ИНН: 7705042179, г. Москва, ул. Пятницкая, д 12 стр2, e-mail: ingos@ingos.ru
Бесплатный телефон из любой точки России 8-800-2003-911

ИНГОССТРАХ

ДОГОВОР № _____

ДОБРОВОЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ

Заключение, исполнение, изменение и прекращение настоящего договора добровольного медицинского страхования (далее – Договор) осуществляется согласно Правилами добровольного медицинского страхования, утвержденными Приказом СПАО «Ингосстрах» № 713 от 15.12.2023. Указанные Правила страхования являются неотъемлемой частью Договора. В соответствии с пунктом 1 статьи 6 Федерального закона № 63-ФЗ от 06.04.2011 «Об электронной подписи», также п. 1 ст. 6.1. Закона РФ «Об организации страхового дела в Российской Федерации» № 4015-1 от 27.11.1992 настоящий полис, составленный в виде электронного документа, подписан усиленной квалифицированной электронной подписью Страховщика и признается Сторонами электронным документом, равнозначным документу на бумажном носителе, подписанному собственноручной подписью полномочного представителя СПАО «Ингосстрах».

СТРАХОВЩИК	СПАО «Ингосстрах». Лицензия ЦБ РФ СЛ № 0928 от 23.09.2015 (без ограничения срока действия). Адрес местонахождения: 115035, г. Москва, ул. Пятницкая, 12, стр. 2.						
СТРАХОВАТЕЛЬ					Телефон	Дата рождения	
Адрес регистрации							
Паспорт:							
ФИО ЗАСТРАХОВАННОГО	Полис №	План №	Дата рождения	Паспортные данные	СНИЛС	Пол	Адрес регистрации, Моб.телефон

УСЛОВИЯ СТРАХОВАНИЯ

Страховщик обязуется при наступлении страхового случая организовывать и оплачивать оказание Застрахованному медицинскую помощь в медицинском учреждении, а Страхователь обязуется уплатить страховую премию.

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

Объем медицинской помощи, оказываемой Застрахованному и оплачиваемой Страховщиком по Договору, порядок ее оказания определяется Программой.
По Договору не могут быть застрахованы лица, которые на момент его заключения имеют заболевания, из числа исключений из Программ(ы).

ПРОГРАММА	План №	СТРАХОВАЯ СУММА НА ОДНОГО ЗАСТРАХОВАННОГО, РУБ.	СТРАХОВАЯ ПРЕМИЯ НА ОДНОГО ЗАСТРАХОВАННОГО, РУБ.

СТРАХОВАЯ ПРЕМИЯ	Размер страховой премии за весь срок действия Договора на момент вступления Договора в силу в отношении Застрахованного(ых) составляет (*цифрами*) _____ рублей (*прописью*) _____.
СРОК ОПЛАТЫ	Страховая премия уплачивается единовременно не позднее даты начала периода страхования по Договору одним из способов: либо наличными денежными средствами либо путем безналичных расчетов кредитной картой или банковским переводом на расчетный счет Страховщика. Страховая премия уплачивается в рассрочку – 50% от размера общей страховой премии (первый страховой взнос) за период - до начала действия договора и 50% от размера общей страховой премии (второй страховой взнос) за период - в течение первого квартала. Размер первого и второго страхового взноса по Договору рассчитывается, исходя из страховой премии, установленной за весь срок действия Договора за каждого Застрахованного. Первый страховой взнос и второй страховой взнос уплачивается Страхователем до даты начала каждого страхового периода одним из способов: либо наличными денежными средствами в кассу Страховщика или представителю Страховщика, названному в Договоре и действующему на основании доверенности, под квитанцию строгой отчетности, либо путем безналичных расчетов кредитной картой или банковским переводом на расчетный счет Страховщика
ВСТУПЛЕНИЕ ДОГОВОРА В СИЛУ	с момента его оплаты с момента оплаты первого страхового взноса
СРОК СТРАХОВАНИЯ	с 00:00 часов XX.XX.XXXX г. по 24:00 часа XX.XX.XXXX г.
ОСОБЫЕ УСЛОВИЯ	Оплачивая настоящий полис, Страхователь заключает Договор на изложенных условиях и подтверждает, что он ознакомлен с Программами (Приложение № 1 к Договору) и получил их, а также подтверждает получение указанных в настоящем полисе Правил страхования, они ему понятны и он согласен со всеми их положениями. Настоящий Полис, составленный в виде электронного документа, заключен на условиях, изложенных в тексте договора (Полиса), а также Правилах страхования, являющихся частью настоящего договора. Страхователь – физическое лицо уплачивает страховую премию (страховой взнос) после ознакомления с условиями настоящего Полиса, Правил страхования, подтверждая, что до заключения договора страхования ему предоставлена информация о его условиях, в том числе путем вручения соответствующего(-их) ключевого(-ых) информационного(-ых) документа(-ов) (КИД/КИДов) по всем указанным в настоящем Полисе рискам. Содержание КИД, все условия Полиса и Правил страхования Страхователю разъяснены и понятны, Страхователю предоставлен соответствующий объем страхового покрытия для его самостоятельного выбора с имеющимися ограничениями и условиями за соответствующую плату (страховую премию). Страхователь подтверждает, что он ознакомлен с расхождениями положений вручённого ему до заключения договора КИД и условиями конкретного договора в части различного объема застрахованных рисков и соответствующих исключений к ним в отношении каждого из застрахованных лиц. Конкретные застрахованные риски в отношении каждого застрахованного лица указаны в договоре страхования (полисе). В порядке ст. 943 ГК РФ вручение правил страхования производится посредством предоставления свободного доступа к тексту правил страхования на официальном сайте СПАО «Ингосстрах» по адресу https://cdn.ingos.ru/docs/dms__rules-med-insure-new-2023.pdf 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 направляются не менее чем за 5 рабочих дней до предполагаемой даты досрочного прекращения действия Договора. При досрочном прекращении действия Договора возврат страховой премии не осуществляется, за исключением случаев, указанных в п.10.2. Правил страхования. Заключая настоящий договор, 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») 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 далее: Обработка персональных данных осуществляется Оператором в порядке и на условиях, предусмотренных действующим законодательством, а также документом Оператора, определяющим политику обработки персональных данных Оператора. Страхователь подтверждает, что 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 Страхователем договоров с Оператором, подготовкой к их заключению, заключением, исполнением

Образец

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).

Страхователь разрешает Оператору передачу персональных данных Страхователя (потверждает согласие застрахованных по Договору лиц на такую передачу) медицинским и иным организациям, с которыми у Оператора заключены соответствующие договоры, в рамках добровольного медицинского страхования. Такая передача может быть осуществлена как в электронной форме, так и на материальных носителях (бумажных или электронных).

Субъект разрешает (подтверждает наличие согласий застрахованных по договору лиц) медицинским и иным организациям передавать сведения о факте его обращения за оказанием медицинской помощи, состоянии здоровья и диагнозе застрахованнных лиц, иные сведения, полученные при медицинском обследовании и лечении застраъхованных лиц 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 согласен с тем и подтверждает согласие застрахованного лица с тем, что Оператор имеет право передавать Страхователю сведения о наличии задолженности застрахованного лица (его законного представителя) по оплате франшизы (по возмещению Страховщику расходов на оплату франшизы, которую выполнил Страховщик по поручению застрахованного лица (его законного представителя)) в рамках исполнения договора страхования.

Персональные данные могут обрабатываться Оператором, а также медицинскими и иными организациями, с которыми у Оператора заключены соответствующие договоры, для реализации следующих целей: в целях проведения анализа и оценки страховых рисков; организации оказания медицинских и иных услуг Субъекту; оплаты медицинских и иных услуг, оказанных Субъекту; определения размера убытков и принятия решения о страховой выплате; возмещения расходов на оплату франшизы, которую выполнил Страховщик по поручению Субъекта (его законного представителя)); направления рассылок в целях повышения уровня клиентоориентированности и лояльности (включая проведение исследований (опросов) в области сервисных услуг и их качества, исключая при этом направление рекламных предложений; в статистических целях; предоставляемых Страховщиком, а также информации об условиях продления договоров страхования со Страховщиком); в целях продления договора страхования; в целях совершенствования процесса оказания услуг Страховщиком.

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

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

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».

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

Страхователь также гарантирует наличие аналогичных согласий иных лиц, персональные данные которых могут быть переданы Оператору, включая застрахованных по настоящему Договору лиц, в т.ч. в связи с рассмотрением вопроса возможности и целесообразности заключения 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.

Руководствуясь п.2 ст.160 Гражданского кодекса Российской Федерации, оплатой страховой премии Страхователь подтверждает согласие с условиями заключения Договора, в соответствии с Правилами страхования.

Приложения к настоящему полису:

- Приложение № 1 – Правила и выбранные Программы;
- Приложение № 2 - Перечень медицинских учреждений, предусмотренных Договором.
- Приложение № 3 - Перечень дополнительных рисков, предусмотренных Договором.

ПОДПИСИ СТОРОН

Страховщик/ представитель страховщика	Подписано усиленной квалифицированной электронной подписью представителя СПАО «Ингосстрах»	_____	Страхователь	дата время Пользователь:
	подпись	ФИО		ФИО

Образец

Полис ДМС в твоем телефоне!

Мобильное приложение
https://www.ingos.ru/app/

- Будьте на связи со страховой компанией из любой точки мира
- Храните данные обо всех страховых полисах в одном приложении
- Записывайтесь в клинику и вызывайте врача на дом
- Узнавайте контакты и график работы клиник
- Оформляйте полисы страхования здоровья и имущества онлайн

Приложение № 1
к Договору добровольного
медицинского страхования
№
УТВЕРЖДЕНЫ
Приказом СПАО «Ингосстрах»
от «15» декабря 2023 г. № 713

Генеральный директор
СПАО «Ингосстрах»

К.Б. Соколов

Образец

ПРАВИЛА
ДОБРОВОЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ

Москва, 2023 г.

Оглавление

1. Общие положения
2. Субъекты страхования
3. Объект страхования
4. Страховые риски и страховые случаи
5. Страховая сумма и порядок ее определения
6. Страховой тариф, страховая премия (страховые взносы), порядок их определения, срок (периодичность) уплаты страховой премии
7. Франшиза
8. Порядок заключения и исполнения договора страхования
9. Права и обязанности сторон
10. Порядок прекращения договора страхования
11. Формы страховых выплат, порядок осуществления страховой выплаты в форме страхового возмещения и в форме организации оказания и оплаты медицинских и иных услуг
12. Порядок разрешения споров

1. ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ

1.1. Настоящие Правила добровольного медицинского страхования (далее – Правила или Правила страхования) составлены в соответствии с действующим российским законодательством и определяют общие условия и порядок осуществления страхования, в том числе заключения, исполнения и прекращения Страховым публичным

акционерным обществом «Ингосстрах» (далее – Страховщик) договоров добровольного медицинского страхования и комплексных договоров добровольного медицинского страхования и страхования финансовых рисков (далее также – договор страхования или договоры страхования).

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

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

Договор страхования может быть коллективным и индивидуальным.

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

Медицинская помощь – комплекс мероприятий, направленных на поддержание и (или) восстановление здоровья и включающих в себя предоставление медицинских услуг.

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

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

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

Иные услуги – услуги, связанные с оказанием или организацией оказания медицинской помощи и включенные в Программу, в том числе бытовые, сервисные, транспортные и иные услуги, включая: дополнительное питание, связь, телевизор, компьютер, холодильник, кондиционер, душ, туалет и др.; установление индивидуального поста при лечении в стационарных условиях; предоставление социальных услуг как с привлечением, так и без привлечения специалистов в области здравоохранения; услуги ухода за больными и (или) престарелыми и инвалидами; обеспечение питания и проживания (нахождение) при стационарном, санаторно-курортном лечении, если оно не входит в стоимость медицинской услуги (стоимости койко-дня); оформление различной медицинской документации, включая снятие копий и запись на электронные носители; предоставление спального места и питания при совместном нахождении одного из родителей (иного члена семьи или иного законного представителя) в медицинской организации в стационарных условиях с ребенком; услуги по организации медицинской помощи в медицинских и иных организациях; информационные услуги, связанные с оказанием или организацией оказания медицинской помощи; лингвистическое обеспечение (услуги перевода письменного и (или) устного); бронирование времени врача; транспортные услуги, в том числе услуги репатриации тела (останков); расходы на проезд к месту лечения и обратно; расходы на проживание на территории иностранного государства или на территории Российской Федерации для Застрахованного и (или) сопровождающего его лица; услуги по сопровождению Застрахованного и его несовершеннолетних детей в поездках; иные услуги, предоставляемые дополнительно при оказании медицинской помощи или вне оказания медицинской помощи в целях поддержания и восстановления здоровья.

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

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

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

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

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

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

2. СУБЪЕКТЫ СТРАХОВАНИЯ

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

2.2. Страховщик – страховая организация, созданная в соответствии с законодательством Российской Федерации для осуществления деятельности по страхованию и получившая лицензию на осуществление соответствующего вида страховой деятельности в установленном законом порядке.

Страховщиком по договору страхования является СПАО «Ингосстрах», зарегистрированное в г. Москве, осуществляющее страховую деятельность в соответствии с действующим законодательством и лицензией, выданной органом страхового надзора. Договоры страхования от имени Страховщика могут заключать его филиалы, представительства, а также страховые агенты (юридические и физические лица), страховые брокеры в пределах их полномочий и на основании соответствующих договоров или доверенностей (далее – представители, уполномоченные представители).

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

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

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

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

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

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

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

2.5.4. психические расстройства и расстройства поведения;

2.5.5. злокачественные новообразования, в том числе гемобластозы;

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

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

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

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

2.5.10. заболевания, послужившие причиной установления инвалидности (кроме инвалидности III группы);

может быть застраховано с согласия Страховщика при условии, что до заключения договора страхования Страховщик был письменно уведомлен Страхователем о диагнозах и состоянии здоровья лица, заявленного на страхование. Условие о страховании таких лиц может указываться в договоре страхования с учетом степени риска.

2.6. При страховании лиц, указанных в пункте 2.5 Правил, не является страховым случаем обращение Застрахованного лица в медицинскую и иную организацию в связи с оказанием ему медицинской помощи по заболеваниям, перечисленным в упомянутом пункте, и связанным с ними осложнениям, если иного не будет предусмотрено договором страхования.

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

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

3. ОБЪЕКТ СТРАХОВАНИЯ

3.1. Объектом добровольного медицинского страхования являются имущественные интересы, связанные с оплатой организации и оказания медицинской и

Документ подписан усиленной электронной подписью

лекарственной помощи (медицинских услуг) и иных услуг вследствие расстройства здоровья физического лица или состояния физического лица, требующих организации и оказания таких услуг, а также проведения профилактических мероприятий, снижающих степень опасных для жизни или здоровья физического лица угроз и (или) устраняющих их.

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

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

4. СТРАХОВЫЕ РИСКИ И СТРАХОВЫЕ СЛУЧАИ

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

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

4.2. Договор страхования заключается в отношении риска затрат на оказание медицинских и иных услуг Застрахованному при его обращении в медицинскую и иную организацию по поводу ухудшения состояния здоровья и (или) состояния, требующего оказания медицинской помощи и иных услуг, а также иных обстоятельств, предусмотренных договором страхования.

4.3. Страховым случаем является совершившееся событие, предусмотренное договором страхования, с наступлением которого возникает обязанность Страховщика произвести страховую выплату страхователю, застрахованному лицу, выгодоприобретателю или иным третьим лицам.

Страховым случаем в соответствии с настоящими Правилами является обращение Застрахованного в течение срока действия договора страхования в медицинскую и иную организацию из числа предусмотренных договором страхования и (или) Программой и (или) согласованных со Страховщиком, для получения различных видов платных медицинских и иных услуг, включенных в Программу, по поводу предусмотренных Программой (Программами) ухудшения состояния здоровья и (или) состояния, а также обстоятельств, требующих оказания медицинской помощи и повлекших возникновение расходов на оплату предусмотренных Программой (Программами) медицинской помощи и иных услуг, оказанных Застрахованному, а также обязанность Страховщика произвести страховую выплату.

В случае, если это прямо предусмотрено договором страхования и (или) Программой, страховым случаем является обращение Застрахованного в течение срока действия договора страхования в медицинскую и иную организацию из числа предусмотренных договором страхования и (или) Программой или согласованных со Страховщиком для проведения профилактических мероприятий, снижающих степень опасных для жизни или здоровья физического лица угроз и (или) устраняющих их, и повлекших возникновение расходов на оплату медицинской помощи и иных услуг, оказанных Застрахованному, а также обязанность Страховщика произвести страховую выплату.

В случае, когда это предусмотрено договором страхования и (или) Программой, страховым случаем также является возникновение у Застрахованного непредвиденных расходов, предусмотренных Программой и связанных с оплатой организации транспортных, сервисных и бытовых услуг, в том числе оплатой организации транспортировки, репатриации Застрахованного или его трупа (останков), возвращения Застрахованного и сопровождающего его лица к месту пребывания, транспортировкой сопровождающих лиц Застрахованного, транспортировкой детей Застрахованного, визитом по месту лечения или месту пребывания Застрахованного близкого родственника Застрахованного; расходы по найму жилого помещения для Застрахованного и сопровождающего его лица; услуги по сопровождению Застрахованного и его несовершеннолетних детей в поездках, а также иных услуг, а также возникновение у Застрахованного в связи с оказанием медицинской помощи непредвиденных расходов на психологические, юридические и иные предусмотренные договором страхования и (или) Программой услуги.

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

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

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

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

4.7. При заключении договора страхования Страховщик и Страхователь при условии применения к страховому тарифу соответствующих поправочных коэффициентов вправе договориться об объеме медицинской помощи в рамках Программы путем изменения перечня организуемых и оплачиваемых Страховщиком медицинских и иных услуг, включаемых в конкретную Программу, и о названии конкретной Программы, отражающей вид, объем и порядок предоставляемой Застрахованному медицинской помощи.

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

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

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

4.10.1. воздействия ядерного взрыва, радиации или радиоактивного заражения;

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

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

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

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

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

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

4.12.3. Договор страхования считается прекращенным в отношении Застрахованного, указанного в пункте 4.12 Правил, с даты, указанной в соответствующем уведомлении Страховщика. Уведомление направляется Страхователю не менее чем за 5 (Пять) рабочих дня до даты прекращения действия договора страхования в отношении Застрахованного. Страхователь обязан уведомить Застрахованного о факте прекращения договора страхования в отношении последнего.

4.12.4. В том случае, если на момент прекращения договора страхования страховая премия была уплачена Страхователем полностью, Страховщик, если условиями договора страхования не предусмотрено иное, обязан в течение 30 (Тридцати) рабочих дней с момента получения Страхователем уведомления о прекращении договора в отношении определенного Застрахованного, возвратить Страхователю часть страховой премии, уплаченной за страхование данного Застрахованного, пропорциональную части общего срока действия договора страхования, в течение которого договор страхования не будет действовать в отношении такого Застрахованного, за исключением случаев, когда Застрахованное лицо заявило о наступлении страхового случая и (или) обратилось за получением страховой выплаты – в таких случаях возврат страховой премии не осуществляется.

4.12.5. В том случае, если после момента прекращения договора страхования, как это определено в настоящем пункте, у Страхователя в соответствии с условиями договора страхования возникнет обязанность уплатить очередной страховой взнос, Страхователь освобождается от обязанности уплачивать часть страховой премии, приходящуюся в уплату за страхование соответствующего Застрахованного в течение периода действия договора страхования после момента прекращения договора страхования как это описано в пунктах 4.12.2-4.12.3 Правил.

5. СТРАХОВАЯ СУММА И ПОРЯДОК ЕЕ ОПРЕДЕЛЕНИЯ

Документ подписан усиленной электронной подписью

5.1. Страховой суммой является денежная сумма, которая определена в порядке, установленном договором страхования при его заключении и исходя из которой устанавливаются размер страховой премии (страховых взносов) и размер страховой выплаты при наступлении страхового случая.

5.2. Страховая сумма по договору страхования устанавливается исходя из предполагаемого объема и стоимости медицинских и иных услуг, предусмотренных Программой. Страховая сумма устанавливается по соглашению сторон для каждого Застрахованного.

5.3. Договором страхования может быть предусмотрена страховая сумма по всей Программе в целом или совокупности Программ и может предусматривать лимиты (максимальный размер) страховых выплат по отдельным заболеваниям (состояниям), отдельной медицинской организации, отдельным видам медицинской помощи и медицинским и иным услугам, в том числе обеспечению лекарственными препаратами и (или) медицинскими изделиями, или их различной совокупности.

5.4. Страховая сумма и (или) лимит страховых выплат по соглашению сторон может устанавливаться как в российских рублях, так и в иностранной валюте. При определении страховой суммы в иностранной валюте страховая выплата осуществляется в рублях по курсу Центрального банка Российской Федерации на день платежа, если иной курс не установлен соглашением сторон.

6. СТРАХОВОЙ ТАРИФ, СТРАХОВАЯ ПРЕМИЯ (СТРАХОВЫЕ ВЗНОСЫ), ПОРЯДОК ИХ ОПРЕДЕЛЕНИЯ, СРОК (ПЕРИОДИЧНОСТЬ) УПЛАТЫ СТРАХОВОЙ ПРЕМИИ

6.1. Страховой тариф – ставка страховой премии с единицы страховой суммы с учетом объекта страхования и характера страхового риска, а также других условий страхования, в том числе наличия франшизы и ее размера. Конкретный размер страхового тарифа определяется договором страхования по соглашению сторон на основании базовых тарифов Страховщика, указанных в Приложении № 13 к Правилам с учетом коэффициентов риска.

6.2. Порядок определения страхового тарифа включает в себя установление страховых тарифов на основании базовых тарифов Страховщика с учетом коэффициентов риска, в зависимости от факторов риска, влияющих на вероятность наступления страхового случая и размер убытков, возмещаемых по договору, среди которых могут учитываться:

6.2.1. пол, возраст Застрахованного;

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

6.2.3. срок действия договора страхования;

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

6.2.5. ценовая категория медицинских и иных организаций;

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

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

6.3. Страховой премией является плата за страхование, которую Страхователь/Застрахованный 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, и срока страхования.

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

6.6. В случае изменения стоимости медицинских и иных услуг в период действия договора страхования, Страховщик вправе изменить размер страховой премии, если иное не установлено в договоре страхования. При указанном в настоящем пункте изменении стоимости медицинских и иных услуг Страховщик направляет Страхователю уведомление, в котором указывает информацию о повышении стоимости медицинских и иных услуг, а также расчет измененной страховой премии за не истекший период действия договора страхования. Договор страхования считается измененным с даты, указанной в уведомлении. Уведомление направляется Страхователю не менее чем за 5 (Пять) рабочих дней до даты изменения страховой премии по договору страхования, если иной порядок не будет предусмотрен договором страхования. После подтверждения факта получения Страхователем уведомления, указанного в настоящем пункте, Страховщик направляет Страхователю счет на доплату суммы страховой премии в соответствии с обновленным расчетом, а в случае, если страховая премия подлежит уплате в рассрочку – сумма каждого очередного счета на уплату страховой премии, выставленного после уведомления Страхователя об изменении суммы страховой премии, увеличивается в соответствии с измененным расчетом страховой премии.

6.7. Страховая премия уплачивается Страхователем после получения от Страховщика счета на уплату 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.

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

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

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

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

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

7. ФРАНШИЗА

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

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

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

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

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

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

8. ПОРЯДОК ЗАКЛЮЧЕНИЯ И ИСПОЛНЕНИЯ ДОГОВОРА СТРАХОВАНИЯ

8.1. Договор страхования заключается в письменной форме:

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

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

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

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

Образец

Договор страхования в электронной форме считается заключенным с момента уплаты Страхователем страховой премии, если иная дата вступления в силу не будет предусмотрена Договором.

8.3. Заключение договора страхования в стандартном порядке.

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

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

- фамилия, имя, отчество (при наличии), дата рождения, паспортные данные или данные иного документа, удостоверяющего личность, полный адрес фактического места жительства лица, принимаемого на страхование (данные о лицах, принимаемых на страхование, могут быть оформлены в виде списка, прилагаемого к заявлению на страхование), а в случае, если договор страхования заключается без указания фамилии, имени, отчества Застрахованного, то в заявлении должен быть четко определен идентифицирующий признак, позволяющий однозначно установить застрахованное лицо;
- наименование, адрес места нахождения, телефон, электронный адрес, телефакс (при наличии), банковские реквизиты Страхователя, если Страхователем является юридическое лицо либо индивидуальный предприниматель;
- фамилия, имя, отчество, дата рождения, адрес регистрации и фактического проживания, паспортные данные или данные иного документа, удостоверяющего личность, электронный адрес, номер телефона и других средств связи Страхователя, если Страхователем является физическое лицо;
- предполагаемый вид медицинской помощи (риски), страховая сумма и, при необходимости, наименование медицинских и иных организаций;
- срок, на который заключается договор страхования;
- данные о состоянии здоровья лиц, принимаемых на страхование, если такие данные запрошены Страховщиком.

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

Письменное заявление о заключении договора страхования является приложением к договору страхования и его неотъемлемой частью.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

8.4. Заключение договора страхования в электронной форме.

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

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

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

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

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

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

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

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

- Страхователь-физическое лицо, подписывающее электронный документ (в том числе анкету-заявление), для его последующего определения Страховщиком по его простой электронной подписи предоставляет Страховщику с использованием официального сайта Страховщика, мобильного приложения Страховщика, официального сайта или мобильного приложения представителя Страховщика следующие сведения:
  - фамилия, имя и отчество (при наличии);
  - абонентский номер, выделенный оператором подвижной радиотелефонной связи (номер телефона), и (или) адрес электронной почты.
- Страховщик (представитель Страховщика) направляет на указанные Страхователем-физическим лицом номер телефона и (или) адрес электронной почты текстовое сообщение, содержащее последовательность символов, являющуюся ключом простой электронной подписи, и указание лицу, использующему простую электронную подпись, на необходимость соблюдать ее конфиденциальность. Одновременно с первичным доступом к сайту Страховщика с использованием ключа простой электронной подписи, полученного в соответствии с настоящим пунктом, на сайте Страховщика автоматически создается персональная страница (далее – личный кабинет) Страхователя. Информация считается подписанной простой электронной подписью Страхователя, в том числе если ее применение подтверждено введением ключа

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

простой электронной подписи, если подтверждение от Страхователя было получено в закрытой части (личном кабинете) сайта или мобильного приложения Страховщика (представителя Страховщика), вход в который Страхователь подтвердил введением ключа простой электронной подписи и ключа проверки простой электронной подписи в виде логина и пароля. Страховщик и лицо, подписывающее электронный документ, обязаны соблюдать конфиденциальность ключа простой электронной подписи.

- В аналогичном порядке создается личный кабинет и используется простая электронная подпись иного клиента – физического лица, если между сторонами не заключено иных соглашений в соответствии с Федеральным законом от 6 апреля 2011 г. № 63-ФЗ «Об электронной подписи».
- Указанная простая электронная подпись физического лица также может использоваться для удостоверения подлинности копий (фото, сканов) документов, предоставляемых в электронном виде, в том числе в виде пакета электронных документов. Стороны электронного документооборота вправе также заключить соглашение об иных условиях использования простой электронной или иной подписи согласно Федеральному закону от 6 апреля 2011 г. № 63-ФЗ «Об электронной подписи».
- Информация о подписании документа простой электронной подписью, а также информация, идентифицирующая лицо, подписавшее документ простой электронной подписью, указывается в подписанном документе. Определение лица, подписывающего электронный документ, по его простой электронной подписи осуществляется в соответствии с настоящим пунктом Правил.
- В случае невозможности обмена документами в электронном виде, подписанными электронной подписью, по причине технического сбоя внутренних систем или по иным причинам, обмен документами производится на бумажном носителе с подписанием собственноручной подписью.
- После осуществления доступа к сайту Страховщика в соответствии с настоящим пунктом Страхователю предоставляется возможность направления Страховщику сведений, указанных в пункте 8.4.2 настоящих Правил.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Обработка персональных данных осуществляется Оператором в порядке и на условиях, предусмотренных действующим законодательством, а также документом Оператора, определяющим политику обработки персональных данных Оператора. С текстом указанного документа, размещенного на сайте Оператора по адресу: www.ingos.ru, 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/Застрахованного (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 подтверждаю, что ему в полном объеме ясны его права и обязанности в области персональных данных и ему полностью понятно значение перечисленных в настоящем согласии терминов и их соответствие требованиям Федерального закона от 27.07.2006 № 152-ФЗ «О персональных данных» и Федерального закона от 30.12.2004 № 218-ФЗ «О кредитных историях», Федерального закона от 06.04.2011 № 63-ФЗ «Об электронной подписи».

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

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

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

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

9. ПРАВА И ОБЯЗАННОСТИ СТОРОН

9.1. Страхователь имеет право:

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

9.1.2. в течение срока действия договора страхования с согласия Страховщика изменить перечень страховых рисков, перечень медицинских и иных организаций и (или) Программ, страховую(ые) сумму(ы), заключив при этом со Страховщиком дополнительное соглашение к договору страхования с соответствующим возможным перерасчетом размера страховой премии, если иное не установлено в договоре страхования;

9.1.3. досрочно прекратить действие договора страхования;

9.1.4. застраховать с согласия Страховщика дополнительное число лиц по действующему договору страхования (при этом условия страхования для вновь Застрахованных определяются отдельно условиями договора страхования по соглашению сторон);

9.1.5. прекратить в отношении Застрахованного действие договора страхования;

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

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

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

9.2. Страхователь обязан:

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

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

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

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

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

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

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

9.2.8. своевременно сообщать Страховщику о ставших ему известными фактах увеличения степени риска, т.е. об изменении обстоятельств, которые были

сообщены Страховщику при заключении договора страхования, и о ставших известными случаях выявления у Застрахованного заболеваний (состояний), из числа указанных в пунктах 2.5 Правил, и уплачивать дополнительную страховую премию по требованию Страховщика при диагностировании у Застрахованного лица заболевания, из числа указанных в пункте 2.5.

9.3. Застрахованный имеет право:

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

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

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

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

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

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

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

9.3.8. в случае несогласия с размером регрессной франшизы направить Страховщику обращение с изложением обстоятельств и причин и приложением при необходимости документов, обосновывающих необходимость изменения размера франшизы.

9.4. Застрахованный обязан:

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

9.4.12. в размере и в срок, указанные в счете, возмещать Страховщику оплаченную им франшизу в соответствии с условиями пункта 7.4 Правил.

9.5. Страховщик имеет право:

9.5.1. проверять полученную от Страхователя и Застрахованного информацию;

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

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

9.5.4. прекратить договор страхования в отношении Застрахованного, если он не выполнил обязанности, предусмотренные пунктами 9.4.2, 9.4.3, 9.4.4, 9.4.5, 9.4.8 и 9.4.9 Правил, направив уведомление о досрочном прекращении действия договора страхования Страхователю и Застрахованному;

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

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

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

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

9.6. Страховщик обязан:

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

9.6.2. организовать и оплатить (осуществить страховое возмещение), если это предусмотрено условиями договора страхования, получение Застрахованным лекарственных препаратов и медицинских изделий, предусмотренных Программой;

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

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

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

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

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

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

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

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

9.6.11. Возвратить ошибочно перечисленные денежные средства в течение 15 (Пятнадцати) рабочих дней с момента принятия решения о возврате Застрахованному суммы неверно рассчитанной франшизы, на основании заявления Страхователя с приложением реквизитов для перечисления, если иное не будет предусмотрено условиями договора страхования.

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

10. ПОРЯДОК ПРЕКРАЩЕНИЯ ДОГОВОРА СТРАХОВАНИЯ

10.1. Договор страхования прекращает свое действие:

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

10.1.2. в случае смерти:

10.1.2.1. Страхователя-физического лица и (или) Страхователя-индивидуального предпринимателя (договор прекращается в отношении такого

Страхователя) – с даты смерти Страхователя, если Застрахованный или иное лицо не принял (не приняло) на себя исполнение обязанностей Страхователя по уплате страховой премии;

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

10.1.3. по требованию Страховщика – в случае неуплаты страховой премии (страхового взноса) в установленные договором страхования сроки, если Страхователь был предварительно уведомлен Страховщиком о факте наличия задолженности и последствиях ее неуплаты, а также в случаях, предусмотренных пунктом 9.4.10 Правил, если договором страхования не установлено иное – с даты направления Страховщиком требования о прекращении договора страхования или даты, указанной в этом требовании;

10.1.4. в случае отзыва согласия на обработку персональных данных:

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

По основаниям, предусмотренным пунктом 4.12 Правил, если условиями договора не будет предусмотрено иное, Страховщик возвращает Страхователю часть страховой премии, уплаченной за страхование данного Застрахованного, пропорциональную части общего срока действия договора страхования, в течение которого договор страхования не будет действовать в отношении такого Застрахованного, за исключением случаев, когда Застрахованное лицо заявило о наступлении страхового случая и (или) обратилось за получением страховой выплаты – в таких случаях возврат страховой премии не осуществляется.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Документ подписан усиленной электронной подписью

лекарственных препаратов.

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

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

11.8. Для получения страхового возмещения расходов на предусмотренные договором или Программой медицинские и иные услуги и (или) лекарственные препараты и (или) медицинские изделия Застрахованный (его представитель) обязан обратиться к Страховщику в течение 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)):

11.8.1. 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);

11.8.2. 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 медицинского 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).

11.8.3. 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;

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

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

11.8.6. 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.

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

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

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

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

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

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

11.15. 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.

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

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

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

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

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

11.17.2. В случае, если на момент обращения Страхователя, Застрахованного Выгодоприобретателя через личный кабинет на сайте Страховщика или мобильное приложение Страховщика, страхового агента, страхового брокера Страховщик не осуществил его идентификацию, и проведение идентификации необходимо в соответствии с требованиями законодательства РФ, Страховщик вправе провести эту идентификацию (в порядке, предусмотренном Федеральным законом от 7 августа 2001 г. № 115-ФЗ «О

Документ подписан усиленной электронной подписью

противодействии легализации (отмыванию) доходов, полученных преступным путем, и финансированию терроризма») с учетом сроков, установленных настоящими Правилами.

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

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

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

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

11.18.4. в связи с умышленным причинением себе телесных повреждений;

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

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

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

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

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

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

11.19.5. обращение за медицинскими и иными услугами по основаниям иным, чем ухудшение состояния здоровья и (или) возникновения состояния, а также обстоятельств, требующих оказания медицинской помощи, указанных в Программе;

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

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

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

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

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

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

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

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

11.23. Исключения из страхового покрытия: если иное не установлено договором страхования или Программой, также не являются страховыми случаями и Страховщик не оплачивает:

11.23.1. медицинские и иные услуги, связанные со следующими заболеваниями, состояниями и их осложнениями, кроме случаев, прямо предусмотренных Программой страхования:

11.23.1.1. ВИЧ-инфекция, СПИД;

11.23.1.2. особо опасные инфекционные болезни, заболевания, включенные в установленный органами власти перечень инфекционных болезней, требующих проведения мероприятий по санитарной охране территории Российской Федерации, включая COVID-19 и последствия COVID-19[1], туберкулез; инфекции, вызванные возбудителем рода Mycobacterium; оспа, полиомиелит, вызванный диким полиовирусом, человеческий грипп, вызванный новым подтипом, тяжелый острый респираторный синдром (ТОРС, SARS), холера, чума, малярия, вирусные лихорадки, передаваемые членистоногими, и вирусные геморрагические лихорадки, менингококковая инфекция; инфекционные заболевания, передающиеся преимущественно половым путем; уреаплазмоз, урогенитальный микоплазмоз, гарднереллез, папилломовирусная инфекция; инфекционные заболевания (для Программ страхования, предусматривающих оказание услуг только в случае беременности); хронические персистирующие внутриклеточные инфекции, вирусно-бактериальные инфекции; лепра; аскаридоз;

11.23.1.3. алкоголизм, наркомания, токсикомания, заболевания, вызванные приемом алкоголя, наркотических веществ без назначения врача или с нарушением назначений врача, токсических веществ с целью опьянения; эпилепсия и эпилептиформный синдром; пароксизмальные расстройства нервной системы (кроме транзиторных ишемических атак); энцефалиты и арахноидиты, стойкие нарушения функции центральной или периферической нервной системы, вследствие ранее перенесенных заболеваний или травм;

11.23.1.4. умышленное причинение Застрахованным вреда своему здоровью, в том числе последствия попытки самоубийства (покушения на самоубийство) Застрахованного, кроме случаев, доведения до самоубийства противоправными деяниями третьих лиц; заболевания и состояния, возникшие по причине совершения Застрахованным противоправных деяний; ожоги более 50% поверхности тела любой степени, ожоги 3Б-4 степени, отморожения 3-4 степени;

11.23.1.5. психические расстройства и расстройства поведения, расстройства психологического развития (кроме случаев, когда оказание психологических услуг предусмотрено договором или Программой страхования);

11.23.1.6. злокачественные новообразования, в том числе гемобластозы; доброкачественные новообразования; новообразования in situ; заболевания сердца и сосудов, требующие оперативного лечения; атеросклероз;

11.23.1.7. наследственные заболевания: хромосомные, моногенные, митохондриальные (болезни, аномалии, нарушения), наследственные болезни обмена; подагра; муковисцидоз; амилоидоз; аномалии развития, врожденные пороки; детский церебральный паралич; демиелинизирующие и дегенеративные заболевания нервной системы; экстрапирамидные и другие двигательные нарушения, вызванные заболеваниями центральной нервной системы; гидроцефалия, болезни нервно-мышечного синапса и мышц; рассеянный склероз; дисциркуляторная энцефалопатия; гемолитическая анемия новорожденных, внутриутробные инфекции; анемия новорожденных, диабетическая фетопатия, нарушение маточного кровотока 2-3 степени; родовая травма; кондуктивная и нейросенсорная потеря слуха (тугоухость); бронхиальная астма; хроническая обструктивная болезнь легких; аномалия рефракции (миопия, гиперметропия, астигматизм); угасание функции аккомодации (пресбиопия); хориоретинальные дистрофии; глаукома; косоглазие, астенопия, астигматизм; макулодистрофия, амблиопия, халязион без гнойных осложнений; сезонный блефарит; болезни хрусталика;

11.23.1.8. системные поражения соединительной ткани, в том числе все недифференцированные коллагенозы; ревматические заболевания; артропатии, воспалительные полиартропатии; спондилопатии; болезнь Бехтерева; ревматоидный артрит; ревматизм; системная красная волчанка, склеродермия, серонегативные спондилоартриты, системный склероз, дерматомиозит, васкулиты; анемии; нарушения свертываемости крови; болезни крови и кроветворных органов, отдельные нарушения, вовлекающие иммунный механизм; нейтропения; аутоиммунные заболевания, в т.ч. аутоиммунный тиреоидит; саркоидоз; аллергические заболевания; иммунодефициты (первичные и вторичные); неспецифический язвенный колит, болезнь Крона;

11.23.1.9. заболевания, сопровождающиеся хронической почечной или печеночной недостаточностью; хронический гломерулонефрит (нефротическая и смешанная формы), хронический пиелонефрит;

11.23.1.10. гепатиты и их осложнения, цирроз печени; заболевания кожи, в том числе микозы, псориаз, экзема, мозоли, папилломы, кондиломы, бородавки, невусы (родимые пятна), контагиозные моллюски, себорея, розацеа, вульгарные угри; онихомикозы; глубокие и генерализованные микозы; заболевания волос; алопеция; ксероз, ихтиоз, контагиозный моллюск; чесотка, педикулез; экзема, нейродермит, атопический дерматит;

11.23.1.11. заболевания, послужившие причиной установления инвалидности (кроме инвалидности III группы); заболевания, по причине которых Застрахованный отнесен к V диспансерной группе; острые и хронические лучевые поражения; профессиональные заболевания; эндокринные заболевания, сопровождающиеся выраженной недостаточностью функций внутренних желез; сахарный диабет и его осложнения; нарушения метаболизма; остеопороз; расстройства питания, нарушение обмена веществ и их осложнения, метаболический синдром, ожирение, нарушение толерантности к глюкозе; расстройства сна, храп, ронхопатия;

11.23.1.12. заболевания и состояния, являющиеся последствиями травм, полученных до начала страхования у Страховщика; заболевания и состояния, требующие проведения трансплантации или протезирования;

11.23.1.13. возрастные, инволютивные изменения, а также состояния, которые являются следствием таких изменений, не являющиеся острым заболеванием или обострением хронического заболевания; сколиоз, иные нарушения осанки; деформирующие дорсопатии (кроме обострения остеохондроза); вальгусная или

[1] По решению уполномоченных органов перечень особо опасных инфекционных заболеваний и (или) перечни инфекционных болезней, требующих проведения мероприятий по санитарной охране территории Российской Федерации, могут быть изменены.

варусная деформация конечностей, все формы плоскостопия (в том числе с болевым синдромом); первичный генерализованный остеоартроз; пяточная шпора (плантарный фасциит); вросший ноготь;

11.23.1.14. острые заболевания и (или) обострения хронических заболеваний, возникшие до вступления страхования в силу; искривление носовой перегородки;

11.23.1.15. заболевания, не предусмотренные Программой страхования, если Программа содержит определение заболеваний, при развитии и (или) обострении которых возникает обязанность Страховщика организовать и оплатить предусмотренные программой услуги;

11.23.2. следующие медицинские и иные услуги, виды лечения, а также связанные с ними расходы, в том числе лечение по поводу осложнений данных услуг, кроме случаев, прямо предусмотренных Программой страхования:

11.23.2.1. медицинские услуги, проводимые без медицинских показаний, в т.ч. проводимые по желанию пациента; услуги, не предусмотренные Программой страхования;

11.23.2.2. услуги, оказанные на дому (если иное прямо не предусмотрено Программой страхования); лечение, являющееся по характеру экспериментальным или исследовательским, не предусмотренное действующими нормативными правовыми актами по месту оказания услуг; скорая, в том числе скорая специализированная медицинская помощь (если иное не установлено Программой страхования); вызов скорой медицинской помощи;

11.23.2.3. динамическое наблюдение по поводу заболеваний вне обострений и диспансерное наблюдение по поводу хронических заболеваний; динамическое и диспансерное наблюдение и лечение по поводу функциональных отклонений; мониторинг эффективности и безопасности применения лекарственных препаратов; манипуляции, вмешательства, выполняемые вне лечения по поводу острого заболевания или обострения хронических заболеваний; кариологическое исследование костного мозга, кариотипирование; паравертебральная новокаиновая блокада; проведение лечебного позиционного маневра при головокружении; ботулинотерапия при мигрени и головной боли напряжения, лечение бруксизма; лечение миофасциального болевого синдрома препаратом ботулотоксин типа А; блокада триггерных точек; введение лекарственных средств в халязион; удаление контагиозного моллюска; вскрытие малых ретенционных кист век и конъюнктивы; зондирование слезных канальцев, активация слезных точек; установка лакримальных имплантатов; хирургическое лечение близорукости, дальнозоркости, астигматизма, косоглазия; бужирование носослезного канала; хромостимуляция; ботулинотерапия, карбокситерапия, иринекстерапия; шунтирование барабанной перепонки и удаление шунта; мониторинговая компьютерная пульсоксиметрия; водородный тест; воздействие ультразвуком при заболеваниях верхних дыхательных путей на аппарате УЗОЛ-01-Ч; биоимпедансометрия; диагностика синдрома апноэ сна; определение цветоощущения; исследование критической частоты слияния световых мельканий; тонометрия глаза; офтальмотонометрия по Гольдману; транспальпебральная тонометрия; определение ретинальной остроты зрения (РОЗ); кератопахиметрия; ультразвуковая биометрия глаза и ультразвуковое исследование глазного яблока; оптическая когерентная томография (ОКТ); фоторегистрация состояния переднего и заднего отделов глаза; исследование слезопродукции; аберрометрия; исследование контрастной чувствительности; бесконтактная мейбография; ультразвуковое исследование глаза, А–скан, компьютерная периметрия;

11.23.2.4. все услуги в рамках народной медицины: все виды традиционной диагностики (в том числе акупунктурная, аурикулодиагностика, термопунктурная, иридодиагностика, энергоинформационная), все виды традиционной терапии (в том числе фитотерапия, апитерапия и лечение другими средствами природного происхождения); гомеопатия; энергоинформатика; традиционные системы оздоровления); лечение с использованием аппаратов квантовой терапии; лечение с использованием аппаратов структурно-резонансной терапии; аппаратное вытяжение позвоночника (сухое и подводное); гирудотерапия; все виды пневмомассажа (за исключением пневмомассажа барабанных перепонок.), в том числе усиленная наружная контрпульсация; ударно-волновая терапия, экстракорпоральная ударно-волновая терапия; электромиостимуляция; низкочастотное импульсное электростатическое поле; кинезиотейпирование; остеопатия;

11.23.2.5. оперативное лечение в проктологии, в т.ч. с использованием лазера; удаление полипов толстой кишки; пункция новообразований молочной железы, щитовидной железы; пункция лимфатических узлов; массаж предстательной железы; внутрисуставное введение хондропротекторов, заместителей внутрисуставной жидкости и аутоплазмы; внутривенное болюсное введение контрастного препарата при диагностических исследованиях (включая стоимость контрастного препарата); удаление ногтевых пластинок при заболеваниях неинфекционной этиологии; лечение с использованием радиоволнового скальпеля; малые амбулаторные операции в оториноларингологии; лазеро-магнитное лечение в урологии, гинекологии; оперативные вмешательства в условиях дневного стационара, требующие применения общей анестезии; выписка рецептов для льготного лекарственного обеспечения; применение ЯМИК-катетера;

11.23.2.6. лечение, являющееся по характеру экспериментальным или исследовательским; услуги, связанные с телемедициной, кроме прямо предусмотренных Программой страхования; экстракорпоральные методы воздействия на кровь и ее компоненты, в том числе ультрафиолетовое облучение крови; гипо-, нормо- и гипербарическая оксигенация; внутривенное и накожное облучение крови; мезотерапия; озонотерапия; лечение с использованием альфа капсул; роботассистированные операции; процедуры и манипуляции, проводимые с использованием электро-, крио-, термо-, лазероаппаратуры, использование радиоволнового скальпеля; радиоволновая хирургия; капсульная эндоскопия; компьютерная томография, мультиспиральная компьютерная томография (МСКТ); конусно-лучевая компьютерная томография; магнитно-резонансная томография, позитронно-эмиссионная томография, сцинтиграфия, исследования с применением радионуклидов; нейрофизиологические исследования; денситометрия; МСКТ-остеоденситометрия; рентгенологические исследования с введением контрастных веществ и функциональными пробами; ангиографические исследования; ультразвуковое ангиографическое исследование сосудов почек; МСКТ-виртуальная колоноскопия; маммография; томосинтез; гистеросальпингография; эхогистеросальпингоскопия контрастная; эхокардиография; ультразвуковая допплерография (дуплексные, триплексные исследования; полисомнография, холтеровское мониторирование ЭКГ; велоэргометрия; суточное мониторирование артериального давления; тональная аудиометрия, электроэнцефалография, эхоэнцефалография, дуплексное сканирование сосудов, эндоскопия носоглотки, эзофагогастродуоденоскопия, колоноскопия, ректороманоскопия, вагиноскопия, 13С-уреазный тест на инфекцию хеликобактер пилори; лечебные офтальмологические процедуры на аппарате «Макдел», «Амблиокор», «Визитроник», программа «EYE»; генетические и цитогенетические исследования, иммуногистохимические исследования; гистологические исследования; микробиологические исследования; исследование кала на дисбактериоз; специфические бактериальные посевы; серологическая диагностика паразитарных заболеваний; специфические бактериальные посевы, серологическая диагностика паразитарных заболеваний; исследование крови беременной женщины на резус-антитела; скрининговые исследования, токсикологические исследования, исследования уровня тяжелых металлов; биопсия; исследования нарушений метаболизма, минерального обмена и маркеров резорбции костей; гипер- и гиповитаминозов; радиохирургические методы лечения; оперативные вмешательства при заболеваниях аноректальной области, в том числе лигирование геморроидальных узлов латексными кольцами; урологические, гинекологические (в том числе введение и удаление внутриматочных контрацептивов, выскабливание цервикального канала, биопсия и коагуляция патологических очагов, удаление остроконечных кондилом), офтальмологические, отоларингологические и эндоскопические операции и манипуляции с применением общей и местной анестезии с наблюдением в послеоперационном периоде в дневном стационаре; локальная дискорадикулярная декомпрессия; манипуляции и процедуры, проводимые под наблюдением анестезиолога–реаниматолога в дневном стационаре; эндоскопические исследования, биопсия при эндоскопии; фиброцистоскопия; трансназальная эзофагогастродуоденоскопия супертонким эндоскопом; комплексное уродинамическое исследование; диагностика по методу Фолля; программа «Релакс» при мышечно-тонических синдромах; эластометрия печени;

11.23.2.7. определение уровней онкомаркеров, маркеров остеопороза; остеопении; гормональные, серологические исследования, диагностика урогенитальной инфекции методом ПЦР; диагностика COVID-19; микологические исследования; аллергодиагностика и иммунодиагностика; исследование иммунного статуса; исследование интерферонового статуса; определение специфических иммуноглобулинов, скрининг аллергенов; сбалансированная смесь ингалляционных аллергенов для скрининга атопии; определение оксида азота в выдыхаемом воздухе(NO); специфические IgE к аллергенам бытового, пыльцевого, эпидермального, пищевого происхождения - качественное определение (Phadiatop, ImmunoCAP), Аллергочип ISAC (112 аллергокомпонентов). Ig E, ImmunoCAP (Phadia AB); исследования на фагоцитоз, комплемент, исследование фагоцитов, субпопуляции лимфоцитов и их активности; коагулогические исследования; маркеры аутоиммунных заболеваний; исследование крови на содержание металлов; определение панелей аллергенов; определения уровня макро- и микро- элементов, витаминов, диагностика torch-инфекций;

11.23.2.8. планирование семьи; лечение и (или) процедуры, способствующие наступлению беременности или предотвращающие ее; искусственное оплодотворение; лечение и диагностика при бесплодии и импотенции, введение (в том числе с лечебной целью) и удаление внутриматочных контрацептивов, за исключением удаления при жизнеугрожающих состояниях; обследование и лечение по поводу эректильной дисфункции; диагностика и лечение сексуальных расстройств;

11.23.2.9. медицинские услуги, связанные с беременностью, оказываемые после установления ее факта; прерывание беременности (Программой или договором страхования может быть предусмотрено прерывание беременности по медицинским показаниям); родовспоможение, услуги, связанные с послеродовым периодом, в том числе оказываемые по поводу заболеваний и состояний, связанных или усугубляемых беременностью, родами или послеродовым периодом, услуги, связанные с осложнением лактации, лактостазом (кроме воспалительных заболеваний молочной железы); для Программ, предусматривающих оказание услуг в случае нормально протекающей беременности – услуги, необходимые при состояниях, не относящихся к нормально протекающей беременности, услуги, связанные с патологией беременности; обследование для выявления причин невынашивания беременности;

11.23.2.10. выдача всех видов медицинской документации (за исключением выдачи справки о перенесенном заболевании (форма 095/у) или листка нетрудоспособности, медицинских документов, выдаваемых по результатам оказания услуг, предусмотренных Программой страхования, а также случаев, предусмотренных Программой); оформление родового сертификата; диспансеризация; медицинское обследование, проводимое с целью оформления направления на МСЭК, для получения водительских прав, для получения кредита в банке, разрешения на ношение оружия, выезда за границу, медицинской карты в образовательные организации, для оценки профессиональной пригодности; оформление и выдача документов для направления на медико-социальную экспертизу (МСЭК);

11.23.2.11. диагностика, лечение, процедуры, пластические операции, проводимые с эстетической или косметической целью или с целью улучшения психологического состояния Застрахованного; лечение мозолей, папиллом, бородавок, невусов, кондилом, липом, келлоидных рубцов, атером, кератом, ксантелазм; коррекция веса; занятия в Школе контроля веса; хирургическое изменение пола; криодеструкция новообразований; криомассаж; удаление моллюсков; механическая чистка образований на коже; удаление доброкачественных образований кожи, подкожной клетчатки, мягких тканей;

11.23.2.12. лечение с использованием аппаратно-программных комплексов в офтальмологии; хирургическое лечение близорукости, дальнозоркости, астигматизма, косоглазия; профилактическая лазерная коагуляция сетчатки глаза; тренировка аккомодации, оптическая когерентная томография глаза, клинические исследования электрофизиологии зрения; комплексные программы реабилитационного лечения детей с офтальмологической патологией; сонотомография молочных желез 3D ABVS; занятия в нейросенсорной комнате; лечение запоров и энкопреза методом Биофитбэк; иммобилизация термопластиковой повязкой Rhena therm; занятия по методу БОС; процедуры с использованием релаксационной капсулы «Санспектра»; кедротерапия; амблиокор ТМ01; нейрокор; операция при фимозе (круговое иссечение/рассечение крайней плоти); рассечение уздечки (френулотомия); удаление или пункция ганглия с введением лекарственного препарата; иммобилизация шиной Rhena therm; меатотомия; хирургическое лечение с использованием лазерных технологий;

11.23.2.13. консультации и лечение у психотерапевта, логопеда, фониатра, липидолога, диетолога, сомнолога, психиатра; психолога; консультации, выполняемые врачами с учеными степенями и научными званиями; проведение консилиумов; консультации врачей-специалистов, не предусмотренных Программой страхования; консультации заведующими отделениями;

11.23.2.14. стоматологические услуги, не предусмотренные Программой; профилактические мероприятия в стоматологии, в том числе обучение гигиене полости рта; применение виниров и ламинатов; все услуги, проводимые в косметических целях, в том числе снятие налетов, зубного камня, отбеливание зубов; Air Flow; замена пломб без медицинских показаний, восстановление разрушенной более чем на 50% ((после завершения препарирования кариозной полости)) коронки зуба, восстановление коронки зуба с использованием штифтов, иных каркасных материалов, рибонда; восстановление коронковой части зуба пломбировочными материалами в тех случаях, когда требуется рациональное протезирование; лечение по поводу заболеваний пародонта; зубопротезирование и подготовка к зубопротезированию; микропротезирование; ортодонтическое лечение; имплантация зубов; вмешательства на зубах под ортопедическими, ортодонтическими конструкциями; лечение по поводу осложнений, связанных с протезированием и имплантацией зубов; наркоз в стоматологии; седация при оказании стоматологических услуг; применение термофилов; зубосохраняющие операции; реконструктивно-восстановительные операции на мягких и твердых тканях челюстно-лицевой области; лечение некариозных поражений твердых тканей зубов; ортопантомография; удаление ретенированных и дистопированных зубов; условное лечение зубов; лечение абсцессов внеротовым доступом; подсечение уздечки языка, пластика уздечки верхней губы и языка, пластика преддверия полости рта; пластика тяжей, пластика губ; шинирование зубов при заболеваниях пародонта; обработка зубов препаратами серебра, косметическая стоматология; герметизация фиссур; покрытие зубов фторлаком; глубокое фторирование; диагностика и лечение заболеваний слюнных желез, слизистой оболочки полости рта и языка, височно-нижнечелюстного сустава и челюстно-лицевых нервов; удаление корней зубов вне обострения хронического процесса или вне острого процесса; цистоэктомия, резекция верхушки корня зуба, вскрытие абсцессов; применение костнопластических материалов; физиотерапия в стоматологии, в т.ч. депофорез; лечение по поводу кист, гранулем, кистогранулем; изолирующие системы, ретракционные матрицы и клинья, жидкотекучие композиты; лечение зубов под микроскопом; удаление одонтом; реминерализующая терапия; удаление 8-х зубов («зубов мудрости»); лечение по поводу пульпитов и (или) периодонтитов зубов вне обострения; эндодонтическое лечение зубов по поводу осложненного кариеса (пульпита, периодонтита), включая механическую и медикаментозную обработку корневых каналов, пломбирование корневых каналов; распломбировка корневых каналов; замена пломб или лечение по эстетическим показаниям; удаление зубов вне острого болевого синдрома, острого воспалительного процесса; реставрация зуба с помощью системы SonicFill; проведение внутрикостной анестезии; лечение заболеваний пародонта с использованием аппарата «Вектор»; конусно-лучевая компьютерная томография; диагностика и лечение зубов под микроскопом; метод диагностики DIAGNdent; лечение гиперестезии зубов с использованием современных методик; лечение с использованием лазера; лечение поверхностного кариеса методом инфильтрации ICON; лечение перикоронита; использование OptraGate;

11.23.2.15. иммунотерапия, включая специфическую иммунотерапию; профилактические и оздоровительные мероприятия, медицинские осмотры; иммунопрофилактика, в том числе вакцинация; промывание миндалин, в том числе аппаратом Тонзиллор; применение аппаратов «Андро-Гин», «Уропроктокор», «Амблиокор», «Оскор», трансректальная, трансвагинальная, комбинированная лазеротерапия; аппаратное курсовое лечение в оториноларингологии, урологии, гинекологии; профилактический массаж; массаж предстательной железы; занятия на тренажерах; кинезиотерапия; солярий; бальнеолечение; лечебная физкультура и тренажеры, в том числе в бассейне; любые занятия в бассейне; гидроколонотерапия; аутогемотерапия; аутоплазменная терапия; рефлексотерапия, в т.ч. иглорефлексотерапия; мануальная терапия; массаж; солярий; VIP-обслуживание; сауна; бесконтактный гидромассаж; лимфопрессотерапия; карбокситерапия; гидротерапия, в т.ч. подводный душ-массаж ручной, душ «Шарко»; криосауна; механотерапия; галотерапия, массаж методом глубокой осцилляции на аппарате Хивамат 200 Эвидент, абдоминальная декомпрессия; лимфопневмокомпрессия с целью похудения, криотерапия, подводный душ массаж, гидромассажная ванна Каракалла, сухая СО2 ванна, лечебные ванны, лечебные души, общий массаж, ингаляции гелиево-кислородной смеси; трансдермальный фармфорез; парафинотерапия; кислородотерапия;

11.23.2.16. оказание медицинской помощи при укусах кошек, собак, грызунов, змей, клещей (если иное не предусмотрено Программой страхования);

11.23.2.17. операции по пересадке органов и тканей; все виды протезирования, включая подготовку к протезированию и трансплантации; лечение по поводу последствий и осложнений трансплантаций, протезирования; операции при заболеваниях сердца и сосудов; склеротерапия при варикозных изменениях вен; инъекционная флебосклерооблитерация; радиоволновое хирургическое лечение и электрохирургия в оториноларингологии; ультразвуковая инсуфляция в оториноларингологии; исследование слухового прохода при помощи микроскопа; применение многофункционального лечебно-диагностического комплекса Траст-М; хромоцистоскопия; нутрисуставное введение хондропротекторов и заместителей внутрисуставной жидкости;

11.23.2.18. услуги, оказываемые по поводу естественных возрастных изменений, а также по поводу состояний, которые являются следствием таких изменений, за исключением консультаций и обследования для первичной диагностики и случаев оказания медицинской помощи в неотложной или экстренной формах;

11.23.2.19. реабилитация в любых медицинских организация и на дому; пребывание в медицинских и иных организациях для получения попечительского ухода, а также ухода, не требующего участия медицинского персонала; предоставление в стационаре индивидуального поста медицинского персонала; паллиативная медицинская помощь;

11.23.2.20. услуги, оказываемые в условиях дневного стационара, в том числе плановые внутривенные инфузии, и медицинские услуги, связанные с подготовкой к плановой госпитализации при отсутствии у Застрахованного Программы страхования, предусматривающей лечения в стационарных условиях в плановой форме; внутривенное капельное введение лекарственных препаратов в амбулаторных условиях;

11.23.2.21. услуги, полученные Застрахованным с нарушением порядка получения медицинских услуг, предусмотренного Программой, в том числе услуги, оказанные Застрахованному без предварительного согласования со Страховщиком в случаях, когда такое согласование предусмотрено Программой или договором страхования;

11.23.2.22. услуги, оказанные Застрахованному до или после окончания срока действия страхования, кроме услуг по Программам Страховщика, предусматривающим оказание медицинской помощи в стационарных условиях, связанных с лечением Застрахованного, госпитализированного в течение срока действия договора страхования (подлежат оплате услуги по Программе страхования, оказанные до момента выписки из стационара);

11.23.2.23. лекарственные препараты, медицинские изделия, оборудование, очки, контактные линзы, слуховые аппараты, медицинские изделия, предназначенные для ухода за больными, корригирующие медицинские устройства, материалы и приспособления (в том числе корсеты, костыли, стельки), а также расходы на их подбор и подгонку; компрессионный трикотаж;

11.23.2.24. медицинских изделия, в том числе имплантируемые в организм человека; кардиостимуляторы, стенты, медицинские изделия для проведения ангиопластики и стентирования, искусственные хрусталики, имплантаты, трансплантаты, протезы и эндопротезы; металлоконструкции;

11.23.2.25. иммобилизационные системы (за исключением случаев использования гипсовых и полимерных повязок для иммобилизации в случае травмы, произошедшей в течение срока действия договора страхования);

11.23.2.26. услуги, оказанные не на территории, предусмотренной соответствующей Программой (кроме услуг, оказываемых при организованной Страховщиком поездкой на лечение и обратно);

11.23.2.27. для Программ, обеспечивающих оказание медицинской помощи с применением телемедицинских технологий, не подлежат оплате услуги, оказываемые при очном посещении медицинской организации или при очном приеме (осмотре, консультации) пациента вне медицинских организаций;

11.23.2.28. услуги, превышающие лимиты, установленные соответствующей Программой по числу, кратности предоставления или по общей стоимости (страховой сумме) в отношении таких услуг;

11.23.3. в рамках Программ, предусматривающих оказание медицинских иных услуг в случае укуса клеща, Страховщик не оплачивает и не организует медицинские и иные услуги, не возмещает расходы Застрахованного, если медицинские и иные услуги оказывались, а лекарственные препараты применялись:

11.23.3.1. при лечении (или профилактике) по поводу заболеваний и (или) состояний, не являющихся укусом клеща, а также передающимися при присасывании (наползании) клеща предусмотренными Программой страхования инфекционными заболеваниями (кроме случаев лечения Застрахованных в стационаре по поводу предусмотренных Программой заболеваний, передающихся при укусе (наползании) клеща, когда необходимо по медицинским показаниям лечение в том числе и по поводу сопутствующих заболеваний);

11.23.3.2. при лечении по поводу заболеваний, возникших до начала действия страхования по Программе, включая обострения таких заболеваний; при лечении и (или) профилактике предусмотренных Программой заболеваний, возникших по причине присасывания (или наползания) клеща, произошедшего до начала действия страхования по Программе;

11.23.4. в рамках Программ, предусматривающих оказание медицинских иных услуг в случае укуса клеща, Страховщик не организует и не оплачивает (не возмещает расходы на) следующие медицинские и иные услуги, а также лекарственные препараты:

11.23.4.1. медицинские и иные услуги, применяемые в амбулаторных условиях лекарственные препараты, не предусмотренные Программой; услуги и лекарственные препараты, предоставленные лицу, не являющемуся Застрахованным;

11.23.4.2. медицинские услуги и иные услуги, оказываемые на дому; скорая, в том числе скорая специализированная медицинская помощь;

11.23.4.3. медицинские и иные услуги, оказанные до начала действия страхования или после завершения действия договора страхования (кроме случаев продолжения лечения в стационаре, начатого во время действия договора страхования – в таких случаях выполняется оплата лечения до выписки Застрахованного из стационара), а также лекарственные препараты, предусмотренные Программой, приобретенные до начал страхования или после завершения страхования позднее, чем 3 (Три) дня после завершения действия договора страхования;

11.23.4.4. профилактика заболеваний, передающихся клещом, путем вакцинации и ревакцинации; любые вакцины; любые медицинские услуги и лекарственные препараты, назначенные без медицинских показаний;

11.23.4.5. динамическое наблюдение по поводу заболеваний и (или) состояний, связанных с укусом (наползанием) клеща, в том числе после стационарного лечения, организованного в рамках соответствующей Программы; медицинская реабилитация в объемах больших, чем предусмотрено соответствующей Программой;

11.23.4.6. одновременное возмещение (оплата) стоимости иммуноглобулина против клещевого вирусного энцефалита и йодантипирина, применяемых с профилактической целью; возмещение стоимости йодантипирина более чем на один курс; возмещение стоимости йодантипирина, применяемого без назначения врача; применение предусмотренных Программой препаратов по поводу событий, не предусмотренных соответствующей Программой;

11.23.4.7. возмещение расходов на антибактериальные препараты для применения в амбулаторных условиях, если иное не предусмотрено Программой страхования;

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

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

Документ подписан усиленной электронной подписью

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

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

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

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

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

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

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

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

11.23.6.1. услуги, оказываемые по поводу заболеваний, не являющихся злокачественными новообразованиями, предусмотренными Программой, кроме случаев, когда такие услуги необходимы в рамках лечения по поводу злокачественного новообразования в стационарных условиях (и кроме случаев, когда Программа прямо предусматривает оплату лечения по поводу иных заболеваний);

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

11.23.6.3. услуги сиделок, социальных работников;

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

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

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

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

11.23.6.8. CAR T-клеточная терапия;

11.23.6.9. все виды трансплантации органов и тканей от живого или мертвого донора (кроме трансплантации костного мозга);

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

11.23.7. в рамках Программ, обеспечивающих лечение по поводу травм, полученных в результате дорожно-транспортных происшествий (ДТП), Страховщик не оплачивает:

11.23.7.1. услуги, оказываемые лицу, получившему травму в результате ДТП, когда данное лицо управляло транспортным средством в состоянии наркотического, токсического, алкогольного опьянения или когда Застрахованный передал управление своим транспортным средством лицу в состоянии любого опьянения, а также, когда травма получена при совершении Застрахованным любого противоправного деяния;

11.23.7.2. услуги, связанные с оказанием медицинской помощи по поводу наркотического, токсического, алкогольного опьянения (если такое состояние непосредственно связано с характером и объемом оказанной медицинской помощи);

11.23.7.3. медицинские услуги, связанные с заболеваниями, не являющимися прямым следствием ДТП, в том числе диагностика и лечение сопутствующих заболеваний и заболеваний, выявленных в процессе оказания Застрахованному медицинской помощи, а также диагностика и лечение обострений хронических заболеваний и острых состояний, в том числе если данное обострение или состояние возникло непосредственно в результате ДТП или в последующий период (кроме случаев, когда лечение по поводу сопутствующих заболеваний необходимо при оказании медицинской помощи в стационарных условиях по поводу травм, полученных в результате ДТП);

11.23.7.4. диагностику, лечение, процедуры, пластические операции, проводимые с эстетической или косметической целью, или с целью улучшения психологического состояния Застрахованного, даже если такие услуги оказываются для лечения последствий травм, полученных в результате ДТП;

11.23.7.5. лечение, являющееся по характеру экспериментальным или исследовательским; экстракорпоральные методы лечения, в том числе ультрафиолетовое облучение крови; накожное или внутривенное облучение крови, за исключением случаев проведения экстракорпорального воздействия на кровь и ее компоненты по жизненным показаниям при нахождении Застрахованного в отделении реанимации и интенсивной терапии; операции по пересадке органов и тканей; все виды протезирования, включая подготовку к ним;

11.23.7.6. медицинские услуги, связанные с беременностью; прерывание беременности (кроме выполняемого прерывания по жизненным показаниям, возникшим в результате травмы, полученной при ДТП); родовспоможение;

11.23.8. в рамках Программ, предусматривающих лекарственное обеспечение, Страховщик не оплачивает лекарственные препараты:

11.23.8.1. не указанные в Программе (приложении к Программе); не разрешенные к применению в РФ в установленном действующим законодательством порядке; отсутствующие в готовой рецептурной форме; биологически активные добавки (БАД); гомеопатические препараты; питательные смеси и препараты для лечебного питания; лечебную косметику; для лечения ВИЧ-инфекции, СПИДа; для лечения психических расстройств и расстройств поведения, алкоголизма, наркомании, токсикомании; для лечения злокачественных новообразований, гемобластозов; для лечения туберкулеза; для лечения хронических гепатитов С, Е, F, G; для лечения системных поражений соединительной ткани, в том числе всех недифференцированных коллагенозов; для лечения наследственных заболеваний; врожденных аномалий, пороков развития; детского церебрального паралича; для лечения заболеваний, сопровождающихся хронической почечной или печеночной недостаточностью и требующих проведения хронического гемодиализа; для лечения бесплодия и импотенции, а также гормональные препараты, используемые в контрацептивных целях; для проведения иммунопрофилактики и иммунотерапии; назначенные при беременности; для прерывания беременности; для профилактики заболеваний; медицинские изделия, в том числе средства личной гигиены, перевязочные материалы, медицинское оборудование, очки, контактные линзы, слуховые аппараты, имплантаты.

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

Документ подписан усиленной электронной подписью

Программы, предусматривающие соответствующее страховое покрытие.

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

12. ПОРЯДОК РАЗРЕШЕНИЯ СПОРОВ

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

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

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

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

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

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

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

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

2) Финансовый уполномоченный не рассматривает обращения:

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Образец