


УТВЕРЖДЕНЫ
Приказом СПАО «Ингосстрах»
от «15» декабря 2023 г. № 713

Генеральный директор
СПАО «Ингосстрах»

_____ К.Б. Соколов
М.П. 

**ПРАВИЛА
МЕЖДУНАРОДНОГО МЕДИЦИНСКОГО
СТРАХОВАНИЯ**

Москва, 2023 г.

Оглавление

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, срок (периодичность) уплаты страховой премии
7. Франшиза
8. Порядок заключения и исполнения договора страхования
9. Права и обязанности сторон
10. Порядок прекращения договора страхования
11. Формы страховых выплат, порядок осуществления страховой выплаты в форме страхового возмещения и в форме организации оказания и оплаты медицинских и иных услуг
12. Порядок разрешения споров

1. ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ

1.1. Настоящие Правила международного медицинского страхования (далее – Правила или Правила страхования) 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 международного медицинского страхования и комплексных договоров международного медицинского страхования и страхования финансовых рисков (далее также – договор страхования или договоры страхования).

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

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

Договор страхования может быть коллективным и индивидуальным.

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

Медицинская помощь – комплекс мероприятий, включающих в себя предоставление медицинских и иных услуг, организационно-технические мероприятия, лекарственное обеспечение, обеспечение медицинскими изделиями, направленных на удовлетворение потребностей Застрахованных в поддержании и восстановлении здоровья.

Программа международного медицинского страхования (далее – Программа или Программа страхования) – объем медицинских и иных услуг, установленный Страховщиком, а также порядок их оказания. Программа может включать в себя оказание медицинской помощи по поводу следующих случаев: острое заболевание, хроническое заболевание и его обострение, травма (в том числе, ожог, отморожение и т.д.), отравление, а также проведение профилактических мероприятий, снижающих степень опасных для жизни или здоровья физического лица угроз и (или) устраняющих их.

Лекарственное обеспечение – оплата Страховщиком стоимости медикаментозного лечения, т.е. оплата лекарственных препаратов, специализированных продуктов лечебного питания (и при необходимости их доставка), включенных в Программу и выписанных (назначенных) лечащим врачом в рамках Программы страхования.

Обеспечение медицинскими изделиями – оплата Страховщиком стоимости медицинских изделий, включая протезно-ортопедические изделия, одноразовые медицинские инструменты, очки, слуховые аппараты, контактные линзы, имплантаты и др., и при необходимости их доставки, включенных в Программу и выписанных (назначенных) лечащим врачом в рамках Программы страхования.

Иные услуги – услуги, связанные с оказанием или организацией оказания медицинской помощи и включенные в Программу, в том числе бытовые, сервисные, транспортные и иные услуги, включая: дополнительное питание, связь, телевизор, компьютер, холодильник, кондиционер, душ, туалет и др.; установление индивидуального поста при лечении в стационарных условиях; предоставление социальных услуг как с привлечением, так и без привлечения специалистов в области здравоохранения; услуги ухода за больными и (или) престарелыми и инвалидами; обеспечение питания и

проживания (нахождение) при стационарном, санаторно-курортном лечении, если оно не входит в стоимость медицинской услуги (стоимости койко-дня); оформление различной медицинской документации, включая снятие копий и запись на электронные носители; предоставление спального места и питания при совместном нахождении одного из родителей (иного члена семьи или иного законного представителя) в медицинской организации в стационарных условиях с ребенком; услуги по организации медицинской помощи в медицинских и иных организациях; информационные услуги, связанные с оказанием или организацией оказания медицинской помощи; лингвистическое обеспечение (услуги перевода письменного и (или) устного); бронирование времени врача; транспортные услуги, в том числе услуги репатриации тела (останков); расходы на проезд к месту лечения и обратно; расходы на проживание на территории иностранного государства или на территории Российской Федерации для Застрахованного и (или) сопровождающего его лица; услуги по сопровождению Застрахованного и его несовершеннолетних детей в поездках; иные услуги, предоставляемые дополнительно при оказании медицинской помощи или вне оказания медицинской помощи в целях поддержания и восстановления здоровья.

Репатриация (перевозка тела (останков)) умершего Застрахованного осуществляется (согласно требованиям и ограничениям транспортной компании), если иное не установлено договором страхования, в населенный пункт постоянного проживания Застрахованного.

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

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

Медицинская организация – юридическое лицо независимо от организационно-правовой формы, осуществляющее в качестве основного (уставного) вида деятельности медицинскую деятельность на основании лицензии, предоставленной в порядке, установленном законодательством Российской Федерации о лицензировании отдельных видов деятельности. В целях настоящих Правил к медицинским организациям приравниваются индивидуальные предприниматели, осуществляющие медицинскую деятельность.

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.

1.4. Положения настоящих Правил, действие которых не отменено и не изменено условиями, содержащимися в договоре страхования, обязательны для Страхователя, Застрахованного лица и Страховщика, если в договоре прямо указано на применение настоящих Правил, и сами правила изложены в одном документе с договором (страховым полисом) или на его оборотной стороне либо приложены к нему либо в договоре имеется ссылка на адрес размещения Правил на Сайте Страховщика в сети Интернет.

2. СУБЪЕКТЫ СТРАХОВАНИЯ

2.1. Субъектами международного медицинского страхования и страхования финансовых рисков выступают Страховщик, Страхователь, Застрахованный.

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 страховые агенты (юридические и физические лица), страховые брокеры в пределах их полномочий и на основании соответствующих договоров или доверенностей (далее – представители, уполномоченные представители).

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 признается российское или иностранное юридическое или дееспособное физическое лицо, в том числе индивидуальный предприниматель, заключившее со Страховщиком договор страхования.

2.4. Застрахованное лицо (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. Лицо, имеющее на момент заключения договора страхования любое из следующих заболеваний и (или) связанных с ним осложнений:

2.5.1. ВИЧ-инфекция, болезнь, вызванная вирусом иммунодефицита человека, СПИД;

2.5.2. особо опасные инфекционные болезни, заболевания, включенные в установленный органами власти перечень инфекционных болезней, требующих проведения мероприятий по санитарной охране территории Российской Федерации, включая COVID-19 и последствия COVID-19, туберкулез, оспа, полиомиелит, вызванный диким полиовирусом, человеческий грипп, вызванный новым подтипом, тяжелый острый респираторный синдром (ТОРС, SARS), холера, чума, малярия, вирусные лихорадки, передаваемые членистоногими, и вирусные геморрагические лихорадки, менингококковая инфекция; гепатиты В и С;

2.5.3. алкоголизм, наркомания, токсикомания, заболевания, вызванные приемом алкоголя, наркотических веществ без назначения врача или с нарушением назначений врача, токсических веществ с целью опьянения;

2.5.4. психические расстройства и расстройства поведения;

2.5.5. злокачественные новообразования, в том числе гемобластозы;

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

2.5.7. системные поражения соединительной ткани, в том числе все недифференцированные коллагенозы;

2.5.8. заболевания, сопровождающиеся хронической почечной или печеночной недостаточностью и требующие проведения хронического гемодиализа;

2.5.9. хронические гепатиты С, Е, F, G;

2.5.10. заболевания, послужившие причиной установления инвалидности (кроме инвалидности 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 с учетом степени риска.

2.6. При страховании лиц, указанных в пункте 2.5 Правил, не является страховым случаем обращение Застрахованного лица в медицинскую и иную организацию в связи с

оказанием ему медицинской помощи по заболеваниям, перечисленным в упомянутом пункте и связанными с ними осложнениям, если иного не будет предусмотрено Договором страхования.

2.7. Указанные в пункте 2.5 сведения (диагнозы) наряду с факторами, перечисленными в пункте 6.2 Правил, признаются в соответствии со ст. 959 Гражданского кодекса РФ обстоятельствами, имеющими существенное значение для определения вероятности наступления страхового случая и размера возможных убытков от его наступления (обстоятельства, влекущие увеличение страхового риска), а также обстоятельствами, влекущими увеличение страхового риска.

2.8. Если договор страхования содержит условия о страховании финансовых рисков, то такой договор заключается в пользу Застрахованного.

3. ОБЪЕКТ СТРАХОВАНИЯ

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

3.2. Объектом страхования по Договору также могут являться имущественные интересы, связанные с риском возникновения непредвиденных расходов физических лиц:

- в связи с оплатой организации транспортных услуг, также включающих в себя организацию транспортировки, репатриации тела (останков) Застрахованного, возвращение Застрахованного и сопровождающего Застрахованного лица к месту пребывания, транспортировку детей Застрахованного, визит близкого родственника Застрахованного к месту лечения Застрахованного, психологических и юридических и иных услуг, связанных с оказанием медицинской помощи;
- на оплату юридических, психологических услуг, финансовых, налоговых и иных консультаций, связанных с состоянием здоровья Застрахованного и (или) заключением Договора страхования и не связанных с предпринимательской деятельностью Застрахованного лица.

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 медицинских и иных услуг Застрахованному при его обращении в медицинскую и иную организацию по поводу ухудшения состояния здоровья и (или) состояния, требующего оказания медицинской помощи и иных услуг, 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 страхователю, застрахованному лицу, выгодоприобретателю или иным третьим лицам.

Страховым случаем в соответствии с настоящими Правилами является обращение Застрахованного в течение срока действия договора страхования в медицинскую и иную организацию из числа предусмотренных договором страхования и (или) Программой и

(или) согласованных со Страховщиком, для получения различных видов платных медицинских и иных услуг, включенных в Программу, по поводу ухудшения состояния здоровья и (или) состояния, а также обстоятельств, требующих оказания медицинской помощи (в том числе беременность, услуги по родовспоможению, послеродовой период, состояние новорожденности и другие) и повлекших возникновение расходов на оплату медицинской помощи и иных услуг, оказанных 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 страхования в медицинскую и иную организацию из числа предусмотренных договором страхования и (или) Программой 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 и иных услуг, оказанных 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 транспортных, сервисных и бытовых услуг, в том числе оплатой организации транспортировки, репатриации Застрахованного или его тупа (останков), возвращения Застрахованного и сопровождающего его лица к месту пребывания, транспортировкой сопровождающих лиц Застрахованного, транспортировкой детей Застрахованного, визитом по месту лечения или месту пребывания Застрахованного близкого родственника Застрахованного; расходы по найму жилого помещения для Застрахованного и сопровождающего его лица; услуги по сопровождению Застрахованного и его несовершеннолетних детей в поездках, а также иных услуг, а также возникновение у Застрахованного в связи с оказанием медицинской помощи непредвиденных расходов на психологические, юридические и иные предусмотренные договором страхования и (или) Программой услуги.

В случае если это предусмотрено договором страхования и (или) Программой, страховым случаем в отношении страхования финансовых рисков является возникновение в течение действия договора страхования непредвиденных расходов Застрахованного по оплате юридических услуг, финансовых (налоговых) и иных консультаций, предусмотренных договором страхования и (или) Программой, оказанных Застрахованному. Перечень расходов, подлежащих страховому возмещению, указывается в договоре страхования и (или) Программе.

4.4. Объем медицинских и иных услуг, оказываемых Застрахованному медицинской и иной организацией и оплачиваемых Страховщиком по договору страхования, определяется выбранной Программой. Программы могут включаться в план страхования и содержать перечень исключений из страхового покрытия.

4.5. Договор страхования может быть заключен на условиях предоставления Застрахованному страховой защиты в объеме Программ, содержащих разные виды медицинской помощи и услуг, предоставляемых при наступлении страхового случая. При страховании дополнительных рисков непредвиденных расходов Страховщик также оплачивает такие дополнительные расходы Застрахованного в объеме, определенном договором страхования и (или) Программой.

4.6. Программы, предусматривающие оказание медицинской помощи и иных услуг, могут содержать различные виды услуг, составляющих медицинскую деятельность, а также перечень иных услуг, подлежащих организации и оплате Страховщиком, в том числе лекарственное обеспечение и (или) обеспечение медицинскими изделиями.

4.7. При заключении договора страхования Страховщик и Страхователь при условии применения к страховому тарифу соответствующих поправочных коэффициентов вправе договориться об объеме медицинской помощи в рамках Программы путем

изменения перечня организуемых и оплачиваемых Страховщиком медицинских и иных услуг, включаемых в конкретную Программу, и о названии конкретной Программы, отражающей вид, объем и порядок предоставляемой Застрахованному медицинской помощи.

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

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

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

4.10.1. воздействия ядерного взрыва, радиации или радиоактивного заражения;

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

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

4.11. Если в течение срока действия договора страхования Страховщику станет известно о том, что Застрахованный или Страхователь при заключении договора страхования представил Страховщику ложные сведения и скрыл имеющиеся заболевания и (или) состояния, предусмотренные пунктом 2.5 Правил, Страховщик вправе в одностороннем порядке прекратить действие договора страхования в отношении этого Застрахованного, согласно п. 1 ст. 450 Гражданского кодекса РФ и (или) потребовать признания договора страхования недействительным и применения последствий, предусмотренных п. 2 ст. 179 Гражданского кодекса РФ.

4.12. Если в течение срока действия договора страхования у Застрахованного будут впервые диагностированы заболевания (состояния), из числа указанных в пункте 2.5 Правил и (или) указанных в Анкете, в отношении которых Застрахованный дал отрицательный ответ, Страховщик оплачивает медицинскую помощь, оказанную Застрахованному по медицинским показаниям, до момента подтверждения (постановки) диагноза. После подтверждения (постановки) диагноза, Страховщик будет вправе требовать уплаты дополнительной страховой премии соразмерно увеличению страхового риска или изменения условий договора страхования (в т.ч. сокращения срока его действия, уменьшения объема услуг, установления лимитов страховых выплат и др.) как в целом, так и в отношении отдельных Застрахованных лиц. При отказе Страхователя от уплаты дополнительной страховой премии (изменения условий договора страхования) Страховщик вправе потребовать расторжения договора страхования в целом или прекращения страхования в отношении отдельного (отдельных) Застрахованных лиц в порядке, предусмотренном главой 29 Гражданского кодекса РФ.

4.12.1. Для целей реализации процедуры прекращения действия (изменения условий договора страхования) в соответствии с условиями настоящего пункта Страховщик имеет право в договорах с медицинскими и иными организациями предусматривать условия об информировании Страховщика о факте постановки (подтверждения) диагноза, указанного в пункте 2.5 Правил.

4.12.2. После получения информации, указанной в пункте 4.12 Правил, Страховщик направляет Страхователю письменное уведомление об изменении условий договора страхования в целом или в отношении соответствующего Застрахованного. Если Страхователь возражает против изменения условий договора страхования или доплаты страховой премии, страховщик вправе потребовать расторжения договора в соответствии с правилами, предусмотренными главой 29 Гражданского кодекса РФ.

4.12.3. Договор страхования считается прекращенным в отношении Застрахованного, указанного в пункте 4.12 Правил, с даты, указанной в соответствующем уведомлении Страховщика. Уведомление направляется Страхователю не менее чем за 3 (Три) рабочих дня до даты прекращения действия договора страхования в отношении Застрахованного. Страхователь обязан уведомить Застрахованного о факте прекращения договора страхования в отношении последнего.

4.12.4. В том случае, если на момент прекращения договора страхования страховая премия была уплачена Страхователем полностью, Страховщик, если условиями договора страхования не предусмотрено иное, обязан в течение 30 (Тридцати) рабочих дней с момента получения Страхователем уведомления о прекращении договора в отношении определенного Застрахованного, вернуть 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, за исключением случаев, когда Застрахованное лицо заявило о наступлении страхового случая и (или) обратилось за получением страховой выплаты – в таких случаях возврат страховой премии не осуществляется.

4.12.5. 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 пунктах 4.12.2-4.12.3 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 медицинских и иных услуг, предусмотренных 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 и может предусматривать лимиты (максимальный размер) страховых выплат по отдельным заболеваниям (состояниям), отдельной медицинской организации, отдельным видам медицинской помощи и медицинским и иным услугам, в том числе обеспечению лекарственными препаратами и (или) медицинскими изделиями, или их различной совокупности.

5.4. Страховая сумма и (или) лимит страховых выплат по соглашению сторон может устанавливаться как в российских рублях, так и в иностранной валюте. При определении страховой суммы в иностранной валюте 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, СРОК (ПЕРИОДИЧНОСТЬ) УПЛАТЫ СТРАХОВОЙ ПРЕМИИ

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 № 8 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, среди которых могут учитываться:

6.2.1. пол, возраст Застрахованного;

6.2.2. объем предоставляемого страхового покрытия и исключения из страхового покрытия (оплачиваемые и неоплачиваемые виды медицинской помощи и иных услуг);

6.2.3. срок действия договора страхования;

6.2.4. общее число лиц, принимаемых на страхование по договору;

6.2.5. ценовая категория медицинских и иных организаций;

6.2.6. наличие франшизы, ее вид и размер, факт наличия (возникновения по предыдущим договорам страхования) у Застрахованного задолженности по оплате франшизы;

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

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:

6.4.1. умножением страховой суммы на страховой тариф;

6.4.2. умножением рассчитанного размера страховой премии на коэффициенты риска, устанавливаемые с учетом степени риска, определяемые экспертным путем, срока страхования.

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

6.6. В случае изменения стоимости медицинских и иных услуг в период действия договора страхования, Страховщик вправе изменить размер страховой премии, если иное не установлено в договоре страхования. При указанном в настоящем пункте изменении стоимости медицинских и иных услуг Страховщик направляет Страхователю уведомление, в котором указывает информацию о повышении стоимости медицинских и иных услуг, 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 (Пять) рабочих дней до даты изменения страховой премии по договору страхования, если иной порядок не будет предусмотрен договором 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.

При безналичной форме оплаты страховая премия (страховые взносы) считается уплаченной:

6.7.1. в отношении Страхователя-юридического лица: в момент поступления суммы страховой премии (страхового взноса) на расчетный счет Страховщика либо его уполномоченного представителя;

6.7.2. в отношении Страхователя-физического лица: в момент списания суммы страховой премии (страхового взноса) со счета Страхователя.

6.8. При уплате страховой премии (страхового взноса) наличными денежными средствами страховая премия считается уплаченной с момента внесения денежных средств Страховщику либо его уполномоченному представителю.

6.9. 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 (или иного лица, интерес которого застрахован в соответствии с условиями Договора страхования) в убытках от страхового случая – франшиза. Франшиза – часть убытков, которая определена федеральным законом и (или) договором страхования, и которая не подлежит возмещению Страховщиком Страхователю или иному лицу, интерес которого застрахован в соответствии с условиями договора страхования, и устанавливается в виде определенного процента от убытка (страховой суммы) или в абсолютных величинах.

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

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

7.3. Франшиза может быть установлена по договору страхования, по Программе, по отдельной медицинской или иной организации или группе медицинских или иных организаций, по одному риску либо по их комбинации. В соответствии с условиями договора франшиза может быть различной для разных видов медицинской помощи, услуг, уровней выплат (размеров убытков).

7.4. Франшиза по соглашению сторон может взиматься с Застрахованного после оплаты убытков Страховщиком (регрессная франшиза). Регрессная франшиза - вид франшизы, при которой в случае наступления страхового случая Страховщик сначала оплачивает медицинской или иной организации полную сумму убытка без учета франшизы, после чего Застрахованный (Страхователь) обязан возместить Страховщику часть оплаченного убытка в размере установленной франшизы.

8. ПОРЯДОК ЗАКЛЮЧЕНИЯ И ИСПОЛНЕНИЯ ДОГОВОРА СТРАХОВАНИЯ

8.1. Договор страхования заключается в письменной форме:

8.1.1. в виде электронного документа, в том числе через официальный сайт (мобильное приложение) Страховщика, официальный сайт (мобильное приложение) представителя Страховщика (страхового агента, страхового брокера) в порядке, предусмотренном пунктом 8.4 настоящих Правил;

8.1.2. в стандартном порядке при непосредственном обращении к Страховщику (его уполномоченному представителю) в устной форме или с письменным заявлением о своем намерении заключить договор страхования.

8.2. Договор страхования в стандартном порядке заключается путем составления одного документа, подписанного обеими сторонами договора страхования либо вручения Страховщиком Страхователю на основании его письменного или устного заявления страхового полиса (свидетельства, сертификата, квитанции), подписанного Страховщиком.

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

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

8.3. Заключение договора страхования в стандартном порядке.

8.3.1. Договор страхования в случае непосредственного обращения к Страховщику (его уполномоченному представителю) заключается на основании устного или письменного заявления Страхователя и медицинской анкеты лица, принимаемого на страхование, являющихся приложениями к настоящим Правилам. Форма и содержание заявления и анкеты могут быть изменены в соответствии с целями конкретного договора страхования.

В письменном заявлении на страхование могут быть указаны (если иное не установлено соглашением сторон договора страхования):

- фамилия, имя, отчество (при наличии), 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), а в случае, если договор страхования заключается без указания фамилии, имени, отчества Застрахованного, то в заявлении должен быть четко определен идентифицирующий признак, позволяющий однозначно установить застрахованное лицо;
- наименование, адрес места нахождения, телефон, электронный адрес, телефакс (при наличии), 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, электронный адрес, номер телефона и других средств связи Страхователя, если Страхователем является физическое лицо;

- предполагаемый вид медицинской помощи (риски), страховая сумма и, при необходимости, наименование медицинских и иных организаций;
- срок, на который заключается договор страхования;
- данные о состоянии здоровья лиц, принимаемых на страхование, если такие данные запрошены Страховщиком.

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 их надлежащей легализации на территории РФ (при наличии апостиля, легализации и т.д.).

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

Дополнительным условием для заключения договора страхования может быть установлено медицинское обследование лица, в отношении которого заключается договор. Страховщик обязан уведомить страхователя о таких условиях и о порядке их выполнения.

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

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

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

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

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

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

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

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

8.3.2.2. 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.

8.3.2.3. При прекращении договора страхования Страховщиком в одностороннем порядке по основаниям и в порядке, предусмотренным пунктами 8.3.2.1 и 8.3.2.2 настоящих Правил, уплаченная Страховщику страховая премия не подлежит возврату.

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

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

8.4. Заключение договора страхования в электронной форме.

8.4.1. В соответствии с настоящими Правилами и действующим законодательством РФ договор страхования может быть составлен в форме электронного документа. Договор страхования в электронной форме заключается на основании соответствующего заявления Страхователя, созданного и отправленного Страховщику с использованием его официального сайта, мобильного приложения Страховщика, официального сайта (мобильного приложения)¹ представителя Страховщика (страхового агента, страхового брокера) в порядке, указанном в настоящих Правилах.

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

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

8.4.3. На основании электронного запроса, изложенного, в том числе, в виде условия страхования и (или) анкеты-заявления на сайте Страховщика, для заключения договора страхования Страхователь предоставляет информацию и документы в

¹ Порядок использования мобильного приложения Страховщика или представителя Страховщика размещается на официальных сайтах Страховщика, представителя Страховщика в информационно-телекоммуникационной сети «Интернет».

электронном виде (в том числе в виде электронных файлов в формате pdf, jpg и т.д.).

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

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

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

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

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

документов. Стороны электронного документооборота вправе также заключить соглашение об иных условиях использования простой электронной или иной подписи согласно Федеральному закону от 6 апреля 2011 г. № 63-ФЗ «Об электронной подписи».

- Информация о подписании документа простой электронной подписью, а также информация, идентифицирующая лицо, подписавшее документ простой электронной подписью, указывается в подписанном документе. Определение лица, подписывающего электронный документ, по его простой электронной подписи осуществляется в соответствии с настоящим пунктом Правил.
- В случае невозможности обмена документами в электронном виде, подписанными электронной подписью, по причине технического сбоя внутренних систем или по иным причинам, обмен документами производится на бумажном носителе с подписанием собственноручной подписью.
- После осуществления доступа к сайту Страховщика в соответствии с настоящим пунктом Страхователю предоставляется возможность направления Страховщику сведений, указанных в пункте 8.4.2 настоящих Правил.

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

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

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

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

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

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

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

- об условиях, на которых может быть заключен договор страхования, включающих:

объект страхования, страховые риски, размер страховой премии, страховой суммы, а также порядок определения страховой премии и страховой суммы, а также порядок получения медицинских и иных услуг и порядок осуществления страховой выплаты (страхового возмещения), в том числе перечень документов, которые необходимо представить Застрахованному вместе с заявлением на получение страхового возмещения, если договором страхования предусмотрено возмещение;

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

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

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

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

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

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

получателю страховых услуг.

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

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

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

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

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

8.12. Заключая договор страхования на основании настоящих Правил, Страхователь именуемый также далее «Субъект», в соответствии со ст. 9 Федерального закона от 27.07.2006 152-ФЗ «О персональных данных», даёт свое конкретное, предметное, информированное, сознательное и однозначное согласие («Согласие») и подтверждает наличие Согласия Застрахованного Страховому публичному акционерному обществу «Ингосстрах» (далее – Оператор или Страховщик) (ОГРН 1027739362474, ИНН 7705042179), адрес местонахождения: Российская Федерация, г. Москва, ул. Пятницкая, д.12, стр. 2, на обработку персональных данных в соответствии с целями, обозначенными в настоящих Правилах.

Обработка персональных данных осуществляется Оператором в порядке и на условиях, предусмотренных действующим законодательством, а также документом Оператора, определяющим политику обработки персональных данных Оператора. С текстом указанного документа, размещенного на сайте Оператора по адресу: www.ingos.ru, ознакомлен.

Обработке подлежат следующие персональные данные: фамилия, имя, отчество, дата и место рождения, данные документа, удостоверяющего личность, адрес, гражданство, номер телефона, адрес электронной почты и иные контактные данные, пол, семейное, социальное, имущественное положение, сведения о наличии детей и иных лиц на

иждивении, страна налогового резидентства, сведения об образовании, профессии, роде занятий, сведения, связанные с работой, данные документов, подтверждающих право иностранного гражданина или лица без гражданства на пребывание в Российской Федерации, уникальный номер индивидуального лицевого счета, используемый для обработки сведений о физическом лице в системе индивидуального (персонифицированного) учета, а также для идентификации и аутентификации сведений о физическом лице при предоставлении государственных и муниципальных услуг и исполнении государственных и муниципальных функций (СНИЛС), сведения о заключенных договорах страхования (номер, дата заключения, период страхования, страховая сумма и пр.), номер участника программы лояльности, идентификатор клиента в информационной системе Страховщика, данные миграционной карты, визы, идентификационный номер налогоплательщика, реквизиты банковского счета, данные полисов добровольного и обязательного медицинского страхования, сведения, относящиеся к специальным категориям персональных данных, сведения о состоянии здоровья и иные сведения, составляющие врачебную тайну, полученные от медицинских работников, лиц, уполномоченных осуществлять медицинскую экспертизу, медицинских и иных организаций, из иных источников, а также иные персональные данные, переданные в связи с рассмотрением вопроса возможности и (или) целесообразности заключения договоров с Оператором, подготовкой к их заключению, заключением, исполнением и прекращением действия указанных договоров.

Персональные данные могут обрабатываться посредством осуществления действий (операций) или совокупности действий (операций), совершаемых с использованием средств автоматизации или без использования таких средств, включая сбор, запись, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), извлечение, использование, включая, в случаях, предусмотренных законом или договором, передача, обезличивание, блокирование, удаление, уничтожение.

Оператор наделен правом осуществлять обработку вышеуказанных персональных данных, в т.ч. сформированных в электронном виде на сайте Оператора, с помощью проставления отметок и (или) введения соответствующей информации, и указанных в заключенном между Субъектом и Оператором договоре (договорах).

Страхователь разрешает и подтверждает Оператору наличие Согласия Застрахованного на передачу его персональных данных (и персональных данных Застрахованного), в том числе трансграничную передачу, медицинским и иным организациям, с которыми у Оператора заключены соответствующие договоры, в рамках добровольного медицинского страхования. Такая передача может быть осуществлена как в электронной форме, так и на материальных носителях (бумажных или электронных).

Настоящим Согласием Страхователь разрешает и подтверждает наличие Согласия Застрахованного медицинским и иным организациям передавать сведения о факте обращения Застрахованного за оказанием медицинской помощи, состоянии его здоровья и диагнозе, иные сведения, полученные при его медицинском обследовании и лечении, Оператору. Составляющие врачебную тайну сведения, полученные в рамках заключения или исполнения договоров добровольного медицинского страхования от медицинских и иных организаций и лиц, уполномоченных осуществлять медицинскую экспертизу, могут быть использованы исключительно для целей заключения, исполнения и продления договоров добровольного медицинского страхования.

В случае заключения договора страхования с условием о франшизе, Страхователь подтверждает согласие Застрахованного с тем, что Оператор имеет право передавать Страхователю сведения о наличии задолженности Субъекта (его законного представителя) по оплате франшизы (по возмещению Страховщику расходов на оплату франшизы, которую выполнил Страховщик по поручению застрахованного лица (его законного представителя)) в рамках исполнения договора страхования.

Персональные данные могут обрабатываться Оператором, а также медицинскими и иными организациями, с которыми у Оператора заключены соответствующие договоры, для реализации следующих целей:

- проведение анализа и оценки страховых рисков;
- организация оказания медицинских и иных услуг Субъекту;
- оплата медицинских и иных услуг, оказанных Субъекту;
- определение размера убытков и принятия решения о страховой выплате;
- возмещение расходов на оплату франшизы, которую выполнил Страховщик по поручению Субъекта (его законного представителя));
- направление рассылок в целях повышения уровня клиентоориентированности и лояльности (включая проведение исследований (опросов) в области сервисных услуг и их качества, исключая при этом направление рекламных предложений);
- статистические цели;
- предоставление Страховщиком информации об условиях продления договоров страхования со Страховщиком;
- продление договора страхования;
- совершенствование процесса оказания услуг Страховщиком.

Согласие предоставляется на срок 5 (пять) лет (за исключением согласия на запрос и получение кредитной истории, требуемого в силу норм законодательства о кредитных историях). По истечении указанного срока Согласие автоматически продлевается на каждый следующий пятилетний срок, если Согласие не будет отозвано.

Согласие может быть отозвано полностью или частично посредством передачи Оператору соответствующего заявления. Такое заявление может быть передано как на бумажном носителе за собственноручной подписью заявителя, так и посредством электронной почты (с указанием сведений, обязательных для включения в запрос на получение информации, касающейся обработки персональных данных), мобильного приложения Оператора, личного кабинета на официальном сайте Оператора. В случае подписания заявления об отзыве Согласия представителем Субъекта к заявлению должен быть приложен документ, подтверждающий соответствующие полномочия представителя (его сканированный образ).

Страхователь подтверждает, что ему в полном объеме ясны его права и обязанности в области персональных данных и ему полностью понятно значение перечисленных в настоящем согласии терминов и их соответствие требованиям Федерального закона от 27.07.2006 № 152-ФЗ «О персональных данных» и Федерального закона от 30.12.2004 № 218-ФЗ «О кредитных историях», Федерального закона от 06.04.2011 № 63-ФЗ «Об электронной подписи».

Страхователь подтверждает, что ему разъяснено, что при отзыве его согласия Оператор вправе продолжить обработку его персональных данных в случаях, прямо предусмотренных действующим законодательством.

Страхователь также гарантирует наличие аналогичных согласий иных лиц, персональные данные которых могут быть переданы Оператору, в т.ч. в связи с рассмотрением вопроса возможности и целесообразности заключения им договоров с Оператором, подготовкой к их заключению, заключением, исполнением и прекращением действия указанных договоров. Страхователь обязуется по требованию Оператора в течение 1 (Одного) рабочего дня предоставить Оператору вышеуказанные согласия на обработку персональных данных в виде отдельных документов, составленных и оформленных в соответствии с законодательством Российской Федерации, способом, соответствующим требованиям законодательства Российской Федерации.

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

8.14. Если иное не предусмотрено договором страхования и при наличии соответствующей технической возможности, изменения в договор страхования могут быть

внесены путем обмена информацией между Страховщиком и Страхователем в электронном виде через официальный сайт или мобильное приложение Страховщика в порядке, аналогичном порядку, предусмотренному пунктом 8.4 настоящих Правил.

9. ПРАВА И ОБЯЗАННОСТИ СТОРОН

9.1. Страхователь имеет право:

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

9.1.2. в течение срока действия договора страхования с согласия Страховщика изменить перечень страховых рисков, перечень медицинских и иных организаций и (или) Программ, страховую(ые) сумму(ы), 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 число 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 Гражданского кодекса РФ);

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

9.1.8. один раз в течение действия договора страхования бесплатно запросить у Страховщика копии действующего договора страхования и иных документов, являющихся его неотъемлемой частью 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);

9.2.2. предоставлять Страховщику по его требованию информацию о показателях здоровья принимаемых на страхование лиц;

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

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

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

9.2.6. передать Застрахованному 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 на сайте Страховщика или мобильном приложении Страховщика;

9.2.7. своевременно сообщить Страховщику об изменении своих банковских реквизитов, места нахождения, номеров контактных телефонов и электронных адресов, 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 пунктах 2.5 Правил, и уплачивать дополнительную страховую премию по требованию Страховщика при диагностировании у Застрахованного лица заболевания, из числа указанных в пункте 2.5.

9.3. Застрахованный имеет право:

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

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

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

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

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

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

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

9.4. Застрахованный обязан:

9.4.1. соблюдать порядок оказания медицинских и иных услуг, предусмотренных Программой;

9.4.2. соблюдать указания (рекомендации) медицинского работника, предоставляющего медицинскую услугу, и назначенный режим лечения, в том числе определенный на период его временной нетрудоспособности, и правила поведения пациента в медицинских организациях; соблюдать правила внутреннего распорядка и режим дня, установленные медицинской и иной организацией;

9.4.3. своевременно информировать Страховщика о факте выявления у него заболеваний (состояний), из числа указанных в пунктах 2.5 Правил;

9.4.4. не передавать страховые документы, в том числе полис, полученные от Страхователя, другим лицам с целью получения ими медицинских и иных услуг или иных выплат, предусмотренных договором страхования и (или) программой страхования;

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

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

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 медицинской или иной организации договоренности о посещении или вызове врача, заблаговременно отказаться от забронированного ранее времени посещения врача или вызова врача на дом;

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

9.4.10. не нарушать условия пунктов 9.4.2, 9.4.3, 9.4.4, 9.4.5, 9.4.8 и 9.4.9 Правил – нарушение Застрахованным указанных условий рассматривается в качестве существенного нарушения условий договора страхования, что может повлечь за собой досрочное прекращение действия договора страхования в отношении такого Застрахованного согласно условиям Правил или договора страхования;

9.4.11. соблюдать порядок получения страхового возмещения, установленный договором страхования и (или) Программой страхования.

9.5. Страховщик имеет право:

9.5.1. проверять полученную от Страхователя и Застрахованного информацию;

9.5.2. до принятия на страхование потребовать проведения медицинского обследования принимаемого на страхование лица и (или) предоставления документов, подтверждающих состояние его здоровья;

9.5.3. для принятия решения о страховой выплате потребовать проведения медицинского обследования Застрахованного и (или) предоставления документов, подтверждающих информацию о состоянии его здоровья;

9.5.4. прекратить договор страхования в отношении Застрахованного, если он не выполнил обязанности, предусмотренные пунктами 9.4.2, 9.4.3, 9.4.4, 9.4.5, 9.4.8 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 пункте 4.12 Правил и предусмотренных действующим законодательством РФ;

9.5.6. прекратить договор страхования в отношении Застрахованного, в случае получения письменного заявления Застрахованного об отзыве им своего согласия на обработку Страховщиком и партнерами Страховщика его персональных данных, если в случае такого отзыва персональных данных Застрахованного исполнение договора страхования становится невозможным;

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

9.5.8. после уведомления об обстоятельствах, влекущих увеличение страхового риска потребовать изменения условий договора страхования или уплаты дополнительной страховой премии соразмерно увеличению риска, и если Страхователь возражает против изменения условий договора страхования или доплаты страховой премии, потребовать расторжения договора страхования в целом или прекращения страхования в отношении отдельного (отдельных) Застрахованных лиц в порядке, предусмотренном главой 29 Гражданского кодекса РФ.

9.6. Страховщик обязан:

9.6.1. организовать оказание и оплатить и (или) только оплатить (осуществить страховое возмещение), если это предусмотрено условиями договора страхования, получение Застрахованным медицинских и иных услуг, предусмотренных Программой;

9.6.2. организовать и оплатить (осуществить страховое возмещение), если это

предусмотрено условиями договора страхования, получение Застрахованным лекарственных препаратов и медицинских изделий, предусмотренных Программой;

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

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

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

9.6.6. 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 страхования страховой суммы, расчеты страховой выплаты;

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

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

9.6.10. информировать Страхователя о факте просрочки оплаты Застрахованным франшизы (при наличии согласия Застрахованного об информировании Страхователя).

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

10. ПОРЯДОК ПРЕКРАЩЕНИЯ ДОГОВОРА СТРАХОВАНИЯ

10.1. Договор страхования прекращает свое действие:

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

10.1.2. в случае смерти:

10.1.2.1. Страхователя-физического лица и (или) Страхователя-индивидуального предпринимателя (договор прекращается в отношении такого Страхователя) – с даты смерти Страхователя;

10.1.2.2. Застрахованного (договор прекращается в отношении такого Застрахованного) – с даты смерти Застрахованного;

10.1.3. по требованию Страховщика – в случае неуплаты страховой премии (страхового взноса) в установленные договором страхования сроки, если Страхователь был предварительно уведомлен Страховщиком о факте наличия задолженности и последствиях ее неуплаты, а также в случаях, предусмотренных пунктом 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. в случае отзыва согласия на обработку персональных данных:

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

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

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

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

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

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

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

10.1.10. в случае если Страхователь возражает против изменения условий Договора страхования или доплаты страховой премии соразмерно увеличению риска (в случае значительного изменения обстоятельств, если эти изменения могут существенно повлиять на увеличение страхового риска), в частности, в случаях, указанных в пункте 4.12 Правил;

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

10.1.12. При прекращении договора страхования в соответствии с пунктами 10.1.2, 10.1.7 Правил в целом или отношении какого-либо Застрахованного, Страховщик возвращает уплаченную страховую премию (страховой взнос) в размере части страховой премии (страхового взноса), приходящейся на неистекший срок действия договора страхования, если не было осуществлено страховых выплат в отношении соответствующих застрахованных.

По основаниям, предусмотренным пунктом 4.12 Правил, если условиями договора не будет предусмотрено иное, Страховщик возвращает 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, за исключением случаев, когда Застрахованное лицо заявило о наступлении страхового случая и (или) обратилось за получением страховой выплаты – в таких случаях возврат страховой премии не осуществляется.

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

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

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

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

10.2.2. В случае, если Страхователь-физическое лицо отказался от договора страхования в срок, указанный в пункте 10.2.1 Правил, и до даты возникновения обязательств Страховщика по заключенному договору страхования (далее – дата начала действия страхования), уплаченная страховая премия (страховой взнос) подлежит возврату Страховщиком Страхователю-физическому лицу в полном объеме.

10.2.3. В случае, если Страхователь-физическое лицо отказался от договора страхования в срок, указанный в пункте 10.2.1 Правил, но после даты начала действия договора страхования, Страховщик при возврате уплаченной страховой премии (страхового взноса) Страхователю-физическому лицу удерживает часть страховой премии (страхового взноса) пропорционально сроку действия договора страхования, прошедшему с даты начала действия договора страхования до даты прекращения действия договора страхования, если иного не предусмотрено соглашением сторон.

10.2.4. При досрочном прекращении договора страхования в порядке, предусмотренном настоящим пунктом, договор страхования считается прекратившим свое действие с даты получения Страховщиком письменного заявления Страхователя-физического лица об отказе от договора страхования или иной даты, установленной по соглашению сторон, но не позднее срока, указанного в пункте 10.2.1 Правил.

10.2.5. Страхователь-физическое лицо имеет право отказаться от договора страхования в случае ненадлежащего информирования его об условиях страхования (в случае непредоставления Страховщиком информации о договоре страхования, предоставления неполной или недостоверной информации), при этом Страхователь имеет право на возврат 100% страховой премии за вычетом части страховой премии, исчисляемой пропорционально времени, в течение которого действовал договор страхования.

10.2.6. Возврат страховой премии (страхового взноса) Страхователю-физическому лицу в соответствии с пунктами 10.2.1-10.2.4 Правил по выбору Страхователя-физического лица производится наличными деньгами или в безналичном порядке в срок, не превышающий 10 (Десять) рабочих дней со дня получения письменного заявления Страхователя-физического лица об отказе от договора страхования.

При отказе Страхователя-физического лица от договора страхования в случае непредоставления Страховщиком информации о договоре добровольного страхования, предоставления неполной или недостоверной информации (пункт 10.2.5 Правил), срок возврата страховой премии не должен превышать 7 (Семь) рабочих дней со дня получения заявления Страхователя об отказе от добровольного страхования.

10.2.7. Действие пунктов 10.2.1-10.2.4 Правил не распространяется на осуществление добровольного страхования, являющегося обязательным условием допуска физического лица к выполнению профессиональной деятельности в соответствии с законодательством Российской Федерации, а также страхование, предусматривающее оплату оказанной гражданину Российской Федерации, находящемуся за пределами территории Российской Федерации, медицинской помощи и (или) оплату возвращения его тела (останков) в Российскую Федерацию.

10.3. 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. К указанному расчету по запросу Страхователя прилагаются письменные или даются устные пояснения со ссылками на нормы права и (или) условия договора страхования и Правил, на основании которых произведен расчет.

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

11. ФОРМЫ СТРАХОВЫХ ВЫПЛАТ, ПОРЯДОК ОСУЩЕСТВЛЕНИЯ СТРАХОВОЙ ВЫПЛАТЫ В ФОРМЕ СТРАХОВОГО ВОЗМЕЩЕНИЯ И В ФОРМЕ ОРГАНИЗАЦИИ ОКАЗАНИЯ И ОПЛАТЫ МЕДИЦИНСКИХ И ИНЫХ УСЛУГ

11.1. Страховая выплата по договорам страхования осуществляется в двух формах:

11.1.1. в форме организации оказания и оплаты стоимости медицинских и иных услуг, услуг в рамках страхования финансовых рисков, оказанных Застрахованному, непосредственно медицинским и иным организациям, оказавшим услуги;

11.1.2. в форме страхового возмещения Застрахованному лицу израсходованных им личных денежных средств на оплату медицинских и иных услуг, лекарственных препаратов, медицинских изделий, услуг в рамках страхования финансовых рисков.

Форма(ы) осуществления страховой выплаты определяется в соответствии с условиями договора страхования.

11.2. Для получения предусмотренных Договором страхования и (или) Программой медицинских и иных услуг Застрахованный обращается в медицинские или иные организации, предусмотренные Договором страхования или согласованные со Страховщиком, или к Страховщику.

11.3. Конкретный порядок организации медицинских и иных услуг зависит от выбранной Программы и определяется договором страхования и (или) конкретной Программой.

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

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

11.6. Страховая выплата осуществляется в порядке и сроки, определенные Договором страхования и (или) определенной Программой, при этом размер страховой выплаты в случаях организации и оплаты страховщиком медицинских и иных услуг, услуг в рамках страхования финансовых рисков определяется стоимостью данных услуг, а при оплате медицинских изделий и (или) лекарственных препаратов – стоимостью предусмотренных Договором и (или) Программой медицинских изделий и (или) лекарственных препаратов.

11.7. В случае обращения Застрахованного к Страховщику с уведомлением о наступлении события, имеющего признаки страхового случая, Страховщик должен проинформировать Застрахованного обо всех предусмотренных договором страхования и

(или) настоящими Правилами страхования необходимых действиях, которые Застрахованный обязан предпринять, а также обо всех документах, представление которых обязательно для рассмотрения вопроса о признании события страховым случаем и о страховом возмещении израсходованных Застрахованным личных денежных средств, о порядке и способе их возмещения и о сроках проведения указанных действий и представления документов.

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

11.8. Для получения страхового возмещения расходов на предусмотренные договором или Программой медицинские и иные услуги и (или) лекарственные препараты и (или) медицинские изделия Застрахованный (его представитель) обязан обратиться к Страховщику в течение 6 (Шести) месяцев (независимо от окончания срока действия договора страхования) с момента получения медицинских услуг и (или) покупки лекарственного препарата и (или) медицинского изделия с заявлением на получение страхового возмещения, составленным по предложенной Страховщиком форме (заявление может быть направлено заказным письмом с уведомлением или передано в филиал Страховщика по месту нахождения Застрахованного (его представителя)), с указанием суммы возмещения и реквизитов счета для зачисления страхового возмещения и с приложением:

11.8.1. копии документа, удостоверяющего личность (страницы с фотографией, фамилией, именем, отчеством, датой рождения, с регистрацией по месту жительства), копия свидетельства о рождении Застрахованного для не имеющих паспорта лиц (и его представителя);

11.8.2. оригинала нотариально удостоверенной доверенности на получение денежных средств доверенным лицом Застрахованного или нотариально заверенной копии документа, подтверждающего право заявителя на наследство или документа, подтверждающего, что заявитель является законным представителем Застрахованного;²

11.8.3. оригинала кассового чека и (или) документа строгой отчетности, предусмотренного законодательством Российской Федерации или законодательством страны места оказания услуг, подтверждающие понесенные расходы на услуги, лекарства или медицинские изделия, предусмотренные программой страхования;

а также:

при оплате медицинских услуг:

11.8.4. оригинала счета, заверенного подписью представителя исполнителя услуг и печатью организации-исполнителя услуг и содержащего фамилию, имя, отчество Застрахованного, наименование, цены и стоимость оказанных медицинских услуг, дату (даты) оказания услуг;

11.8.5. договора, заключенного Застрахованным (или в пользу Застрахованного) с медицинской организацией (без участия организаций-посредников), содержащего сведения о медицинской организации и о лицензии медицинской организации (если такой договор предусмотрен законодательством страны по месту оказания услуг);

11.8.6. оригинала реестра оказанных услуг (если счет не содержит детализацию с указанием перечня оказанных услуг);

11.8.7. заверенной исполнителем медицинских услуг копии прејскуранта (если в стране оказания услуг прејскурант выдается на руки потребителям услуг);

11.8.8. заверенной исполнителем услуг копии медицинской документации, подтверждающей факт назначения и оказания медицинских услуг;

при покупке лекарственного препарата или медицинского изделия:

² Предоставляется только в том случае, если страховая выплата осуществляется доверенному лицу Застрахованного, наследнику или законному представителю.

11.8.9. рецепта (или копия рецепта) и (или) иного документа³ (при отсутствии бланков рецептов), выписанного лечащим врачом, или выданного в аптеке взамен рецепта, подтверждающего назначение лекарства или назначение применения медицинского изделия, предусмотренных Программой;

при получении и оплате иных (немедицинских) предусмотренных Программой услуг:

11.8.10. договора на оказание услуг (при наличии) и счета исполнителя услуг с детализацией по оказанным услугам;

11.8.11. в зависимости от вида транспорта, билеты на который были куплены – авиабилеты, железнодорожные билеты, билеты для проезда междугородними автобусами;

11.8.12. при оплате проживания в гостиницах – договора на оказание гостиничных услуг или заменяющего его документа;

11.8.13. в случае репатриации останков – документов, подтверждающих факт оплаты услуг, связанных с репатриацией (оригиналы оплаченных счетов с детализацией по датам и стоимости оказанных услуг, кассовых чеков или бланков строгой отчетности, квитанций, платежных поручений с отметкой банка об их исполнении или документов их заменяющих в соответствии с законодательством страны оказания услуги), медицинского свидетельства о смерти, а, при невозможности, иного медицинского документа, содержащего информацию о причине смерти Застрахованного, в том числе справки о смерти с указанием причины, а также свидетельства о смерти, выдаваемого органами записи актов гражданского состояния, документов, подтверждающих оказание услуг (акты оказанных услуг);

11.8.14. в случае возмещения в течение действия договора страхования непредвиденных расходов Застрахованного по оплате юридических услуг, финансовых и иных консультаций, предусмотренных договором страхования и (или) Программой – документов, подтверждающих факт оказания и оплаты услуг, предусмотренных договором страхования (Программой) и заявленных к возмещению, оригиналов оплаченных счетов с детализацией по датам и стоимости оказанных услуг, кассовых чеков или бланков строгой отчетности, квитанций, платежных поручений с отметкой банка об их исполнении или документов их заменяющих в соответствии с законодательством страны оказания услуги, документов, подтверждающих оказание услуг (акты оказанных услуг).

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

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

11.11. 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.

11.12. 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

³ Иной документ – выписка из медицинской карты стационарного больного (истории болезни), справка медицинской организации, заверенная копия медицинской карты пациента, получающего медицинскую помощь в амбулаторных условиях, или выписка из этой карты, подтверждающие факт выписки (назначения) лекарственного препарата или медицинского изделия с указанием фамилии и инициалов Застрахованного, наименования лекарственного препарата и его дозировки (или медицинского изделия), фамилии врача, содержащий печать (штамп) медицинской организации. Допускается предоставление Застрахованным копии такого документа, заверенной медицинской организацией, выдавшей документ.

сведений, при этом Страховщик обязан уведомить обратившееся лицо о факте приостановки и запросить у него недостающие сведения.

11.13. Если какие-либо документы, предоставляемые Застрахованным лицом, составлены на языке, отличном от русского, к таким документам Застрахованный обязан приложить их нотариально заверенный перевод на русский язык, выполненный за счет Застрахованного.

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

11.15. В случаях проведения проверки и (или) экспертизы предъявленных к выплате заявления и (или) предусмотренных Правилами или договором страхования документов на предмет их соответствия страховому случаю и объему страхового покрытия, в случаях необходимости получения документов от других организаций, а также в случаях необходимости прохождения Застрахованным медицинского обследования и (или) предоставления Застрахованным документов, подтверждающих состояние здоровья Застрахованного, срок принятия решения может быть увеличен до 90 (Девяноста) рабочих дней. Об использовании права на продление срока принятия решения о страховой выплате Страховщик сообщает Застрахованному.

11.16. Решение о страховой выплате в форме возмещения расходов, понесенных Застрахованным в соответствии с условиями настоящих Правил или договора страхования, или об отказе в страховой выплате принимается Страховщиком, если иное не установлено договором страхования, в течение 30 (Тридцати) рабочих дней с момента получения от Застрахованного или его представителя документов, предусмотренных настоящими Правилами или договором или программой страхования.

Срок принятия решения о страховой выплате исчисляется со дня, следующего за днем получения страховщиком заявления о страховой выплате и всех предусмотренных правилами или договором страхования документов (последнего из необходимых и надлежащим образом оформленных документов, предусмотренных правилами страхования и (или) договором страхования), необходимых для принятия страховщиком решения об осуществлении страховой выплаты.

День получения заявления о страховой выплате и всех предусмотренных правилами или договором страхования документов определяется датой, проставленной на конверте почтовым штемпелем при приеме корреспонденции в почтовом отделении или датой оформления почтовой квитанции (чека) об оплате отправки заказного письма с уведомлением или датой принятия заявления Страховщиком.

11.16.1. Если получателем страховой выплаты не является лицо, обратившееся к Страховщику с заявлением на страховую выплату, Страховщик должен установить требование о предоставлении документа, удостоверяющего личность получателя выплаты. В этом случае срок принятия решения начинается течь не ранее получения страховщиком данного документа.

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

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

11.18. При выполнении возмещения расходов, понесенных Застрахованным лицом,

если расходы были понесены в иностранной валюте, выплаты осуществляются в рублях по курсу Центрального Банка РФ на день осуществления платежа.

11.19. При оплате услуг, предусмотренных Программой, по счетам исполнителей услуг в валюте, отличной от валюты страховой суммы, Страховщик учитывает расходование страховой суммы, применяя курсы валют на день осуществления платежа.

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

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

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

11.21. Не является страховым случаем, и Страховщик имеет право отказать в страховой выплате, если Застрахованный обратился в медицинскую или иную организацию:

11.21.1. в состоянии наркотического, алкогольного или токсического опьянения (если такое состояние непосредственно связано с характером и объемом оказанной медицинской помощи и/или иных услуг);

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

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

11.21.4. в связи с умышленным причинением себе телесных повреждений;

11.21.5. в связи с оказанием ему медицинской помощи по заболеваниям, перечисленным в пункте 2.5 Правил и связанным с ними осложнениями.

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

11.22.1. в части покрытия расходов на оказание медицинских и (или) иных услуг, не обоснованных документами, предусмотренными пунктом 11.8 Правил, подтверждающими наступление страхового случая и понесенные расходы;

11.22.2. в части покрытия расходов, возмещение которых не предусмотрено настоящими Правилами и (или) договором страхования, в том числе расходов в связи с оказанием Застрахованному различных видов медицинских и иных услуг, не включенных в Программу;

11.22.3. обращение за медицинскими и иными услугами вне срока действия договора страхования, а также с нарушением порядка оказания услуг, предусмотренных Программой;

11.22.4. обращение за медицинскими и иными услугами в медицинскую и иную организацию, не предусмотренную договором страхования или Программой и не согласованную со Страховщиком;

11.22.5. обращение за медицинскими и иными услугами по основаниям иным,

чем ухудшение состояния здоровья и (или) возникновения состояния, а также обстоятельств, требующих оказания медицинской помощи, указанных в Программе;

11.22.6. страховых событий, не повлекших возникновение расходов на оплату медицинских и иных услуг, предусмотренных Программой.

11.23. Если иного не установлено договором страхования, Страховщик освобождается от страховой выплаты, если страховой случай произошел по основаниям, предусмотренным пунктом 4.10 настоящих Правил.

11.24. Страховщик не вправе отказать в страховой выплате по основаниям, не предусмотренным законодательством РФ или договором и (или) Программой страхования.

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

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

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

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

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

11.26. Исключения из страхового покрытия: если иное не установлено договором страхования или Программой также не являются страховым случаем и Страховщик не оплачивает:

11.26.1. медицинские услуги, лекарственные препараты и медицинские изделия, связанные со следующими заболеваниями и их осложнениями (если в Программе не предусмотрено иное):

11.26.1.1. последствия умышленного причинения Застрахованным вреда своему здоровью, в том числе в результате суицидальных попыток, включая смерть в результате самоубийства (кроме случаев, предусмотренных законом);

11.26.1.2. врожденные аномалии, пороки развития, наследственные заболевания;

11.26.1.3. болезнь, вызванная вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ) и

любые состояния и заболевания, связанные с инфекцией, вызванной ВИЧ (за исключением лекарственной терапии ВИЧ-инфекции и СПИДа после 5 (Пяти) лет непрерывного страхования по программе, предусматривающей соответствующие услуги);

11.26.1.4. имеющиеся на момент заключения договора страхования состояния и заболевания, а также их последствия, кроме случаев, когда по запросу Страховщика последнему была представлена вся медицинская информация о таких заболеваниях и состояниях при проведении анкетирования, и со Страховщиком было письменно согласовано оказание услуг в рамках Программы страхования по поводу данных заболеваний и состояний;

11.26.1.5. алкогольное, наркотическое или токсическое опьянение, заболевания и состояния, связанные причинно-следственной связью с приемом алкоголя, наркотических и (или) токсических веществ, алкоголизм, наркомания, токсикомания;

11.26.1.6. расстройства личности, включая, в том числе аффективное расстройство личности; шизоидное расстройство личности (не шизофрения); истерическое расстройство личности;

11.26.2. Страховщик не оплачивает (кроме случаев, предусмотренных Программой страхования):

11.26.2.1. медицинские услуги, оказываемые без медицинских показаний; услуги и (или) лекарственные препараты и (или) медицинские изделия, оказанные (предоставленные) лицу, отличному от Застрахованного;

11.26.2.2. медицинские и иные услуги, оказанные Застрахованному лицу, и (или) лекарственные препараты и (или) медицинские изделия, не предусмотренные Программой страхования Застрахованного;

11.26.2.3. услуги и (или) лекарственные препараты и (или) медицинские изделия, оказанные (предоставленные) с превышением установленных Программой лимитов страховых выплат и (или) ограничений по числу оказанных услуг и (или) лекарственных препаратов и (или) медицинских изделий или по их стоимости;

11.26.2.4. амбулаторные консультации терапевта, педиатра, врача общей практики, врачей-специалистов; услуги психологов;

11.26.2.5. лабораторную и (или) инструментальную диагностику, выполняемую в амбулаторных условиях;

11.26.2.6. диагностика, лечение, процедуры, пластические операции, проводимые с эстетической или косметической целью, в том числе установка зубного импланта вместо здорового натурального зуба, пересадка волос по любой причине, липосакция;

11.26.2.7. устранение косметических дефектов, не вызванных болезнью, какими бы это не было вызвано причинами (медицинскими или психологическими);

11.26.2.8. любое лечение или процедуры по изменению формы или внешнего вида молочной железы, кроме восстановления после лечения по поводу злокачественного новообразования, выполняемого в течение не более чем 2 (Двух) лет после проведения операции в рамках Программы страхования;

11.26.2.9. лечение по поводу ожирения, коррекция веса;

11.26.2.10. хирургическое изменение пола;

11.26.2.11. операции по поводу гинекомастии;

11.26.2.12. лечение мозолей, утолщения или деформации ногтей;

11.26.2.13. восстановительная и корректирующая хирургия: лечение, требующееся для восстановления внешнего вида Застрахованного после болезни, травмы или предыдущей операции, за исключением:

- хирургических операций с целью восстановления внешности после несчастного случая (травмы), или после операции по поводу злокачественного заболевания, если они произошли в течение срока действия страхования по Программе страхования;
- случаев, когда хирургическая операция является частью комплексного лечения по

поводу злокачественного новообразования или лечения, необходимость в котором возникла в результате несчастного случая и выполняется по предварительному согласованию со Страховщиком;

11.26.2.14. лечение по поводу подошвенного (плантарного) фасциита (пяточной шпоры);

11.26.2.15. размещение в больнице (в стационарных условиях), если это необходимо в следующих целях:

- предоставления общего медицинского ухода или других услуг, которые не требуют пребывания Застрахованного в стационаре и могут быть оказаны в иной организации, не являющейся стационаром;
- лечения только у специалиста в области народной (альтернативной) медицины;
- получение услуг, которые не требуют привлечения квалифицированного медицинского персонала, например, помощь при хождении, принятии ванны или приготовлении еды;

11.26.2.16. все виды стоматологических услуг, за исключением предусмотренных Программой страхования;

11.26.2.17. услуги службы скорой медицинской помощи (в том числе с применением санитарной авиации);

11.26.2.18. лечение и (или) вмешательства, способствующие или предотвращающие зачатие, способствующие наступлению беременности или связанные с прерыванием беременности в том числе:

- планирование семьи, любые виды контрацепции;
- лечение и диагностика по поводу бесплодия;
- лечение и диагностика любых сексуальных проблем, в том числе импотенции;
- искусственное оплодотворение;
- прерывание беременности (за исключением случаев, прерывания беременности по жизненным показаниям);
- стерилизация;

11.26.2.19. суррогатное материнство, относящееся к Застрахованному, если Застрахованное лицо выступает в качестве суррогатной матери, и любому другому лицу, выступающему в качестве суррогатной матери для ребенка Застрахованного;

11.26.2.20. услуги, связанные с беременностью, осложненным течением беременности, родовспоможением (в том числе путем кесарева сечения), осложнениями родов и послеродовыми осложнениями, если иное не предусмотрено программой страхования;

11.26.2.21. лечение по поводу расстройств, связанных с половым созреванием и естественным процессом старения, в том числе заместительная гормонотерапия в любом случае, а также денситометрия, когда они применяются в целях коррекции состояния, являющегося результатом естественного процесса старения;

11.26.2.22. лечение никотиновой, алкогольной, наркотической и иной зависимости, а также их последствий;

11.26.2.23. лечение по поводу аллергических состояний и заболеваний;

11.26.2.24. профилактические и оздоровительные мероприятия, иммунопрофилактика, в том числе вакцинация, кроме экстренной иммунопрофилактики столбняка и (или) бешенства;

11.26.2.25. лечение полной или частичной потери слуха, являющейся врожденной патологией или вызванной естественным процессом старения;

11.26.2.26. лечение проблем, связанных с процессом развития, включая:

- трудности обучения, в том числе дислексия;
- проблемы поведения, в том числе гиперактивность и дефицит внимания;
- лечение по поводу заболеваний, связанных с физическим развитием, в том числе низкорослость;

11.26.2.27. искусственное поддержание жизненно важных функций, включая предоставление аппаратов, медицинских изделий для поддержания жизненно важных функций в случаях, когда была установлена смерть мозга, сверх объема, предусмотренного Программой;

11.26.2.28. лечение (включая лекарственные препараты), являющееся по характеру экспериментальным или исследовательским (методики, вмешательства, лекарственные препараты и медицинские изделия, не прошедшие клинических испытаний, не допущенные к применению в стране, где оказываются услуги Застрахованному);

11.26.2.29. услуги, оказанные в амбулаторных условиях семейным врачом, терапевтом, педиатром, если иное не предусмотрено Программой;

11.26.2.30. операции на органах зрения (за исключением лечения, когда необходимость в нем возникла в результате повреждения (травмы) или обострения заболевания, произошедших в течение действия страхования, а также за исключением лечения по поводу произошедших (развившихся, выявленных) в течение действия отслойки сетчатки, глаукомы, катаракты); лазерное и аппаратное лечение по поводу заболеваний глаз;

11.26.2.31. лечение в клиниках природной терапии, водолечебницах;

11.26.2.32. лечение нарушений сна, в том числе лечение бессонницы, асфиксии во сне, храпа или любых других заболеваний, связанных с нарушением дыхания во сне;

11.26.2.33. лечение нарушений речи, в том числе заикания;

11.26.2.34. стационарное лечение, не предписанное врачом и не предусмотренное программой, в том числе уход, выполняемый средним медицинским персоналом, сиделками; услуги, оказываемые без назначений врача; получение услуг, не требующих участия специально обученного медицинского персонала (в том числе оказание помощи в ходьбе, купании или приготовлении еды);

11.26.2.35. лечение, проведенное врачом или любым исполнителем медицинских услуг, который не имеет официальных документов, разрешающих практиковать в стране, где выполняется лечение, и оказывать услуги в рамках соответствующей специальности (по поводу соответствующего заболевания, состояния);

11.26.2.36. оказание услуг в любом стационаре, любым врачом или иным лицом, которым было отправлено письменное уведомление о том, что Страховщик не сотрудничает с ними в целях обслуживания Застрахованного;

11.26.2.37. лечение у специалиста народной (альтернативной) медицины;

11.26.2.38. генетические исследования, в том числе направленные на определение генетической предрасположенности к тому или иному заболеванию;

11.26.2.39. лечение в стационарных условиях длительностью более чем 90 (Девяносто) календарных дней по поводу стойкого неврологического повреждения (расстройства) и (или) хронического вегетативного состояния (смерти головного мозга);

11.26.2.40. оказание услуг на дому (кроме предусмотренных Программой);

11.26.2.41. услуги, оказанные до начала страхования по Программе, а также оказанные после окончания срока страхования по Программе кроме случаев, когда Застрахованный начал лечение в стационарных условиях во время действия страхования – в таких случаях Страховщик оплачивает оказание услуг до выписки Застрахованного лица из стационара;

11.26.2.42. получение (забор биологического материала) и хранение стволовых клеток в качестве превентивной меры;

11.26.2.43. транспортировка на воздушном медицинском транспорте при спасательных работах в горах; любые транспортные расходы, кроме случаев, предусмотренных Программой;

11.26.2.44. лекарственные препараты и (или) медицинские изделия, приобретенные до начала страхования или после окончания страхования по Программе

11.26.2.45. приобретение лекарственных препаратов и перевязочных

материалов, назначенных для применения при амбулаторном лечении или после выписки из стационара, кроме случаев, предусмотренных Программой;

11.26.2.46. трансплантация, пересадка органов и тканей и все связанные с ними услуги; приобретение донорских органов (трансплантатов), включая искусственные или животные органы; расходы на изъятие органа от мертвого донора; расходы на удаление органа Застрахованного с целью трансплантации кому-либо, расходы на лекарственные средства, прописанные для амбулаторного лечения при трансплантации органов, включая лекарства против отторжения;

11.26.2.47. любые медицинские изделия (в том числе контактные линзы, очки, костыли), не являющиеся протезами и имплантатами или медицинскими изделиями, используемыми при оказании медицинских услуг, предусмотренных Программой;

11.26.2.48. лекарственные препараты и медицинские изделия, которые, назначены и приобретены в период действия страхования, но подлежат применению более чем в течение 30 (Тридцати) календарных дней после окончания срока действия страхования по Программе.

11.26.3. в рамках Программ, обеспечивающих лечение по поводу злокачественных новообразований, Страховщик не оплачивает услуги, лекарственные препараты и (или) медицинские изделия, предоставленные по поводу следующих заболеваний (состояний):

11.26.3.1. заболевание, симптомы (проявления, признаки) которого, зафиксированные в медицинском документе, появились до начала действия договора страхования и (или) до истечения периода ожидания (предшествующие заболевания), а также после завершения действия страхования;

11.26.3.2. заболевание, диагноз которого установлен без соблюдения принятых стандартов диагностики, без объективного подтверждения, или который не подтвержден (не установлен) врачом-онкологом (для злокачественных новообразований);

11.26.3.3. заболевание (состояние), не указанное в определении страхового случая по программе, в том числе новообразования *in situ* (рак *in situ*), любая дисплазия, а также (кроме предусмотренных программой случаев) доброкачественные новообразования и (или) любые объемные образования, не относящиеся к злокачественным новообразованиям, и (или) кисты и (или) опухолеподобные образования;

11.26.3.4. рак кожи, отличный от меланомы (базальноклеточный и плоскоклеточный рак кожи); лимфома кожи;

11.26.3.5. злокачественные новообразования на фоне болезни, вызванной вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ), злокачественные новообразования на фоне носительства ВИЧ, на фоне гепатитов В и (или) С;

11.26.3.6. болезнь, вызванная вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ), СПИД, вирусные гепатиты;

11.26.3.7. алкоголизм, наркомания, токсикомания, заболевания, вызванные приемом алкоголя, наркотических веществ без назначения врача, токсических веществ с целью опьянения; заболевания и состояния, связанные причинно-следственной связью с приемом алкоголя и иных веществ с целью опьянения, в том числе алкогольное поражение печени и иных органов, включая цирроз печени, вызванный алкоголем;

11.26.3.8. психические расстройства и расстройства поведения; врожденные, наследственные заболевания и родовые травмы, пороки развития; соматические заболевания, возникшие в связи с психическими расстройствами и расстройствами поведения;

11.26.4. в рамках программ, обеспечивающих лечение по поводу злокачественных новообразований, Страховщик не оплачивает следующие услуги, виды лечения, лекарственные препараты и (или) медицинские изделия:

11.26.4.1. услуги, оказываемые по поводу заболеваний, не являющихся злокачественными новообразованиями, предусмотренными Программой, кроме случаев,

когда такие услуги необходимы в рамках лечения по поводу злокачественного новообразования в стационарных условиях (и кроме случаев, когда Программа прямо предусматривает оплату лечения по поводу иных заболеваний);

11.26.4.2. услуги, оказываемые без медицинских показаний, без назначения врача, по желанию пациента, в том числе с целью предоставления дополнительного комфорта, предоставления индивидуального поста; услуги, оказываемые на дому, в том числе уход за больными на дому;

11.26.4.3. услуги сиделок, социальных работников;

11.26.4.4. лечение в рамках народной медицины; немедицинские услуги, кроме прямо предусмотренных Программой;

11.26.4.5. проживание в гостинице сверх срока, необходимого для подготовки к началу лечения, организованного Страховщиком или к подготовке к отъезду в населенный пункт постоянного проживания после проведенного лечения, организованного Страховщиком;

11.26.4.6. услуги по репатриации тела, кроме предусмотренных Программой, ритуальные услуги (кроме транспортировки тела в соответствии с положениями Программы), услуги по погребению, по подготовке тела к погребению;

11.26.4.7. паллиативная медицинская помощь при нахождении в хосписе, любые услуги в рамках паллиативной медицинской помощи вне хосписа, оказываемые медицинским работником, прошедшими обучение по оказанию паллиативной медицинской помощи;

11.26.4.8. CAR T-клеточная терапия;

11.26.4.9. все виды трансплантации органов и тканей от живого или мертвого донора;

11.26.4.10. медицинские услуги с целью контроля за состоянием здоровья во время ремиссии; поездки Застрахованного по РФ и вне РФ с целью контрольного обследования, контроля за состоянием здоровья после проведенного лечения;

11.26.4.11. услуги, оказываемые по поводу состояний, являющихся последствиями нарушения Застрахованным лицом рекомендаций врачей при обследовании и лечении и рекомендаций Страховщика (или его представителя) при организации предусмотренных Программой услуг;

11.26.4.12. услуги, оказываемые до начала действия страхования, в том числе в течение действия периода ожидания, или после завершения действия договора страхования, кроме услуг, связанных с лечением Застрахованного в стационарных условиях при госпитализации в течение срока действия договора (лечение в стационарных условиях, начатое во время действия договора страхования, оплачивается до момента выписки Застрахованного из стационара);

11.26.4.13. услуги, оказываемые по поводу предшествующих заболеваний – заболеваний, симптомы, признаки, проявления которых, зафиксированные в медицинских документах, появились до начала действия договора страхования и (или) до истечения срока периода ожидания;

11.26.4.14. медицинские услуги в рамках оказания медицинской помощи в экстренной и неотложных формах, кроме оказываемых в рамках организованного Страховщиком лечения в стационарных условиях и условиях дневного стационара после начала лечения, а также предусмотренной Программой медицинской эвакуации;

11.26.4.15. услуги, оплаченные Застрахованным лицом (его представителем) без согласования со Страховщиком;

11.26.4.16. услуги, оказанные медицинскими организациями с нарушением лицензионных требований (по специальностям, не указанным в лицензии на осуществление медицинской деятельности соответствующей медицинской организации);

11.26.4.17. услуги организаций-посредников (агентов), выполняющих организацию медицинских услуг, оплаченных Застрахованным;

11.26.4.18. услуги, оказываемые вне территории стран, предусмотренных Программой;

11.26.4.19. лекарственные препараты и медицинские изделия, применяемые Застрахованным для лечения на дому;

11.26.4.20. лекарственные препараты и медицинские изделия, применяемые для лечения по поводу сопутствующих заболеваний, не относящихся к злокачественным новообразованиям и заболеваниям, предусмотренным программой (кроме случаев применения таких лекарственных средств в стационарных условиях и в условиях дневного стационара при лечении Застрахованных по поводу злокачественного новообразования);

11.26.4.21. средства ухода за больными, в том числе медицинские изделия, применяемые вне медицинских организаций во время организованного (или согласованного) Страховщиком лечения и вне выполнения предусмотренной Программой медицинской эвакуации;

11.26.4.22. услуги, оказываемые с косметической целью, эстетической целью, с целью улучшения психологического состояния Застрахованного лица, пластическая хирургия (кроме маммопластики после удаления молочной железы при лечении в рамках программы);

11.26.4.23. лекарственные препараты и медицинские изделия, применяемые для оказания медицинских услуг (для выполнения лечения), оплата которых не предусмотрена Программой;

11.26.4.24. услуги, оказанные лицу, не являющемуся Застрахованным (кроме предусмотренных Программой случаев);

11.26.4.25. операции на сердце и сосудах и нейрохирургические операции, кроме предусмотренных Программой в определении страхового случая.

11.27. Если программа страхования, на основании которой заключен договор, или сам договор содержат перечень исключений из страхового покрытия, отличный от установленного Правилами, то применяются условия, в том числе перечень исключений из страхового покрытия соответствующей Программы или договора страхования. Если Программа или договор страхования предусматривают оплату услуг, включенных в перечень исключений из страхового покрытия, установленный Правилами, то такие услуги подлежат оплате в соответствии с условиями соответствующей Программы или договора страхования. В случае, если в Программе или договоре страхования есть условия, противоречащие исключениям из страхового покрытия, установленным в этих же договоре или Программе, то применяются условия договора или Программы, предусматривающие соответствующее страховое покрытие.

11.28. При принятии решения о страховой выплате Страховщик проводит проверку наличия имущественного интереса у Застрахованного путем проверки счетов медицинской организации (или документов, представленных Застрахованным) на предмет соответствия количества и перечня оказанных медицинских и иных услуг данному Застрахованному, а также путем проверки, что получателем страховой выплаты (при компенсации Застрахованному стоимости медицинских и иных услуг, оплаченных им самостоятельно) является именно Застрахованный.

12. ПОРЯДОК РАЗРЕШЕНИЯ СПОРОВ

12.1. Споры, вытекающие из договора страхования, разрешаются путем переговоров. При не достижении соглашения, споры разрешаются в соответствии с действующим законодательством Российской Федерации.

12.2. При возникновении споров из договоров страхования, заключенных с юридическими лицами, в случае, если иного не определено договором страхования, споры рассматриваются Арбитражным судом г. Москвы.

12.3. Право на предъявление к Страховщику претензий сохраняется в течение

срока исковой давности, предусмотренного действующим законодательством Российской Федерации, начиная со дня наступления страхового случая.

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

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

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

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

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

2) Финансовый уполномоченный не рассматривает обращения:

- если обращение не соответствует ч. 1 ст. 15 Закона № 123-ФЗ (сумма требований более 500 000 (Пятисот тысяч) рублей, Страховщик отсутствует в специальном реестре и др.);
- если потребитель финансовых услуг предварительно не обратился к Страховщику с заявлением в порядке, установленном ст. 16 Закона № 123-ФЗ (обязательное письменное обращение к Страховщику до направления обращения финансовому уполномоченному);
- если в суде, третейском суде имеется либо рассмотрено дело по спору между теми же сторонами, о том же предмете и по тем же основаниям;
- находящиеся в процессе урегулирования с помощью процедуры медиации;
- по которым имеется решение финансового уполномоченного или соглашение, принятое по спору между теми же сторонами (в том числе при уступке права требования), о том же предмете и по тем же основаниям;
- в отношении финансовых организаций, у которых отозвана (аннулирована) лицензия, которые исключены из реестра финансовых организаций соответствующего вида или которые находятся в процессе ликвидации, ликвидированы, прекратили свое существование или были признаны фактически прекратившими свою деятельность;
- по вопросам, связанным с банкротством юридических и физических лиц;
- по вопросам, связанным с компенсацией морального вреда и возмещением убытков в виде упущенной выгоды;
- по вопросам, связанным с трудовыми, семейными, административными, налоговыми правоотношениями, а также обращения о взыскании обязательных платежей и санкций, предусмотренных законодательством Российской Федерации;

- направленные повторно по тому же предмету и по тем же основаниям, что и обращение, ранее принятое финансовым уполномоченным к рассмотрению;
- содержащие нецензурные либо оскорбительные выражения, угрозы жизни, здоровью и имуществу финансового уполномоченного или иных лиц;
- текст которых не поддается прочтению.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Программа международного медицинского страхования «ММС - Поликлиника»

По настоящей программе⁴ СПАО «Ингосстрах» организует и/или оплачивает амбулаторно-поликлинические медицинские услуги⁵, предоставляемые застрахованному лицу по поводу расстройства здоровья и/или возникновения состояния, требующего оказания медицинской помощи, а также проведения профилактических мероприятий, снижающих степень опасных для жизни или здоровья застрахованного лица угроз и (или) устраняющих их.

Территория действия страхования – весь мир.

1. ОБЪЕМ ПРЕДОСТАВЛЯЕМЫХ УСЛУГ

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

1.1 диагностические и лечебные, в том числе:

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

1.2 экспертиза временной нетрудоспособности;

1.3 оформление различной медицинской документации.

2. ПОРЯДОК ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ

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

2.2 В случае обращения в медицинское учреждение или к частнопрактикующему врачу-специалисту для получения услуг, предусмотренных настоящей программой, без предварительного согласования со СПАО «Ингосстрах», застрахованное лицо должно

⁴ Настоящая программа предусматривает предоставление застрахованному лицу указанных услуг не только по месту постоянного проживания, но и при поездках по всему миру.

⁵ Амбулаторно-поликлинические услуги могут быть оказаны только медицинским учреждением или частнопрактикующим врачом-специалистом, имеющим лицензию на оказываемые медицинские услуги, и чья практическая медицинская деятельность авторизована и регламентируется государственным органом страны, в которой проводится соответствующее лечение.

предоставить СПАО «Ингосстрах» необходимые медицинские и иные документы для решения вопроса о возмещении денежных средств.

3. ИСКЛЮЧЕНИЯ ИЗ НАСТОЯЩЕЙ ПРОГРАММЫ

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

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

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

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

3.1.2.2 застрахованное лицо было активным участником вышеуказанных действий;

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

3.2 СПАО «Ингосстрах» не оплачивает:

3.2.1 медицинские услуги, проводимые без медицинских показаний;

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

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

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

3.2.5 расходы, возникшие после окончания срока действия договора страхования.

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

Приложение № 2
к Правилам международного медицинского страхования

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

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

Территория действия страхования – весь мир.

1. ОБЪЕМ ПРЕДОСТАВЛЯЕМЫХ УСЛУГ

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

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

2. ПОРЯДОК ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ

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

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

3. ИСКЛЮЧЕНИЯ ИЗ НАСТОЯЩЕЙ ПРОГРАММЫ

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

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

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

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

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

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

3.1.2.2. застрахованное лицо было активным участником вышеуказанных действий;

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

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

3.2.1. медицинские услуги, проводимые без медицинских показаний;

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

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

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

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

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

Приложение № 3
к Правилам международного медицинского страхования

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

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

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

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

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

Территория действия страхования – весь мир.

1. ОБЪЕМ ПРЕДОСТАВЛЯЕМЫХ УСЛУГ

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

1.1 Услуги службы скорой медицинской помощи:

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

1.1.2 медицинская транспортировка застрахованного лица в медицинское учреждение.

1.2 Услуги стационара:

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

- консультации;
- лабораторные и инструментальные исследования;
- физиолечение, массаж и ЛФК;
- хирургическое и консервативное лечение, в том числе химио- и лучевая терапия;
- трансплантация органов;
- протезирование и имплантация;
- пребывание в отделении интенсивной терапии, реанимационные мероприятия;
- пребывание в стационаре с целью диагностического обследования;
- стоматологическое лечение;

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

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

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

- родовспоможение, в том числе пребывание в стационаре матери с новорожденным до момента выписки;
- уход за новорожденным и необходимое лечение, оказываемые ребенку в течение первых дней жизни (в случае, если мать новорожденного является застрахованным лицом);
- пребывание в отделении патологии беременности;
- прерывание беременности;
- лекарственные препараты и другие необходимые для лечения средства;
- аренда медицинского оборудования;
- пребывание в палате различной комфортности, питание и уход медицинского персонала, включая предоставление индивидуального поста медицинского персонала;
- пребывание в отделении по уходу за больными или в хосписе;
- традиционные методы диагностики и лечения (народная медицина);
- медицинские услуги дневного стационара;
- консультации, исследования, манипуляции с профилактической целью;
- 1.2.2** экспертиза временной нетрудоспособности;
- 1.2.3** оформление различной медицинской документации;
- 1.2.4** пребывание одного из родителей вместе с госпитализированным в рамках настоящей программы ребенком;
- 1.2.5** сервисные услуги, связанные с предоставлением стационарной медицинской помощи (дополнительное питание, телефон, телевизор, кондиционер, душ, туалет и др.).

2. ПОРЯДОК ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ

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

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

3. ИСКЛЮЧЕНИЯ ИЗ НАСТОЯЩЕЙ ПРОГРАММЫ

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

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

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

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

3.1.2.2 застрахованное лицо было активным участником вышеуказанных действий;

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

3.2 СПАО «Ингосстрах» не оплачивает:

3.2.1 медицинские услуги, проводимые без медицинских показаний;

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

3.2.3 лечение (включая лекарственные препараты), являющееся по характеру экспериментальным или исследовательским⁴;

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

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

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

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

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

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

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

Территория действия страхования – весь мир.

1. ОБЪЕМ ПРЕДОСТАВЛЯЕМЫХ УСЛУГ

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

- 1.1. медицинскую транспортировку в ближайшее медицинское учреждение³ (в том числе в страну проживания или страну происхождения застрахованного лица⁴), в котором застрахованному лицу может быть предоставлено необходимое стационарное лечение или лечение в дневном стационаре, если оно недоступно в месте его нахождения;
- 1.2. транспортировку сопровождающих лиц Застрахованного, если в сопровождении имеется необходимость по медицинским показаниям;
- 1.3. расходы на возвращение Застрахованного и сопровождающего его лица до места, из которого застрахованное лицо было репатрировано или эвакуировано;
- 1.4. транспортировку детей Застрахованного младше 18 лет;
- 1.5. визит (приезд, проживание и возвращение обратно) близкого родственника из другой страны при несчастном случае, произошедшем с Застрахованным, или внезапном заболевании, при котором необходима госпитализация, а также при неблагоприятном прогнозе;
- 1.6. транспортировку тела застрахованного лица (согласно требованиям и ограничениям авиакомпании) на родину или в страну постоянного проживания застрахованного лица в случае его смерти во время пребывания за пределами родной страны;
- 1.7. иные медико-транспортные услуги, связанные с лечением застрахованного лица.

2. ПОРЯДОК ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ

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

2.2. В случае обращения в медицинское учреждение для получения услуг,

¹ Эвакуация – неотложная транспортировка застрахованного лица 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 лица.

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

³ При эвакуации.

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

предусмотренных настоящей программой, без предварительного согласования со СПАО «Ингосстрах», застрахованное лицо должно предоставить СПАО «Ингосстрах» необходимые медицинские и иные документы для решения вопроса о возмещении денежных средств.

3. ИСКЛЮЧЕНИЯ ИЗ НАСТОЯЩЕЙ ПРОГРАММЫ

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

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

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

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

3.1.2.2. застрахованное лицо было активным участником вышеуказанных действий;

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

3.2. СПАО «Ингосстрах» не оплачивает:

3.2.1. медицинские услуги, проводимые без медицинских показаний;

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

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

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

3.3. СПАО «Ингосстрах» не организывает:

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

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

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

Программа международного медицинского страхования «ММС - Медицинское обеспечение»

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

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

Территория действия страхования – весь мир.

1. ОБЪЕМ ПРЕДОСТАВЛЯЕМЫХ УСЛУГ

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

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

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

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

2. ПОРЯДОК ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ

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

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

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

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

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

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

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

Территория действия настоящей программы – весь мир.

1. ОБЪЕМ ПРЕДОСТАВЛЯЕМЫХ УСЛУГ

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

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

2. ПОРЯДОК ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ

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

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

3. ИСКЛЮЧЕНИЯ ИЗ НАСТОЯЩЕЙ ПРОГРАММЫ

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

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

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

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

3.1.2.2 застрахованное лицо было активным участником вышеуказанных действий;

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

3.2 СПАО «Ингосстрах» не оплачивает:

3.2.1 медицинские услуги, проводимые без медицинских показаний;

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

3.2.3 лечение (включая лекарственные препараты), являющееся по характеру экспериментальным или исследовательским³;

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

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

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

³ Не прошедшим клинических испытаний, не основанным на общепринятых медицинских методиках, не утвержденным и не зарегистрированным в стране, где оказываются услуги застрахованному лицу.

**ДОГОВОР № _____
международного медицинского страхования**

г. _____ «__» _____ «_____» г.

При оформлении договора страхования в стандартном порядке:

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

При оформлении договора страхования в электронном форме:

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

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

1. ПРЕДМЕТ ДОГОВОРА

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

1.2 Страховым случаем в соответствии с Договором является обращение Застрахованного в течение срока действия Договора в медицинское учреждение из числа

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

Кроме того, страховым случаем признается возникновение у Застрахованного непредвиденных расходов, предусмотренных Программой и в том числе связанных с оплатой организации репатриации Застрахованного или его труп, возвращением Застрахованного и сопровождающего его лица к месту пребывания, транспортировкой сопровождающих лиц Застрахованного, транспортировкой детей Застрахованного, визитом близкого родственника Застрахованного, как более подробно указано в Программе.

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

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

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

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

- 1.6.1 врожденные аномалии, пороки развития, наследственные заболевания;
- 1.6.2 алкоголизм, наркомания, токсикомания.

2. ЧИСЛЕННОСТЬ ЗАСТРАХОВАННЫХ

2.1 Численность Застрахованных определяется согласно Списку.

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

3. ПРАВА И ОБЯЗАННОСТИ СТРАХОВАТЕЛЯ, СТРАХОВЩИКА И ЗАСТРАХОВАННОГО

3.1 **Страхователь вправе:**

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

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

При этом численность Застрахованных в рамках Плана уменьшается.

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

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

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

соглашением Сторон.

Соглашение о страховании дополнительных лиц оформляется в соответствии с российским законодательством, в том числе путем обмена документами посредством почтовой, курьерской или 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 ее оплаты в соответствии с условиями Договора;

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

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

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

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

3.3 Страховщик вправе:

3.3.1 проверять полученную от Страхователя и Застрахованного информацию;

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

3.3.3 прекратить действие Договора в отношении Застрахованного:

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

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

3.3.3.3 обратиться в суд с требованием о признании договора недействительным и применении последствий, предусмотренных п. 2 ст. 179 ГК РФ, если в течение срока действия Договора Страховщику станет известно о том, что Застрахованный

(Страхователь), при заключении Договора представил Страховщику ложные сведения и скрыл имеющиеся болезни, предусмотренные п. 1.6. Договора;

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

3.4 Страхователь обязан:

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

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

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

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

3.4.5 своевременно представить Страховщику заявление на выдачу Застрахованному дубликатов Полиса, Программы и/или пропуска в медицинское учреждение при их утрате;

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

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

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

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

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

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

3.5 Застрахованный обязан:

3.5.1 соблюдать порядок получения медицинской помощи, предусмотренный Программой;

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

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

3.5.4 своевременно сообщить Страхователю об изменении своей фамилии и адреса фактического местожительства, заполнить и передать Страхователю новое согласие на

обработку Страховщиком и партнерами Страховщика его персональных данных, указанных в п.п. 5.1.2 и 5.1.3 Договора, необходимых Страховщику в целях, указанных в п. 5.7 Договора;

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

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

3.6 Страховщик обязан:

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

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

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

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

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

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

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

4. СТРАХОВАЯ СУММА, СТРАХОВОЙ ТАРИФ И СТРАХОВАЯ ПРЕМИЯ

4.1 Страховые суммы, в пределах которых Страховщик обязуется по Договору оплачивать стоимость оказываемой медицинской помощи, составляют для каждого Застрахованного по Программам: _____

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

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

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

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

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

1) пол, возраст, состояние здоровья принимаемого на страхование лица;

2) объем предоставляемого покрытия (ценовая категория лечебного учреждения, оплачиваемые и неоплачиваемые виды медицинской помощи);

3) срок действия Договора;

4) общее количество лиц, принимаемых на страхование по Договору;

5) иные обстоятельства.

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

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

4.6 Страховая премия уплачивается в рассрочку – один раз в три месяца. Размер первого и каждого очередного страхового взноса по Договору рассчитывается, исходя из страховой премии, установленной за весь срок действия Договора за каждого Застрахованного по каждой из Программ Договора, пропорционально количеству дней того периода, за который уплачивается страховой взнос. Первый страховой взнос за период с _____ по _____ (___ 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 Страховщику.

5. КОНФИДЕНЦИАЛЬНОСТЬ И ЗАЩИТА ПЕРСОНАЛЬНЫХ ДАННЫХ

5.1 Стороны считают конфиденциальной информацию:

5.1.1 о сумме страховой премии, подлежащей уплате по Договору;

5.1.2 о персональных данных Застрахованного: фамилия, имя, отчество, год, месяц, дата рождения, адрес проживания;

5.1.3 о персональных данных Застрахованного специальной категории: данных о состоянии здоровья Застрахованного, о заболеваниях Застрахованного, а также о случаях его обращения за медицинской помощью.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

6. ПОРЯДОК РАЗРЕШЕНИЯ СПОРОВ

6.1 Стороны освобождаются от ответственности за частичное или полное неисполнение обязательств по Договору, если это неисполнение явилось следствием непреодолимой силы, т.е. чрезвычайных и непредотвратимых при данных условиях обстоятельствах (например, стихийные бедствия, принятие компетентными государственными органами решений, выполнение которых является обязательным для Сторон и делает невозможным выполнение ранее взятых на себя обязательств по Договору и т.п.). В этом случае выполнение обязательств по настоящему Договору откладывается на время действия обстоятельств непреодолимой силы.

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

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

7.1 Договор вступает в силу с даты его подписания.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

8. ЗАКЛЮЧИТЕЛЬНЫЕ ПОЛОЖЕНИЯ

8.1. Следующие Приложения к Договору являются его неотъемлемыми частями:
Приложение № 1 – Планы страхования;
Приложение № 2 – Выбранные Программы международного медицинского страхования;
Приложение № 3 – Список Застрахованных;
Приложение № 4 – Страховая премия и численность Застрахованных;
Приложение № 5 – Форма заявления на внесение изменений в список Застрахованных;
Приложение № 6 – Форма согласия на обработку Страховщиком персональных данных Застрахованного.

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

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

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

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

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

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

- о применяемых Страховщиком франшизах и исключениях из перечня страховых событий, а также о действиях Страхователя/Застрахованного, совершение которых может повлечь отказ Страховщика в страховой выплате или сокращение ее размера;

- о наличии дополнительных условий для заключения Договора, в том числе о необходимости проведения анкетирования и/или обследования застрахованного лица при заключении Договора, а также о перечне документов и информации, необходимых для заключения Договора;

- о размере (примерном расчете) страховой премии на основании представленного Страхователем заявления о заключении Договора с уведомлением Страхователя о возможном изменении размера страховой премии, страховой суммы или иных условий страхования по результатам оценки страхового риска;

- о наличии условия возврата Страхователю уплаченной страховой премии в случае отказа Страхователя от договора страхования в течение определенного срока со дня его заключения или о его отсутствии в соответствии с действующим законодательством РФ;

- о сроках рассмотрения обращений Застрахованных или их представителей относительно получения страхового возмещения, а также о случаях продления таких сроков в связи с необходимостью получения информации от медицинских и иных организаций, непосредственно связанной с возможностью принятия Страховщиком решения о признании события страховым случаем или о размере страховой выплаты;

- о праве Страхователя запросить информацию о размере вознаграждения, выплачиваемого страховому агенту или страховому брокеру;

- об адресах мест приема документов на страховое возмещение при наступлении событий, имеющих признаки страхового случая, в том числе о возможности приема таких документов в электронной форме, если такая возможность предусмотрена условиями договора или правил страхования.

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

9. АДРЕСА И РЕКВИЗИТЫ СТОРОН

9.1. Страховщик: Страховое публичное акционерное общество «Ингосстрах»

Адрес местонахождения, банковские реквизиты, номера контактных телефонов, телефаксов

9.2. Страхователь:

Адрес местонахождения, банковские реквизиты, номера контактных телефонов, телефаксов

Подписывая настоящий Договор, Страхователь подтверждает получение Правил страхования, ознакомление с ними и обязуется их выполнять.

СТРАХОВЩИК

СТРАХОВАТЕЛЬ

должность, ФИО, действующий на
основании доверенности № ____ от

При оформлении договора страхования в электронном форме:

Адреса и банковские реквизиты:

Приводится текст Правил страхования

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

План №

а)

б)

в)

г)

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

Список* Застрахованных по Договору ММС

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

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

**Приложение № 4
к Договору ММС**

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

Приложение № 5 к Договору ММС

Исх. №
 Дата

ДИРЕКТОРУ ДЕПАРТАМЕНТА МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ СПАО «ИНГОССТРАХ»

Уважаемый (ая) _____,

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

1. исключить из списка Застрахованных с (дата):

Фамилия	Имя	Отчество

2. включить в список Застрахованных с (дата):

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

3.

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

исключить из списка 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:

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

Должность

Ф.И.О.

Подпись

**Согласие субъекта персональных данных на
обработку персональных данных, включая специальную категорию персональных данных**

г. _____ « ____ » _____ 20__ г.

Настоящим я, _____
(ФИО застрахованного лица полностью)
проживающий(ая) (зарегистрированный(ая)) по адресу: _____
_____ г.
паспорт гражданина _____ выданный « ____ » _____ 202__ г.
(серия) (номер)
_____ г.
(наименование органа, выдавшего документ)

именуемый также далее «Субъект», в соответствии со ст. 9 Федерального закона от 27.07.2006 152-ФЗ «О персональных данных», даю свое конкретное, предметное, информированное, сознательное и однозначное согласие («Согласие») Страховому публичному акционерному обществу «Ингосстрах» (далее – Оператор или Страховщик) (ОГРН 1027739362474, ИНН 7705042179); адрес местонахождения: Российская Федерация, г. Москва, ул. Пятницкая, д.12, стр. 2, на обработку персональных данных в соответствии с целями, обозначенными в настоящем документе.

Обработка персональных данных осуществляется Оператором в порядке и на условиях, предусмотренных действующим законодательством, а также документом Оператора, определяющим политику обработки персональных данных Оператора. С текстом указанного документа, размещенного на сайте Оператора по адресу: www.ingos.ru, ознакомлен.

Обработке подлежат следующие персональные данные: фамилия, имя, отчество, дата и место рождения, данные документа, удостоверяющего личность, адрес, гражданство, номер телефона, адрес электронной почты и иные контактные данные, пол, семейное, социальное, имущественное положение, сведения о наличии детей и иных лиц на иждивении, страна налогового резидентства, сведения об образовании, профессии, роде занятий, сведения, связанные с работой, данные документов, подтверждающих право иностранного гражданина или лица без гражданства на пребывание в Российской Федерации, уникальный номер индивидуального лицевого счета, используемый для обработки сведений о физическом лице в системе индивидуального (персонифицированного) учета, а также для идентификации и аутентификации сведений о физическом лице при предоставлении государственных и муниципальных услуг и исполнении государственных и муниципальных функций (СНИЛС), сведения о заключенных договорах страхования (номер, дата заключения, период страхования, страховая сумма и пр.), номер участника программы лояльности, идентификатор клиента в информационной системе Страховщика, данные миграционной карты, визы, идентификационный номер налогоплательщика, реквизиты банковского счета, данные полисов добровольного и обязательного медицинского страхования, сведения, относящиеся к специальным категориям персональных данных, сведения о состоянии здоровья и иные сведения, составляющие врачебную тайну, полученные от медицинских работников, лиц, уполномоченных осуществлять медицинскую экспертизу, медицинских и иных организаций, из иных источников, а также иные персональные данные, переданные в связи с рассмотрением вопроса возможности/целесообразности заключения мной договоров с Оператором, подготовкой к их заключению, заключением, исполнением и прекращением действия указанных договоров.

Персональные данные могут обрабатываться посредством осуществления действий (операций) или совокупности действий (операций), совершаемых с использованием средств автоматизации или без использования таких средств, включая сбор, запись, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), извлечение, использование, включая, в случаях, предусмотренных законом или договором, передача, обезличивание, блокирование, удаление, уничтожение.

Оператор наделен правом осуществлять обработку вышеуказанных персональных данных, в т.ч. сформированных в электронном виде на сайте Оператора, с помощью проставления отметок/введения соответствующей информации, и указанных в заключенном между Субъектом и Оператором договоре (договорах).

Настоящим Согласием разрешаю Оператору передачу моих персональных данных медицинским и иным организациям, с которыми у Оператора заключены соответствующие договоры, в рамках добровольного медицинского страхования. Такая передача может быть осуществлена как в электронной форме, так и на материальных носителях (бумажных или электронных).

Настоящим Согласием я разрешаю медицинским и иным организациям передавать сведения о факте моего обращения за оказанием медицинской помощи, состоянии моего здоровья и диагнозе, иные сведения, полученные при моем медицинском обследовании и лечении Оператору. Составляющие врачебную тайну

сведения, полученные в рамках заключения или исполнения договоров добровольного медицинского страхования от медицинских и иных организаций и лиц, уполномоченных осуществлять медицинскую экспертизу, могут быть использованы исключительно для целей заключения, исполнения и продления договоров добровольного медицинского страхования.

В случае заключения договора страхования с условием о франшизе, согласен с тем, что Оператор имеет право передавать Страхователю сведения о наличии задолженности Субъекта (его законного представителя) по оплате франшизы (по возмещению Страховщику расходов на оплату франшизы, которую выполнил Страховщик по поручению застрахованного лица (его законного представителя)) в рамках исполнения договора страхования.

Персональные данные могут обрабатываться Оператором, а также медицинскими и иными организациями, с которыми у Оператора заключены соответствующие договоры, для реализации следующих целей:

- в целях проведения анализа и оценки страховых рисков;
- организации оказания медицинских и иных услуг Субъекту;
- оплаты медицинских и иных услуг, оказанных Субъекту;
- определения размера убытков и принятия решения о страховой выплате;
- возмещения расходов на оплату франшизы, которую выполнил Страховщик по поручению Субъекта (его законного представителя));
- направления рассылок в целях повышения уровня клиентоориентированности и лояльности (включая проведение исследований (опросов) в области сервисных услуг и их качества, исключая при этом направление рекламных предложений;
- в статистических целях;
- предоставляемых Страховщиком, а также информации об условиях продления договоров страхования со Страховщиком);
- в целях продления договора страхования;
- в целях совершенствования процесса оказания услуг Страховщиком.

Согласие предоставляется на срок 5 (пять) лет (за исключением согласия на запрос и получение кредитной истории, требуемого в силу норм законодательства о кредитных историях). По истечении указанного срока Согласие автоматически продлевается на каждый следующий пятилетний срок, если Согласие не будет отозвано.

Согласие может быть отозвано полностью или частично посредством передачи Оператору соответствующего заявления. Такое заявление может быть передано как на бумажном носителе за собственноручной подписью заявителя, так и посредством электронной почты (с указанием сведений, обязательных для включения в запрос на получение информации, касающейся обработки персональных данных), мобильного приложения Оператора, личного кабинета на официальном сайте Оператора. В случае подписания заявления об отзыве Согласия представителем Субъекта к заявлению должен быть приложен документ, подтверждающий соответствующие полномочия представителя (его сканированный образ).

Я подтверждаю, что мне в полном объеме ясны мои права и обязанности в области персональных данных и мне полностью понятно значение перечисленных в настоящем согласии терминов и их соответствие требованиям Федерального закона от 27.07.2006 № 152-ФЗ «О персональных данных» и Федерального закона от 30.12.2004 № 218-ФЗ «О кредитных историях», Федерального закона от 06.04.2011 № 63-ФЗ «Об электронной подписи».

Мне разъяснено, что при отзыве мною согласия Оператор вправе продолжить обработку моих персональных данных в случаях, прямо предусмотренных действующим законодательством.

Я также гарантирую наличие аналогичных согласий иных лиц, персональные данные которых могут быть переданы Оператору, в т.ч. в связи с рассмотрением вопроса возможности и целесообразности заключения мной договоров с Оператором, подготовкой к их заключению, заключением, исполнением и прекращением действия указанных договоров. Обязуюсь по требованию Оператора в течение 1 (Одного) рабочего дня предоставить Оператору вышеуказанные согласия на обработку персональных данных в виде отдельных документов, составленных и оформленных в соответствии с законодательством Российской Федерации, способом, соответствующим требованиям законодательства Российской Федерации.

(Подпись)

(ФИО субъекта персональных данных)

**Согласие
законного представителя на обработку персональных данных, включая специальную
категию персональных данных лица, не достигшего возраста совершеннолетия**

г. _____ «___» _____ 20__ г

Настоящим я, _____
(ФИО застрахованного лица полностью)
проживающий(ая) (зарегистрированный(ая)) по адресу: _____

паспорт гражданина _____ выданный «___» _____ 202__ г
(серия) (номер)

_____ (наименование органа, выдавшего документ)

_____ (реквизиты документа, подтверждающие полномочия представителя)
являющийся(аяся) законным представителем лица, не достигшего возраста совершеннолетия (далее -
Несовершеннолетний)

_____ (фамилию, имя, отчество несовершеннолетнего)

_____ (реквизиты основного документа, подтверждающие личность несовершеннолетнего)

в соответствии со ст. 9 Федерального закона от 27.07.2006 152-ФЗ «О персональных данных», даю свое конкретное, предметное, информированное, сознательное и однозначное согласие («Согласие») Страховому публичному акционерному обществу «Ингосстрах» (далее – Оператор или Страховщик) (ОГРН 1027739362474, ИНН 7705042179); адрес местонахождения: Российская Федерация, г. Москва, ул. Пятницкая, д.12, стр. 2, на обработку персональных данных Несовершеннолетнего в соответствии с целями, обозначенными в настоящем документе.

Обработка персональных данных Несовершеннолетнего осуществляется Оператором в порядке и на условиях, предусмотренных действующим законодательством, а также документом Оператора, определяющим политику обработки персональных данных Оператора. С текстом указанного документа, размещенного на сайте Оператора по адресу: www.ingos.ru, ознакомлен и согласен.

Обработке подлежат следующие персональные данные Несовершеннолетнего: фамилия, имя, отчество, дата и место рождения, данные документа, удостоверяющего личность, адрес, гражданство, номер телефона, адрес электронной почты и иные контактные данные, пол, семейное, социальное, имущественное положение, сведения о наличии детей и иных лиц на иждивении, страна налогового резидентства, сведения об образовании, профессии, роде занятий, данные документов, подтверждающих право иностранного гражданина или лица без гражданства на пребывание в Российской Федерации, уникальный номер индивидуального лицевого счета, используемый для обработки сведений о физическом лице в системе индивидуального (персонифицированного) учета, а также для идентификации и аутентификации сведений о физическом лице при предоставлении государственных и муниципальных услуг и исполнении государственных и муниципальных функций (СНИЛС), сведения о заключенных договорах страхования (номер, дата заключения, период страхования, страховая сумма и пр.), номер участника программы лояльности, идентификатор клиента в информационной системе Страховщика, данные миграционной карты, визы, идентификационный номер налогоплательщика, реквизиты банковского счета, данные полисов добровольного и обязательного медицинского страхования, сведения, относящиеся к специальным категориям персональных данных, сведения о состоянии здоровья и иные сведения, составляющие врачебную тайну, полученные от медицинских работников, лиц, уполномоченных осуществлять медицинскую экспертизу, медицинских и иных организаций, иные персональные данные, переданные в связи с рассмотрением вопроса возможности/целесообразности заключения договоров между Несовершеннолетним (или в его пользу) и Оператором, а также партнерами, подготовкой к их заключению, заключением, исполнением и прекращением действия указанных договоров.

Персональные данные Несовершеннолетнего могут обрабатываться посредством осуществления действий (операций) или совокупности действий (операций), совершаемых с использованием средств автоматизации или без использования таких средств, включая сбор, запись, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), извлечение, использование, включая, в случаях, предусмотренных законом или договором, передача, обезличивание, блокирование, удаление, уничтожение.

Оператор наделяется правом осуществлять обработку вышеуказанных персональных данных, в т.ч. сформированных в электронном виде на сайте Оператора, с помощью проставления отметок/введения соответствующей информации, и указанных в заключенном между Несовершеннолетним и Оператором договоре (договорах).

Настоящим Соглашением разрешаю Оператору передачу персональных данных Несовершеннолетнего медицинским и иным организациям, с которыми у Оператора заключены соответствующие договоры в рамках добровольного медицинского страхования. Такая передача может быть осуществлена как в электронной форме, так и на материальных носителях (бумажных или электронных).

Настоящим Соглашением я разрешаю медицинским и иным организациям передавать сведения о факте обращения Несовершеннолетнего за оказанием медицинской помощи, состоянии его здоровья и диагнозе, иные сведения, полученные при медицинском обследовании и лечении Оператору. Составляющие врачебную тайну сведения, полученные в рамках заключения или исполнения договоров добровольного медицинского страхования от медицинских и иных организаций и лиц, уполномоченных осуществлять медицинскую экспертизу, могут быть использованы исключительно для целей заключения, исполнения и продления договоров добровольного медицинского страхования.

Персональные данные Несовершеннолетнего могут обрабатываться Оператором, а также иными лицами, указанными в настоящем соглашении, в следующих целях:

- в целях проведения анализа и оценки страховых рисков;
- организации оказания медицинских и иных услуг Несовершеннолетнему;
- оплаты медицинских и иных услуг, оказанных Несовершеннолетнему;
- определения размера убытков и принятия решения о страховой выплате;
- возмещения расходов на оплату франшизы, которую выполнил Страховщик по поручению законного представителя;
- направления рассылок в целях повышения уровня клиентоориентированности и лояльности (включая проведение исследований (опросов) в области сервисных услуг и их качества, исключая при этом направление рекламных предложений;
- в статистических целях;
- предоставляемых Страховщиком, а также информации об условиях продления договоров страхования со Страховщиком);
- в целях продления заключенных с (в пользу) Несовершеннолетним(его) договоров;
- в целях совершенствования процесса оказания услуг Страховщиком.

Согласие предоставляется на срок 5 (пять) лет. По истечении указанного срока Соглашение автоматически продлевается на каждый следующий пятилетний срок, если Соглашение не будет отозвано.

Согласие может быть отозвано полностью или частично посредством передачи Оператору соответствующего заявления. Такое заявление может быть передано как на бумажном носителе за собственноручной подписью законного представителя Несовершеннолетнего, либо самим Несовершеннолетним в случае достижения им возраста совершеннолетия, так и посредством электронной почты (с указанием сведений, обязательных для включения в запрос на получение информации, касающейся обработки персональных данных), мобильного приложения Оператора, личного кабинета на официальном сайте Оператора. В случае подписания заявления об отзыве Соглашения представителем Несовершеннолетнего к заявлению должен быть приложен документ, подтверждающий соответствующие полномочия законного представителя (его сканированный образ).

Я подтверждаю, что мне в полном объеме ясны мои, а также Несовершеннолетнего права и обязанности в области персональных данных и мне полностью понятно значение перечисленных в настоящем соглашении терминов и их соответствие требованиям Федерального закона от 27.07.2006 № 152-ФЗ «О персональных данных» и Федерального закона от 30.12.2004 № 218-ФЗ «О кредитных историях», Федерального закона от 06.04.2011 № 63-ФЗ «Об электронной подписи».

Мне разъяснено, что при отзыве согласия Оператор вправе продолжить обработку персональных данных Несовершеннолетнего в случаях, прямо предусмотренных действующим законодательством.

(Подпись)

(ФИО представителя субъекта персональных данных)

**Комплексный договор № _____
международного медицинского страхования и страхования финансовых
рисков (для юридических лиц)**

г. _____

«___» _____ 20__ 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 комплексного международного медицинского страхования и страхования финансовых рисков (далее – Договор) в соответствии с «Правилами международного медицинского страхования» СПАО «Ингосстрах» от _____ (далее – Правила страхования) 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 международного медицинского страхования, Страховщик обязуется при наступлении страхового случая организовывать и оплачивать также транспортные услуги, в том числе медицинскую эвакуацию.

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 международного 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 транспортных услуг, в том числе медицинской эвакуации, а также с оплатой репатриации Застрахованного или его трупa, возвращением Застрахованного и

сопровожающего его лица к месту пребывания, транспортировкой сопровождающих лиц Застрахованного, транспортировкой детей Застрахованного, визитом близкого родственника Застрахованного.

Страховым случаем в отношении страхования финансовых рисков является возникновение в течение действия Договора непредвиденных расходов Застрахованного по оплате юридических услуг, финансовых (налоговых) и иных консультаций, предусмотренных Договором и (или) Программой, оказанных Застрахованному лицу. Перечень расходов, подлежащих страховому возмещению, указывается в Договоре и (или) Программе.

1.3 Застрахованным признается любой гражданин, в пользу которого заключен Договор и который включен Страхователем в список Застрахованных (далее – Список), принятый Сторонами в качестве Приложения № 3 к Договору (и Приложение № 15 к Правилам).

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.

1.6.4 психические расстройства и расстройства поведения;

1.6.5 злокачественные новообразования, гемобластозы;

1.6.6 туберкулез;

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

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

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

1.6.10 хронические гепатиты С, Е, F, G;

1.6.11 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.

1.7 Страхователь, подписывая настоящий Договор, подтверждает получение Правил страхования.

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 страхового полиса (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.

3.4 Страхователь обязан:

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

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

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

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

3.4.5 своевременно представить Страховщику заявление на выдачу Застрахованному 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 ____ (__ дней), второй страховой взнос за период с ____ по ____ (__ дней), третий страховой взнос за период с ____ по ____ (__ дней) и четвертый страховой взнос за период с ____ по ____ (__ дней) уплачиваются Страхователем при получении счетов Страховщика и в установленные в них сроки, которые не должны быть менее 5 рабочих дней с даты выставления счета.

При изменении численности Застрахованных размер очередных страховых взносов соответственно изменяется.

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

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

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

4.8 Страховой взнос считается уплаченным в день зачисления его на счет Страховщика или в день внесения его 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 истекший 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, страховой суммы, а также порядок определения страховой премии и страховой суммы, 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

Правила страхования вручены Страхователю.

СТРАХОВЩИК

СТРАХОВАТЕЛЬ

должность, ФИО, действующий на
основании доверенности № ____ от

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

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

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

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

**КОЭФФИЦИЕНТЫ, ИСЧИСЛЯЕМЫЕ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ФАКТОРОВ
РИСКА**

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

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

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

договора.

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