-транспортные услуги.

1.2 Страховым случаем по Договору является обращение Застрахованного в течение срока действия Договора в медицинское учреждение и/или аптечное учреждение, из числа предусмотренных или согласованных со Страховщиком, для получения различных видов платной медицинской помощи, включенных в Программу добровольного медицинского страхования (далее – Программа) (Приложение № 1 к Договору), по поводу ухудшения состояния здоровья и/или состояния, а также обстоятельств, требующих оказания медицинской помощи (в том числе беременность и услуги по родовспоможению), и повлекшее возникновение расходов на оплату медицинской помощи, оказанной Застрахованному, а также обязанность Страховщика произвести страховую выплату.

Страховым случаем также является обращение Застрахованного в течение срока действия договора в медицинское и иное учреждение из числа предусмотренных договором страхования или согласованных со Страховщиком для 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 связанных с оплатой организации медико-транспортных услуг, в том числе оплатой 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.

1.3 Объем медицинской помощи, оказываемой Застрахованному и оплачиваемой Страховщиком по Договору, порядок ее оказания определяется Программой.

1.4 По Договору не могут быть застрахованы лица, которые на момент его заключения имеют следующее заболевание и (или) связанные с ним осложнения¹:

1.4.1 ВИЧ-инфекция, СПИД;

1.4.2 особо опасные инфекционные болезни², в том числе: оспа, полиомиелит, вызванный диким полиовирусом, человеческий грипп, вызванный новым подтипом, тяжелый острый респираторный синдром (ТОРС), холера, чума, малярия, вирусные лихорадки, передаваемые членистоногими и вирусные геморрагические лихорадки, менингококковая болезнь;

1.4.3 наркологические заболевания.

1.5 Лицо, имеющее на момент заключения Договора следующие заболевания:

1.5.1 психические расстройства и расстройства поведения;

1.5.2 злокачественные новообразования, гемобластозы;

1.5.3 туберкулез;

1.5.4 заболевания относящиеся к классу врожденные аномалии, деформации и хромосомные нарушения и (или) связанные с ними осложнения;

1.5.5 системные поражения соединительной ткани, в т.ч. все недифференцированные коллагенозы;

1.5.6 заболевания сопровождающиеся хронической почечная или печеночной недостаточностью и требующие проведения хронического гемодиализа;

1.5.7 хронические гепатиты С, Е, F, G;

1.5.8 инвалидность (кроме III группы)

может быть застраховано только с согласия Страховщика, и только при условии, что до заключения Договора Страховщик был письменно уведомлен Страхователем о диагнозах и состоянии здоровья лица, заявленного на страхование.

2. ПРАВА И ОБЯЗАННОСТИ СТРАХОВАТЕЛЯ, СТРАХОВЩИКА И ЗАСТРАХОВАННОГО

2.1 Страхователь вправе:

2.1.1 требовать от Страховщика организации оказания медицинской помощи и ее оплаты в соответствии с условиями Договора;

2.1.2 досрочно прекратить действие Договора;

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

2.2 Застрахованный вправе:

2.2.1 требовать от Страховщика организации оказания медицинской помощи и ее оплаты в соответствии с условиями Договора;

¹ В Правилах и программах ДМС болезни и медицинские состояния указываются в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем, официально действующей на территории Российской Федерации на дату заключения договора страхования.

² По решению уполномоченных органов перечень особо опасных инфекционных заболеваний может быть расширен.

- 2.2.2 сообщать Страховщику в письменном виде о случаях непредоставления, неполного или некачественного предоставления медицинской помощи;
- 2.2.3 при утрате полиса добровольного медицинского страхования (далее – Полис) получить его дубликат;
- 2.2.4 ознакомиться с информационными материалами Договору в электронном виде через Интернет – ресурс «Личный кабинет» на официальном сайте Страховщика www.ingos.ru (далее – Личный кабинет);
- 2.2.5 требовать от Страховщика разъяснения положений, содержащихся в правилах страхования и Договоре, расчетов изменения в течение срока действия Договора страховой суммы, расчетов страховой выплаты.

2.3 Страховщик вправе:

- 2.3.1 проверять полученную от Страхователя и Застрахованного информацию;
- 2.3.2 потребовать проведения медицинских обследований Застрахованного и/или предоставления документов, подтверждающих информацию о состоянии его здоровья, если в течение действия Договора у Страховщика появятся подозрения, что у Застрахованного имеются заболевания (состояния), предусмотренные п. 1.4 Договора;
- 2.3.3 прекратить действие Договора в отношении Застрахованного:
 - 2.3.3.1 при невыполнении Застрахованным обязанностей, предусмотренных п.п. 2.5.2, 2.5.3, 2.5.6 и 2.5.7 Договора, если такое невыполнение привело или могло привести к дополнительным расходам Страховщика;
 - 2.3.3.2 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. 4.1.2 и 4.1.3 Договора, и об отказе продолжать страховые правоотношения со Страховщиком.
 - 2.3.3.3 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 (состояния), предусмотренные п. 1.4 Договора;
 - 2.3.3.4 после подтверждения (постановки) диагноза Застрахованному из числа заболеваний (состояний), указанных в п. 1.4 Договора, при первичном диагностировании этих заболеваний в течение срока действия Договора.

2.4 Страхователь обязан:

- 2.4.1 уплатить страховую премию в размере и сроки, определенные Договором;
- 2.4.2 разъяснить Застрахованному условия страхования, определенные Договором, а также порядок ознакомления Застрахованного с информационным материалом по Договору в Личном кабинете, передать Полис;
- 2.4.3 сообщить Страховщику об изменении фактического места жительства и номеров контактных телефонов Страхователя и Застрахованного, а также об изменении фамилии Страхователя и Застрахованного;
- 2.4.4 предоставлять Страховщику необходимую достоверную информацию об обстоятельствах, имеющих отношение к заключению и исполнению Договора, а также имеющих существенное значение для определения вероятности наступления страхового случая и размеров возможных убытков от его наступления (страхового риска).

2.5 Застрахованный обязан:

- 2.5.1 соблюдать порядок получения медицинской помощи, предусмотренный Программой;
- 2.5.2 соблюдать предписания врача, полученные в ходе оказания медицинской помощи, а также распорядок, установленный медицинским учреждением;
- 2.5.3 не передавать Полис другим лицам с целью получения ими медицинской помощи, предусмотренной Договором;

- 2.5.4 своевременно сообщить Страхователю об изменении своей фамилии и адреса фактического места жительства;
- 2.5.5 при утрате Полиса своевременно сообщить в письменном виде об этом Страхователю для получения дубликата;
- 2.5.6 по требованию Страховщика в соответствии с п. 2.3.3 Договора, пройти дополнительное медицинское обследование и/или предоставить документы, подтверждающие состояние здоровья;
- 2.5.7 своевременно информировать Страховщика о факте выявления у него заболеваний (состояний), предусмотренных п. 1.4 Договора.

2.6 Страховщик обязан:

- 2.6.1 организовать и оплатить получение Застрахованным медицинской помощи, предусмотренной Программой;
- 2.6.2 контролировать объем, сроки и качество организованной им медицинской помощи;
- 2.6.3 своевременно выдать Страхователю для Застрахованного комплект страховой документации, согласованный сторонами Договора (Полис или иной документ, удостоверяющий заключение Договора и пр.) , а при утрате – их дубликаты;
- 2.6.4 обеспечить размещение в Личном кабинете информационного материала по Договору для ознакомления Страхователя и Застрахованных.
- 2.6.5 сообщить Страхователю об изменении фактического места нахождения, номеров контактных телефонов и телефаксов;
- 2.6.6 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.

3. СТРАХОВАЯ СУММА И СТРАХОВАЯ ПРЕМИЯ

3.5 На момент заключения Договора, для Застрахованного выбраны следующие Программы, установлены страховые суммы, в пределах которых Страховщик обязуется по Договору оплачивать стоимость оказываемой медицинской помощи, а также определен размер страховой премии за весь срок действия Договора на момент вступления Договора в силу:

Наименование Программы	Страховая сумма, руб.	Страховая премия, руб.

3.6 При определении размера страховой премии, подлежащей уплате Страхователем по Договору, Страховщик применяет разработанные им страховые тарифы³.

3.7 Страховая премия уплачивается единовременно не позднее даты начала действия Договора одним из способов: либо наличными представителю Страховщика, названному в Договоре и действующему на основании доверенности, под квитанцию строгой отчетности, либо в кассу Страховщика наличными или кредитной картой.

3.8 Установленный в п. 3.1 Договора размер страховой премии не может быть пересмотрен в одностороннем порядке.

4. КОНФИДЕНЦИАЛЬНОСТЬ И ЗАЩИТА ПЕРСОНАЛЬНЫХ ДАННЫХ

4.1 Стороны считают конфиденциальной информацию:

- 4.1.1 о сумме страховой премии, подлежащей уплате по Договору;
- 4.1.2 о персональных данных Застрахованного: фамилия, имя, отчество, дата рождения, паспортные данные или данные иного документа, удостоверяющего личность, адрес проживания;

³ 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.

4.1.3 о персональных данных Застрахованного специальной категории: данные о состоянии здоровья, заболеваниях и о случаях обращения Застрахованного за медицинской помощью.

4.2 Стороны примут все достаточные меры для предотвращения разглашения конфиденциальной информации третьим лицам.

5. ПОРЯДОК РАЗРЕШЕНИЯ СПОРОВ

5.3 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.

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

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

6.1 Договор вступает в силу с момента оплаты страховой премии.

6.2 Ответственность Страховщика в отношении организации и оплаты медицинской помощи Застрахованному (период страхования) наступает с 00 часов 00 минут седьмого календарного дня с даты подписания Договора (включая дату его подписания) «__» _____ 20__ г., при условии уплаты страховой премии в сроки, указанные в п. 3.3 Договора, и действует по 24 часа 00 минут «__» _____ 20__ г. включительно.

6.3 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.

6.4 При досрочном прекращении действия Договора по основаниям, предусмотренным Договором, уплаченная Страховщику страховая премия не подлежит возврату.

6.5 При неуплате в определенный Договором срок всей страховой премии Страховщик вправе в любой момент досрочно прекратить Договор в одностороннем порядке или приостановить его действие на установленный Страховщиком срок (предварительно известив Страхователя о таких возможных последствиях не исполнения им обязанностей по Договору) путем направления соответствующего уведомления Страхователю не менее чем за 5 рабочих дней до предполагаемой даты досрочного прекращения действия Договора.

6.6 Особые условия отказа Страхователя – физического лица от договора.

1) Страхователь – физическое лицо в дополнение к условиям о досрочном расторжении договора страхования, указанным в п.п. 6.3.-6.5. настоящего Договора, вправе досрочно отказаться от договора добровольного страхования 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 страхования в срок, указанный в части 1 настоящего пункта, и до даты возникновения обязательств Страховщика по заключенному договору (далее – дата начала действия страхования), уплаченная страховая премия подлежит возврату Страховщиком Страхователю в полном объеме.

3) В случае если Страхователь отказался от договора страхования 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 страхования, прошедшему с даты начала действия страхования до даты прекращения действия договора страхования, если иного не предусмотрено соглашением сторон.

4) При досрочном прекращении договора страхования в порядке, предусмотренном настоящим пунктом, договор страхования считается прекратившим свое действие с даты получения Страховщиком письменного заявления Страхователя об отказе от договора страхования 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 (десяти) рабочих дней со дня получения письменного заявления Страхователя об отказе от договора страхования.

6) Действие настоящего пункта не распространяется на договоры страхования, страхователями по которым являются физические лица – предприниматели, заключаемые в связи с осуществлением такими страхователями предпринимательской деятельности, а также 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.

7. ЗАКЛЮЧИТЕЛЬНЫЕ ПОЛОЖЕНИЯ

7.1 Выбранные Программы (Приложение № 1 к Договору) являются неотъемлемой частью Договора.

7.2 Все заявления, сообщения, уведомления и иные документы по Договору должны быть сделаны Сторонами в письменном виде и направляться друг другу посредством почтовой, курьерской или иной связи по адресам, указанным в Договоре. Наряду с оригинальными документами должны приниматься документы, переданные друг другу посредством факсимильной связи или имеющие факсимильное воспроизведение подписи уполномоченного лица и печать Стороны по Договору. Для предоставления Страхователю (Застрахованному) информации Страховщик, помимо телефонной и почтовой связи, использует Сайт Страховщика и иные информационные системы Страховщика или системы электронного документооборота.

7.3 Договор составлен и подписан в двух экземплярах, имеющих одинаковую юридическую силу, по одному для каждой из Сторон.

7.4 Подписывая Договор, Страхователь подтверждает то, что он ознакомлен с Программами (Приложение № 1 к Договору) и получил их, а также в целях исполнения Федерального закона РФ №152-ФЗ от 27 июля 2006 года подтверждает согласие со своей стороны и со стороны Застрахованного по Договору на обработку Страховщиком и партнерами Страховщика их персональных данных для осуществления Договора. 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.

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

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 услуг;
- 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 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 в случае отказа страхователя от договора страхования в течение определенного срока со дня его заключения или о его отсутствии в соответствии с действующим законодательством;
- о праве Страхователя запросить информацию о размере вознаграждения, выплачиваемого страховому агенту или страховому брокеру.

СТРАХОВЩИК		СТРАХОВАТЕЛЬ
_____, (должность, ФИО) действующий на основании доверенности № _____ от «___» _____ 20__ г.		_____ (подпись)
_____ И.О. Фамилия _____ (подпись/ печать)		

**Приложение № 1 к
Договору**

**Программа добровольного медицинского страхования
«Указывается наименование/перечень выбранных страхователем по договору страхования
Программ)»**

Образец страхового медицинского ПОЛИСА
добровольного страхования граждан

**Страховое публичное акционерное общество
«ИНГОССТРАХ»**

**Страховой медицинский ПОЛИС
добровольного страхования граждан**

По настоящему ПОЛИСУ Застрахованный имеет право получать медицинскую помощь по договору добровольного медицинского страхования граждан на период его действия в соответствии с программой добровольного медицинского страхования.

Полис № _____ Договор ДМС № _____
Срок действия Договора/полиса с «__» __ 20__ г. по «__» _____ 20__ г.
Страхователь _____
Застрахованный _____ (ФИО) Дата рождения _____
Дата оформления полиса _____

Объем и порядок оказания медицинской помощи, адреса и телефоны медицинских учреждений указаны в программе добровольного медицинского страхования.

СПАО «Ингосстрах», Россия, 115998, г. Москва, ул. Пятницкая, 12, стр.2

Тел. (____) _____

Наименование и телефон диспетчерской службы страховщика или его представителя для обращения Застрахованного по вопросам договора ДМС.

Должность

Подпись, печать

**ТАРИФНЫЕ СТАВКИ
ПО ПРОГРАММАМ ДОБРОВОЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ
(в % к страховой сумме)**

Расчет тарифных ставок сделан на основе методик, утвержденных распоряжением Федеральной службы Российской Федерации по надзору за страховой деятельностью N 02-03-36 от 8.07.93 и рекомендованных страховым компаниям для расчетов по рисковому виду страхования.

Расчет тарифных ставок сделан исходя из предполагаемых объемов страховых операций (средней страховой суммы на один полис, величины выплат, количества полисов и количества выплат).

При проведении расчетов использованы статистические данные СПАО «ИНГОССТРАХ» за период 2010 – 2014 гг., а также статистические материалы Министерства здравоохранения РФ за 2011 г. при расчете тарифных ставок по ведению беременности и родовспоможению.

Расчет тарифных ставок проведен в соответствии с объемом ответственности, принимаемым Страховщиком по следующим программам:

- а) Программы добровольного медицинского страхования, предусматривающие оказание амбулаторно-поликлинической помощи (Приложение № 1 к Правилам);
- б) Программы добровольного медицинского страхования, предусматривающие оказание стационарной медицинской помощи (Приложение № 2 к Правилам);
- в) Программа добровольного медицинского страхования, предусматривающая оказание скорой медицинской помощи (Приложение № 3 к Правилам);
- г) Программа добровольного медицинского страхования, предусматривающая оказание лекарственной помощи (Приложение № 4 к Правилам);
- д) Программа добровольного медицинского страхования, предусматривающая вакцинацию от гриппа (по эпидемическим показаниям) (Приложение № 5 к Правилам);
- е) Программа добровольного медицинского страхования, предусматривающая ведение беременности (включая патологию) (Приложение № 6 к Правилам);
- ж) Программа добровольного медицинского страхования, предусматривающая оказание медицинских услуг стационара при госпитализации для родовспоможения (Приложение № 7 к Правилам);
- з) Программа добровольного медицинского страхования, предусматривающая санаторно-курортное лечение (Приложение № 8 к Правилам);
- и) Программа добровольного медицинского страхования, предусматривающая профилактику и лечение заболеваний, вызываемых иксодовым клещом (Приложение № 9 к Правилам).
- к) Программы добровольного медицинского страхования, предусматривающие оказание медицинской транспортировки (Приложение №10 к Правилам)

При этом могут быть реализованы следующие комбинации программ оказания медицинских услуг Застрахованному:

- в программу добровольного медицинского страхования, предусматривающую оказание амбулаторно-поликлинической помощи, входят услуги программ вакцинации от гриппа, ведения беременности и лекарственной помощи
- в программу добровольного медицинского страхования, предусматривающую оказание стационарной медицинской помощи как в экстренном, так и плановом порядке, входят услуги программы оказания скорой медицинской помощи

- в программу добровольного медицинского страхования, предусматривающую профилактику и лечение заболеваний, вызываемых иксодовым клещом, входят услуги программ амбулаторно-поликлинической и стационарной помощи

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.

Название Программы ДМС	Базовая тарифная ставка (со 100 руб. страховой суммы)
Программы добровольного медицинского страхования, предусматривающие оказание амбулаторно-поликлинической помощи	2,065
Программы добровольного медицинского страхования, предусматривающие оказание стационарной медицинской помощи	0,403
Программа добровольного медицинского страхования, предусматривающая оказание скорой медицинской помощи	0,480
Программа добровольного медицинского страхования, предусматривающая оказание лекарственной помощи	44,410
Программа добровольного медицинского страхования, предусматривающая вакцинацию от гриппа	0,482
Программа добровольного медицинского страхования, предусматривающая ведение беременности (включая патологию)	0,707
Программа добровольного медицинского страхования, предусматривающая оказание медицинских услуг стационара при госпитализации для родовспоможения	0,707
Программа добровольного медицинского страхования, предусматривающая санаторно-курортное лечение	0,592
Программа добровольного медицинского страхования, предусматривающая профилактику и лечение заболеваний, вызываемых иксодовым клещом	0,145
Программа добровольного медицинского страхования, предусматривающая оказание медицинской транспортировки	0,177

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

ПОПРАВочНЫЕ КОЭФФИЦИЕНТЫ К БАЗОВЫМ ТАРИФНЫМ СТАВКАМ ДЛЯ ДОБРОВОЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ

В том случае, если договором предусмотрено страхование по не полному набору рисков из указанных в п. 1 Приложения № 1 к Правилам, тарифная ставка рассчитывается умножением брутто-ставки на поправочный коэффициент (см. таблицу ниже), исходя из перечня покрываемых договором страхования рисков. Данный поправочный коэффициент равен сумме соответствующих коэффициентов для каждого из рисков, покрываемых договором страхования.

Риск	Коэффициент
Амбулаторное лечение	0,4096
Стоматологические услуги	0,2015
Оказание медицинской помощи на дому	0,0092
Медицинские услуги дневного стационара	0,001

Ведение беременности (включая патологию)	0,2852
Вакцинация от гриппа (по эпидемическим показаниям)	0,0039
Лекарственное обеспечение	0,0896

В том случае, если договором предусмотрено страхование по не полному набору рисков из указанных в п. 1 Приложения № 2 к Правилам, тарифная ставка рассчитывается умножением брутто-ставки на поправочный коэффициент (см. таблицу ниже), исходя из перечня покрываемых договором страхования рисков. Данный поправочный коэффициент равен сумме соответствующих коэффициентов для каждого из рисков, покрываемых договором страхования

Риск	Коэффициент
Плановая стационарная помощь	0,1026
Экстренная стационарная помощь	0,1207
Скорая и неотложная медицинская помощь	0,0447
Родовспоможение	0,7320

В том случае, если договором предусмотрено страхование по не полному набору рисков из указанных в п. 1 Приложения № 9 к Правилам, тарифная ставка рассчитывается умножением брутто-ставки на поправочный коэффициент (см. таблицу ниже), исходя из перечня покрываемых договором страхования рисков. Данный поправочный коэффициент равен сумме соответствующих коэффициентов для каждого из рисков, покрываемых договором страхования

Риск	Коэффициент
Амбулаторно-поликлиническая помощь	0,962
Стационарная помощь	0,038

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

В зависимости от пола и возраста застрахованного страховщик может применять к базовой тарифной ставке повышающие и понижающие коэффициенты от 0.2 до 5.

В зависимости от объема предоставляемого покрытия страховщик может применять к базовой тарифной ставке повышающие и понижающие коэффициенты от 0.4 до 3.0

В зависимости от размера страховой суммы страховщик может применять к базовой тарифной ставке повышающие и понижающие коэффициенты от 0,2 до 5.

В зависимости от общего количества лиц, принимаемых на страхование, страховщик может применять к базовой тарифной ставке повышающие коэффициенты от 1.0 до 2.4

В зависимости от ценовой категории медицинского учреждения страховщик может применять к базовой тарифной ставке повышающие и понижающие коэффициенты от 0.2 до 4.0

В зависимости от общего состояния здоровья страховщик может применять к базовой тарифной ставке повышающие и понижающие коэффициенты от 0.5 до 5.5

В зависимости от количества хронических заболеваний (при их наличии) страховщик может применять к базовой тарифной ставке повышающие коэффициенты от 1.0 до 5.0

В зависимости от тяжести хронических заболеваний (при их наличии) страховщик может применять к базовой тарифной ставке повышающие коэффициенты от 1.0 до 3.0

В зависимости от сложившейся убыточности по портфелю за предыдущий период страхования страховщик может применять к базовой тарифной ставке повышающие и понижающие коэффициенты от 0.1 до 2.0

В зависимости от набора рисков и выбранного типа и размера франшизы страховщик может применять к базовой тарифной ставке понижающие коэффициенты от 0.6 до 1.0.

В зависимости от рода занятий застрахованного страховщик может применять к базовой тарифной ставке повышающие и понижающие коэффициенты от 0.75 до 1.5

При страховании в валютном эквиваленте страховщик может применять к базовой тарифной ставке повышающие и понижающие коэффициенты от 1 до 2.

В зависимости от субъективных факторов риска и, исходя из экспертно определенной величины страхового риска, определенной на основании совокупности данных, представленных в заявлении на страхование, а также результатов предварительного медицинского обследования, страховщик может применять к базовой тарифной ставке повышающие и понижающие коэффициенты от 0.5 до 3.5

В зависимости от срока страхования страховщик может применять к базовой тарифной ставке поправочный коэффициент от 1/365 до 5.

В зависимости от списка исключений из программы страхования страховщик может применять к базовой тарифной ставке понижающие коэффициенты от 0,4 до 1.0.

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.

Приложение № 14.1

к Правилам добровольного медицинского страхования

Приложение № __
к договору добровольного
медицинского страхования

**Заявление на заключение договора добровольного медицинского страхования
(страхователь - юридическое лицо)¹**

Организация (полное название) _____

Организация (сокращенное название) _____

ФИО руководителя, должность (полностью) _____

Юридический адрес организации _____

Почтовый адрес _____

Сведения о государственной регистрации (ОГРН, дата регистрации, место регистрации, наименование регистрирующего органа) _____

ИНН _____

Коды форм государственного статистического наблюдения (ОКПО/ ОКВЭД) _____

Наименование Банка (Филиала) _____

БИК Банка _____

Номер счета в Банке _____

Просим разработать страховую программу (принять на страхование) для коллектива

Общей численностью _____ человек,

с учетом данных, представленных в таблице:

№ п/п	Фамилия, имя, отчество	Пол	Дата рождения	План страхования	работник/родственник	Имеющиеся группа инвалидности и /или диагностированные хронические заболевания
1						
2						

Страхователь подтверждает, что на момент подачи Заявления на страхование указанные в списке лица не имеют следующее заболевание и (или) связанные с ним осложнения²:

- ВИЧ-инфекция;
- особо опасные инфекционные болезни, в том числе: чума, холера, оспа, желтая и другие высококонтагиозные вирусные геморрагические лихорадки - в случае возникновения эпидемии и/или объявления карантина;
- психические расстройства и расстройства поведения, наркологические заболевания;
- аномалии развития и хромосомные нарушения;
- инвалидность (кроме инвалидности III группы).

<i>Страховые программы (отметить нужные программы)</i>	<i>Страховые премии</i>		
	План 1	План 2	План 3

Перечень медицинских учреждений

Страховой агент/брокер	ФИО/Организация	№ агентского договора	Размер агентского вознаграждения

¹ При заключении конкретного договора страхования стороны договора вправе изменить форму Заявления в рамках Правил добровольного медицинского страхования СПАО «Ингосстрах» и действующего российского законодательства.

² В Правилах и программах ДМС болезни и медицинские состояния указываются в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем, официально действующей на территории Российской Федерации на дату заключения договора страхования.

Предполагаемая дата заключения договора страхования _____, срок действия договора

Порядок оплаты страховой премии:

Единовременно	
---------------	--

Иной порядок оплаты страховой премии необходимо предварительно согласовывать с ДепМС

От организации ответственное лицо ФИО (полностью) _____

Контактный телефон _____

Факс _____

E-mail _____

Заявление составил ФИО _____ Дата составления заявления _____

Заявление на заключение договора добровольного медицинского страхования (страхователь - физическое лицо)

ФИО Страхователя	
Дата рождения	Число _____ месяц _____ год _____
Паспортные данные Страхователя	Серия _____ № _____, кем выдан _____ когда _____
Адрес регистрации по паспорту:	
Адрес фактического проживания:	
ФИО Застрахованного	
Паспортные данные Страхователя	Серия _____ № _____, кем выдан _____ когда _____
Пол (м/ж)	
Имеющиеся группа инвалидности и /или диагностированные хронические заболевания	
Контактный телефон Застрахованного	
Дата рождения Застрахованного	
Адрес фактического проживания	
Выбранная программа страхования	
Желаемая дата начала действия договора	
Предполагаемый срок	

действия договора	
Контактный телефон Страхователя	

Страхователь подтверждает, что на момент подачи Заявления на заключение договора ДМС, заявленное на страхование лицо не имеет следующие заболевания и (или) связанные с ним осложнения³:

- ВИЧ-инфекция, СПИД;
- особо опасные инфекционные болезни⁴, в том числе: оспа, полиомиелит, вызванный диким полиовирусом, человеческий грипп, вызванный новым подтипом, тяжелый острый респираторный синдром (ТОРС), холера, чума, малярия, вирусные лихорадки, передаваемые членистоногими и вирусные геморрагические лихорадки, менингококковая болезнь;;
- наркологические заболевания;
- психические расстройства и расстройства поведения;
- злокачественные новообразования, гемобластозы;
- туберкулез;
- заболевания, относящиеся к классу врожденные аномалии, деформации и хромосомные нарушения и (или) связанные с ними осложнения;
- системные поражения соединительной ткани, в т.ч. все недифференцированные коллагенозы;
- заболевания, сопровождающиеся хронической почечной или печеночной недостаточностью и требующие проведения хронического гемодиализа;
- хронические гепатиты С, Е, F, G;
- инвалидность (кроме III группы)

³ В Правилах и программах ДМС болезни и медицинские состояния указываются в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем, официально действующей на территории Российской Федерации на дату заключения договора страхования.

⁴ По решению уполномоченных органов перечень особо опасных инфекционных заболеваний может быть расширен

Список* Застрахованных по Договору ДМС

№ п/п	Фамилия	Имя	Отчество	Пол	Дата рождения	Тип документа (паспорта или иного документа удостоверяющего личность)	Серия	Номер	План страхования	Назв. нас. пункта	Улица	Дом	Корпус	Квартира	Подъезд	Телефон рабочий	Телефон домашний	Телефон мобильный	работник/родственник	родство по отношению к работнику (указать какому)	
1																					
2																					

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

МЕДИЦИНСКАЯ АНКЕТА, ПРИНИМАЕМОГО НА СТРАХОВАНИЕ

ДАННЫЕ О СТРАХОВАТЕЛЕ					
Название компании					
ДАННЫЕ О ЛИЦЕ, ПРИНИМАЕМОМ НА СТРАХОВАНИЕ					
Фамилия, имя, отчество					
Дата рождения	Пол	M <input type="checkbox"/> Ж <input type="checkbox"/>	Полных лет	Рост (см)	ВЕС: (кг)
Паспортные данные					
Адрес проживания					
Контактный телефон	мобильный		домашний		
Предполагаемый срок начала страхования (дата) : _____ (число) _____ (месяц) ____ (год)					
Социальный статус лица, принимаемого на страхование: <input type="checkbox"/> учится <input type="checkbox"/> работает <input type="checkbox"/> не работает <input type="checkbox"/> пенсионер					
МЕДИЦИНСКАЯ АНКЕТА ЛИЦА, ПРИНИМАЕМОГО НА СТРАХОВАНИЕ					
1. Был ли у Вас в течение последних 12 месяцев полис добровольного медицинского страхования?					
<input type="checkbox"/> нет, никогда не был(а)		<input type="checkbox"/> да, в другой страховой компании		<input type="checkbox"/> да, но более года назад	
<input type="checkbox"/> да, в Ингосстрахе					
Если ДА, то укажите в каком медицинском учреждении Вы обслуживались?					
2. Дата Вашего последнего обращения к врачу, по поводу какого заболевания?					
3. Как часто Вы посещаете поликлинику?					
<input type="checkbox"/> Не посещаю	<input type="checkbox"/> 1-2 раза в год	<input type="checkbox"/> 3-6 раз в год	<input type="checkbox"/> 7-12 раз в год	<input type="checkbox"/> 2 раза в месяц	<input type="checkbox"/> чаще
4. К каким специалистам Вы обращаетесь наиболее часто?					
<input type="checkbox"/> кардиолог	<input type="checkbox"/> ЛОР	<input type="checkbox"/> эндокринолог	<input type="checkbox"/> гинеколог	<input type="checkbox"/> гематолог	<input type="checkbox"/> мануальный терапевт
<input type="checkbox"/> терапевт	<input type="checkbox"/> окулист	<input type="checkbox"/> ревматолог	<input type="checkbox"/> аллерголог	<input type="checkbox"/> нефролог	<input type="checkbox"/> массажист
<input type="checkbox"/> невролог	<input type="checkbox"/> хирург	<input type="checkbox"/> уролог	<input type="checkbox"/> дерматолог	<input type="checkbox"/> психолог	<input type="checkbox"/> рефлексотерапевт
другие:					
5. Имеете ли Вы в настоящее время (или имели в прошлом) группу инвалидности? Если «да» – укажите причину (заболевание(-я)), группу и дата установления (снятия) инвалидности?					
					<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
Группа инвалидности		Дата установления		Дата снятия	
Причина установления					
6. Приходилось ли Вам за последний год вызывать скорую медицинскую помощь?					
					<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
Если «да», то укажите как часто и по какой причине (заболеванию):					
7. Проходили ли Вы стационарное лечение? Если "да", то укажите год, диагноз и проведенное лечение					
					<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
Год	Диагноз		Лечение (операция/терапия)		
8. Было ли Вам рекомендовано или планируете ли Вы в ближайшее время оперативное лечение? Если «да», то какое и по поводу какого заболевания?					
					<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
9. Ставили ли Вам когда-нибудь следующие диагнозы? Если «да», то укажите год начала заболевания:					
Диагноз		Год	Диагноз		Год
<input type="checkbox"/> Ишемическая болезнь сердца			<input type="checkbox"/> Паралич (парез)		
<input type="checkbox"/> Инфаркт миокарда			<input type="checkbox"/> Хронический бронхит		
<input type="checkbox"/> Инсульт			<input type="checkbox"/> Бронхиальная астма		
<input type="checkbox"/> Нарушения ритма сердца			<input type="checkbox"/> Гипотиреоз <input type="checkbox"/> Гипертиреоз		
<input type="checkbox"/> Гипертоническая болезнь			<input type="checkbox"/> Сахарный диабет		
<input type="checkbox"/> Язва желудка и/или 12-перстной кишки			Грыжа: <input type="checkbox"/> паховая <input type="checkbox"/> пупочная <input type="checkbox"/> другая _____		
<input type="checkbox"/> Панкреатит			<input type="checkbox"/> Искривление носовой перегородки		
<input type="checkbox"/> Холецистит			<input type="checkbox"/> Камни в почках		
<input type="checkbox"/> Камни в желчном пузыре			<input type="checkbox"/> Пиелонефрит		
Гепатит вирусный: <input type="checkbox"/> В <input type="checkbox"/> С <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> G			<input type="checkbox"/> Гломерулонефрит		
<input type="checkbox"/> Гепатит лекарственный			<input type="checkbox"/> Почечная недостаточность		
<input type="checkbox"/> Гепатит аутоиммунный			<input type="checkbox"/> Психические расстройства		
<input type="checkbox"/> Цирроз печени			<input type="checkbox"/> Эпилепсия		

Диагноз	Год	Диагноз	Год
<input type="checkbox"/> Печеночная недостаточность		<input type="checkbox"/> Панические атаки <input type="checkbox"/> Фобии	
<input type="checkbox"/> Спаечная болезнь		<input type="checkbox"/> Неврит _____	
<input type="checkbox"/> Сотрясение головного мозга		<input type="checkbox"/> Мигрень	
<input type="checkbox"/> Депрессия		<input type="checkbox"/> Вегето-сосудистая дистония	
Заболевания крови: <input type="checkbox"/> анемия <input type="checkbox"/> эритропения <input type="checkbox"/> другое _____		Аллергия: <input type="checkbox"/> пищевая <input type="checkbox"/> лекарственная <input type="checkbox"/> на пыльцу <input type="checkbox"/> другое _____	
<input type="checkbox"/> Травма _____		<input type="checkbox"/> Заболевания кожи _____	
<input type="checkbox"/> Остеохондроз позвоночника, радикулит		<input type="checkbox"/> Глаукома	
<input type="checkbox"/> Межпозвоночные грыжи		<input type="checkbox"/> Катаракта	
<input type="checkbox"/> Артрит (артроз) _____		<input type="checkbox"/> ВИЧ-инфекция (СПИД)	
<input type="checkbox"/> Онкологическое заболевание Укажите какое:		<input type="checkbox"/> Системное поражение соединительной ткани, коллагеноз. Какое:	
<input type="checkbox"/> Наследственное заболевание. Укажите какое:		Туберкулез: <input type="checkbox"/> легких <input type="checkbox"/> почек <input type="checkbox"/> суставов <input type="checkbox"/> другое _____	
<input type="checkbox"/> Врожденный порок развития, аномалии развития органов и систем. Укажите какое(-ие):		<input type="checkbox"/> Приобретенный порок органа или системы. Укажите какое(-ие):	
10.1 Женское здоровье (только для женщин):		10.2 Мужское здоровье (только для мужчин):	
<input type="checkbox"/> Эндометриоз		<input type="checkbox"/> Простатит	
<input type="checkbox"/> Полипы эндометрия		<input type="checkbox"/> Аденома предстательной железы	
<input type="checkbox"/> Киста яичника		<input type="checkbox"/> Варикоцеле	
<input type="checkbox"/> Эрозия шейки матки		<input type="checkbox"/> Фимоз	
<input type="checkbox"/> Миома матки		<input type="checkbox"/> Парифимоз	
11. Рекомендовали ли Вам постоянное (диспансерное) наблюдение у каких-либо врачей? Если «да», по какому заболеванию?			
12. Отмечали ли Вы у себя за последние 12 месяцев следующие симптомы:			
<input type="checkbox"/> одышку при простой ходьбе	<input type="checkbox"/> боль в глазах	<input type="checkbox"/> потеря сознания	
<input type="checkbox"/> одышку в покое (стоя, сидя, лежа)	<input type="checkbox"/> преходящий шум и заложенность в ушах	<input type="checkbox"/> ослабление и потерю движения в руках	
<input type="checkbox"/> повышение артериального давления Укажите максимальные цифры: _____/_____/_____ мм рт.ст.	<input type="checkbox"/> ощущения покалывания, онемения, ползания мурашек	<input type="checkbox"/> повышение сахара в крови Укажите максимальный уровень:	
<input type="checkbox"/> боли в области сердца	<input type="checkbox"/> судороги	<input type="checkbox"/> огушенность	
<input type="checkbox"/> изменения на ЭКГ	<input type="checkbox"/> головокружения	<input type="checkbox"/> чувство тревоги или страха	
<input type="checkbox"/> боли в спине	<input type="checkbox"/> расстройства речи	<input type="checkbox"/> боли в животе	
13. Курите ли Вы?	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет	Если да, то сколько сигарет в день?	Сколько лет?
14. Страдаете ли Вы каким-либо из заболеваний	<input type="checkbox"/> наркомания	<input type="checkbox"/> токсикомания	<input type="checkbox"/> алкоголизм
15. Укажите, что Вас беспокоит (на что Вы жалуетесь) в настоящий момент?			
16. Ставился ли Вам диагноз стенокардия?		<input type="checkbox"/> Да	<input type="checkbox"/> Нет
17. Имеются(лись) у Вас неврозы?		<input type="checkbox"/> Да	<input type="checkbox"/> Нет
18. Укажите заболевания, которые у Вас отмечались ранее или имеются в настоящее время, но не были указаны выше?			
19. Укажите, какие лекарственные препараты вы регулярно принимаете в настоящее время:			

Настоящим я подтверждаю, что все вопросы настоящей Анкеты мне понятны, а данные мной ответы на указанные вопросы являются правдивыми. Я проинформирован и согласен, что несу ответственность за достоверность предоставленной информации о состоянии своего здоровья и в случае, если в процессе действия договора выявится, что мною предоставлена недостоверная информация, СПАО «Ингосстрах» имеет право прекратить договор страхования в отношении лица, данные о состоянии здоровья которого не соответствуют сведениям, указанным в настоящей Анкете.

Я также подтверждаю, что проинформирован агентом/сотрудником СПАО «Ингосстрах» об исключениях из программ добровольного медицинского страхования, а также о том, что по результатам рассмотрения настоящей анкеты СПАО «Ингосстрах» вправе запросить у меня документально подтвержденные данные о состоянии моего здоровья (при этом медицинская документация должна быть представлена не позднее 30 календарных дней с момента оформления медицинским и иным уполномоченным учреждением с приложением печати (штампа)). Я также уполномочиваю любого зарегистрированного врача, медицинское учреждение, страховую организацию, владеющих записями или воспоминаниями о моем здоровье и здоровье лиц принимаемых на страхование, согласие которых мною получены, передавать всю такую

информацию, включая первичную медицинскую историю, страховому обществу или его перестраховщикам. Я отказываюсь от каких-либо претензий по поводу передачи вышеназванной информации страховому обществу и его перестраховщикам

Настоящим я также подтверждаю своё согласие на обработку моих персональных данных в соответствии с Федеральным законом РФ «О персональных данных» № 152-ФЗ от 27 июля 2006 года в целях исполнения СПАО «Ингосстрах» обязательств по договору ДМС.

подпись

расшифровка

«___» _____ 201__ г.
Дата

Заполняется представителем СПАО «Ингосстрах»

Заявление и медицинскую анкету принял:

Агент	<input type="checkbox"/>	Сотрудник	<input type="checkbox"/>		
(отметить нужное)				(ФИО)	(подпись)

ДАННЫЕ О СТРАХОВАТЕЛЕ					
Название компании					
ДАННЫЕ О ЛИЦЕ, ПРИНИМАЕМОМ НА СТРАХОВАНИЕ					
Фамилия, имя, отчество					
Дата рождения		Пол М <input type="checkbox"/> Ж <input type="checkbox"/>		Полных лет _____ Рост _____ (см) ВЕС: _____ (кг)	
Паспортные данные <input type="checkbox"/>					
Свидетельство о рождении <input type="checkbox"/>					
Адрес проживания					
Контактный телефон		мобильный _____		домашний _____	
Страховался ли он (она) в течение последнего года по ДМС?				Да <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/>	
Если ДА, то укажите, в каком медицинском учреждении он (она) обслуживался:					
Предполагаемый срок начала страхования (дата): _____		(число) _____		(месяц) _____ (год) _____	
Занимается ли ребенок в спортивных секциях? <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/> Да. В какой (их): _____					
МЕДИЦИНСКАЯ АНКЕТА ЛИЦА, ПРИНИМАЕМОГО НА СТРАХОВАНИЕ					
1. Был ли у ребенка в течение последних 12 месяцев полис добровольного медицинского страхования?					
<input type="checkbox"/> нет, никогда не был		<input type="checkbox"/> да, в другой страховой компании		<input type="checkbox"/> да, но более года назад	
<input type="checkbox"/> да, в Ингосстрахе					
Если ДА, то укажите, в каком медицинском учреждении ребенок обслуживался:					
2. Дата последнего обращения ребенка к врачу, по поводу какого заболевания?					
3. К каким специалистам Вы обращаетесь наиболее часто?					
<input type="checkbox"/> кардиолог	<input type="checkbox"/> ЛОР	<input type="checkbox"/> эндокринолог	<input type="checkbox"/> гинеколог	<input type="checkbox"/> гематолог	<input type="checkbox"/> мануальный терапевт
<input type="checkbox"/> терапевт	<input type="checkbox"/> окулист	<input type="checkbox"/> ревматолог	<input type="checkbox"/> аллерголог	<input type="checkbox"/> нефролог	<input type="checkbox"/> массажист
<input type="checkbox"/> невролог	<input type="checkbox"/> хирург	<input type="checkbox"/> уролог	<input type="checkbox"/> дерматолог	<input type="checkbox"/> психолог	<input type="checkbox"/> рефлексотерапевт
другие: _____					
4. Ребенок посещает:		<input type="checkbox"/> детский сад, с __ лет		<input type="checkbox"/> школу, с __ лет	
<input type="checkbox"/> спортивную секцию(ии): _____					
<input type="checkbox"/> не посещает, так как _____					
5. Были ли выполнены ребенку все профилактические прививки соответственно возрасту?					
<input type="checkbox"/> да		<input type="checkbox"/> нет, по медицинским показаниям		<input type="checkbox"/> нет, по принципиальным соображениям	
6. Имеет ли ребенок в настоящее время (или имел в прошлом) группу инвалидности? Если «да» – укажите причину (заболевание(-я)) и дату установления (снятия) инвалидности?				<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет	
Причина инвалидности		Дата установления		Дата снятия	
7. Приходилось ли за последний год вызывать ребенку скорую медицинскую помощь?					
<input type="checkbox"/> нет		<input type="checkbox"/> да, вызывали. Укажите причину: _____			
8. Проходил ли ребенок стационарное лечение? Если "да", то укажите год, диагноз и проведенное лечение				<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет	
Год	Диагноз		Лечение (операция/терапия)		
9. Было ли ребенку рекомендовано или планируется в ближайшее время оперативное лечение? Если «да», то какое и по поводу какого заболевания?					
<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет					
10. Отмечаются ли у ребенка в настоящее время или отмечались когда-либо следующие заболевания (состояния)? Если «да», то укажите год начала заболевания:					
Диагноз		Год		Диагноз	
Аллергия: <input type="checkbox"/> пищевая <input type="checkbox"/> лекарственная <input type="checkbox"/> на пыльцу <input type="checkbox"/> другое				Травма: <input type="checkbox"/> черепно-мозговая <input type="checkbox"/> позвоночника <input type="checkbox"/> внутренних органов <input type="checkbox"/> переломы костей	
<input type="checkbox"/> Анафилактический шок				<input type="checkbox"/> Гипотиреоз <input type="checkbox"/> Гипертиреоз	
<input type="checkbox"/> Вегето-сосудистая дистония				<input type="checkbox"/> Сахарный диабет	
<input type="checkbox"/> Нарушения ритма сердца				Грыжа: <input type="checkbox"/> паховая <input type="checkbox"/> пупочная <input type="checkbox"/> другая _____	
<input type="checkbox"/> Гипертоническая болезнь				<input type="checkbox"/> Хронический бронхит	
<input type="checkbox"/> Гастрит				<input type="checkbox"/> Бронхиальная астма	
<input type="checkbox"/> Язва желудка и/или 12-перстной кишки				<input type="checkbox"/> Увеличение аденоидов, аденоидит	
<input type="checkbox"/> Дискинезия желчевыводящих путей				<input type="checkbox"/> Отит	
Гепатит вирусный: <input type="checkbox"/> В <input type="checkbox"/> С <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> G				<input type="checkbox"/> Тонзиллит	

Диагноз	Год	Диагноз	Год
<input type="checkbox"/> Гепатит лекарственный		<input type="checkbox"/> Гайморит (синусит)	
<input type="checkbox"/> Гепатит аутоиммунный		Кожные: <input type="checkbox"/> Дерматит <input type="checkbox"/> Экзема <input type="checkbox"/> Крапивница	
<input type="checkbox"/> Печеночная недостаточность		<input type="checkbox"/> Артрит	
<input type="checkbox"/> Панкреатит		<input type="checkbox"/> Дисплазия тазобедренных суставов	
<input type="checkbox"/> Пиелонефрит		<input type="checkbox"/> Нарушение зрения. Какое _____	
<input type="checkbox"/> Пузырно-мочеточниковый рефлюкс		<input type="checkbox"/> Психические расстройства	
<input type="checkbox"/> Гломерулонефрит		<input type="checkbox"/> Расстройства поведения, неврозы	
<input type="checkbox"/> Почечная недостаточность		<input type="checkbox"/> Эпилепсия	
<input type="checkbox"/> Системное поражение соединительной ткани, коллагеноз. Какое:		Заболевания крови: <input type="checkbox"/> анемия <input type="checkbox"/> нарушение свертывания <input type="checkbox"/> другое	
<input type="checkbox"/> Ревматизм		<input type="checkbox"/> Детский церебральный паралич	
<input type="checkbox"/> Онкологическое заболевание Укажите какое:		<input type="checkbox"/> ВИЧ-инфекция (СПИД)	
<input type="checkbox"/> Наследственное заболевание. Укажите какое:		Туберкулез: <input type="checkbox"/> легких <input type="checkbox"/> почек <input type="checkbox"/> суставов <input type="checkbox"/> другое _____	
<input type="checkbox"/> Врожденный порок развития, аномалии развития органов и систем. Укажите какое(-ие):		<input type="checkbox"/> Приобретенный порок органа или системы. Укажите какое(-ие):	

11. Рекомендовали ли ребенку постоянное (диспансерное) наблюдение у каких-либо врачей?

нет, не рекомендовали Да. Укажите заболевание:

12. Имеются(лишь) ли у ребенка фобии?

Да Нет

13. Укажите, что беспокоит (на что жалуется) ребенок в настоящий момент?

нет, не жалуется Да. Укажите:

14. Укажите заболевания, которые отмечались у ребенка ранее или имеются в настоящее время, но не были указаны выше:

15. Укажите, какие лекарственные препараты регулярно принимает ребенок в настоящее время:

ЗАПОЛНЯЕТСЯ ДОПОЛНИТЕЛЬНО для детей младше трех лет (вопросы №16-21):

16. Укажите данные ребенка при рождении: Вес _____ Рост _____ Оценка по Апгар _____

17. Беременность протекала: нормально с осложнениями. Укажите: _____

18. Родоразрешение: физиологическое экстренное кесарево сечение плановое кесарево сечение
 в срок преждевременные, на _____ неделе беременности

19. Ребенок родился:
 здоровым, доношенным недоношенным с родовыми травмами с внутриутробной инфекцией

20. Из роддома ребенок был выписан на _____ день жизни домой переведен в другой стационар

21. Укажите заболевания, которые ребенок перенес до 1 года:

Настоящим я, _____, действуя в качестве законного представителя моего ребенка _____, подтверждаю, что все вопросы настоящей Анкеты мне понятны, а данные мной ответы на указанные вопросы являются правдивыми. Я проинформирован и согласен, что несу ответственность за достоверность предоставленной информации о состоянии здоровья моего ребенка и в случае, если в процессе действия договора выяснится, что мною предоставлена недостоверная информация, СПАО «Ингосстрах» имеет право прекратить договор страхования в отношении лица, данные о состоянии здоровья которого не соответствуют сведениям, указанным в настоящей Анкете.

Я также подтверждаю, что проинформирован агентом/сотрудником СПАО «Ингосстрах» об исключениях из программ добровольного медицинского страхования, а также о том, что по результатам рассмотрения настоящей анкеты СПАО «Ингосстрах» вправе запросить у меня документально подтвержденные данные о состоянии здоровья моего ребенка (при этом медицинская документация должна быть представлена не позднее 30 календарных дней с момента оформления медицинским и иным уполномоченным учреждением с приложением печати (штампа). Я также уполномочиваю любого зарегистрированного врача, медицинское учреждение, страховую организацию, владеющих записями или воспоминаниями о здоровье лиц принимаемых на страхование, согласия которых мною получены, передавать всю такую информацию, включая первичную медицинскую историю, страховому обществу или его перестраховщикам. Я отказываюсь от каких-либо претензий по поводу передачи вышеназванной информации страховому обществу и его перестраховщикам.

Настоящим я также подтверждаю своё согласие на обработку персональных данных моего ребенка в соответствии с Федеральным законом РФ «О персональных данных» № 152-ФЗ от 27 июля 2006 года в целях исполнения СПАО «Ингосстрах» обязательств по договору ДМС.

« _____ » _____ 201__ г.

подпись

расшифровка

Дата

Заполняется представителем СПАО «Ингосстрах»

Заявление и медицинскую анкету принял:

Агент	<input type="checkbox"/>	Сотрудник	<input type="checkbox"/>		
(отметить нужное)		(ФИО)		(подпись)	