


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

Генеральный директор
СПАО «Ингосстрах»


_____ К.Б. Соколов

М.П.

**ПРАВИЛА
ДОБРОВОЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО
СТРАХОВАНИЯ ИНОСТРАННЫХ ГРАЖДАН И
ЛИЦ БЕЗ ГРАЖДАНСТВА, ПРИБЫВШИХ В
РОССИЙСКУЮ ФЕДЕРАЦИЮ И
НАМЕРЕВАЮЩИХСЯ ОСУЩЕСТВЛЯТЬ ИЛИ
ОСУЩЕСТВЛЯЮЩИХ ТРУДОВУЮ
ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ НА ОСНОВАНИИ РАЗРЕШЕНИЯ
НА РАБОТУ ИЛИ ПАТЕНТА**

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

1. ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ

1.1. Настоящие Правила добровольного медицинского страхования иностранных граждан и лиц без гражданства, прибывших в Российскую Федерацию и намеревающихся осуществлять или осуществляющих трудовую деятельность на основании разрешения на работу или патента (далее – Правила), составлены в соответствии с действующим российским законодательством и определяют общие условия и порядок осуществления страхования, в том числе заключения, исполнения и прекращения Страховым публичным акционерным обществом «Ингосстрах» (далее – Страховщик) договоров добровольного медицинского страхования иностранных граждан и лиц без гражданства, прибывших в Российскую Федерацию и намеревающихся осуществлять или осуществляющих трудовую деятельность на основании разрешения на работу или патента (далее – договор страхования, договоры страхования или договор ДМС).

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

Добровольное медицинское страхование в соответствии с настоящими Правилами (далее также – ДМС) осуществляется на основе программы добровольного медицинского страхования и обеспечивает застрахованным лицам (далее – также Застрахованные) при наступлении страхового случая получение медицинской помощи и ее оплату в соответствии с условиями договоров страхования и стандартами, установленными Банком России.

Добровольное медицинское страхование может быть коллективным и индивидуальным. В случае коллективного страхования Страхователь и Страховщик заключают договор ДМС в отношении группы (нескольких) иностранных граждан и (или) лиц без гражданства, прибывших в Российскую Федерацию и намеревающихся осуществлять или осуществляющих трудовую деятельность на основании разрешения на работу или патента (далее также – трудовые мигранты).

Заключение договора ДМС трудового мигранта подтверждается оформлением полиса ДМС в соответствии с Указанием Банка России № 3793-У от 13.09.2015 «О минимальных (стандартных) требованиях к условиям и порядку осуществления медицинского страхования в части добровольного медицинского страхования иностранных граждан и лиц без гражданства, находящихся на территории Российской Федерации с целью осуществления ими трудовой деятельности» (далее – Минимальные стандарты).

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

Программа добровольного медицинского страхования (далее – Программа либо Программа ДМС) – объем медицинских и иных услуг, установленный Страховщиком в соответствии с Минимальными стандартами, а также порядок их оказания.

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

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

1.3. При заключении договора страхования, а также в период его действия в случаях, не противоречащих законодательству Российской Федерации, Страхователь и Страховщик могут договориться об изменении, дополнении или исключении отдельных положений настоящих Правил, за исключением положений, установленных Минимальными стандартами. Страхователь и Страховщик могут заключать Договор, применяя специально разработанную для него программу страхования, отличную от программы, содержащейся в настоящих Правилах.

1.4. В случае, если Договором ДМС и приложениями к нему предусмотрены условия, отличные от установленных настоящими Правилами, и не противоречащие действующему законодательству, в том числе Минимальным стандартам, то применяются условия Договора ДМС и приложений к нему.

2. СУБЪЕКТЫ СТРАХОВАНИЯ

2.1. Субъектами добровольного медицинского страхования 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 уполномоченные страховые агенты (юридические и физические лица), страховые брокеры в пределах их полномочий и на основании соответствующих договоров или доверенностей.

Страховщик осуществляет оценку страхового риска, получает страховые премии (страховые взносы), определяет размер убытков (ущерба, вреда), производит страховые выплаты, осуществляет иные действия, связанные с исполнением обязательств по договору страхования.

2.3. Страхователем признаётся российское или иностранное юридическое или дееспособное физическое лицо, в том числе индивидуальный предприниматель, заключившее со Страховщиком договор страхования в соответствии с настоящими Правилами.

2.4. Застрахованными лицами по договору страхования являются иностранные граждане и лица без гражданства, прибывшие в Российскую Федерацию и намеревающиеся осуществлять или осуществляющие трудовую деятельность на основании разрешения на работу или патента.

3. ОБЪЕКТ СТРАХОВАНИЯ

3.1. Объектами добровольного медицинского страхования являются имущественные интересы, связанные с оплатой организации и оказания первичной медико-санитарной и специализированной медицинской помощи в неотложной форме, расходов на используемые медицинским персоналом при оказании медицинской помощи в неотложной форме в соответствии со стандартами первичной медико-санитарной помощи и специализированной медицинской помощи в рамках программы ДМС трудовых мигрантов лекарственные препараты, включенные в утверждаемый Правительством Российской Федерации перечень жизненно необходимых и важнейших лекарственных препаратов для медицинского применения и медицинских изделий, и медицинские изделия, включенные в утверждаемый Правительством Российской Федерации перечень медицинских изделий, имплантируемых в организм человека при оказании медицинской помощи в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи, в том числе на оплату лечебного питания в стационаре и донорской крови и ее компонентов и иных услуг вследствие расстройства здоровья физического лица или состояния физического лица, требующих организации и оказания таких услуг.

4. СТРАХОВЫЕ РИСКИ И СТРАХОВЫЕ СЛУЧАЙ

4.1. Страховым риском является предполагаемое событие, на случай наступления которого проводится страхование.

Событие, рассматриваемое в качестве страхового риска, должно обладать признаками вероятности и случайности его наступления.

4.2. Договор страхования заключается в отношении риска затрат на оказание медицинской помощи Застрахованному при его обращении в медицинскую и иную организацию для получения первичной медико-санитарной и специализированной медицинской помощи в неотложной форме, и, если это предусмотрено Программой страхования, иных услуг вследствие произошедших в течение действия страхования заболеваний и состояний, требующих организации и оказания таких услуг.

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, определенную Страховщиком, для получения первичной медико-санитарной и специализированной медицинской помощи в неотложной форме и иных предусмотренных программой страхования услуг вследствие произошедших в течение действия страхования заболеваний и состояний, требующих организации и оказания таких услуг, влекущее обязанность Страховщика произвести страховую выплату.

Объем медицинской помощи, оказываемой Застрахованному медицинской и иной организацией и оплачиваемой Страховщиком по договору страхования, определяется Программой, являющейся Приложением № 1 к Правилам.

4.4. Не является страховым случаем обращение Застрахованного в медицинскую и иную организацию за получением медицинской помощи:

4.4.1. не назначенной врачом, оказывающим медицинскую помощь в рамках Программы;

4.4.2. при особо опасных инфекционных болезнях (натуральная оспа, полиомиелит, малярия, ТРОС), заболеваниях, включенных в утверждаемый Правительством Российской Федерации перечень заболеваний, представляющих опасность для окружающих, а также при злокачественных новообразованиях, сахарном диабете, психических расстройствах и расстройствах поведения;

4.4.3. высокотехнологичной медицинской помощи;

4.4.4. при патологических состояниях, отравлениях и травмах, возникших у Застрахованного в состоянии алкогольного опьянения или под воздействием иных психоактивных веществ и (или) лекарственных препаратов, употребленных без назначения врача;

4.4.5. при возникновении травматических повреждений или иных нарушений здоровья, наступивших в результате совершения Застрахованным умышленных противоправных действий;

4.4.6. по поводу последствий покушения Застрахованного на самоубийство, за исключением тех случаев, когда Застрахованный был доведен до такого состояния противоправными действиями третьих лиц;

4.4.7. при умышленном причинении себе телесных повреждений Застрахованным;

4.4.8. связанных с беременностью, родами, послеродовым периодом и абортми Застрахованной.

5. СТРАХОВАЯ СУММА И ПОРЯДОК ЕЁ ОПРЕДЕЛЕНИЯ

5.1. Страховой суммой является денежная сумма, которая определена в порядке, установленном федеральным законом и (или) 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 объема медицинской помощи, предусмотренной Программой. Страховая сумма устанавливается по соглашению сторон для каждого Застрахованного, но не может быть ниже минимального размера страховой суммы, равного 100 000 (Сто тысяч) рублей и определенного законодательством Российской Федерации, в том числе в Минимальных стандартах.

5.3. Договором страхования может быть предусмотрена страховая сумма по всей Программе в целом либо по отдельным заболеваниям (состояниям), отдельным видам медицинской помощи с учетом соблюдения положений пункта 5.2 Правил.

5.4. Страховая сумма в договоре страхования устанавливается в виде уменьшаемой страховой суммы, рассчитываемой как разность страховой суммы на начало срока действия договора страхования и суммы страхового возмещения, осуществляемого Страховщиком в период действия договора страхования по всем произошедшим страховым случаям (агрегатная страховая сумма). Общая сумма выплат за один или несколько страховых случаев, происшедших в период действия договора страхования, не может превышать размера страховой суммы, указанной в договоре страхования.

Если агрегатная страховая сумма исчерпана полностью, обязательства Страховщика по договору страхования трудовых мигрантов считаются исполненными, договор страхования прекращается.

5.5. Страховая сумма по соглашению сторон может устанавливаться как в российских рублях, так и в иностранной валюте. При использовании иностранной валюты при определении страховой суммы страховая выплата осуществляется в рублях по курсу Центрального Банка Российской Федерации на день платежа, если иной курс не установлен соглашением сторон.

6. СТРАХОВОЙ ТАРИФ, СТРАХОВАЯ ПРЕМИЯ (СТРАХОВЫЕ ВЗНОСЫ), ПОРЯДОК ИХ ОПРЕДЕЛЕНИЯ, 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 № 5 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 и в зависимости от факторов риска, влияющих на вероятность наступления страхового случая и размер убытков, возмещаемых по договору (коэффициенты риска), среди которых могут учитываться:

- 6.2.1. пол, возраст Застрахованного;
- 6.2.2. состояние здоровья Застрахованного;
- 6.2.3. объем предоставляемого страхового покрытия (оплачиваемые и неоплачиваемые виды медицинской помощи и иных услуг);
- 6.2.4. срок действия договора страхования;
- 6.2.5. общее количество лиц, принимаемых на страхование по договору;
- 6.2.6. ценовая категория медицинских и иных организаций;
- 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 является плата за страхование, которую Страхователь обязан уплатить Страховщику в порядке и в сроки, установленные договором 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;
- 6.4.3. умножением рассчитанного годового размера страховой премии на коэффициент в зависимости от срока действия договора страхования, при страховании на срок, отличный от года.

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

6.6. Увеличение цен на медицинские услуги является значительным изменением обстоятельств, существенно влияющих на увеличение страхового риска. 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 соответствующем дополнительном соглашении к договору страхования или с даты, указанной в уведомлении, направленном Страховщиком. В случае неуплаты Страхователем страховой премии (страхового взноса) в установленный срок или ее уплаты не в полном объеме, Страховщик вправе досрочно прекратить договор страхования в одностороннем порядке или приостановить его действие на установленный Страховщиком срок, предварительно известив Страхователя о факте наличия задолженности и последствиях неисполнения им обязанностей по договору страхования. Если Страхователь (Застрахованный) возражает против изменения условий договора страхования или доплаты страховой премии, Страховщик вправе потребовать расторжения договора в соответствии с правилами, установленными действующим законодательством.

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 единовременно или, по соглашению сторон, может вноситься в рассрочку – страховыми взносами в соответствии с графиком уплаты страховых взносов, предусмотренным договором страхования.

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

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

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

6.9. При оплате страховой премии (страхового взноса) наличными денежными средствами страховая премия считается оплаченной с момента внесения денежных средств Страховщику (его уполномоченному представителю).

6.10. Страховая премия, установленная в иностранной валюте, уплачивается в рублях по курсу Центрального Банка Российской Федерации на день платежа, если иной курс не установлен соглашением сторон. В случаях, предусмотренных действующим законодательством Российской Федерации, страховая премия может уплачиваться в иностранной валюте.

7. ПОРЯДОК ЗАКЛЮЧЕНИЯ И ИСПОЛНЕНИЯ ДОГОВОРА СТРАХОВАНИЯ

7.1. Договор страхования заключается в письменной форме:

7.1.1. в виде электронного документа через официальный сайт (мобильное приложение) Страховщика, официальный сайт (мобильное приложение)¹ представителя Страховщика (страхового агента, страхового брокера) в порядке, предусмотренном пунктом 7.7 настоящих Правил;

7.1.2. при непосредственном обращении Страхователя к Страховщику (его уполномоченному представителю) на основании устного или письменного заявления Страхователя или его представителя.

7.2. Страхование конкретного трудового мигранта подтверждается оформлением полиса ДМС, соответствующего Минимальным стандартам.

7.3. Договор страхования может быть заключён на основании устного или письменного заявления Страхователя (Приложение № 6 к Правилам) в том числе (при необходимости) с применением медицинской анкеты лица, принимаемого на страхование (Приложение № 8 к Правилам). Письменное заявление на страхование является приложением к договору страхования и его неотъемлемой частью.

7.4. В заявлении на страхование должны быть указаны:

7.4.1.1. Информация о лице, принимаемом на страхование (трудоём мигранте):

- фамилия, имя, отчество (последнее – при наличии) на русском языке, а также дополнительно с помощью букв латинского алфавита на основании сведений, содержащихся в документе, предусмотренном федеральным законом или признаваемом в соответствии с международным договором Российской Федерации в качестве документа, удостоверяющего личность иностранного гражданина или лица без гражданства;

- пол;

- дата рождения;

- вид и данные удостоверяющего личность трудового мигранта документа, предусмотренного федеральным законом или признаваемого в соответствии с международным договором Российской Федерации в качестве документа, удостоверяющего личность иностранного гражданина или лица без гражданства;

- адрес места жительства (регистрации) или адрес места пребывания на территории Российской Федерации;

- гражданство (при наличии);

- контактная информация (телефон, адрес электронной почты (при наличии)).

Данные о лицах, принимаемых на страхование, могут быть оформлены в виде списка, прилагаемого к заявлению на страхование (Приложение № 7 к Правилам).

7.4.1.2. Обстоятельства, имеющие значение для оценки страхового риска, в том числе:

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

- о наличии или отсутствии имеющихся у Застрахованного следующих заболеваний (состояний):
 - ВИЧ-инфекция, болезнь, вызванная вирусом иммунодефицита человека, СПИД;
 - особо опасные инфекционные болезни², , инфекционные болезни, требующие проведения мероприятий по санитарной охране территории Российской Федерации, в том числе коронавирусная инфекция (2019-nCoV, COVID-19), 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 инфекция; туберкулез;
 - алкоголизм, наркомания, токсикомания, заболевания, вызванные приёмом алкоголя, наркотических веществ без назначения врача или с нарушением назначений врача, токсических веществ с целью опьянения;
 - психические расстройства и расстройства поведения;
 - новообразования, в том числе злокачественные, гемобластозы;
 - заболевания, относящиеся к классу врожденных аномалий, деформаций и хромосомных нарушений, и (или) связанные с ними осложнения;
 - системные поражения соединительной ткани, в том числе все недифференцированные коллагенозы; инфекционные артропатии, воспалительные полиартропатии, артрозы, спондилопатии, анкилозирующий спондилит (болезнь Бехтерева), синовиты и теносиновиты, ревматоидный артрит, ревматизм, миозит, хондропатии;
 - заболевания сопровождающиеся хронической почечной или печеночной недостаточностью и требующие проведения хронического гемодиализа;
 - хронические гепатиты;
 - заболевания, послужившие причиной установления инвалидности; заболевания, по поводу которых проводилась пересадка чужеродных органов и тканей (кроме переливания крови и её компонентов);

7.4.1.3. Информация о Страхователе – юридическом лице:

- организационно-правовая форма;
- полное и (при наличии) сокращенное наименование, в том числе фирменное наименование, для коммерческих организаций на русском языке. В случае, если в учредительных документах юридического лица его наименование указано на одном из языков народов Российской Федерации и (или) на иностранном языке, указывается также наименование юридического лица на этих языках;
- адрес (место нахождения) постоянно действующего исполнительного органа юридического лица (в случае отсутствия постоянно действующего исполнительного органа юридического лица - иного органа или лица, имеющих право действовать от имени юридического лица без доверенности), по которому осуществляется связь с юридическим лицом;
- контактная информация (телефон (факс), адрес сайта и (или) электронной почты организации (при наличии));
- фамилия, имя, отчество (последнее – при наличии) и должность лица, уполномоченного подписывать договор страхования от имени страхователя и документ, на основании которого он подписывает договор страхования.

7.4.1.4. Информация о Страхователе – индивидуальном предпринимателе:

- фамилия, имя, отчество (последнее – при наличии) на русском языке (для иностранных граждан и лиц без гражданства такие сведения дополнительно указываются с помощью букв латинского алфавита на основании сведений, содержащихся в документе, предусмотренном федеральным законом или признаваемом в соответствии с международным договором Российской Федерации в качестве документа, удостоверяющего личность иностранного гражданина или лица без гражданства);
- дата рождения;
- гражданство (при наличии);
- место жительства в Российской Федерации (указывается адрес, по которому индивидуальный предприниматель зарегистрирован по месту жительства в установленном законодательством Российской Федерации порядке);

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

- данные основного документа, удостоверяющего личность гражданина (для иностранных граждан и лиц без гражданства указываются вид и данные документа, предусмотренного федеральным законом или признаваемого в соответствии с международным договором Российской Федерации в качестве документа, удостоверяющего личность иностранного гражданина или лица без гражданства);

- контактная информация (телефон, адрес электронной почты (при наличии));

- дата государственной регистрации физического лица в качестве индивидуального предпринимателя и данные документа, подтверждающего факт внесения в единый государственный реестр индивидуальных предпринимателей записи об указанной государственной регистрации.

7.4.1.5. Информация о Страхователе – физическом лице:

- фамилия, имя, отчество (последнее – при наличии) на русском языке (для иностранных граждан и лиц без гражданства такие сведения дополнительно указываются с помощью букв латинского алфавита на основании сведений, содержащихся в документе, предусмотренном федеральным законом или признаваемом в соответствии с международным договором Российской Федерации в качестве документа, удостоверяющего личность иностранного гражданина или лица без гражданства);

- пол;

- дата рождения;

- гражданство (при наличии);

- адрес места жительства (регистрации) или адрес места пребывания на территории Российской Федерации, дата регистрации;

- данные основного документа, удостоверяющего личность гражданина (для иностранных граждан и лиц без гражданства указываются вид и данные документа, предусмотренного федеральным законом или признаваемого в соответствии с международным договором Российской Федерации в качестве документа, удостоверяющего личность иностранного гражданина или лица без гражданства);

- контактная информация (телефон, адрес электронной почты (при наличии)).

7.4.1.6. Срок, на который необходимо заключить договор страхования.

7.4.1.7. Род занятий Застрахованного (Застрахованных) - характер трудовой (производственной) деятельности Застрахованного (Застрахованных).

7.4.1.8. Сведения о намерении лиц, принимаемых на страхование, заниматься спортом.

7.5. Срок действия договора страхования определяется по соглашению сторон договора исходя из сообщенного Страхователем предполагаемого срока действия разрешения на работу или патента.

7.6. Страхователь по требованию Страховщика обязан предоставить:

- учредительные документы Страхователя - юридического лица;

- документ, удостоверяющий личность Страхователя или действующего от его имени представителя, а также копию документа, удостоверяющего личность Застрахованного;

- доверенность или иной документ, свидетельствующий о наличии и объеме полномочий представителя Страхователя;

- документы, содержащие информацию о предыдущей истории страхования (при наличии);

- документы (копии), отражающие состояние здоровья Застрахованного, в том числе выданные по результатам медицинского обследования Застрахованного.

По решению Страховщика перечень документов, информации, приведенный в настоящем пункте, может быть сокращен, если это не влияет на оценку риска, вероятности наступления страхового случая, а также определение застрахованного лица и Страхователя.

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

7.7. Заключение договора страхования в электронной форме:

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

³ Порядок использования мобильного приложения Страховщика или представителя Страховщика размещается на

страхового брокера) в порядке, указанном в настоящих Правилах.

7.7.2. 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 с указанием информации, предусмотренной пунктом 7.4.1 настоящих Правил.

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

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

7.7.4. 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.

7.7.5. 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»):

7.7.5.1. 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.

7.7.5.2. 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.

7.7.5.3. 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».

7.7.5.4. Указанная простая электронная подпись физического лица также может использоваться

официальных сайтах Страховщика, представителя Страховщика в информационно-телекоммуникационной сети «Интернет».

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».

7.7.5.5. 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.

7.7.5.6. 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.

7.7.5.7. После осуществления доступа к сайту Страховщика в соответствии с настоящим пунктом Страхователю предоставляется возможность направления Страховщику сведений, указанных в пункте 7.4.1 настоящих Правил.

Информация в электронной форме, отправленная Страховщику и подписанная простой электронной подписью Страхователя (застрахованного лица) 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.

7.7.6. 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.

7.7.7. 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).

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

7.9. 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. Договором страхования может быть предусмотрено условие о вступлении его в силу не ранее даты начала действия разрешения на работу или патента.

7.10. Полис ДМС трудовых мигрантов должен содержать сведения, предусмотренные законодательством РФ, в том числе Минимальными стандартами.

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

7.11.1. об условиях, на которых может быть заключен договор страхования, включающих: объект страхования, страховые риски, размер страховой премии, страховой суммы и (или) порядок определения размера страховой премии, 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 страховую выплату.

7.11.2. 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);

7.11.3. 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;

7.11.4. 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;

7.11.5. 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;

7.11.6. 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;

7.11.7. 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;

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

7.11.9. 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.

7.12. Срок действия договора страхования определяется исходя из сообщенного Страхователем (застрахованным лицом) предполагаемого срока действия разрешения на работу или патента.

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

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

7.15. 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 (Застрахованного) 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.

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

7.17. После заключения договора страхования (за исключением заключения договора страхования в электронном виде) Страховщик в порядке, определенном договором страхования, выдает для Застрахованного комплект страховой документации, согласованный сторонами договора страхования, страховой полис⁴, отвечающий требованиям законодательства Российской Федерации, в том числе Минимальным стандартам, при необходимости, информационные документы.

⁴ Страхование конкретного застрахованного подтверждается оформлением индивидуального страхового полиса, соответствующего законодательству Российской Федерации, в т.ч. Указанию Банка России № 3793-У от 13.09.2015 «О минимальных (стандартных) требованиях к условиям и порядку осуществления медицинского страхования в части добровольного медицинского страхования иностранных граждан и лиц без гражданства, находящихся на территории Российской Федерации с целью осуществления ими трудовой деятельности»

7.18. При утрате Страхователем или Застрахованным страховых документов по их письменному Заявлению может быть выдан дубликат таких документов.

7.19. 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) способами, установленными договором страхования, а также посредством телефонной и почтовой связи.

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

Если иное не согласовано между Страховщиком и Страхователем (Застрахованным), все письма и уведомления, направляемые Страховщиком в адрес Страхователя (Застрахованного) 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 выплату) с контактными данными, поданном от лица Страхователя (Застрахованного);
- 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) в соответствующем разделе сайта www.ingos.ru, о чем Страхователь (Застрахованный) проинформирован с использованием мобильного приложения Страховщика или Личного кабинета Страхователя (Застрахованного).

7.20. В случае изменения адресов и (или) реквизитов Страхователь (Застрахованный) 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) по прежнему известному адресу, будут считаться полученными с даты их поступления по прежнему адресу.

7.21. 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, Страхователь 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) 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.

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

7.23. 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, сайт (мобильное приложение) страхового агента и (или) страхового брокера в порядке, аналогичном порядку, предусмотренному пунктом 7.7 настоящих Правил.

8. ПРАВА И ОБЯЗАННОСТИ СТОРОН

8.1. Страхователь имеет право:

8.1.1. требовать от Страховщика при наступлении страхового случая организации оказания медицинской помощи и иных предусмотренных Программой услуг и их финансирования (оплаты) либо осуществления страховой выплаты (страхового возмещения) в соответствии с условиями договора страхования и (или) Программы;

8.1.2. досрочно прекратить действие договора страхования;

8.1.3. прекратить в отношении Застрахованного действие договора страхования;

8.1.4. требовать от Страховщика разъяснения положений, содержащихся в Правилах и договорах страхования, расчетов страховой выплаты;

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

8.2. Страхователь обязан:

8.2.1. предоставлять Страховщику необходимую достоверную информацию об обстоятельствах, имеющих отношение к заключению и исполнению договора страхования, а также имеющих существенное значение для определения вероятности наступления страхового случая и размеров возможных убытков от его наступления (страхового риска) (Приложения №№ 6.1-6.3 и № 8 к Правилам);

8.2.2. предоставлять Страховщику информацию о состоянии здоровья (в соответствии с Приложением № 8 к Правилам) принимаемых на страхование лиц (контингента, подлежащего страхованию);

8.2.3. в пределах своей компетенции принимать меры по устранению неблагоприятных

факторов, воздействующих на здоровье Застрахованных;

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

8.2.5. 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;

8.2.6. 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;

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

8.2.8. своевременно сообщать Страховщику о ставших ему известными фактах увеличения степени риска, об изменении обстоятельств, которые были сообщены Страховщику при заключении договора страхования.

8.3. Застрахованный имеет право:

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

8.3.2. требовать от Страховщика возмещения личных денежных средств, израсходованных на получение предусмотренных Программой медицинских и иных услуг, если это предусмотрено условиями договора страхования или Программы;

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

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

8.3.5. 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;

8.3.6. требовать от Страховщика разъяснения положений, содержащихся в правилах страхования и договорах страхования, расчетов страховой выплаты;

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

8.4. Застрахованный обязан:

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

8.4.2. соблюдать предписания врача, полученные в ходе оказания медицинских услуг, а также распорядок и правила поведения пациента, установленные медицинской и иной организацией;

8.4.3. своевременно информировать Страховщика о выявлении в течение действия договора страхования событий, признаваемых значительными изменениями, влекущими увеличение страхового риска (изменения состояния здоровья, выявлении заболеваний, перечисленных в исключениях из страхового покрытия, и пр.);

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

8.4.5. по требованию Страховщика в соответствии с пунктом 8.5.3 Правил пройти дополнительное медицинское обследование и (или) предоставить документы, подтверждающие состояние здоровья;

8.4.6. своевременно сообщить Страхователю об изменении своей фамилии, имени, отчества (при наличии) и адрес места жительства (регистрации) и места пребывания на территории Российской Федерации, иных данных, необходимых для идентификации Застрахованного в соответствии с договором страхования;

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

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

8.4.9. не нарушать условия пунктов 8.4.2, 8.4.3, 8.4.4, 8.4.5, 8.4.8 Правил – нарушение Застрахованным указанных условий рассматривается в качестве существенного нарушения условий договора страхования, что может повлечь за собой досрочное прекращение действия договора страхования в отношении такого Застрахованного согласно условиям Правил или договора страхования.

8.5. Страховщик имеет право:

8.5.1. проверять полученную от Страхователя и Застрахованного информацию;

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

8.5.3. потребовать проведения медицинских обследований Застрахованного и (или) предоставления документов, подтверждающих информацию о состоянии его здоровья, если в течение действия договора страхования у Страховщика появятся основания предполагать, что в течение действия договора страхования произошли события, признаваемые значительным изменением, влекущим увеличение страхового риска;

8.5.4. прекратить договор страхования в отношении Застрахованного в случаях, указанных в пункте 9.1.12 Правил и (или) предусмотренных действующим законодательством РФ;

8.5.5. прекратить договор страхования в отношении Застрахованного, в случае получения письменного заявления Застрахованного (направленного им в т.ч. через Страхователя) об отзыве им своего согласия на обработку Страховщиком и партнерами Страховщика его персональных данных и об отказе продолжать страховые правоотношения со Страховщиком;

8.5.6. в случае выявления в течение действия договора страхования событий, признаваемых значительными изменениями, влекущими увеличение страхового риска, потребовать изменения условий договора страхования или уплаты дополнительной страховой премии соразмерно увеличению риска, а при несогласии Страхователя на такие изменения – потребовать досрочно прекратить договор страхования.

8.6. Страховщик обязан:

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

8.6.2. контролировать объем и сроки организованных им медицинских и иных услуг в соответствии с условиями договора с медицинскими и иными организациями;

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

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

8.6.5. по требованиям Страхователей, Застрахованных, а также лиц, имеющих намерение заключить договор страхования, разъяснять положения, содержащиеся в Правилах и договорах страхования, расчеты страховой выплаты.

8.6.6. 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;

8.6.7. 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 предусмотренным договором страхования способом.

8.6.8. 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, предоставлять информацию о произведенном Страховщиком расчете суммы страховой выплаты, включая: сумму страхового возмещения, подлежащую выплате; порядок расчета страховой выплаты; исчерпывающий перечень норм права и (или) условий договора страхования и Правил, обстоятельств и документов, на основании которых произведен расчет;

8.6.9. уведомлять Страхователя и Застрахованного об уменьшении агрегатной страховой суммы в течение 5 (Пяти) рабочих дней с момента уменьшения размера страховой суммы до размера менее чем

10 000 (Десять тысяч) рублей.

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

9. ПОРЯДОК ПРЕКРАЩЕНИЯ ДОГОВОРА СТРАХОВАНИЯ

9.1. Договор страхования прекращает свое действие:

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

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

9.1.3. по требованию Страховщика – в случае неуплаты страхового взноса в установленные договором страхования сроки и размере, при условии предварительного уведомления Страхователя о факте наличия задолженности и последствиях ее неуплаты не менее чем за 5 (Пять) рабочих дней до даты прекращения договора страхования, если договором страхования не установлено иное – с даты направления Страховщиком требования о прекращении договора страхования или даты, указанной в этом требовании;

9.1.4. полностью – в случае полного отзыва субъектом персональных данных, являющимся Страхователем, согласия на обработку персональных данных (полный отзыв такого согласия считается отказом от договора страхования);

9.1.5. частично – в случае полного отзыва субъектом персональных данных, являющимся Застрахованным, согласия на обработку персональных данных – в отношении такого Застрахованного;

9.1.6. в случаях, указанных в пунктах 9.1.4 и 9.1.5 Правил, договор страхования считается прекращенным (полностью или в соответствующей части) с даты получения Страховщиком уведомления об отзыве согласия на обработку персональных данных;

9.1.7. по требованию Страхователя в любое время, если после вступления договора в силу возможность наступления страхового случая не отпала и существование страхового риска не прекратилось по обстоятельствам иным, чем страховой случай – с даты получения Страховщиком требования о прекращении договора страхования или даты, указанной в этом требовании, если она позже даты получения;

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

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

9.1.10. в случае ликвидации Страхователя – юридического лица, если Застрахованный не принял на себя исполнение обязанностей Страхователя по уплате страховой премии – с даты ликвидации Страхователя;

9.1.11. в случае исполнения Страховщиком договорных обязательств в полном объеме, в том числе в случаях полного исчерпания агрегатной страховой суммы – с момента исполнения обязательств Страховщиком в полном объеме;

9.1.12. в случае, когда в течение срока действия договора страхования Страховщику станет известно о том, что Застрахованный (Страхователь), при заключении договора страхования представил Страховщику ложные сведения (в том числе скрыл имеющиеся болезни) - Страховщик вправе обратиться в суд с требованием о признании договора страхования недействительным и применении последствий, предусмотренных п. 2 ст. 179 ГК РФ;

9.1.13. до наступления срока, на который он был заключен, если после его вступления в силу возможность наступления страхового случая отпала и существование страхового риска прекратилось по обстоятельствам иным, чем страховой случай;

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

9.2. Страхователь-физическое лицо имеет право отказаться от договора страхования в случае ненадлежащего информирования его об условиях страхования (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.

9.3. При прекращении договора страхования в соответствии с пунктами 9.1.2, 9.1.9, 9.1.13

Правил в целом или отношении какого-либо Застрахованного Страховщик возвращает уплаченную страховую премию в размере части премии, приходящейся на неистекший срок действия договора страхования.

При прекращении договора страхования в соответствии с пунктом 9.1.8 Правил вопрос о возврате суммы страховой премии определяется соглашением сторон.

При прекращении договора страхования в соответствии с пунктом 9.1.14 вопрос о возврате страховой премии решается в соответствии с законодательством Российской Федерации в зависимости от основания прекращения договора страхования.

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

В случае, если при расторжении договора страхования предусматривается возврат суммы страховой премии, такой возврат осуществляется в течение 15 (Пятнадцати) рабочих дней с момента обращения Страхователя к Страховщику с требованием о возврате страховой премии, если иное не предусмотрено условиями договора страхования либо соглашением сторон договора страхования.

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

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

9.5. Если иное не предусмотрено договором страхования, и при наличии соответствующей технической возможности, прекращение (расторжение) договора страхования может быть совершено путем обмена информацией в электронном виде через официальный сайт или мобильное приложение Страховщика, сайт (мобильное приложение) страхового агента и (или) страхового брокера в порядке, аналогичном порядку, предусмотренному пунктом 7.7 настоящих Правил.

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

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

10.1.1. в форме организации оказания и оплаты стоимости предусмотренных Программой страхования и медицинских и иных услуг, оказанных Застрахованному, непосредственно медицинским и иным организациям, оказавшим услуги;

10.1.2. в форме страхового возмещения Застрахованному лицу израсходованных им личных денежных средств на оплату предусмотренных Программой страхования медицинских и иных услуг, лекарственных препаратов, медицинских изделий.

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

10.2. 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.

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

10.4. 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.

10.5. Страховая выплата производится в валюте Российской Федерации, за исключением

случаев, предусмотренных законодательством РФ или условиями конкретного договора страхования и (или) Программы.

10.6. 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 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.

10.7. 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).

10.8. 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 30 (Тридцати) дней (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, с указанием суммы возмещения и реквизитов счета для зачисления страхового возмещения и с приложением копии документа, удостоверяющего личность (страницы с фотографией, фамилией, именем, отчеством, датой рождения, с регистрацией по месту жительства), копия свидетельства о рождении для не имеющих паспорта Застрахованных лиц, а также следующих документов (заявление может быть направлено заказным письмом с уведомлением или передано в филиал Страховщика по месту нахождения Застрахованного (его представителя)):

10.8.1. при оплате предусмотренных договором или Программой медицинских услуг:

- счет за оказанные медицинские услуги с указанием оказанных услуг или с приложением реестра оказанных услуг (копия); договор, заключенный непосредственно с медицинской организацией без участия посредников, подписанный представителем медицинской организации, заверенный печатью медицинской организации и содержащий фамилию, имя, отчество Застрахованного как получателя (потребителя) медицинских услуг, наименование и стоимость оказанных медицинских услуг, сведения о медицинской организации – номер лицензии, наименование юридического лица, идентификационный номер налогоплательщика (копия); кассовый чек или бланк строгой отчетности, подтверждающие оплату предусмотренных Программой услуг (здесь и далее по тексту Правил - оригинал кассового чека или бланка строгой отчетности, сформированных на бумажном носителе, или копия чека, сформированного в электронной форме и содержащего QR-код); медицинский документ, выданный медицинской организацией, содержащий сведения о пациенте – о Застрахованном лице, которому оказаны услуги, о дате развития заболевания, предусмотренного Программой, о назначенном лечении, о дате выполнения осмотра и назначения лечения, о выполненных медицинских вмешательствах; сведения о выдавшей его медицинской организации (наименование, адрес); сведения о лечащем враче, подпись лечащего врача и печать медицинской организации, подтверждающий предусмотренное договором и (или) Программой заболевание и (или) состояние, и оказание оплаченных услуг, предусмотренных Программой (копия);

10.8.2. при покупке предусмотренных Программой лекарственных препаратов и (или) медицинских изделий:

- рецепт (или копия рецепта) и (или) иной документ (при отсутствии бланков рецептов – выписка из медицинского документа, истории болезни, справка медицинской организации и пр., подтверждающие факт выписки (назначения) лекарственного препарата, а также подтверждающие факт оказания медицинских услуг, предусмотренных Программой, с указанием фамилии и инициалов Застрахованного в качестве пациента, наименования лекарственного препарата и его дозировки, наименования оказанных медицинских услуг, фамилии врача, подписавшего документ, с простановкой печати (штампа) медицинской организации. Допускается предоставление Застрахованным (его представителем) копии медицинского документа, заверенной медицинской организацией), выписанный

назначившим лекарство медицинским работником, подтверждающий назначение лекарственного препарата или медицинского изделия (копия); кассовый чек или бланк строгой отчетности, подтверждающие оплату предусмотренных Программой и (или) договором лекарств и (или) медицинских изделий; медицинский документ, подтверждающий предусмотренное договором и (или) Программой заболевание и (или) состояние (копия);

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

- договор на оказание услуг (при наличии) или счет исполнителя услуг с детализацией по оказанным услугам; в зависимости от транспорта, билеты на который были куплены – авиабилеты, железнодорожные билеты, билеты для проезда междугородними автобусами; при оплате проживания в гостиницах (иных жилых помещениях) – договор на оказание гостиничных услуг или заменяющий его документ;

10.8.4. в случае предусмотренной Программой страхования 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).

10.9. В случае, если от имени Застрахованного при подаче заявления на возмещение расходов действует его представитель, последний обязан предоставить документальное подтверждение своих полномочий: документы, подтверждающие, что заявитель является законным представителем Застрахованного, или нотариально заверенную доверенность, дающую право получить денежные средства в счет выплаты.

10.10. 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.

10.11. 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.

10.12. 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.

10.13. В случае, если Застрахованным или его представителем не были указаны (предоставлены) банковские реквизиты, а также другие сведения, необходимые для осуществления страховой выплаты в безналичном порядке, Страховщик вправе продлить (приостановить) срок осуществления страховой выплаты до получения указанных сведений, при этом Страховщик обязан уведомить обратившееся лицо о факте приостановки исчисления срока для осуществления выплаты, но не более чем на 60 (Шестьдесят) дней, и запросить у него недостающие сведения.

10.14. 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.

10.15. 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.

10.16. 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 20 (Двадцати) 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.

10.17. 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.

10.18. 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.

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

10.20. 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.

10.21. 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.

10.22. 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.

10.23. Страховщик имеет право отказать в страховой выплате:

10.23.1. При возникновении расходов в связи с событием, не являющимся страховым случаем;

10.23.2. в части покрытия расходов на оказание медицинских и иных услуг, не подтвержденных документами, предусмотренными пунктом 10.8 Правил;

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

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

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

10.23.6. при обращении за медицинскими и иными услугами по основаниям иным, чем предусмотрено Программой;

10.23.7. в случае событий, не повлекших возникновение расходов на оплату медицинских и иных услуг, предусмотренных Программой.

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

10.24.1. воздействия ядерного взрыва, радиации или радиоактивного заражения;

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

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

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

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

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

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

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

10.27.2. Отправляемая Страхователем, (Застрахованным, Выгодоприобретателем) информация в электронной форме подписывается соответствующей электронной подписью с соблюдением требований, порядка и обязанностей, предусмотренных пунктом 7.7 настоящих Правил.

10.27.3. При отправке Страхователем, Застрахованным 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».

10.27.4. Страховщик проверяет достоверность сведений, указанных Страхователем, Застрахованным в заявлении о страховой выплате и в приложенных документах, поданных в электронном виде с использованием как сайта (мобильного приложения) Страховщика, так и сайта (мобильного приложения) страхового агента или страхового брокера, и по результатам проверки в срок, предусмотренный для проверки документов, доставленных Страховщику на бумажных носителях (если иной срок не предусмотрен соглашением сторон), может направить Страхователю Застрахованному требование о предоставлении оригиналов документов. Требование может быть направлено в виде электронного документа, заверенного усиленной квалифицированной электронной подписью Страховщика.

10.27.5. В случае, если на момент обращения Страхователя, Застрахованного через личный кабинет на сайте Страховщика или мобильное приложение Страховщика, страхового агента или 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.

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

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

10.28. 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.

11. ПОРЯДОК РАЗРЕШЕНИЯ СПОРОВ

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

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

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

11.4. 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 добровольного медицинского страхования «Трудовой мигрант»

1. Страховой случай

1.1. По настоящей Программе СПАО «Ингосстрах» (далее – Страховщик) организует и оплачивает первичную медико-санитарную помощь и специализированную медицинскую помощь в неотложной форме в случаях заболеваний и состояний, входящих согласно части шестой статьи 35 Федерального закона от 29 ноября 2010 года N 326-ФЗ "Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации" в базовую программу обязательного медицинского страхования с учетом особенностей, установленных пунктом 3 Указания Банка России от 13.09.2015 N 3793-У «О минимальных (стандартных) требованиях к условиям и порядку осуществления медицинского страхования в части добровольного медицинского страхования иностранных граждан и лиц без гражданства, находящихся на территории Российской Федерации с целью осуществления ими трудовой деятельности».

1.2. Настоящая Программа предусматривает оплату страховщиком расходов на используемые медицинским персоналом при оказании медицинской помощи в неотложной форме в соответствии со стандартами первичной медико-санитарной помощи и специализированной медицинской помощи лекарственных препаратов, включенных в утверждаемый Правительством Российской Федерации перечень жизненно необходимых и важнейших лекарственных препаратов для медицинского применения и медицинских изделий, и медицинские изделия, включенные в утверждаемый Правительством Российской Федерации перечень медицинских изделий, имплантируемых в организм человека при оказании медицинской помощи в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи, в том числе оплату лечебного питания в стационаре и донорской крови и ее компонентов.

1.3. Страховым случаем является обращение Застрахованного лица в течение действия Договора (Полиса) к Страховщику для организации и оплаты предусмотренных настоящей Программой медицинских услуг, необходимость оказания которых возникла в результате произошедших (развившихся) в течение действия Договора (Полиса) страхования острых заболеваний, включая травмы, ожоги, обморожения и отравления, обострений хронических заболеваний, предусмотренных пунктом 1.1 настоящей Программы.

2. Объем предоставляемых услуг

По настоящей Программе Страховщик организует и оплачивает в перечисленных выше случаях следующие услуги:

2.1. При оказании первичной медико-санитарной помощи в неотложной форме в амбулаторных условиях в медицинских организациях:

2.1.1. консультации врачей, в том числе врачей-специалистов;

2.1.2. лабораторные исследования: общий (клинический) анализ крови развернутый, общий (клинический) анализ мочи, анализ крови биохимический общетерапевтический;

2.1.3. инструментальные исследования: регистрация электрокардиограммы; рентгенографии и рентгеноскопии; ультразвуковые исследования;

2.1.4. внутримышечные, внутривенные струйные, подкожные инъекции и другие вмешательства (за исключением стоматологических), проводимые средним медицинским персоналом и врачами, включая лекарственные препараты, предусмотренные подпунктом 1.2 настоящей Программы, и применяемые непосредственно во время выполнения данных вмешательств, которыми располагает медицинская организация;

2.1.5. стоматологические услуги: осмотры врачами-стоматологами, местная анестезия, прицельная визиография, удаление зуба, вскрытие полости зуба с целью купирования острого состояния, наложение временной лекарственной пломбы, обработка отломков зубов, вскрытие воспалительных очагов, абсцессов, послабляющие разрезы при инфильтратах;

2.1.6. экспертиза временной нетрудоспособности с выдачей листка нетрудоспособности.

2.2. При оказании специализированной медицинской помощи в неотложной форме в стационарных условиях:

2.2.1. диагностические, лечебные вмешательства, в том числе:

- консультации, осмотры врачами;
 - лабораторные и инструментальные исследования;
 - пребывание в отделении интенсивной терапии, реанимационные мероприятия;
 - хирургическое и консервативное лечение;
 - лекарственные препараты и другие необходимые для лечения средства, имеющиеся в наличии стационара;
- 2.2.2. пребывание в стационаре в палате стандартного типа, питание;
- 2.2.3. лекарственные препараты и медицинские изделия, предусмотренные подпунктом 1.2 настоящей Программы.
- 2.2.4. экспертиза временной нетрудоспособности.

3. Порядок оказания медицинских услуг

3.1. Для получения услуг, предусмотренных настоящей Программой, Застрахованный или его представитель обязан заблаговременно до визита в медицинскую организацию и (или) до получения медицинских услуг обратиться к Страховщику по телефону, указанному в Договоре страхования (на страховом Полисе) или в настоящей Программе, сообщив при этом фамилию, имя, отчество (при наличии) Застрахованного, номер полиса, контактный телефон для связи и иную информацию по запросу Страховщика, и далее следовать указаниям Страховщика.

3.2. Медицинские услуги, предусмотренные настоящей Программой, организуются по предварительному согласованию со Страховщиком в медицинской организации, с которым у Страховщика есть договорные отношения. При этом медицинскую организацию определяет Страховщик.

3.3. Услуги оказываются в режиме работы медицинской организации при наличии оригинала полиса и документа, удостоверяющего личность Застрахованного.

3.4. При невозможности заблаговременно связаться со Страховщиком Застрахованный или его представитель должен сделать это при первой возможности и предъявить страховой полис, не оплачивая при этом услуг, предлагаемых или оказанных третьими лицами, без получения официального подтверждения от Страховщика того, что услуги могут быть организованы и (или) оплачены. При этом по запросу Страховщик Застрахованный или его представитель обязан письменно обосновать причину невыполнения условий пункта 3.1 настоящей Программы и представить соответствующие подтверждающие документы.

3.5. При организации услуг по настоящей Программе Страховщик оплачивает расходы на лечение и иные услуги, предусмотренные настоящей Программой, напрямую в медицинскую организацию.

3.6. При необходимости отказа от согласованных и (или) организованных Страховщиком медицинских и иных услуг Застрахованный или его представитель обязан заблаговременно сообщить об этом в Страховщик, обратившись по телефону, указанному в Договоре (Полисе) или в настоящей Программе.

4. Исключения

4.1. Страховщик не оплачивает медицинские услуги, связанные с заболеваниями и состояниями и их осложнениями, не указанными в пункте 1.1 настоящей Программы.

4.2. Страховщик не оплачивает:

- 4.2.1. медицинские услуги, проводимые без медицинских показаний;
- 4.2.2. медицинскую помощь, оказанную в плановой форме и (или) в экстренной форме; скорую медицинскую помощь;
- 4.2.3. немедицинские услуги, в том числе услуги, оказываемые в рамках народной медицины;
- 4.2.4. ударно-волновую терапию; все виды пневмомассажа; аппаратное вытяжение позвоночника (сухое и подводное); лечение с использованием аппаратов квантовой терапии; лечение с использованием аппаратов структурно-резонансной терапии;
- 4.2.5. лечение, являющееся по характеру экспериментальным или исследовательским; услуги, связанные с телемедициной; экстракорпоральные методы лечения, в т.ч. ультрафиолетовое воздействие на кровь; гипо-, нормо- и гипербарическую оксигенацию; внутривенное и накожное облучение крови; озонотерапию; лечение с использованием альфа капсул; роботассистированные операции;
- 4.2.6. оказанием застрахованному лицу медицинской помощи, не назначенной врачом,

оказывающим медицинскую помощь в рамках Программы страхования;

4.2.7. услуги по оказанию застрахованному лицу медицинской помощи при особо опасных инфекционных болезнях (натуральная оспа, полиомиелит, малярия ТОРС), заболеваниях, включенных в утверждаемый Правительством Российской Федерации перечень заболеваний, представляющих опасность для окружающих, а также при злокачественных новообразованиях, сахарном диабете, психических расстройствах и расстройствах поведения;

4.2.8. оказание застрахованному лицу высокотехнологичной медицинской помощи;

4.2.9. оказание застрахованному лицу медицинской помощи при патологических состояниях, отравлениях и травмах, возникших у застрахованного лица в состоянии алкогольного опьянения или под воздействием иных психоактивных веществ и (или) лекарственных препаратов, употребленных без назначения врача;

4.2.10. оказание Застрахованному лицу медицинской помощи при возникновении травматических повреждений или иных нарушений здоровья, наступивших в результате совершения застрахованным лицом умышленных противоправных действий;

4.2.11. оказание Застрахованному лицу медицинской помощи при покушении Застрахованного лица на самоубийство, за исключением тех случаев, когда Застрахованное лицо было доведено до такого состояния противоправными действиями третьих лиц;

4.2.12. оказание медицинской помощи при умышленном причинении себе телесных повреждений застрахованным лицом;

4.2.13. связанных с беременностью, родами, послеродовым периодом и абортами застрахованного лица;

4.2.14. услуги стационара одного дня, дневного стационара;

4.2.15. медицинскую помощь на дому;

4.2.16. диагностику, лечение, процедуры, пластические операции, проводимые с эстетической или косметической целью или с целью улучшения психологического состояния Застрахованного; коррекцию веса; хирургическое изменение пола;

4.2.17. хирургическое лечение близорукости, дальнозоркости, астигматизма, косоглазия; лечение с использованием аппаратно-программных комплексов в офтальмологии;

4.2.18. консультации и лечение у психотерапевта, психиатра, психоневролога;

4.2.19. операции по пересадке органов и тканей, все виды протезирования;

4.2.20. медицинские услуги, связанные с подготовкой к плановой госпитализации;

4.2.21. услуги, оказанные Застрахованному после окончания срока действия договора страхования, кроме услуг, связанных с лечением Застрахованного, госпитализированного по настоящей Программе в течение срока действия договора страхования – в пределах страховой суммы по настоящей Программе страхования.

4.3. Страховщик не оплачивает:

расходы Застрахованного на приобретение лекарственных средств и медицинских изделий, не указанных в пункте 1.2 Программы.

Приложение № 2 к Правилам

образец (для юридических лиц)

ДОГОВОР

добровольного медицинского страхования иностранных граждан и лиц без гражданства, прибывших в Российскую Федерацию и намеревающихся осуществлять или осуществляющих трудовую деятельность на основании разрешения на работу или патента № _____

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 добровольного медицинского страхования иностранных граждан и лиц без гражданства, прибывших в Российскую Федерацию и намеревающихся осуществлять или осуществляющих трудовую деятельность на основании разрешения на работу или патента (далее – Договор) о нижеследующем.

1. ПРЕДМЕТ ДОГОВОРА

1.1 По Договору Страховщик обязуется при наступлении страхового случая организовывать и оплачивать оказание Застрахованному медицинской помощи в медицинском учреждении, а Страхователь обязуется уплатить установленную Договором страховую премию.

1.2 Страховым случаем в соответствии с Договором является обращение Застрахованного в течение срока действия Договора в медицинское или иное учреждение из числа предусмотренных Договором или согласованных со Страховщиком, для получения первичной медико-санитарной и специализированной медицинской помощи в неотложной форме, лекарственной помощи (медицинских услуг) и иных услуг вследствие заболеваний и состояний - расстройства здоровья физического лица или состояния физического лица, требующих организации и оказания таких услуг, влекущее обязанность Страховщика произвести страховую выплату.

1.3 Застрахованным признается иностранный гражданин и лицо без гражданства, прибывший в Российскую Федерацию и намеревающийся осуществлять или осуществляющий трудовую деятельность на основании разрешения на работу или патента, в пользу которого заключен Договор и который включен Страхователем в список Застрахованных (далее – Список), принятый Сторонами в качестве Приложения № 3 к Договору (и Приложение № 7 к Правилам страхования).

1.4 Объем медицинской помощи, оказываемой Застрахованному медицинским учреждением и оплачиваемой Страховщиком по Договору, порядок оказания такой помощи определяются выбранной Страхователем Программой добровольного медицинского страхования, являющейся приложением № 2 к Договору (и Приложением № 1 к Правилам страхования). Программа включается в Планы страхования (далее - План).

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

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:

3.2 Застрахованный вправе:

3.3 Страховщик вправе:

3.4 Страхователь обязан:

3.5 Застрахованный обязан:

3.6 Страховщик обязан:

4. СТРАХОВАЯ СУММА, СТРАХОВОЙ ТАРИФ И СТРАХОВАЯ ПРЕМИЯ

4.1 Страховая сумма, в пределах которой Страховщик обязуется по Договору оплачивать стоимость оказываемой медицинской помощи, составляет для каждого Застрахованного по Программе: _____

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 медицинского 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.

Страховая премия уплачивается _____.

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

4.6 При страховании дополнительных лиц, Страховщик рассчитывает за них страховую премию _____, а Страхователь уплачивает страховую премию в порядке, оговоренном в _____ Договора.

4.7 Страховая премия считается уплаченной в день зачисления на расчетный счет Страховщика или в день внесения 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, 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 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 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.

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 обстоятельств (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. Споры из договора страхования со Страхователем – юридическим лицом рассматриваются в Арбитражном суде г. Москвы.

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 на расчетный счет Страховщика или уплаты страховой премии наличными деньгами, если условиями Договора 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, а также в случаях _____. 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, возврат части страховой премии _____.

7.8 При неуплате в определенный Договором срок всей страховой премии Страховщик вправе в любой момент досрочно прекратить Договор в одностороннем порядке или приостановить его действие на установленный Страховщиком срок (предварительно известив Страхователя 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 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 – Программа 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. 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. Для предоставления Страхователю (Застрахованному) информации Страховщик, помимо телефонной и почтовой связи, использует Личный кабинет.

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

Форма выплаты страхового возмещения:

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 и (или) порядок определения размера страховой премии, 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 на страховую выплату;

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

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

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

9. АДРЕСА И РЕКВИЗИТЫ СТОРОН

9.1 Страховщик: Страховое публичное акционерное общество «Ингосстрах»

Адрес местонахождения, банковские реквизиты, номера контактных телефонов, телефаксов

9.2 Страхователь:

Адрес местонахождения, банковские реквизиты, номера контактных телефонов, телефаксов

СТРАХОВЩИК

СТРАХОВАТЕЛЬ

должность, ФИО, действующий на
основании доверенности № ____ от

Приложение № 1 к Договору

Номер Плана

Подпункты Плана	Медицинские организации

Номер Плана

Подпункты Плана	Медицинские организации

Приложение № 4 к Договору

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

Приложение № 5 к Договору

Исх. № _____
Дата _____

ДИРЕКТОРУ ДЕПАРТАМЕНТА
МЕДИЦИНСКОГО
СТРАХОВАНИЯ СПАО «ИНГОССТРАХ»

Уважаемый _____,

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

_____ от: _____

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

Фамилия	Имя	Отчество

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

Фамилия	Имя	Отчество	Дата рождения	Данные документа, удостоверяющего личность трудового мигранта*	Назв. нас. пункта	Улица	Дом	Корпус	Квартира	Подъезд	Телефон рабочий	Телефон домашний	Телефон мобильный	работник/родственник	родство по отношению к работнику (указать какому)	План

Правила добровольного медицинского страхования иностранных граждан и лиц без гражданства, прибывших в Российскую Федерацию и намеревающихся осуществлять или осуществляющих трудовую деятельность на основании разрешения на работу или патента

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

*Указывается также с помощью букв латинского алфавита на основании сведений, содержащихся в документе, предусмотренном федеральным законом или признаваемом в соответствии с международным договором Российской Федерации в качестве документа, удостоверяющего личность иностранного гражданина или лица без гражданства

** предусмотренного федеральным законом или признаваемого в соответствии с международным договором Российской Федерации в качестве документа, удостоверяющего личность иностранного гражданина или лица без гражданства

и одновременно включить в список Застрахованных* по этому же Плану:

Фамилия	Имя	Отчество	Дата рождения	Данные документа, удостоверяющего личность трудового мигранта*	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*:

Правила добровольного медицинского страхования иностранных граждан и лиц без гражданства, прибывших в Российскую Федерацию и намеревающихся осуществлять или осуществляющих трудовую деятельность на основании разрешения на работу или патента

Фамилия	Имя	Отчество	Дата рождения

новые Ф.И.О., дата рождения

Фамилия	Имя	Отчество	Дата рождения

5. изменить адрес
Застрахованного:

Фамилия	Имя	Отчество	Дата рождения

новый адрес:

Назв. нас. пункта	Тип нас. пункта	Улица	Дом	Данные документа, удостоверяющего личность трудового мигранта**	Корпус	Квартира	Подъезд	Телефон рабочий	Телефон домашний	Телефон мобильный	сотрудник/ответственный	родство по отношению к сотруднику (указать какому)	План

**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: _____

паспорт гражданина _____

(серия)

(номер)

выданный « ____ » _____ 202__ 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 Соглашением 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 Соглашением 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 Соглашения 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
категорию 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 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 Несовершеннолетним и Оператором договоре (договорах).

Настоящим Согласием 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 Согласием 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 согласии, 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 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 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 Согласия 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 согласии терминов и их соответствие требованиям Федерального закона от 27.07.2006 № 152-

Правила добровольного медицинского страхования иностранных граждан и лиц без гражданства, прибывших в Российскую Федерацию и намеревающихся осуществлять или осуществляющих трудовую деятельность на основании разрешения на работу или патента

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)

Приложение № 3 к Правилам

Образец (для физических лиц)

Договор добровольного медицинского страхования иностранных граждан и лиц без гражданства, прибывших в Российскую Федерацию и намеревающихся осуществлять или осуществляющих трудовую деятельность на основании разрешения на работу или патента № _____

г. _____

« ____ » _____ 20__ г.

Страховщик	Страховое публичное акционерное общество «Ингосстрах». Лицензия № _____ от _____ Адрес местонахождения, банковские реквизиты, номера контактных телефонов, телефаксов
Страхователь	
Застрахованное лицо	

Страховщик и Страхователь вместе именуемые «Стороны», заключили настоящий Договор добровольного медицинского страхования иностранных граждан и лиц без гражданства, прибывших в Российскую Федерацию и намеревающихся осуществлять или осуществляющих трудовую деятельность на основании разрешения на работу или патента (далее – Договор) на основании Правил добровольного медицинского страхования иностранных граждан и лиц без гражданства, прибывших в Российскую Федерацию и намеревающихся осуществлять или осуществляющих трудовую деятельность на основании разрешения на работу или патента (Приложение № 1 к Договору).

1. ПРЕДМЕТ ДОГОВОРА

1.1 По Договору Страховщик обязуется при наступлении страхового случая организовывать и оплачивать оказание Застрахованному лицу (далее – Застрахованный), указанному выше, и являющемуся иностранным гражданином (или лицом без гражданства), прибывшим в Российскую Федерацию и намеревающимся осуществлять или осуществляющий трудовую деятельность на основании разрешения на работу или патента, медицинской помощи в медицинских учреждениях, а Страхователь обязуется уплатить установленную Договором страховую премию.

1.2 Страховым случаем по Договору является обращение Застрахованного в течение срока действия Договора в медицинское учреждение и/или аптечное учреждение, из числа предусмотренных Договором или согласованных со Страховщиком, для получения первичной медико-санитарной и специализированной медицинской помощи в неотложной форме, лекарственной помощи (медицинских услуг) и иных услуг вследствие заболеваний и состояний – расстройства здоровья физического лица или состояния физического лица, требующих организации и оказания таких услуг, влекущее обязанность Страховщика произвести страховую выплату. Объем медицинской помощи, оказываемой Застрахованному и оплачиваемой Страховщиком по Договору, порядок ее оказания определяется Программой добровольного медицинского страхования, являющейся приложением № 2 к Договору (и Приложением № 1 к Правилам страхования).

2. СТРАХОВАЯ СУММА И СТРАХОВАЯ ПРЕМИЯ

2.1 На момент заключения Договора для Застрахованного выбрана следующая Программа, установлена страховая сумма, в пределах которой Страховщик обязуется по Договору оплачивать стоимость оказываемой медицинской помощи, а также определен размер страховой премии за весь срок действия Договора на момент вступления Договора в силу:

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

2.2 При определении размера страховой премии, подлежащей уплате Страхователем по Договору, Страховщик применяет разработанные им страховые тарифы¹.

2.3 Страховая премия уплачивается единовременно не позднее даты начала действия Договора одним из способов: либо наличными представителю Страховщика, названному в Договоре и действующему на основании доверенности, либо Страховщику наличными или банковской картой.

2.4 Установленный в п. 2.1 Договора размер страховой премии не может быть пересмотрен в одностороннем порядке.

3. КОНФИДЕНЦИАЛЬНОСТЬ И ЗАЩИТА ПЕРСОНАЛЬНЫХ ДАННЫХ

3.1 Стороны считают конфиденциальной информацию:

3.1.1 о сумме страховой премии, подлежащей уплате по Договору;

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

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

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

4. ПОРЯДОК РАЗРЕШЕНИЯ СПОРОВ

4.1 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.

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

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

5.1 Договор вступает в силу с даты его подписания.

5.2 Ответственность Страховщика в отношении организации и оплаты медицинской помощи Застрахованному (период страхования) наступает с 00 часов 00 минут «__» _____ 20__ г., при условии уплаты страховой премии в сроки, указанные в п. 2.3 Договора, и действует по 24 часа 00 минут «__» _____ 20__ г. включительно.

5.3 Договор может быть досрочно прекращен Страховщиком в определенных Правилами страхования 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.

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

5.5 При неуплате в определенный Договором срок всей страховой премии Страховщик вправе в любой момент досрочно прекратить Договор в одностороннем порядке или приостановить его действие на установленный Страховщиком срок, путем направления соответствующего уведомления Страхователю не менее чем за 5 рабочих дней до предполагаемой даты досрочного прекращения действия Договора.

6. ЗАКЛЮЧИТЕЛЬНЫЕ ПОЛОЖЕНИЯ

6.1 Правила страхования (Приложение № 1 к Договору) и Программа (Приложение № 2 к Договору) являются неотъемлемой частью Договора.

6.2 Все заявления, сообщения, уведомления и иные документы по Договору должны быть сделаны Сторонами в письменном виде и направляться друг другу посредством почтовой, курьерской или иной связи по адресам, указанным в Договоре. Наряду с оригинальными документами должны приниматься документы, переданные друг другу посредством факсимильной связи или имеющие факсимильное воспроизведение подписи уполномоченного лица и печать Стороны по Договору.

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.

6.3 Форма выплаты страхового возмещения:

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

Подписывая Договор, Страхователь подтверждает то, что он ознакомлен с Программой и Правилами страхования, а также Ключевым информационным документом об условиях Договора, и получил их, а также в целях исполнения Федерального закона РФ №152-ФЗ от 27 июля 2006 года подтверждает согласие со своей стороны и со стороны Застрахованного по Договору на обработку Страховщиком и партнерами Страховщика их персональных данных для осуществления Договора.

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

Образец страхового медицинского ПОЛИСА

Образец ПОЛИСА оформляется на бланке согласно требованиям Указания Банка России № 3793-У от 13.09.2015г «О минимальных (стандартных) требованиях к условиям и порядку осуществления медицинского страхования в части добровольного медицинского страхования иностранных граждан и лиц без гражданства, находящихся на территории Российской Федерации с целью осуществления ими трудовой деятельности».

Страховщик:

Страховое публичное акционерное общество «Ингосстрах»
Лицензия № _____ от «__» _____ г.
Адрес местонахождения: _____
Тел. _____, факс _____
Сайт _____ адрес эл. почты _____
Банковские реквизиты _____

«__» _____ 20__
Дата заполнения
договора страхования

Серия _____ № _____

Страхователь:

Фамилия, имя, отчество _____, дата рождения _____, пол _____, гражданство (при наличии) _____ (в случае, если страхователем является физическое лицо или индивидуальный предприниматель, зарегистрированный в установленном законодательством Российской Федерации порядке)

Организационно-правовая форма, полное и сокращенное наименование организации на русском языке (в случае, если страхователем является юридическое лицо)

Фамилия, имя, отчество и должность лица, уполномоченного подписывать договор страхования от имени страхователя, документ, на основании которого он действует _____ (в случае, если страхователем является юридическое лицо)

Адрес места жительства (регистрации) или адрес места пребывания на территории Российской Федерации, дата регистрации (в случае, если страхователем является физическое лицо или индивидуальный предприниматель, зарегистрированный в установленном законодательством Российской Федерации порядке)

Адрес (места нахождения) юридического лица (в случае, если страхователем является юридическое лицо)

Документ, удостоверяющий личность (в случае, если страхователем является физическое лицо или индивидуальный предприниматель, зарегистрированный в установленном законодательством Российской Федерации порядке)

Дата государственной регистрации физического лица в качестве индивидуального предпринимателя, документ, подтверждающий факт внесения в единый государственный реестр (в случае, если страхователем является индивидуальный предприниматель, зарегистрированный в установленном законодательством Российской Федерации порядке)

Правила добровольного медицинского страхования иностранных граждан и лиц без гражданства, прибывших в Российскую Федерацию и намеревающихся осуществлять или осуществляющих трудовую деятельность на основании разрешения на работу или патента

Контактная информация (телефон, адрес электронной почты (при наличии) _____ (в случае, если страхователем является индивидуальный предприниматель, зарегистрированный в установленном законодательством Российской Федерации порядке), адрес сайта (при наличии) _____ (в случае, если страхователем является юридическое лицо).

Застрахованное лицо:

Фамилия, имя, отчество _____, дата рождения _____, пол _____

Документ, удостоверяющий личность (вид, данные) _____

Адрес места жительства (регистрации) или адрес места пребывания на территории Российской Федерации _____

Гражданство (при наличии) _____

Контактная информация (телефон, адрес электронной почты (при наличии)) _____

С «__» ____ 20__ По «__» ____
20__

Срок действия договора страхования
Территория действия: Российская Федерация

Программа страхования _____ Страховая сумма _____

Бесплатный телефон из любой точки России _____

Данные по изготовителю бланка договора страхования

Иные условия страхования (по усмотрению сторон): _____

Форма выплаты страхового возмещения: _____.

Подписывая настоящий договор страхования, Страхователь подтверждает, что он получил «Правила добровольного медицинского страхования иностранных граждан и лиц без гражданства, прибывших в Российскую Федерацию и намеревающихся осуществлять или осуществляющих трудовую деятельность на основании разрешения на работу или патента» от __.__.____ г. и обязуется их исполнять, Страхователь полностью проинформирован об условиях страхования, все условия врученных Правил ему разъяснены и понятны, а также что он получил и ознакомлен с Ключевым информационным документом об условиях Договора.

При заключении договора страхования со Страхователем согласованы следующие способы взаимодействия, которые будут использоваться Страховщиком для предоставления информации получателю страховых услуг: тел/почта/и т.д.

Страхователь _____
(подпись)

Страховщик _____
(подпись)

Выдан «__» _____ 20__ г.

Образец страхового медицинского ПОЛИСА
(в виде электронного документа)

Серия _____ № _____

Настоящий Полис выдан 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 добровольного медицинского страхования иностранных граждан и лиц без гражданства, прибывших в Российскую Федерацию и намеревающихся осуществлять или осуществляющих трудовую деятельность. Исполнение, изменение условий и прекращение договора страхования осуществляются согласно «Правилам добровольного медицинского страхования иностранных граждан и лиц без гражданства, прибывших в Российскую Федерацию и намеревающихся осуществлять или осуществляющих трудовую деятельность на основании разрешения на работу или патента» СПАО «Ингосстрах» от «_____» _____ 20__ г., именуемым также как Правила страхования. Указанные Правила страхования являются неотъемлемой частью настоящего договора страхования и включены в единый файл с договором страхования.

В соответствии с п. 4 ст. 6.1 Закона РФ «Об организации страхового дела в Российской Федерации» № 4015-1 от 27.11.1992 г. настоящий договор страхования, 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».

Страхователь:

Фамилия, имя, отчество _____, дата рождения _____, пол _____, гражданство (при наличии) _____ (в случае, если страхователем является физическое лицо или индивидуальный предприниматель, зарегистрированный в установленном законодательством Российской Федерации порядке)

Организационно-правовая форма, полное и сокращенное наименование организации на русском языке (в случае, _____ если _____ страхователем _____ является _____ юридическое _____ лицо)

Фамилия, имя, отчество и должность лица, уполномоченного подписывать договор страхования от имени страхователя, документ, на основании которого он действует _____ (в случае, если страхователем является юридическое лицо)

Адрес места жительства (регистрации) или адрес места пребывания на территории Российской Федерации, дата регистрации (в случае, если страхователем является физическое лицо или индивидуальный предприниматель, зарегистрированный в установленном законодательством Российской Федерации _____ порядке)

Адрес (места нахождения) юридического лица (в случае, если страхователем является юридическое лицо)

Документ, удостоверяющий личность (в случае, если страхователем является физическое лицо или индивидуальный предприниматель, зарегистрированный в установленном законодательством Российской Федерации _____ порядке)

Дата государственной регистрации физического лица в качестве индивидуального предпринимателя, документ, подтверждающий факт внесения в единый государственный реестр (в случае, если страхователем является индивидуальный предприниматель, зарегистрированный в установленном законодательством Российской Федерации _____ порядке)

Контактная информация (телефон, адрес электронной почты (при наличии) _____) (в случае, если страхователем является индивидуальный предприниматель, зарегистрированный в _____

установленном законодательством Российской Федерации порядке), адрес сайта (при наличии) _____ (в случае, если страхователем является юридическое лицо).

Застрахованное лицо:

Фамилия, имя, отчество _____, дата рождения _____, пол _____

Документ, удостоверяющий личность (вид, данные) _____

Адрес места жительства (регистрации) или адрес места пребывания на территории Российской Федерации _____

Гражданство (при наличии) _____

Контактная информация (телефон, адрес электронной почты (при наличии)) _____

С «__» _____ По «__» _____
20__ 20__

Срок действия договора страхования

Территория действия: Российская Федерация

Программа страхования _____ Страховая сумма _____

Бесплатный телефон из любой точки России _____

Иные условия страхования (по усмотрению сторон): _____

При заключении договора страхования со Страхователем согласованы следующие способы взаимодействия, которые будут использоваться Страховщиком для предоставления информации получателю страховых услуг: тел/почта/и т.д.

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.	

**БАЗОВЫЕ ТАРИФНЫЕ СТАВКИ
ПО ДОБРОВОЛЬНОМУ МЕДИЦИНСКОМУ СТРАХОВАНИЮ ТРУДОВЫХ МИГРАНТОВ
(в % к страховой сумме)**

Расчет тарифных ставок проведен в соответствии с объемом ответственности, принимаемым Страховщиком по Программе «Трудовой мигрант» (Приложение № 1 к Правилам).

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

Название Программы ДМС	Базовая тарифная ставка (со 100 руб. страховой суммы)
Программа добровольного медицинского страхования «Трудовой мигрант», предусматривающая оказание первичной медико-санитарной помощи и специализированной медицинской помощи в неотложной форме	0,2

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

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:

В зависимости от размера страховой суммы по договору страхования Страховщик может применять к базовой тарифной ставке поправочный коэффициент в диапазоне от 0,2 до 10,0.

В зависимости от условий оплаты премии по договору страхования Страховщик может применять к базовой тарифной ставке поправочный коэффициент в диапазоне от 1,0 до 1,2.

В зависимости от территории страхования Страховщик может применять к базовой тарифной ставке поправочный коэффициент в диапазоне от 1,0 до 10,0.

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

В зависимости от профессии и рода предполагаемой деятельности Застрахованного Страховщик может применять к базовой тарифной ставке поправочный коэффициент в диапазоне от 0,75 до 10,0.

В зависимости от пола и возраста Застрахованного Страховщик может применять к базовой тарифной ставке повышающие и понижающие коэффициенты от 0,2 до 5.

В зависимости от объема предоставляемого покрытия Страховщик может применять к базовой тарифной ставке повышающие и понижающие коэффициенты от 0,4 до 5,0.

В зависимости от ценовой категории медицинской и иной организации Страховщик может применять к базовой тарифной ставке повышающие и понижающие коэффициенты от 0,2 до 4,0.

В зависимости от общего состояния здоровья Застрахованного Страховщик может применять к базовой тарифной ставке повышающие и понижающие коэффициенты от 0,5 до 5,5.

В зависимости от количества хронических заболеваний (при их наличии) Страховщик может применять к базовой тарифной ставке повышающие коэффициенты от 1,0 до 5,0.

В зависимости от тяжести хронических заболеваний (при их наличии) Страховщик может применять к базовой тарифной ставке повышающие коэффициенты от 1,0 до 3,0.

В зависимости от правового статуса Страхователя (юридическое или физическое лицо) Страховщик может применять к базовой тарифной ставке повышающие коэффициенты от 1,0 до 2,4.

В зависимости от общего количества лиц, принимаемых на страхование, Страховщик может применять к базовой тарифной ставке повышающие коэффициенты от 1,0 до 2,4.

В зависимости от того, является ли Страхователь резидентом, Страховщик может применять к

базовой тарифной ставке повышающие коэффициенты от 1,0 до 2,4.

В зависимости от сложившейся убыточности по портфелю за предыдущий период страхования Страховщик может применять к базовой тарифной ставке повышающие и понижающие коэффициенты от 0,1 до 2,0.

В зависимости от набора рисков и выбранного типа и размера франшизы Страховщик может применять к базовой тарифной ставке понижающие коэффициенты от 0,6 до 1,0.

При страховании в валютном эквиваленте Страховщик может применять к базовой тарифной ставке повышающие и понижающие коэффициенты от 1,0 до 2,0.

В случае, если договором страхования предусмотрены выплаты страхового возмещения по событию, указанным в пунктах 11.8.1-11.8.3 настоящих Правил, к базовой тарифной ставке может применяться поправочный коэффициент в диапазоне от 1,0 до 5,0.

В зависимости от субъективных факторов риска и, исходя из экспертно определенной величины страхового риска, определенной на основании совокупности данных, представленных в заявлении на страхование, а также результатов предварительного медицинского обследования, Страховщик может применять к базовой тарифной ставке повышающие и понижающие коэффициенты от 0,5 до 3,5.

В зависимости от списка исключений из программы страхования Страховщик может применять к базовой тарифной ставке понижающие коэффициенты от 0,4 до 1,0.

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

Приложение № 6.1 к Правилам

образец

Заявление на заключение договора добровольного медицинского страхования иностранных граждан и лиц без гражданства, прибывших в Российскую Федерацию и намеревающихся осуществлять или осуществляющих трудовую деятельность на основании разрешения на работу или патента (страхователь – юридическое лицо)¹

Организационно-правовая форма _____

Полное наименование _____

Сокращенное наименование (при наличии) _____

Фирменное наименование²

Наименование на языке народов Российской Федерации и (или) на иностранном языке³

ФИО руководителя, должность (полностью) _____

Адрес местонахождения исполнительного органа⁴ _____

Почтовый адрес _____

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

ИНН _____

Коды форм государственного статистического наблюдения (ОКПО/ ОКВЭД) _____

Наименование Банка (Филиала) _____

БИК Банка _____

Номер счета в Банке _____

Просим принять на страхование коллектив

Общей численностью _____ человек,

с учетом данных, представленных в таблице:

№ п/п	ФИО на русском языке	ФИО с помощью букв латинского алфавита ⁵	Пол	Гражданство (при наличии)	Дата рождения	Вид и данные документа, удостоверяющего личность	Адрес места жительства (регистрации) или адрес места пребывания на территории РФ	Контактная информация (телефон, e-mail (при наличии))
1								
2								

Страхователь подтверждает, что на момент подачи Заявления на страхование указанные в списке лица не имеют следующее заболевание и (или) связанные с ним осложнения⁶:

– ВИЧ-инфекция, СПИД;

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

² Для коммерческих организаций.

³ Если такое наименование предусмотрено в учредительных документах юридического лица.

⁴ В случае отсутствия постоянно действующего исполнительного органа юридического лица - иного органа или лица, имеющих право действовать от имени юридического лица без доверенности.

⁵ На основании сведений, содержащихся в документе, предусмотренном федеральным законом или признаваемом в соответствии с международным договором Российской Федерации в качестве документа, удостоверяющего личность иностранного гражданина или лица без гражданства.

⁶ В Правилах и программе ДМС болезни и медицинские состояния указываются в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем, официально действующей на территории Российской Федерации на дату заключения договора страхования.

Правила добровольного медицинского страхования иностранных граждан и лиц без гражданства, прибывших в Российскую Федерацию и намеревающихся осуществлять или осуществляющих трудовую деятельность на основании разрешения на работу или патента

- особо опасные инфекционные болезни⁷, в том числе: оспа, полиомиелит, вызванный диким полиовирусом, человеческий грипп, вызванный новым подтипом, тяжелый острый респираторный синдром (ТОРС), холера, чума, малярия, вирусные лихорадки, передаваемые членистоногими и вирусные геморрагические лихорадки, менингококковая болезнь;
- наркологические заболевания.
- психические расстройства и расстройства поведения;
- злокачественные новообразования, гемобластозы;
- туберкулез;
- заболевания, относящиеся к классу врожденных аномалий, деформаций и хромосомных нарушений, и (или) связанные с ними осложнения;
- системные поражения соединительной ткани, в том числе все недифференцированные коллагенозы;
- заболевания, сопровождающиеся хронической почечной или печеночной недостаточностью и требующие проведения хронического гемодиализа;
- хронические гепатиты С, Е, F, G;
- инвалидность (кроме III группы).

Перечень медицинских учреждений по Программе	Страховая сумма		
	План 1	План 2	План 3

Перечень медицинских учреждений по Программе

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

Предполагаемая дата заключения договора страхования _____, срок действия договора _____

Порядок оплаты страховой премии:

Единовременно

Иной порядок оплаты страховой премии необходимо предварительно согласовывать с ДепМС

От организации ответственное лицо ФИО (полностью), контактный телефон, e-mail _____

Контактный телефон _____

Факс _____

Сайт _____

E-mail _____

Заявление составил ФИО _____ Дата составления заявления _____

⁷ По решению уполномоченных органов перечень особо опасных инфекционных заболеваний может быть расширен.

Приложение № 6.2 к Правилам

образец

Заявление на заключение договора добровольного медицинского страхования иностранных граждан и лиц без гражданства, прибывших в Российскую Федерацию и намеревающихся осуществлять или осуществляющих трудовую деятельность на основании разрешения на работу или патента
(страхователь – физическое лицо)

Фамилия, имя, отчество (при наличии) на русском языке	
Фамилия, имя, отчество (при наличии) с помощью букв латинского алфавита ¹	
Дата рождения	Число _____ месяц _____ год _____
Пол	
Гражданство (при наличии)	
Данные основного документа, удостоверяющего личность гражданина ²	
Адрес места жительства (регистрации) или адрес места пребывания на территории Российской Федерации	
Контактная информация	телефон _____ e-mail (при наличии) _____
Информация о лице, принимаемом на страхование	
Фамилия, имя, отчество (при наличии) на русском языке	
Фамилия, имя, отчество (при наличии) с помощью букв латинского алфавита ³	
Дата рождения	
Пол (м/ж)	
Гражданство (при наличии)	
Вид и данные документа, удостоверяющего личность ⁴	

¹ Для иностранных граждан и лиц без гражданства на основании сведений, содержащихся в документе, предусмотренном ФЗ или признаваемом в соответствии с международным договором РФ в качестве документа, удостоверяющего личность иностранного гражданина или лица без гражданства.

² Для иностранных граждан и лиц без гражданства указываются вид и данные документа, предусмотренного ФЗ или признаваемого в соответствии с международным договором РФ в качестве документа, удостоверяющего личность иностранного гражданина или лица без гражданства.

³ На основании сведений, содержащихся в документе, предусмотренном ФЗ или признаваемом в соответствии с международным договором РФ в качестве документа, удостоверяющего личность иностранного гражданина или лица без гражданства.

⁴ Указывается документ, предусмотренный федеральным законом или признаваемый в соответствии с международным

Правила добровольного медицинского страхования иностранных граждан и лиц без гражданства, прибывших в Российскую Федерацию и намеревающихся осуществлять или осуществляющих трудовую деятельность на основании разрешения на работу или патента

Адрес места жительства (регистрации) или адрес места пребывания на территории Российской Федерации	
Имеющиеся группа инвалидности и /или диагностированные хронические заболевания	
Контактная информация Застрахованного	телефон _____ e-mail (при наличии) _____
Адрес фактического проживания	
Желаемая дата начала действия договора	
Предполагаемый срок действия договора	

Страхователь подтверждает, что на момент подачи Заявления на заключение договора ДМС, заявленное на страхование лицо не имеет следующие заболевания и (или) связанные с ним осложнения⁵:

- ВИЧ-инфекция, СПИД;
- особо опасные инфекционные болезни⁶, в том числе: оспа, полиомиелит, вызванный диким полиовирусом, человеческий грипп, вызванный новым подтипом, тяжелый острый респираторный синдром (ТОРС), холера, чума, малярия, вирусные лихорадки, передаваемые членистоногими и вирусные геморрагические лихорадки, менингококковая болезнь;
- наркологические заболевания;
- психические расстройства и расстройства поведения;
- злокачественные новообразования, гемобластозы;
- туберкулез;
- заболевания, относящиеся к классу врожденных аномалий, деформаций и хромосомных нарушений, и (или) связанные с ними осложнения;
- системные поражения соединительной ткани, в том числе все недифференцированные коллагенозы;
- заболевания, сопровождающиеся хронической почечной или печеночной недостаточностью и требующие проведения хронического гемодиализа;
- хронические гепатиты С, Е, F, G;
- инвалидность (кроме III группы).

Заявление составил ФИО _____ Дата составления заявления _____

договором РФ в качестве документа, удостоверяющего личность иностранного гражданина или лица без гражданства.

⁵ В Правилах и программе ДМС болезни и медицинские состояния указываются в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем, официально действующей на территории Российской Федерации на дату заключения договора страхования.

⁶ По решению уполномоченных органов перечень особо опасных инфекционных заболеваний может быть расширен.

Приложение № 6.3 к Правилам

образец

Заявление на заключение договора добровольного медицинского страхования иностранных граждан и лиц без гражданства, прибывших в Российскую Федерацию и намеревающихся осуществлять или осуществляющих трудовую деятельность на основании разрешения на работу или патента
(страхователь – индивидуальный предприниматель)

Фамилия, имя, отчество (при наличии) на русском языке	
Фамилия, имя, отчество (при наличии) с помощью букв латинского алфавита ⁷	
Дата рождения	Число _____ месяц _____ год _____
Гражданство (при наличии)	
Данные основного документа, удостоверяющего личность гражданина ⁸	
Место жительства в Российской Федерации ⁹	
Дата государственной регистрации физического лица в качестве индивидуального предпринимателя и данные документа, подтверждающего факт внесения в единый государственный реестр индивидуальных предпринимателей записи об указанной государственной регистрации	
Контактная информация	телефон _____ e-mail (при наличии) _____
Информация о лице, принимаемом на страхование	
Фамилия, имя, отчество (при наличии) на русском языке	
Фамилия, имя, отчество (при наличии) с помощью букв латинского алфавита ¹⁰	
Дата рождения	
Пол (м/ж)	

⁷ Для иностранных граждан и лиц без гражданства на основании сведений, содержащихся в документе, предусмотренном ФЗ или признаваемом в соответствии с международным договором РФ в качестве документа, удостоверяющего личность иностранного гражданина или лица без гражданства.

⁸ Для иностранных граждан и лиц без гражданства указываются вид и данные документа, предусмотренного ФЗ или признаваемого в соответствии с международным договором РФ в качестве документа, удостоверяющего личность иностранного гражданина или лица без гражданства

⁹ Указывается адрес, по которому индивидуальный предприниматель зарегистрирован по месту жительства в установленном законодательством Российской Федерации порядке

¹⁰ На основании сведений, содержащихся в документе, предусмотренном ФЗ или признаваемом в соответствии с международным договором РФ в качестве документа, удостоверяющего личность иностранного гражданина или лица без гражданства

Правила добровольного медицинского страхования иностранных граждан и лиц без гражданства, прибывших в Российскую Федерацию и намеревающихся осуществлять или осуществляющих трудовую деятельность на основании разрешения на работу или патента

Гражданство (при наличии)	
Вид и данные документа, удостоверяющего личность ¹¹	
Адрес места жительства (регистрации) или адрес места пребывания на территории Российской Федерации	
Имеющиеся группа инвалидности и /или диагностированные хронические заболевания	
Контактная информация Застрахованного	телефон _____ e-mail (при наличии) _____
Адрес фактического проживания	
Желаемая дата начала действия договора	
Предполагаемый срок действия договора	

Страхователь подтверждает, что на момент подачи Заявления на заключение договора ДМС, заявленное на страхование лицо не имеет следующие заболевания и (или) связанные с ним осложнения¹²:

- ВИЧ-инфекция, болезнь, вызванная вирусом иммунодефицита человека, СПИД;
- особо опасные инфекционные болезни¹³, в том числе: коронавирусная инфекция (2019-nCoV), оспа, полиомиелит, вызванный диким полиовирусом, человеческий грипп, вызванный новым подтипом, тяжелый острый респираторный синдром (ТОРС), холера, чума, малярия, вирусные лихорадки, передаваемые членистоногими и вирусные геморрагические лихорадки, менингококковая болезнь;
- наркологические заболевания.
- психические расстройства и расстройства поведения;
- злокачественные новообразования, гемобластозы;
- туберкулез;
- заболевания, относящиеся к классу врожденных аномалий, деформаций и хромосомных нарушений, и (или) связанные с ними осложнения;
- системные поражения соединительной ткани, в том числе все недифференцированные коллагенозы;
- заболевания, сопровождающиеся хронической почечной или печеночной недостаточностью и требующие проведения хронического гемодиализа;
- хронические гепатиты С, Е, F, G;
- инвалидность (кроме III группы).

Подпись заявителя _____ Дата составления заявления _____

¹¹ Указывается документ, предусмотренный федеральным законом или признаваемый в соответствии с международным договором Российской Федерации в качестве документа, удостоверяющего личность иностранного гражданина или лица без гражданства.

¹² В Правилах и программе ДМС болезни и медицинские состояния указываются в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем, официально действующей на территории Российской Федерации на дату заключения договора страхования.

¹³ По решению уполномоченных органов перечень особо опасных инфекционных заболеваний может быть расширен.

Список* Застрахованных по Договору ДМС

№ п/п	ФИО на русском языке	ФИО с помощью букв латинского алфавита**	Пол	Дата рождения	Вид документа, удостоверяющего личность трудового мигранта***	Серия	Номер	План страхования	Назв. нас. пункта	Улица	Дом	Корпус	Квартира	Подъезд	Телефон рабочий	Телефон домашний	Телефон мобильный	работник/родственник	родство по отношению к работнику (указать какому)
1																			
2																			

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

**На основании сведений, содержащихся в документе, предусмотренном федеральным законом или признаваемом в соответствии с международным договором Российской Федерации в качестве документа, удостоверяющего личность иностранного гражданина или лица без гражданства.

*** предусмотренного федеральным законом или признаваемого в соответствии с международным договором Российской Федерации в качестве документа, удостоверяющего личность иностранного гражданина или лица без гражданства.

Приложение № 8 к Правилам

МЕДИЦИНСКАЯ АНКЕТА, ПРИНИМАЕМОГО НА СТРАХОВАНИЕ

ДАННЫЕ О СТРАХОВАТЕЛЕ						
Название компании						
ДАННЫЕ О ЛИЦЕ, ПРИНИМАЕМОМ НА СТРАХОВАНИЕ						
Фамилия, имя, отчество						
Фамилия, имя, отчество на латинском						
Дата рождения	Пол Ж <input type="checkbox"/> М <input type="checkbox"/>	Полных лет _____	Рост _____ (см)	ВЕС: _____ (кг)		
Данные документа, удостоверяющего личность						
Адрес проживания						
Контактный телефон	мобильный		домашний			
Предполагаемый срок начала страхования (дата): _____ (число) _____ (месяц) _____ (год)						
Социальный статус лица, принимаемого на страхование: <input type="checkbox"/> учится <input type="checkbox"/> работает <input type="checkbox"/> не работает <input type="checkbox"/> пенсионер						
МЕДИЦИНСКАЯ АНКЕТА ЛИЦА, ПРИНИМАЕМОГО НА СТРАХОВАНИЕ						
1. Был ли у Вас в течение последних 12 месяцев полис добровольного медицинского страхования?						
• нет, никогда не был(а)		• да, в другой страховой компании		• да, но более года назад		
• да, в Ингосстрахе						
Если ДА, то укажите в каком медицинском учреждении Вы обслуживались?						
2. Дата Вашего последнего обращения к врачу, по поводу какого заболевания?						
3. Как часто Вы посещаете поликлинику?						
<input type="checkbox"/> Не посещаю	<input type="checkbox"/> 1-2 раза в год	<input type="checkbox"/> 3-6 раз в год	<input type="checkbox"/> 7-12 раз в год	<input type="checkbox"/> 2 раза в месяц	<input type="checkbox"/> чаще	
4. К каким специалистам Вы обращаетесь наиболее часто?						
<input type="checkbox"/> кардиолог	<input type="checkbox"/> ЛОР	<input type="checkbox"/> эндокринолог	<input type="checkbox"/> гинеколог	<input type="checkbox"/> гематолог	<input type="checkbox"/> мануальный терапевт	
<input type="checkbox"/> терапевт	<input type="checkbox"/> окулист	<input type="checkbox"/> ревматолог	<input type="checkbox"/> аллерголог	<input type="checkbox"/> нефролог	<input type="checkbox"/> массажист	
<input type="checkbox"/> невролог	<input type="checkbox"/> хирург	<input type="checkbox"/> уролог	<input type="checkbox"/> дерматолог	<input type="checkbox"/> психолог	<input type="checkbox"/> рефлексотерапевт	
другие:						
5. Имеете ли Вы в настоящее время (или имели в прошлом) группу инвалидности? Если «да» – укажите причину (заболевание(-я)), группу и дата установления (снятия) инвалидности?					<input type="checkbox"/> да	<input type="checkbox"/> нет
Группа инвалидности		Дата установления		Дата снятия		
Причина установления						
6. Приходилось ли Вам за последний год вызывать скорую медицинскую помощь?					<input type="checkbox"/> да	<input type="checkbox"/> нет

Если «да», то укажите как часто и по какой причине (заболеванию):			
7. Проходили ли Вы стационарное лечение? Если "да", то укажите год, диагноз и проведенное лечение			<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
Год	Диагноз	Лечение (операция/терапия)	
8. Было ли Вам рекомендовано или планируете ли Вы в ближайшее время оперативное лечение? Если «да», то какое и по поводу какого заболевания?			<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
9. Ставили ли Вам когда-нибудь следующие диагнозы? Если «да», то укажите год начала заболевания:			
Диагноз	Год	Диагноз	Год
<input type="checkbox"/> Ишемическая болезнь сердца		<input type="checkbox"/> Паралич (парез)	
<input type="checkbox"/> Инфаркт миокарда		<input type="checkbox"/> Хронический бронхит	
<input type="checkbox"/> Инсульт		<input type="checkbox"/> Бронхиальная астма	
<input type="checkbox"/> Нарушения ритма сердца		<input type="checkbox"/> Гипотиреоз <input type="checkbox"/> Гипертиреоз	
<input type="checkbox"/> Гипертоническая болезнь		<input type="checkbox"/> Сахарный диабет	
<input type="checkbox"/> Язва желудка и/или 12-перстной кишки		Грыжа: <input type="checkbox"/> паховая <input type="checkbox"/> пупочная <input type="checkbox"/> другая	
<input type="checkbox"/> Панкреатит		<input type="checkbox"/> Искривление носовой перегородки	
<input type="checkbox"/> Холецистит		<input type="checkbox"/> Камни в почках	
<input type="checkbox"/> Камни в желчном пузыре		<input type="checkbox"/> Пиелонефрит	
Гепатит вирусный: <input type="checkbox"/> В <input type="checkbox"/> С <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> G		<input type="checkbox"/> Гломерулонефрит	
<input type="checkbox"/> Гепатит лекарственный		<input type="checkbox"/> Почечная недостаточность	
<input type="checkbox"/> Гепатит аутоиммунный		<input type="checkbox"/> Психические расстройства	
<input type="checkbox"/> Цирроз печени		<input type="checkbox"/> Эпилепсия	
Диагноз	Год	Диагноз	Год
<input type="checkbox"/> Печеночная недостаточность		<input type="checkbox"/> Панические атаки <input type="checkbox"/> Фобии	
<input type="checkbox"/> Спаечная болезнь		<input type="checkbox"/> Неврит _____	
<input type="checkbox"/> Сотрясение головного мозга		<input type="checkbox"/> Мигрень	
<input type="checkbox"/> Депрессия		<input type="checkbox"/> Вегето-сосудистая дистония	
Заболевания крови: <input type="checkbox"/> анемия <input type="checkbox"/> эритремия <input type="checkbox"/> другое _____		Аллергия: <input type="checkbox"/> пищевая <input type="checkbox"/> лекарственная <input type="checkbox"/> на пыльцу <input type="checkbox"/> другое _____	
<input type="checkbox"/> Травма _____		<input type="checkbox"/> Заболевание кожи	
<input type="checkbox"/> Остеохондроз позвоночника, радикулит		<input type="checkbox"/> Глаукома	
<input type="checkbox"/> Межпозвонковые грыжи		<input type="checkbox"/> Катаракта	
<input type="checkbox"/> Артрит (артроз) _____		<input type="checkbox"/> ВИЧ-инфекция (СПИД)	
<input type="checkbox"/> Онкологическое заболевание Укажите какое:		<input type="checkbox"/> Системное поражение соединительной ткани, коллагеноз. Какое:	
<input type="checkbox"/> Наследственное заболевание. Укажите какое:		Туберкулез: <input type="checkbox"/> легких <input type="checkbox"/> почек <input type="checkbox"/> суставов <input type="checkbox"/> другое _____	
<input type="checkbox"/> Врожденный порок развития, аномалии развития органов и систем. Укажите какое(-ие):		<input type="checkbox"/> Приобретенный порок органа или системы. Укажите какое(-ие):	

10.1 Женское здоровье (только для женщин):			10.2 Мужское здоровье (только для мужчин):		
<input type="checkbox"/> Эндометриоз			<input type="checkbox"/> Простатит		
<input type="checkbox"/> Полипы эндометрия			<input type="checkbox"/> Аденома предстательной железы		
<input type="checkbox"/> Киста яичника			<input type="checkbox"/> Варикоцеле		
<input type="checkbox"/> Эрозия шейки матки			<input type="checkbox"/> Фимоз		
<input type="checkbox"/> Миома матки			<input type="checkbox"/> Парафимоз		
11. Рекомендовали ли Вам постоянное (диспансерное) наблюдение у каких-либо врачей? Если «да», по какому заболеванию?					
12. Отмечали ли Вы у себя за последние 12 месяцев следующие симптомы:					
<input type="checkbox"/> одышку при простой ходьбе		<input type="checkbox"/> боль в глазах		<input type="checkbox"/> потеря сознания	
<input type="checkbox"/> одышку в покое (стоя, сидя, лежа)		<input type="checkbox"/> преходящий шум и заложенность в ушах		<input type="checkbox"/> ослабление и потерю движения в руках	
<input type="checkbox"/> повышение артериального давления Укажите максимальные цифры: / мм рт.ст.		<input type="checkbox"/> ощущения покалывания, онемения, ползания мурашек		<input type="checkbox"/> повышение сахара в крови Укажите максимальный уровень:	
<input type="checkbox"/> боли в области сердца		<input type="checkbox"/> судороги		<input type="checkbox"/> огушенность	
<input type="checkbox"/> изменения на ЭКГ		<input type="checkbox"/> головокружения		<input type="checkbox"/> чувство тревоги или страха	
<input type="checkbox"/> боли в спине		<input type="checkbox"/> расстройства речи		<input type="checkbox"/> боли в животе	
13. Курите ли Вы?		<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет		Если да, то сколько сигарет в день?	
				Сколько лет?	
14. Страдаете ли Вы каким-либо из заболеваний			<input type="checkbox"/> наркомания		<input type="checkbox"/> токсикомания
					<input type="checkbox"/> алкоголизм
15. Укажите, что Вас беспокоит (на что Вы жалуетесь) в настоящий момент?					
16. Ставился ли Вам диагноз стенокардия?				<input type="checkbox"/> Да	
				<input type="checkbox"/> Нет	
17. Имеются(лись) у Вас неврозы?				<input type="checkbox"/> Да	
				<input type="checkbox"/> Нет	
18. Укажите заболевания, которые у Вас отмечались ранее или имеются в настоящее время, но не были указаны выше?					
19. Укажите, какие лекарственные препараты вы регулярно принимаете в настоящее время:					

Я уведомлен(а) Страховщиком, что информация об обстоятельствах, указанных мной в настоящей Медицинской анкете (далее – Анкета), имеет существенное значение для определения вероятности наступления страхового случая, размера возможных убытков от его наступления (страхового риска), и влияет на размер страховой премии. Я предупрежден(а) о возможном изменении размера страховой премии или иных условий договора страхования по результатам оценки страхового риска.

При заключении (подписании) договора страхования настоящая Анкета является неотъемлемой частью договора страхования.

Я проинформирован(а), что в период действия договора страхования страхователь (выгодоприобретатель - застрахованное лицо) обязан (обязано) незамедлительно сообщать страховщику о ставших ему известными значительных изменениях в обстоятельствах, сообщенных страховщику при заключении договора в настоящей Анкете – о выявлении у застрахованного лица в течение действия договора заболеваний и состояний, перечисленных в настоящей Анкете и существовавших до заключения договора, а также о выявлении у застрахованного лица заболеваний и состояний, перечисленных в перечне Исключений из Программ добровольного медицинского страхования, установленных договором страхования.

