

ДОГОВОР/ПОЛИС № _____

ДОБРОВОЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ

Настоящий полис (далее – Полис) удостоверяет заключение договора добровольного медицинского страхования (далее – Договор) на условиях, указанных в Полисе и приложениях к нему. Заключение, исполнение, изменение и прекращение настоящего Договора осуществляется согласно Правилам добровольного медицинского страхования СПАО «Ингосстрах», утвержденным Приказом СПАО «Ингосстрах» от 07 мая 2019 г. №188, именуемым также как Правила страхования. 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 Договора 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. Адрес: 117997, г. Москва, ул. Пятницкая, 12, стр. 2.			
СТРАХОВАТЕЛЬ		Телефон	Дата рождения	
Адрес регистрации		Адрес электронной почты		
Паспорт:		ИНН		
ФИО ЗАСТРАХОВАННОГО	Полис №	План №	Дата рождения	Пол

УСЛОВИЯ СТРАХОВАНИЯ

Страховщик обязуется при наступлении страхового случая организовывать и оплачивать оказание Застрахованному медицинскую помощь и иные услуги в предусмотренных программой (программами) добровольного медицинского страхования объемах, а Страхователь обязуется уплатить страховую премию. Программа (программы) добровольного медицинского страхования (далее – Программа (Программы) страхования) зафиксирована(ы) в Приложении 2 к Договору и являются его неотъемлемой частью.

Страховым случаем является обращение Застрахованного в течение срока действия Договора в медицинскую организацию, предварительно согласованную со Страховщиком, для организации медицинских и иных услуг в объеме и в соответствии с Программой (программами) страхования по поводу возникших в течение действия Договора и предусмотренных Программой (Программами) острого заболевания и (или) состояния (обострения хронического заболевания), повлекших возникновение необходимости в оказании медицинской помощи, а также обязанность Страховщика произвести страховую выплату путём оплаты медицинским организациям предусмотренных Программой (Программами) медицинских и иных услуг.

Объем медицинских и иных услуг, оказываемых Застрахованному и оплачиваемых Страховщиком по Договору, порядок их оказания определяется Программой (Программами), содержащими также перечень исключений – перечень заболеваний, состояний, по поводу которых Страховщиком не осуществляется организация и оплата медицинских услуг, а также перечень медицинских и иных услуг, не подлежащих организации и оплате Страховщиком.

ПРОГРАММА	ГОРОД ОКАЗАНИЯ УСЛУГ	ПЛАН №	СТРАХОВАЯ СУММА, РУБ	СТРАХОВАЯ ПРЕМИЯ, 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 путём перевода на расчетный счет Страховщика.

ВСТУПЛЕНИЕ ДОГОВОРА В СИЛУ с момента его оплаты

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 2 к Договору) и получил их, а также подтверждает получение указанных в настоящем Полисе Правил страхования, подтверждает, что Правила страхования и Программы ему понятны, и он согласен со всеми их положениями.

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.

Страхователь во исполнение п. 8.12 Правил страхования предоставляет свое согласие и (или) подтверждает согласие Застрахованного на обработку Страховщиком персональных данных в соответствии с Федеральным законом № 152-ФЗ от 27 июля 2006 г. «О персональных данных» в объеме, необходимом Страховщику в целях исполнения обязательств по Договору.

Оплатой страховой премии Страхователь подтверждает согласие с условиями заключения Договора в соответствии с Правилами страхования, Программами и условиями, установленными Полисом.

Приложения к настоящему полису:
– Приложение 1 – Правила страхования;
– Приложение 2 – Программа (Программы) добровольного медицинского страхования и перечень исключений.

ПОДПИСИ СТОРОН

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

**ПРАВИЛА
ДОБРОВОЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ**

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

1. ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ

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

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

Добровольное медицинское страхование может быть коллективным и индивидуальным.

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

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

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

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

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

Иные услуги - услуги, связанные с оказанием или организацией оказания медицинской помощи и включенные в Программу, в том числе: сервисные услуги (дополнительное питание, связь, телевизор, компьютер, холодильник, кондиционер, душ, туалет и др.); питание и проживание (нахождение) при стационарном, санаторно-курортном лечении, если оно не входит в стоимость медицинской услуги (стоимости койко-дня); оформление медицинским и иным учреждением различной медицинской документации; услуги по организации медицинской помощи в других медицинских и иных учреждениях; информационные услуги, связанные с оказанием или организацией оказания медицинской помощи; медико-транспортные услуги², в том числе услуги эвакуации и репатриации, услуги по сопровождению Застрахованного и его несовершеннолетних детей. Сайт Компании - официальный сайт СПАО «Ингосстрах» в информационно-коммуникационной сети «Интернет» по адресу: www.ingos.ru.

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

2. СУБЪЕКТЫ СТРАХОВАНИЯ

2.1 Субъектами добровольного медицинского страхования выступают Страховщик (страховая медицинская организация), Страхователь, Застрахованный и медицинское и иное учреждение.

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

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

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

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

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

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

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

2.6.1 ВИЧ-инфекция, СПИД;

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

2.6.3 наркологические заболевания.

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

2.7.1 психические расстройства и расстройства поведения;

2.7.2 злокачественные новообразования, гемобластозы;

2.7.3 туберкулез;

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

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

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

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

ИНГОССТРАХ

- 2.7.4 заболевания, относящиеся к классу врожденные аномалии, деформации и хромосомные нарушения и (или) связанные с ними осложнения;
- 2.7.5 системные поражения соединительной ткани, в т.ч. все недифференцированные коллагенозы;
- 2.7.6 заболевания сопровождающиеся хронической почечной или печеночной недостаточностью и требующие проведения хронического гемодиализа;
- 2.7.7 хронические гепатиты С, Е, F, G;
- 2.7.8 инвалидность (кроме III группы)

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

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

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

3. ОБЪЕКТ СТРАХОВАНИЯ

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

3.2 Объектом страхования также могут являться имущественные интересы, связанные с риском возникновения непредвиденных расходов физических лиц в связи с оплатой организации медико-транспортных услуг, в том числе включающих в себя организацию репатриации Застрахованного или его труп, возвращение Застрахованного и сопровождающего его лица к месту пребывания, транспортировку сопровождающих лиц Застрахованного, транспортировку детей Застрахованного, визит близкого родственника Застрахованного.

4. СТРАХОВЫЕ РИСКИ И СТРАХОВЫЕ СЛУЧАИ

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

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

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

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

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

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

В случае, когда это предусмотрено договором страхования, страховым случаем также является возникновение у Застрахованного непредвиденных расходов, предусмотренных Программой и связанных с оплатой организации медико-транспортных услуг, в том числе оплатой организации репатриации Застрахованного или его труп, возвращением Застрахованного и сопровождающего его лица к месту пребывания, транспортировкой сопровождающих лиц Застрахованного, транспортировкой детей Застрахованного, визитом близкого родственника Застрахованного. Объем медицинской помощи, оказываемой Застрахованному медицинским и иным учреждением и оплачиваемой Страховщиком по договору страхования, определяется выбранной Программой. Программы, могут включаться в План страхования (далее – План).

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

4.5 Программы, предусматривающие оказание амбулаторно-поликлинической медицинской помощи, могут содержать отдельные или все виды медицинской помощи: лечебно-диагностическую, реабилитационную (в т.ч. санаторно-курортную), протезно-ортопедическую и зубопротезную, включающие в себя всевозможные услуги амбулаторно-поликлинического учреждения¹, в частности, следующие: оказание консультативной, первичной (доврачебной) медико-санитарной, стоматологической помощи; оказание помощи как в амбулаторно-поликлиническом учреждении, так и на дому или по иному месту нахождения Застрахованного, в дневных стационарах и стационарах амбулаторно-поликлинического учреждения (подразделения); оказание консультативной медицинской помощи стационарного медицинского учреждения; оказание санаторно-курортной медицинской помощи без круглосуточного размещения; экспертизу временной нетрудоспособности; медикаментозное лечение, в т.ч. оплату и/или доставку Застрахованному выписанных лечащим врачом лекарственных средств; оплату и/или доставку Застрахованному выписанных (назначенных) лечащим врачом изделий медицинского назначения; оказание различных видов медицинской помощи Застрахованному при его обращении в медицинское учреждение к участковому или семейному врачу (врачу общей практики), врачам различных специальностей и среднему медицинскому персоналу; диспансерное наблюдение Застрахованных; проведение профилактических мероприятий, снижающих степень опасных для жизни или здоровья физического лица угроз и (или) устраняющих их.

4.6 Программы, предусматривающие оказание стационарной медицинской помощи (в том числе в условиях дневного стационара), могут содержать отдельные или все виды медицинской помощи: лечебно-диагностическую, реабилитационную (в т.ч. санаторно-курортную), протезно-ортопедическую и зубопротезную, включающие в себя различные услуги стационарного медицинского учреждения², в частности, следующие: оказание стационарной помощи как в экстренном, так и плановом порядке, осуществляемой врачами различных специальностей и средним медицинским персоналом; пребывание Застрахованного в палатах различной комфортности; предоставление медицинским учреждением сервисных услуг, связанных со стационарным лечением; питание, уход медицинского персонала; проведение профилактических мероприятий, снижающих степень опасных для жизни или здоровья физического лица угроз и (или) устраняющих их; лекарственные средства и другие необходимые для оказания медицинской помощи средства; экспертизу временной нетрудоспособности; пребывание в стационаре с застрахованным ребенком одного из родителей; оказание медицинской помощи при госпитализации с целью проведения лечения и реабилитации, не требующих круглосуточного медицинского наблюдения, а также в стационарах (отделениях, палатах) дневного пребывания медицинских учреждений. Программы, предусматривающие оказание стационарной медицинской помощи, могут предусматривать оплату и/или доставку Застрахованному назначенных лечащим врачом лекарственных средств, оплату и/или доставку Застрахованному выписанных (назначенных) лечащим врачом изделий медицинского назначения - при их отсутствии в стационаре.

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

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

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

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

- 4.10.1 в состоянии наркотического или токсического опьянения (если такое состояние непосредственно связано с характером и объемом оказанной медицинской помощи);
- 4.10.2 в связи с получением травматического повреждения или иного расстройства здоровья, наступившего в результате совершения Застрахованным умышленного преступления, находящегося в прямой причинной связи со страховым случаем;
- 4.10.3 в связи с покушением на самоубийство или самоубийством, если иное не предусмотрено договором страхования и/или Программой;
- 4.10.4 в связи с умышленным причинением себе телесных повреждений.

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

- 4.11.1 воздействия ядерного взрыва, радиации или радиоактивного заражения;
- 4.11.2 военных действий, а также маневров или иных военных мероприятий;
- 4.11.3 гражданской войны, народных волнений всякого рода или забастовок.

4.12 Если в течение срока действия договора страхования Страховщику станет известно о том, что Застрахованный (Страхователь), при заключении договора страхования представил Страховщику ложные сведения и скрыл имеющиеся болезни, предусмотренные п.п. 2.6, 2.7 Правил, Страховщик вправе в одностороннем порядке прекратить

¹ Под амбулаторно-поликлиническим учреждением понимается любое медицинское учреждение, в котором медицинские и иные услуги предоставляются Застрахованному без его круглосуточного помещения в это медицинское учреждение.

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

ИНГОССТРАХ

действие договора страхования в отношении этого Застрахованного, согласно п. 1 ст. 450 ГК РФ и / или обратиться в суд с требованием о признании договора недействительным и применении последствий, предусмотренных п. 2 ст. 179 ГК РФ.

4.13 Если в течение срока действия договора страхования у Застрахованного будут впервые диагностированы заболевания (состояния), из числа указанных в п.п. 2.6, 2.7. Правил, Страховщик оплачивает медицинскую помощь, оказанную Застрахованному по медицинским показаниям, до момента подтверждения (постановки) диагноза. После подтверждения (постановки) диагноза, Страховщик будет вправе в одностороннем порядке прекратить действие договора страхования в отношении этого Застрахованного, согласно п. 1 ст. 450 ГК РФ.

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

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

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

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

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

5. СТРАХОВАЯ СУММА И ПОРЯДОК ЕЕ ОПРЕДЕЛЕНИЯ

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

6.7 Страховая премия уплачивается Страхователем после получения от Страховщика счета на оплату страховой премии или иного документа, содержащего информацию о размерах страховой премии, порядке и сроках ее уплаты. Страховая премия уплачивается одновременно или, по соглашению сторон, может вноситься в рассрочку – страховыми взносами в соответствии с графиком уплаты страховых взносов, предусмотренным договором страхования.

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

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

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

7. ФРАНШИЗА

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

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

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

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

7.3 Франшиза может быть установлена по договору страхования, по программе, по одному риску либо по их комбинации.

8. ПОРЯДОК ЗАКЛЮЧЕНИЯ И ИСПОЛНЕНИЯ ДОГОВОРА СТРАХОВАНИЯ

8.1 Договор страхования по настоящим Правилам может быть заключен:

ИНГОССТРАХ

- в виде электронного документа через официальный сайт Страховщика (www.ingos.ru);

- в стандартном порядке при непосредственном обращении к Страховщику (его уполномоченному представителю) в устной форме с намерением заключить договор страхования;

- при обращении к Страховщику (уполномоченному представителю) с письменным заявлением о своем намерении заключить договор страхования.

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

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

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

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

8.3 Заключение договора страхования.

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

В письменном заявлении на страхование должны быть указаны:

- фамилия, имя, отчество, дата рождения, паспортные данные или данные иного документа, удостоверяющего личность, полный адрес фактического места жительства лица, принимаемого на страхование. Данные о лицах, принимаемых на страхование, могут быть оформлены в виде списка, прилагаемого к заявлению на страхование (Приложение № 15 к Правилам). В случае, если договор страхования заключается без указания фамилии, имени, отчества (при наличии) Застрахованного, то в Договоре должен быть четко определен идентифицирующий признак, позволяющий однозначно установить такое лицо.
- наименование, адрес места нахождения, телефон, телефакс, банковские реквизиты Страхователя, если Страхователем является юридическое лицо, либо индивидуальный предприниматель;
- фамилия, имя, отчество, дата рождения, адрес регистрации и фактического проживания, паспортные данные или данные иного документа, удостоверяющего личность, номер телефона и других средств связи Страхователя, если Страхователем является физическое лицо;
- предполагаемый вид медицинской помощи, страховая сумма и наименование медицинских и иных учреждений;
- срок, на который заключается договор страхования.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

8.4. Заключение договора страхования в электронной форме.

8.4.1. В соответствии с настоящими Правилами, пунктом 2 статьи 434 ГК РФ и статьи 6.1. Закона РФ «Об организации страхового дела в Российской Федерации» № 4015-1 от 27.11.1992 г., договор страхования может быть составлен в форме электронного документа. Договор страхования в электронной форме заключается на основании соответствующего заявления Страхователя, созданного и отправленного Страховщику с использованием его официального сайта www.ingos.ru в порядке, указанном в настоящих Правилах.

8.4.2. Для заключения договора страхования в электронной форме страхователь подает Страховщику заявление о страховании через Сайт Компании путем заполнения заявления на страхование, которое может быть оформлено по форме Приложения № 14.2 к настоящим Правилам и которое обязательно содержит следующие данные:

- фамилия, имя, отчество, дата рождения, паспортные данные или данные иного документа, удостоверяющего личность, полный адрес фактического места жительства лица, принимаемого на страхование. Данные о лицах, принимаемых на страхование, могут быть оформлены в виде списка, прилагаемого к заявлению на страхование (Приложение № 15 к Правилам);
- наименование, адрес места нахождения, телефон, телефакс, банковские реквизиты Страхователя, если Страхователем является юридическое лицо, либо индивидуальный предприниматель;
- фамилия, имя, отчество, дата рождения, адрес регистрации и фактического проживания, паспортные данные или данные иного документа, удостоверяющего личность, номер телефона и других средств связи Страхователя, если Страхователем является физическое лицо;
- предполагаемый вид медицинской помощи, страховая сумма и наименование медицинских и иных учреждений;
- срок, на который заключается договор страхования.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

- об условиях, на которых может быть заключен договор страхования, включающих: объект страхования, страховые риски, размер страховой премии, а также порядок получения медицинских услуг и порядок осуществления страховой выплаты (страхового возмещения), в том числе перечень документов, которые необходимо представить Застрахованному вместе с заявлением на получение страхового возмещения, если договором страхования предусмотрено возмещение;
- об обстоятельствах, влияющих на размер страховой премии, о способах и сроках (периодичности) уплаты страховой премии, последствиях неуплаты, уплаты не в полном размере или несвоевременной уплаты страховой премии (страховых взносов);
- о применяемых Страховщиком франшизах и исключениях из перечня страховых событий, а также о действиях Страхователя/Застрахованного, совершение которых может повлечь отказ Страховщика в страховой выплате или сокращение ее размера;
- о наличии дополнительных условий для заключения договора страхования, в том числе о необходимости проведения анкетирования и/или обследования застрахованного лица при заключении договора страхования, а также о перечне документов и информации, необходимых для заключения договора страхования;
- о размере (примерном расчете) страховой премии на основании представленного Страхователем заявления о заключении договора страхования с уведомлением Страхователя о возможном изменении размера страховой премии, страховой суммы или иных условий страхования по результатам оценки страхового риска;
- о наличии условия возврата Страхователю уплаченной страховой премии в случае отказа страхователя от договора страхования в течение определенного срока со дня его заключения или о его отсутствии в соответствии с действующим законодательством;

ИНГОССТРАХ

- о сроках рассмотрения обращений Застрахованных или их представителей относительно получения страхового возмещения, а также о случаях продления таких сроков в связи с необходимостью получения информации от медицинских и иных организаций, непосредственно связанной с возможностью принятия страховой организацией решения о признании события страховым случаем или о размере страховой выплаты;
 - о праве Страхователя запросить информацию о размере вознаграждения, выплачиваемого страховому агенту или страховому брокеру;
 - об адресе места приема документов на страховое возмещение.
- 8.7. Договор страхования заключается сроком на один год, если иное не предусмотрено условиями конкретного договора страхования.
- 8.8. Страхование, обусловленное договором страхования, распространяется на страховые случаи, произошедшие после вступления договора страхования в силу.
- 8.9. После заключения договора страхования Страховщик в порядке, определенном договором страхования, выдает для Застрахованного комплект страховой документации, согласованный сторонами договора страхования (именной документ, подтверждающий заключение договора страхования и пр. (далее – страховые документы)).
- 8.10. При утрате Страхователем или Застрахованным страховых документов, по его письменному Заявлению может быть выдан дубликат таких документов.
- 8.11. При заключении договора страхования стороны оговаривают способы взаимодействия, которые будут использоваться для предоставления информации получателю страховых услуг.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

9. ПРАВА И ОБЯЗАННОСТИ СТОРОН

9.1. Страхователь имеет право:

- 9.1.1. требовать от Страховщика организации оказания медицинской помощи и ее финансирования (оплаты) либо только оплаты в соответствии с условиями договора страхования;
- 9.1.2. в течение срока действия договора страхования с согласия Страховщика изменить перечень страховых рисков, перечень медицинских и иных учреждений и/или Программ, заключив при этом со Страховщиком дополнительное соглашение к договору страхования с соответствующим возможным перерасчетом размера страховой премии, если иное не установлено в договоре страхования;
- 9.1.3. досрочно прекратить действие договора страхования;
- 9.1.4. застраховать с согласия Страховщика дополнительное количество лиц по действующему договору страхования. При этом условия страхования для вновь Застрахованных определяются отдельно условиями договора страхования по соглашению сторон;
- 9.1.5. прекратить в отношении Застрахованного действие договора страхования;
- 9.1.6. с согласия Страховщика произвести замену Застрахованных по договору. Замена Застрахованных по договору страхования производится в соответствии с п. 2 ст. 955 ГК РФ.
- 9.1.7. требовать от Страховщика разъяснения положений, содержащихся в правилах страхования и договорах страхования, расчетов изменения в течение срока действия договора страховой суммы, расчетов страховой выплаты;
- 9.1.8. один раз в течение действия договора страхования бесплатно запросить у Страховщика копии действующего договора страхования и иных документов, являющихся его неотъемлемой частью или предусмотренных договором страхования.

9.2. Страхователь обязан:

- 9.2.1. предоставлять Страховщику необходимую достоверную информацию об обстоятельствах, имеющих отношение к заключению и исполнению договора страхования, а также имеющих существенное значение для определения вероятности наступления страхового случая и размеров возможных убытков от его наступления (страхового риска) (Приложения № 14 и № 16 к Правилам);
- 9.2.2. предоставлять Страховщику информацию о показателях здоровья (в соответствии с Приложением № 16 к Правилам) принимаемых на страхование лиц (контингента, подлежащего страхованию);
- 9.2.3. в пределах своей компетенции принимать меры по устранению неблагоприятных факторов воздействующих на здоровье граждан;
- 9.2.4. уплачивать страховую премию (страховые взносы) в определенные договором страхования сроки и в установленном договором страхования размере;
- 9.2.5. доплатить по требованию Страховщика страховую премию в случае увеличения стоимости медицинской помощи в период действия договора страхования, если иное не установлено в договоре страхования;
- 9.2.6. передать Застрахованному страховые документы, определенные договором страхования, а при их утрате - дубликаты, а также разъяснить Застрахованному условия договора страхования и порядок ознакомления Застрахованного с информационным материалом по договору страхования в Личном кабинете;
- 9.2.7. своевременно сообщить Страховщику об изменении своих банковских реквизитов, места нахождения, номеров контактных телефонов и телефаксов, а также об изменении фамилии, имени, отчества Застрахованного и его фактического места жительства, если иное не установлено в договоре страхования;
- 9.2.8. своевременно сообщать Страховщику о ставших ему известными фактах увеличения степени риска, т.е. об изменении обстоятельств, которые были сообщены Страховщику при заключении договора страхования и о ставших известными случаях выявления у Застрахованного заболеваний (состояний), из числа указанных в п.п. 2.6, 2.7 Правил.

9.3. Застрахованный имеет право:

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

ИНГОССТРАХ

- 9.3.2. требовать от Страховщика возмещения личных средств, израсходованных на получение медицинской помощи в соответствии с условиями договора страхования;
- 9.3.3. сообщать Страховщику в письменном виде о случаях непредоставления, неполного или некачественного предоставления медицинской помощи;
- 9.3.4. при утрате страховых документов получить их дубликаты (бесплатно один раз в течение действия договора страхования);
- 9.3.5. ознакомиться с информационными материалами по договору страхования в электронном виде через Интернет – ресурс «Личный кабинет» на официальном сайте Страховщика www.ingos.ru (далее – Личный кабинет);
- 9.3.6. требовать от Страховщика разъяснения положений, содержащихся в правилах страхования и договорах страхования, расчетов изменения в течение срока действия договора страховой суммы, расчетов страховой выплаты.
- 9.4. **Застрахованный обязан:**
- 9.4.1. соблюдать порядок оказания медицинской помощи, предусмотренный Программой;
- 9.4.2. соблюдать предписания врача, полученные в ходе оказания медицинской помощи, а также распорядок, установленный медицинским и иным учреждением;
- 9.4.3. своевременно информировать Страховщика о факте выявления у него заболеваний (состояний), из числа указанных в п.п. 2.6, 2.7 Правил;
- 9.4.4. не передавать страховые документы, полученные от Страхователя, другим лицам с целью получения ими медицинской помощи, предусмотренной договором страхования;
- 9.4.5. по требованию Страховщика в соответствии с п. 9.5.3 Правил, пройти дополнительное медицинское обследование и/или предоставить документы, подтверждающие состояние здоровья;
- 9.4.6. своевременно сообщить Страхователю об изменении своей фамилии, имени, отчества и фактического места жительства;
- 9.4.7. при утрате страховых документов своевременно сообщить в письменном виде об этом Страховщику для получения дубликатов;
- 9.4.8. при отсутствии возможности, необходимости или желания посетить врача или вызвать врача на дом, установленной Застрахованным после достижения с представителями медицинского учреждения договоренности о посещении или вызове врача, заблаговременно отказаться от забронированного им ранее времени посещения врача или вызова врача на дом;
- 9.4.9. уплачивать страховую премию/страховые взносы, если это предусмотрено договором страхования;
- 9.4.10. Нарушение Застрахованным условий п.п. 9.4.2, 9.4.3, 9.4.4, 9.4.5 и 9.4.9 Правил рассматривается в качестве существенного нарушения условий договора страхования, что может повлечь за собой досрочное прекращение действия договора страхования в отношении такого Застрахованного согласно условиям Правил или договора страхования.
- 9.5. **Страховщик имеет право:**
- 9.5.1. проверять полученную от Страхователя и Застрахованного информацию;
- 9.5.2. до принятия на страхование потребовать проведения любых дополнительных медицинских обследований принимаемого на страхование лица и предоставления документов, подтверждающих состояние его здоровья;
- 9.5.3. потребовать проведения медицинских обследований Застрахованного и/или предоставления документов, подтверждающих информацию о состоянии его здоровья, если в течение действия договора страхования у Страховщика появятся подозрения, что у Застрахованного имеются заболевания (состояния) из числа указанных в п.п. 2.6 и 2.7 Правил;
- 9.5.4. прекратить договор страхования в отношении Застрахованного, если он не выполнил обязанностей, предусмотренных п.п. 9.4.2, 9.4.3, 9.4.4, 9.4.5 и 9.4.9 Правил, направив уведомление о досрочном прекращении действия договора страхования Страхователю и Застрахованному;
- 9.5.5. прекратить договор страхования в отношении Застрахованного в случаях, указанных в п.п. 4.12, 4.13 Правил и предусмотренных действующим законодательством;
- 9.5.6. прекратить договор страхования в отношении Застрахованного, в случае получения письменного заявления Застрахованного (направленного им через Страхователя) об отзыве им своего согласия на обработку Страховщиком и партнерами Страховщика его персональных данных и об отказе продолжать страховые правоотношения со Страховщиком;
- 9.5.7. в случае выявления в течение действия договора страхования событий, признаваемых значительными изменениями, влекущими увеличение страхового риска, вправе потребовать изменения условий договора страхования, а при несогласии Страхователя на такие изменения - потребовать досрочно прекратить договор страхования;
- 9.5.8. при наличии у Страхователя просроченной дебиторской задолженности перед Страховщиком по закончившемуся договору страхования, приостановить в отношении Застрахованного организацию оказания медицинской помощи по действующему договору страхования до погашения Страхователем подтвержденной задолженности. Страховщик должен уведомить Страхователя не менее чем за 5 рабочих дней до начала приостановления организации медицинской помощи о факте наличия задолженности с указанием последствий непогашения задолженности.
- 9.6. **Страховщик обязан:**
- 9.6.1. организовать и оплатить либо только оплатить, если это предусмотрено условиями договора страхования, получение Застрахованным медицинской помощи, предусмотренной Программой;
- 9.6.2. организовать и оплатить, если это предусмотрено условиями договора страхования, получение Застрахованным лекарственных средств и изделий медицинского назначения, предусмотренных Программой;
- 9.6.3. контролировать объем, сроки и качество организованной им медицинской помощи в соответствии с условиями договора с медицинскими и иными учреждениями;
- 9.6.4. осуществить страховую выплату в порядке и сроки, определенные Правилами и (или) договором страхования;
- 9.6.5. выдать Застрахованному страховые документы, предусмотренные договором страхования, а при их утрате – дубликаты (бесплатно один раз в течение действия договора страхования);
- 9.6.6. по требованиям страхователей, Застрахованных, выгодоприобретателей, а также лиц, имеющих намерение заключить договор страхования, разъяснять положения, содержащиеся в правилах страхования и договорах страхования, расчеты изменения в течение срока действия договора страховой суммы, расчеты страховой выплаты. Договором страхования могут быть предусмотрены и иные права и обязанности Страхователя, Застрахованного и Страховщика;
- 9.6.7. по запросу Страхователя один раз в течение действия договора бесплатно предоставить копию действующего договора страхования и иных документов, являющихся его неотъемлемой частью или предусмотренных договором страхования.
- 9.6.8. информировать Страхователя о факте просрочки уплаты очередного страхового взноса или факте его уплаты не в полном объеме, а также о последствиях таких нарушений, путем направления уведомления по почтовому адресу или иным предусмотренным договором страхования способом связи.
- 9.6.9. По устному или письменному запросу Застрахованного, в том числе полученному в электронной форме, в срок, не превышающий 30 (тридцати) дней с момента получения такого запроса Страховщик предоставляет ему информацию о произведенном Страховщиком расчете суммы страховой выплаты, включая: сумму страхового возмещения, подлежащую выплате; порядок расчета страховой выплаты; исчерпывающий перечень норм права и (или) условий договора страхования и правил страхования, обстоятельств и документов, на основании которых произведен расчет.

10. ПОРЯДОК ПРЕКРАЩЕНИЯ ДОГОВОРА СТРАХОВАНИЯ

- 10.1. Договор страхования прекращает свое действие:
- 10.1.1. в случае истечения срока, на который был заключен договор страхования;
- 10.1.2. в случае смерти Застрахованного (договор прекращается в отношении такого Застрахованного лица) – с даты смерти Застрахованного;
- 10.1.3. по требованию Страховщика - в случае неуплаты страховой премии (страхового взноса) в установленные договором сроки, если Страхователь был предварительно уведомлен Страховщиком о факте наличия задолженности и последствиях ее неуплаты, а также в случаях, предусмотренных п. 9.4.10 Правил, если договором страхования не установлено иное – с даты направления Страховщиком требования о прекращении договора страхования или даты, указанной в этом требовании;
- 10.1.4. полностью – в случае полного отзыва субъектом персональных данных, являющимся Страхователем, согласия на обработку персональных данных; при этом полный отзыв такого согласия считается отказом от договора страхования;
- частично – в случае полного отзыва субъектом персональных данных, являющимся Застрахованным, согласия на обработку персональных данных;
- в обоих случаях договор считается прекращенным (полностью или в соответствующей части) с даты получения Страховщиком уведомления об отзыве согласия на обработку персональных данных;
- 10.1.5. по требованию Страхователя в любое время - с даты получения Страховщиком требования о прекращении договора страхования или даты, указанной в этом требовании, если она позже даты получения;
- 10.1.6. по соглашению сторон – с даты подписания соглашения или с даты, указанной в таком соглашении;
- 10.1.7. в случае ликвидации Страховщика в порядке, установленном действующим законодательством Российской Федерации – с даты начала процедуры ликвидации;
- 10.1.8. в случае ликвидации Страхователя - юридического лица, если Застрахованный не принял на себя исполнение обязанностей Страхователя по уплате страховой премии – с даты ликвидации Страхователя;
- 10.1.9. в случае исполнения Страховщиком договорных обязательств в полном объеме – с момента исполнения обязательств Страховщиком в полном объеме;
- 10.1.10. в случаях, указанных в п. 4.12, 4.13 Правил;
- 10.1.11. в других случаях, предусмотренных законодательством Российской Федерации и (или) договором страхования – с даты, определенной законом или договором для таких случаев.
- 10.1.12. При прекращении договора страхования в соответствии с п. 10.1.2, 10.1.6., 10.1.7 Правил в целом или отношении какого-либо Застрахованного, Страховщик возвращает уплаченную страховую премию в размере части премии, приходящейся на неистекший срок действия договора страхования.
- По иным основаниям прекращения договора страхования возврат уплаченной страховой премии (взносов) не производится. Если договором страхования устанавливается иное, в нем определяется размер подлежащей возврату части страховой премии.
- Возврат страховой премии осуществляется в течение 15 рабочих дней с момента обращения Страхователя к Страховщику с требованием о возврате страховой премии, если иное не предусмотрено условиями договора страхования.
- 10.2. **Особые условия отказа Страхователя – физического лица от договора.**
- 1). Страхователь – физическое лицо в дополнение к условиям о досрочном расторжении договора страхования, указанным в п.п. 10.1. настоящих Правил, вправе досрочно отказаться от договора добровольного страхования в течение 14 (четырнадцати) календарных дней со дня его заключения независимо от момента уплаты страховой премии, при отсутствии в данном периоде событий, имеющих признаки страхового случая.

ИНГОССТРАХ

- 2). В случае если Страхователь—отказался от договора страхования в срок, указанный в части 1 настоящего пункта, и до даты возникновения обязательств Страховщика по заключенному договору (далее – дата начала действия страхования), уплаченная страховая премия подлежит возврату Страховщиком Страхователю в полном объеме.
 - 3). В случае если Страхователь отказался от договора страхования в срок, указанный в части 1 настоящего пункта, но после даты начала действия страхования, Страховщик при возврате уплаченной страховой премии Страхователю удерживает её часть пропорционально сроку действия договора страхования, прошедшему с даты начала действия страхования до даты прекращения действия договора страхования, если иного не предусмотрено соглашением сторон.
 - 4). При досрочном прекращении договора страхования в порядке, предусмотренном настоящим пунктом, договор страхования считается прекратившим свое действие с даты получения Страховщиком письменного заявления страхователя об отказе от договора страхования или иной даты, установленной по соглашению сторон, но не позднее срока, определенного в части 1 настоящего пункта.
 - 5). Возврат страховой премии Страхователю в соответствии с настоящим пунктом по выбору Страхователя производится наличными деньгами или в безналичном порядке в срок, не превышающий 10 (десять) рабочих дней со дня получения письменного заявления Страхователя об отказе от договора страхования.
 - 6). Действие настоящего пункта не распространяется на договоры страхования, страхователями по которым являются физические лица – предприниматели, заключаемые в связи с осуществлением такими страхователями предпринимательской деятельности, а также на осуществление добровольного страхования, являющегося обязательным условием допуска физического лица к выполнению профессиональной деятельности в соответствии с законодательством Российской Федерации, а также страхование, предусматривающее оплату оказанной гражданину Российской Федерации, находящемуся за пределами территории Российской Федерации, медицинской помощи и (или) оплату возвращения его тела (останков) в Российскую Федерацию.
- 10.3. По запросу Страхователя Страховщик один раз по одному договору страхования бесплатно обязан предоставить ему заверенный Страховщиком расчет суммы страховой премии (части страховой премии), подлежащей возврату в связи с расторжением или досрочным прекращением договора страхования.

11. ПОРЯДОК ОРГАНИЗАЦИИ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

- 11.1. Для получения предусмотренной договором страхования и Программой медицинской помощи Застрахованный обращается в медицинское или иное учреждение, предусмотренные договором страхования или согласованные со Страховщиком или к Страховщику.
- 11.1.1. В случае обращения Застрахованного к Страховщику с уведомлением о наступлении события, имеющего признаки страхового случая, последний должен проинформировать Застрахованного обо всех предусмотренных договором и (или) настоящими Правилами страхования необходимых действиях, которые он должен предпринять, а также обо всех документах, представление которых обязательно для рассмотрения вопроса о страховом возмещении и израсходованных Застрахованным личных средств, о порядке и способе их возмещения, и о сроках проведения указанных действий и представления документов.
- Информирование осуществляется в той же форме, в которой был сделан запрос Застрахованного, либо в форме, указанной в запросе (устной, на бумажном носителе или электронной).
- 11.2. Для получения предусмотренной договором страхования и Программой медицинской помощи Застрахованный может, с предварительного согласия Страховщика и если это предусмотрено договором страхования и Программой, при ухудшении состояния здоровья и/или состоянии, требующем оказания медицинской помощи, а также иных обстоятельствах, предусмотренных условиями договора страхования, обратиться в любое медицинское или иное учреждение и самостоятельно оплатить медицинскую помощь, предусмотренную Программой, а также санаторно-курортного лечения путем приобретения санаторно-курортной путевки непосредственно у санаторно-курортного учреждения или санаторно-курортного объединения либо санаторно-курортного агентства. После получения услуг Застрахованный, для получения страхового возмещения личных денежных средств, израсходованных на оплату медицинских услуг, должен в течение 20 (двадцати) рабочих дней с момента их оплаты направить заказным письмом с уведомлением в адрес Страховщика заявление и соответствующие документы. Решение о компенсации расходов, понесенных Застрахованным в соответствии с условиями настоящей статьи, или отказ в страховой выплате принимается Страховщиком и направляется Застрахованному в течение 20 (двадцати) рабочих дней с момента получения от Застрахованного или его представителя следующих документов, направленных почтовым отправлением:
- 11.2.1. письменного заявления на получение страхового возмещения;
- 11.2.2. копия документа, удостоверяющего личность заявителя и получателя страхового возмещения, а также иные документы, позволяющие идентифицировать застрахованное лицо, если договор страхования заключен без указания ФИО застрахованного;
- 11.2.3. документов, подтверждающих факт оказания услуг Застрахованному (копия договора оказания медицинских услуг, копия выписки из амбулаторной карты/истории болезни, заверенная подписью уполномоченного лица и печатью ЛПУ или оригинал акта оказанных услуг или документы их заменяющий) с полной детализацией оказанных услуг (дата услуги, код услуги, наименование услуги, стоимость услуг согласно действующему Прейскуранту, количество услуг и общая стоимость оказанных услуг), приобретенных лекарственных средств, материалов/ предметов медицинского назначения, заверенные подписью ответственного лица в ЛПУ и печатью ЛПУ;
- 11.2.4. оригиналов оплаченных счетов с указанием медицинского и иного учреждения (аптечной или иной организации) и подробного перечня оказанной медицинской помощи и ее стоимости, чеков ККМ, квитанций, платежных поручений с отметкой банка о его исполнении или документов их заменяющих в соответствии с нормативными актами законодательства страны оказания услуги;
- 11.2.5. в случае если возмещение связано с компенсацией расходов, понесенных застрахованным лицом на приобретение лекарственных средств и / или изделий медицинского назначения, документов подтверждающих их назначение лечащим врачом медицинского учреждения (рецепт или сигнатура, или заключение врача о назначении лекарственных средств/изделий медицинского назначения), факт их применения при проведенном лечении, а также документов по факту оплаты приобретенных лекарственных средств и/или изделий медицинского назначения (чек ККМ или документ его заменяющий в соответствии с нормативными актами законодательства страны оказания услуги);
- 11.2.6. в случае репатриации - документов, подтверждающих факт оплаты медико-транспортных услуг (оригинал оплаченных счетов с разбивкой по датам и стоимости оказанных услуг, чеков ККМ, квитанций, платежных поручений с отметкой банка о его исполнении или документов их заменяющих в соответствии с нормативными актами законодательства страны оказания услуги), медицинское свидетельство о смерти, а при невозможности, иной медицинский документ, содержащий информацию о причине смерти Застрахованного, в том числе справка о смерти с указанием причины, а также свидетельство о смерти, выдаваемого органами записи актов гражданского состояния, документов, подтверждающих оказание услуг (акты оказанных услуг);
- 11.2.7. при обращении за страховым возмещением от имени другого лица - документов, подтверждающих, что лицо является законным представителем Застрахованного (свидетельство о рождении; решение органов опеки или суда о назначении опекуна/попечителя), и/или документы, подтверждающие право обратившегося представлять интересы Застрахованного (нотариально удостоверенная доверенность, содержащая полномочия по получению третьими лицами денежных средств Застрахованного при страховом возмещении третьим лицам).
- При получении документов на страховую выплату почтовым отправлением Страховщик проверяет комплектность документов и правильность их оформления. Если полученные Страховщиком документы на страховую выплату были направлены без сопроводительного письма, содержащего перечень представленных документов или их опись, Страховщик не имеет права отказать в их приеме.
- В случае если Застрахованным или его представителем не были указаны/предоставлены банковские реквизиты, а также другие сведения, необходимые для осуществления страховой выплаты в безналичном порядке, Страховщик вправе продлить (приостановить) срок осуществления страховой выплаты до получения указанных сведений, при этом Страховщик обязан уведомить обратившееся лицо о факте приостановки и запросить у него недостающие сведения.
- 11.3. Если Страховщиком будет выявлено, что предоставленные Застрахованным или его представителем документы, недостаточны для принятия решения об осуществлении страховой выплаты, и (или) такие документы являются ненадлежащим образом оформленными, Страховщик принимает их и в течение 15 (пятнадцати) рабочих дней уведомляет об этом заявителя с указанием перечня недостающих и (или) ненадлежащим образом оформленных документов. При этом срок принятия решения не начинает течь до предоставления последнего из необходимых и надлежащим образом оформленных документов.
- 11.4. В случаях проведения сверки и/или экспертизы выставленных к оплате счетов (иных документов) на предмет их соответствия страховому случаю и объему страхового покрытия, а также в случаях необходимости прохождения Застрахованным дополнительного медицинского обследования и/или предоставления Застрахованным документов, подтверждающих состояние здоровья Застрахованного, срок принятия решения может быть увеличен до 90 рабочих дней. Об использовании права на отсрочку выплаты Страховщик сообщает Застрахованному.
- Страховая выплата производится Страховщиком в течение 10 (десяти) рабочих дней с момента принятия соответствующего решения.
- В случае принятия Страховщиком решения об отказе в выплате страхового возмещения, Страховщик в течение 3 (трех) рабочих дней с момента принятия такого решения информирует в письменной или электронной форме Застрахованного или его представителя (по выбору последних) о принятом решении с обоснованием причин отказа. При необходимости Застрахованный в течение срока действия договора страхования вправе обратиться к Страховщику за информацией, необходимой для реализации своих прав по договору страхования.
- 11.5. Конкретный порядок организации медицинской помощи зависит от выбранной Программы и определяется договором страхования и конкретной Программой.

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

- 12.1. Страховая выплата - денежная сумма, которую Страховщик произвел или должен будет произвести для оплаты медицинской помощи при наступлении страхового случая по договору страхования.
- 12.2. Страховая выплата осуществляется на основании нормативных документов Минфина РФ и Минздрава РФ, в порядке и сроки, определенные договором страхования и (или) конкретной Программой, после получения и проверки Страховщиком заявлений о страховом событии (при необходимости), копии документа, удостоверяющего личность заявителя и получателя страхового возмещения, оригиналов оплаченных счетов с указанием медицинского и иного учреждения, подробного перечня оказанной медицинской помощи и ее стоимости, а в отношении лекарственных средств и изделий медицинского назначения также подтверждения их выписки лечащим врачом амбулаторно-поликлинического или стационарного учреждения и факта их применения при проведенном лечении. Сроки принятия решения об осуществлении страховой выплаты не должен превышать 30 рабочих дней с момента получения счета из медицинского и иного учреждения или заявления Застрахованного и иных документов, указанных в п. 11.2 Правил. В случаях наличия возражений либо проведения сверки и/или экспертизы выставленных к оплате счетов, срок их оплаты может быть увеличен до 90 рабочих дней. В указанный срок Страховщик осуществляет принятие положительного решения и передает документы для оплаты либо направляет обоснованный отказ в страховой выплате. При осуществлении страховой выплаты по договору страхования в виде оплаты стоимости медицинской помощи непосредственно (или через поверенного, агента, комиссионера) в медицинское и иное учреждение, счетам оплачиваются в срок, не превышающий 60 (шестидесяти) рабочих дней с момента принятия положительного решения

ИНГОССТРАХ

об осуществлении страховой выплаты. В случаях наличия возражений либо проведения сверки и/или экспертизы выставленных к оплате счетов, срок их оплаты может быть увеличен до 90 (девяноста) рабочих дней, если иных условий расчетов за оказанную медицинскую помощь не предусмотрено между Страховщиком и медицинским и иным учреждением. Санаторно-курортное лечение Застрахованного может быть оплачено Страховщиком также путем оплаты санаторно-курортному учреждению или санаторно-курортному объединению либо санаторно-курортному агентству стоимости санаторно-курортной путевки/курсовки на условиях, описанных выше.

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

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

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

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

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

12.5.3. по законченному случаю оказания помощи;

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

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

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

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

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

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

12.6.4. в связи с умышленным причинением себе телесных повреждений;

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

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

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

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

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

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

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

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

12.8.1. воздействия ядерного взрыва, радиации или радиоактивного заражения;

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

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

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

13. ПОРЯДОК РАЗРЕШЕНИЯ СПОРОВ

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

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

**Программа добровольного медицинского страхования
«ИНГОМЕДИЦИНА. ПОЛИКЛИНИКА»**
(индивидуальное страхование физических лиц)

По настоящей программе (далее – Программа) СПАО «Ингосстрах» (далее – Страховщик) организует и оплачивает предусмотренные Программой медицинские услуги, предоставляемые застрахованному лицу (далее – Застрахованный) при произошедших в течение действия страхования остром заболевании (состоянии), обострении хронического заболевания, травме (в том числе ожоге, отморожении) и отравлении.¹

1. Объем предоставляемых услуг

По настоящей Программе Страховщик организует и оплачивает в перечисленных выше случаях следующие диагностические и лечебные услуги, оказываемые в амбулаторных условиях:

- 1.1. Первичные и повторные консультации, выполняемые, терапевтом, врачом общей практики, а также врачами-специалистами – акушером-гинекологом, гастроэнтерологом, кардиологом, оториноларингологом, офтальмологом, травматологом, хирургом, эндокринологом, урологом, неврологом;
- 1.2. лабораторные исследования, выполняемые по медицинским показаниям по назначению перечисленных выше врачей, включая забор материала для исследований, в том числе для гистологических и цитологических:
 - 1.2.1. общий (клинический) развернутый анализ крови;
 - 1.2.2. общий анализ мочи;
 - 1.2.3. анализ крови биохимический: АЛТ, АСТ, билирубин общий и прямой, глюкоза, мочевины, креатинин, общий белок, холестерин, калий;
 - 1.2.4. гормональные исследования: определение в крови уровней тиреотропного гормона (ТТГ), общего тироксина (Т4), пролактина, лютеинизирующего гормона (ЛГ), фолликулостимулирующего гормона (ФСГ);
 - 1.2.5. бактериологические исследования: выполнение посевов с определением чувствительности к антибиотикам;
 - 1.2.6. цитологические и гистологические исследования;
- 1.3. инструментальные исследования, выполняемые по медицинским показаниям по назначению перечисленных выше врачей:
 - 1.3.1. функциональная диагностика: электрокардиография, электроэнцефалография, исследование функции внешнего дыхания: флоуметрия дыхания, в том числе с медикаментозными пробами;
 - 1.3.2. ультразвуковая диагностика: ультразвуковые исследования органов брюшной полости, забрюшинного пространства, малого таза, эхокардиография, дуплексное сканирование сосудов, в том числе сосудов конечностей и головного мозга, эхоэнцефалография;
 - 1.3.3. рентгенография, выполняемая в различных проекциях, рентгеноскопия;
 - 1.3.4. эндоскопические исследования, выполняемые под местной анестезией: синусоскопия, эзофагогастродуоденоскопия, колоноскопия, ректороманоскопия, включая забор материала для исследований, в том числе для гистологических и цитологических;
- 1.4. выполняемые врачами указанных выше специальностей в рамках консультаций (осмотров) медицинские вмешательства и манипуляции (кроме оказываемых с косметической целью), а также выполняемые в амбулаторных условиях операции, не требующие общей анестезии, и выполняемые по назначению врачей средним медицинским персоналом в медицинских организациях внутримышечные и внутривенные инъекции;
- 1.5. использование гипсовых и (или) полимерных бинтов для иммобилизации при травмах, произошедших в течение срока действия Договора страхования;
- 1.6. экспертиза временной нетрудоспособности: выдача и продление листков нетрудоспособности и справок 095/у, закрытие листков нетрудоспособности в медицинских организациях;
- 1.7. экстренная серопротекция столбняка и бешенства по медицинским показаниям.

2. Порядок получения медицинских услуг

- 2.1. В случае если Договором страхования Застрахованного предусмотрена франшиза (доля собственного участия Застрахованного в расходах на оплату оказанных Застрахованному медицинских услуг), размер и условия ее применения определяются положениями Договора страхования.² В таких случаях получение услуг в рамках настоящей Программы невозможно до момента регистрации Застрахованного в личном кабинете на сайте Страховщика ingos.ru и до момента регистрации в личном кабинете действующей банковской карты Застрахованного лица с целью оплаты франшизы.
- 2.2. Для получения услуг, предусмотренных настоящей Программой, Застрахованному необходимо обратиться по телефону, указанному ниже. Медицинскую организацию для оказания услуг определяет Страховщик.
- 2.3. Услуги в рамках Программы оказываются в режиме работы и в соответствии с правилами работы медицинских организаций. Услуги оказываются при наличии у Застрахованного документа, подтверждающего заключение Договора страхования в отношении Застрахованного (полиса добровольного медицинского страхования), документа, удостоверяющего личность, и, при необходимости, пропуска в медицинскую организацию.

Исключения из программ добровольного медицинского страхования являются неотъемлемой частью настоящей Программы.

Телефоны для обращений Бесплатный звонок с любого аппарата из любой точки России (круглосуточно)	8-800-301-20-47
---	------------------------

¹ Настоящая Программа включает в себя медицинские услуги, перечисленные в Программе и предоставляемые медицинскими организациями, определенными Страховщиком, кроме услуг и заболеваний, перечисленных в Исключениях из программ добровольного медицинского страхования, являющихся неотъемлемой частью настоящей Программы. Также Программа может включать проведение профилактических мероприятий, снижающих степень опасных для жизни или здоровья Застрахованного угрозы и (или) устраняющих их, в объеме, предусмотренном настоящей Программой.

² С информацией об условиях применения франшизы, если она предусмотрена Договором страхования, Застрахованный может ознакомиться в «Личном кабинете» на официальном сайте Страховщика www.ingos.ru или обратиться за разъяснениями к Страховщику.

**Программа добровольного медицинского страхования
«ИНГОМЕДИЦИНА. ПОЛИКЛИНИКА»
(индивидуальное страхование физических лиц)**

По настоящей программе (далее – Программа) СПАО «Ингосстрах» (далее – Страховщик) организует и оплачивает предусмотренные Программой медицинские услуги, предоставляемые застрахованному лицу (далее – Застрахованный) при произошедших в течение действия страхования остром заболевании (состоянии), обострении хронического заболевания, травме (в том числе ожоге, отморожении) и отравлении.¹

1. Объем предоставляемых услуг

По настоящей Программе Страховщик организует и оплачивает в перечисленных выше случаях следующие диагностические и лечебные услуги, оказываемые в амбулаторных условиях:

- 1.1. Первичные и повторные консультации, выполняемые педиатром, врачом общей практики, а также врачами-специалистами – акушером-гинекологом, гастроэнтерологом, детским кардиологом, оториноларингологом, офтальмологом, травматологом, детским хирургом, детским эндокринологом, детским урологом, неврологом;
- 1.2. лабораторные исследования, выполняемые по медицинским показаниям по назначению перечисленных выше врачей, включая забор материала для исследований, в том числе для гистологических и цитологических:
 - 1.2.1. общий (клинический) развернутый анализ крови;
 - 1.2.2. общий анализ мочи;
 - 1.2.3. анализ крови биохимический: АЛТ, АСТ, билирубин общий и прямой, глюкоза, мочевины, креатинин, общий белок, холестерин, калий;
 - 1.2.4. гормональные исследования: определение в крови уровней тиреотропного гормона (ТТГ), общего тироксина (Т4), пролактина, лютеинизирующего гормона (ЛГ), фолликулостимулирующего гормона (ФСГ);
 - 1.2.5. бактериологические исследования: выполнение посевов с определением чувствительности к антибиотикам;
 - 1.2.6. цитологические и гистологические исследования;
- 1.3. инструментальные исследования, выполняемые по медицинским показаниям по назначению перечисленных выше врачей:
 - 1.3.1. функциональная диагностика: электрокардиография, электроэнцефалография, исследование функции внешнего дыхания: флоуметрия дыхания, в том числе с медикаментозными пробами;
 - 1.3.2. ультразвуковая диагностика: ультразвуковые исследования органов брюшной полости, забрюшинного пространства, малого таза, эхокардиография, дуплексное сканирование сосудов, в том числе сосудов конечностей и головного мозга, эхоэнцефалография;
 - 1.3.3. рентгенография, выполняемая в различных проекциях, рентгеноскопия;
 - 1.3.4. эндоскопические исследования, выполняемые под местной анестезией: синусоскопия, эзофагогастродуоденоскопия, колоноскопия, ректороманоскопия, включая забор материала для исследований, в том числе для гистологических и цитологических;
- 1.4. выполняемые врачами указанных выше специальностей в рамках консультаций (осмотров) медицинские вмешательства и манипуляции (кроме оказываемых с косметической целью), а также выполняемые в амбулаторных условиях операции, не требующие общей анестезии, и выполняемые по назначению врачей средним медицинским персоналом в медицинских организациях внутримышечные и внутривенные инъекции;
- 1.5. использование гипсовых и (или) полимерных бинтов для иммобилизации при травмах, произошедших в течение срока действия Договора страхования;
- 1.6. экспертиза временной нетрудоспособности: выдача и продление листков нетрудоспособности и справок 095/у, закрытие листков нетрудоспособности в медицинских организациях;
- 1.7. экстренная серопрфилактика столбняка и бешенства по медицинским показаниям.

2. Порядок получения медицинских услуг

- 2.1. В случае если Договором страхования Застрахованного предусмотрена франшиза (доля собственного участия Застрахованного в расходах на оплату оказанных Застрахованному медицинских услуг), размер и условия ее применения определяются положениями Договора страхования². В таких случаях получение услуг в рамках настоящей Программы невозможно до момента регистрации Застрахованного в личном кабинете на сайте Страховщика ingos.ru и до момента регистрации в личном кабинете действующей банковской карты Застрахованного лица с целью оплаты франшизы.
- 2.2. Для получения услуг, предусмотренных настоящей Программой, Застрахованному необходимо обратиться по телефону, указанному ниже. Медицинскую организацию для оказания услуг определяет Страховщик.
- 2.3. Услуги в рамках Программы оказываются в режиме работы и в соответствии с правилами работы медицинских организаций. Услуги оказываются при наличии у Застрахованного документа, подтверждающего заключение Договора страхования в отношении Застрахованного (полиса добровольного медицинского страхования), документа, удостоверяющего личность, и, при необходимости, пропуска в медицинскую организацию.

Исключения из программ добровольного медицинского страхования являются неотъемлемой частью настоящей Программы.

Телефоны для обращений Бесплатный звонок с любого аппарата из любой точки России (круглосуточно)	8-800-301-20-47
--	------------------------

¹ Настоящая Программа включает в себя медицинские услуги, перечисленные в Программе и предоставляемые медицинскими организациями, определенными Страховщиком, кроме услуг и заболеваний, перечисленных в Исключениях из программ добровольного медицинского страхования, являющихся неотъемлемой частью настоящей Программы. Также Программа может включать проведение профилактических мероприятий, снижающих степень опасных для жизни или здоровья Застрахованного угроз и (или) устраняющих их, в объеме, предусмотренном Программой.

² С информацией об условиях применения франшизы, если она предусмотрена Договором страхования, Застрахованный может ознакомиться в «Личном кабинете» на официальном сайте Страховщика www.ingos.ru или обратиться за разъяснениями к Страховщику.

**Программа добровольного медицинского страхования
«ИНГОМЕДИЦИНА. СТОМАТОЛОГИЯ»
(индивидуальное страхование физических лиц)**

По настоящей программе СПАО «Ингосстрах» (далее – Страховщик) организует и оплачивает оказываемые в медицинских организациях в амбулаторных условиях стоматологические услуги, предоставляемые застрахованному лицу (далее – Застрахованный) при произошедшем в течение действия страхования острым заболевании (состоянии): острым или обострении хронического пульпита или острым или обострении хронического периодонтита, острых и обострении хронических заболеваний слюнных желез, а также при травмах челюстно-лицевой области.

1. Объем предоставляемых услуг

- 1.1. По настоящей программе Страховщик организует и оплачивает в перечисленных выше случаях следующие диагностические и лечебные стоматологические услуги:¹
- 1.1.1. осмотры стоматологом-терапевтом, стоматологом-хирургом;
 - 1.1.2. рентгенологическая диагностика: радиовизиография, ортопантомография;
 - 1.1.3. местная анестезия, в том числе инфильтрационная (включая интралигаментарную), проводниковая, аппликационная;
 - 1.1.4. терапевтическое лечение по поводу пульпита, острого и обострения хронического периодонтита: механическая, медикаментозная обработка каналов, пломбирование корневых каналов пастой и гуттаперчевыми штифтами, временное пломбирование зубов, восстановление коронковой части зуба при разрушении коронки зуба до 50% (степень разрушения определяется после выполнения манипуляций на зубе, после удаления некротизированных тканей) без использования штифтов; и
 - 1.1.5. хирургическое лечение: удаление зубов простое и сложное, в том числе с отслаиванием слизисто-надкостничного лоскута, вскрытие абсцессов, выполнение послабляющих разрезов при инфильтратах, иссечение слизистого капюшона, наложение швов при травмах и после удаления зубов;
 - 1.1.6. лечение по поводу заболеваний слюнных желез;
 - 1.1.7. экстренная серопрфилактика столбняка при наличии медицинских показаний.

2. Порядок получения медицинских услуг

- 2.1. В случае если Договором страхования Застрахованного предусмотрена франшиза (доля собственного участия Застрахованного в расходах на оплату оказанных Застрахованному медицинских услуг), размер и условия ее применения определяются положениями Договора страхования.² В таких случаях получение услуг в рамках настоящей Программы невозможно до момента регистрации Застрахованного в личном кабинете на сайте Страховщика ingos.ru и до момента регистрации в личном кабинете действующей банковской карты Застрахованного лица с целью оплаты франшизы.
- 2.2. Для получения услуг, предусмотренных Программой, Застрахованному необходимо обратиться по телефону, указанному ниже. Медицинскую организацию для оказания услуг определяет Страховщик.
- 2.3. Услуги в рамках Программы оказываются в режиме работы и в соответствии с правилами работы медицинских организаций. Услуги оказываются при наличии у Застрахованного документа, подтверждающего заключение Договора страхования в отношении Застрахованного (полиса добровольного медицинского страхования), документа, удостоверяющего личность, и, при необходимости, пропуска в медицинскую организацию.

Исключения из программ добровольного медицинского страхования являются неотъемлемой частью настоящей Программы.

Телефоны для обращений Бесплатный звонок с любого аппарата из любой точки России (круглосуточно)	8-800-301-20-47
--	------------------------

¹ Указанные услуги оказываются врачами и средним медицинским персоналом в установленном Программой объеме кроме случаев, перечисленных в Исключениях из программ добровольного медицинского страхования (являются неотъемлемой частью настоящей Программы).

² С информацией об условиях применения франшизы Застрахованный может ознакомиться в «Личном кабинете» на официальном сайте Страховщика www.ingos.ru или обратиться за разъяснениями к Страхователю или Страховщику.

**Программа добровольного медицинского страхования
«ИНГОМЕДИЦИНА. СМП и ЭКСТРЕННЫЙ И НЕОТЛОЖНЫЙ СТАЦИОНАР»**

По настоящей программе (далее – Программа) СПАО «Ингосстрах» (далее – Страховщик) организует и оплачивает услуги, оказанные Застрахованному лицу (далее – Застрахованный) при лечении в стационарных условиях при оказании медицинской помощи в экстренной и неотложной формах, предоставляемые Застрахованному при произошедшем в течение действия страхования острым заболеванием (состоянии), обострении хронического заболевания, травме (в том числе ожоге, отморожении) и отравлении.

Страховщик оплачивает медицинские услуги при лечении в стационарных условиях, оказанные по поводу заболеваний и состояний, которые явились непосредственной причиной экстренной или неотложной госпитализации, а также по поводу сопутствующих заболеваний, если такие услуги необходимы при лечении по поводу основного заболевания, послужившего причиной госпитализации.

1. Объем предоставляемых услуг

По настоящей Программе Страховщик организует и оплачивает в перечисленных выше случаях следующие медицинские услуги:¹

- 1.1. Услуги службы скорой медицинской помощи** (при наличии скорой медицинской помощи, имеющей договорные отношения со Страховщиком, в населённом пункте по месту нахождения Застрахованного):
 - 1.1.1. выезд бригады службы скорой медицинской помощи, оказание экстренных и неотложных диагностических и лечебных вмешательств, включая необходимую экспресс-диагностику;
 - 1.1.2. медицинская эвакуация в стационар при наличии показаний для экстренной и неотложной госпитализации.
 Услуги скорой медицинской помощи оказываются:
 - в Москве – в пределах МКАД;
 - в Санкт-Петербурге – в пределах административных районов и границ города, установленных в соответствии с Законом «О территориальном устройстве Санкт-Петербурга» № 411-68 от 25.07.2005 г. (с учетом изменений, действующих на момент оказания услуги);
 - в иных населенных пунктах – в пределах районов и границ населенного пункта, установленных службой скорой медицинской помощи (при её наличии в данном населённом пункте)
- 1.2. Услуги, оказываемые при лечении в стационарных условиях в соответствии с возможностями медицинской организации (не более одной госпитализации за период страхования):**
 - 1.2.1. диагностические и лечебные в том числе:
 - консультации врачей, в том числе врачей-специалистов;
 - лабораторные и инструментальные исследования;
 - пребывание в отделении интенсивной терапии, реанимационные мероприятия;
 - консервативное лечение;
 - анестезиологические пособия;
 - хирургическое лечение:
 - сердечно-сосудистая хирургия только в объёме операций, выполняемых по жизненным показаниям при оказании медицинской помощи в экстренной форме;
 - нейрохирургические операции, выполняемые по жизненным показаниям при оказании медицинской помощи в экстренной форме;
 - операции в урологии, в выполняемые по жизненным показаниям при оказании медицинской помощи в экстренной форме;
 - оперативные вмешательства в рамках иных медицинских специальностей, выполняемые при оказании медицинской помощи в экстренной и неотложной формах;
 - физиолечение, классический массаж, корпоральная иглорефлексотерапия, мануальная терапия, лечебная физкультура;
 - лекарственные препараты, имеющиеся в наличии стационара;
 - применение металлоконструкций и медицинских изделий, имплантируемых в организм человека;²
 - использование гипсовых и полимерных бинтов для иммобилизации при травмах, произошедших в течение срока действия Договора страхования;
 - прерывание беременности по жизненным показаниям;
 - 1.2.2. пребывание в стационаре преимущественно в двухместной палате, питание;
 - 1.2.3. уход, обеспечиваемый медицинским персоналом;
 - 1.2.4. экспертиза временной нетрудоспособности.

2. Порядок оказания медицинских услуг

- 2.1.** Страховщик оплачивает лечение в стационарных условиях при госпитализациях, произошедших после истечения 60 (Шестьдесят) дней со дня начала действия Договора страхования. В случае заключения договора страхования со Страховщиком на новый срок без изменения Застрахованного лица и программы страхования при условии непрерывности страхования, лечение в стационарных условиях в рамках настоящей Программы подлежит оплате со дня начала действия Договора страхования.
- 2.2.** При необходимости получения скорой медицинской помощи или госпитализации Застрахованный или лицо, действующее в его интересах, должны обратиться по телефону, указанному ниже. Медицинские услуги оказываются Застрахованному при наличии документа, подтверждающего заключение договора страхования в отношении Застрахованного (полис добровольного медицинского страхования), и документа, удостоверяющего личность.
- 2.3.** Застрахованный госпитализируется в экстренном или неотложном порядке в рекомендованную Страховщиком медицинскую организацию. При отсутствии возможности для госпитализации в рекомендованную Страховщиком медицинскую организацию, в том числе при отсутствии в населённом пункте по месту нахождения Застрахованного медицинской организации, имеющей договорные отношения со Страховщиком, госпитализация осуществляется в ближайшую медицинскую организацию государственной и муниципальной систем здравоохранения, способную оказать необходимую медицинскую помощь.
- 2.4.** При отсутствии в населённом пункте по месту нахождения Застрахованного медицинской организации, оказывающей скорую медицинскую помощь и имеющей договорные отношения со Страховщиком, скорая медицинская помощь оказывается медицинскими организациями государственной и муниципальной систем здравоохранения (службой «103»).
- 2.5.** В исключительных случаях, по жизненным показаниям, госпитализация в экстренной или неотложной форме может быть осуществлена в ближайшую к месту нахождения Застрахованного ближайшую медицинскую организацию государственной и муниципальной систем здравоохранения, способную оказать необходимую медицинскую помощь.
- 2.6.** Если Застрахованный был доставлен в стационар до извещения Страховщика, Застрахованному или его представителю необходимо известить Страховщика при первой же возможности, сообщив сведения о договоре страхования (номер и сроки действия договора), сведения о Застрахованном лице (фамилию, имя, отчество (при наличии), дату рождения), информацию о медицинской организации, в которую был доставлен Застрахованный по телефону, указанному ниже.
- 2.7.** Если Застрахованный был госпитализирован в экстренном или неотложном порядке в медицинскую организацию, не имеющую договорных отношений со Страховщиком, последний организует перевод Застрахованного в медицинскую организацию, имеющую договорные отношения со Страховщиком, при отсутствии медицинских противопоказаний к такому переводу.
- 2.8.** В случае госпитализации беременной женщины при возникновении у неё заболеваний, не связанных с беременностью, Застрахованная госпитализируется в медицинскую организацию, имеющую договорные отношения со Страховщиком, способную при наличии мест обеспечить соответствующую медицинскую помощь с учётом наличия беременности. При отсутствии такой возможности экстренная или неотложная госпитализация производится в больницы государственной и муниципальной систем здравоохранения, в составе которых имеются родильные отделения.

3. ОБЯЗАННОСТИ Страхователя и Застрахованного

- 3.1.** Страхователь (или Застрахованный) обязан возместить понесенные Страховщиком расходы по требованию Страховщика в следующих случаях:

¹ Перечень услуг, организацию и оплату которых не выполняет Страховщик, а также перечень заболеваний, по поводу которых Страховщик не организует и не оплачивает лечение, перечислены в Исключениях из программы добровольного медицинского страхования, являющихся неотъемлемой частью Программы.

² Применение протезов оплачивается, когда необходимость в них возникла в результате травмы, произошедшей в течение срока действия Договора страхования, а также при оказании медицинской помощи в экстренной форме по жизненным показаниям.

- 3.1.1. вызов бригады скорой медицинской помощи по неточному, неполному или несуществующему адресу, указанному Застрахованным или лицом, действующим в его интересах, диспетчеру службы скорой медицинской помощи;
 - 3.1.2. отсутствие Застрахованного по указанному при вызове скорой медицинской помощи адресу, указанному Застрахованным при вызове;
 - 3.1.3. вызов бригады скорой медицинской помощи для лиц, не застрахованных по соответствующей программе;
 - 3.1.4. вызов бригады скорой медицинской помощи с целью получения плановых медицинских вмешательств и манипуляций: инъекций, измерения артериального давления и т.д.;
 - 3.1.5. вызов бригады скорой медицинской помощи к Застрахованному, находящемуся в состоянии алкогольного (средней и тяжелой степени), токсического или наркотического опьянения, или с целью прерывания запоя, а также последующей его госпитализации;
 - 3.1.6. отмена вызова бригады скорой помощи во время оказания услуги (после выезда бригады скорой медицинской помощи);
 - 3.1.7. отказ от услуг бригады скорой помощи по ее прибытии на место вызова.
- 3.2. После оплаты Страховщиком услуг, перечисленных в подпунктах 3.1.1-3.1.7 настоящей Программы, Страховщик вправе потребовать возмещения Страхователем или Застрахованным суммы оплаченного счета. При неоплате этой суммы в течение 5 банковских дней с момента получения счета от Страховщика последний вправе прекратить действие договора в отношении такого Застрахованного.

Исключения из программ добровольного медицинского страхования являются неотъемлемой частью настоящей Программы.

Телефоны для обращений Бесплатный звонок с любого аппарата из любой точки России (круглосуточно)	8-800-301-20-47
--	------------------------

«ИнгоМедицина»
ИСКЛЮЧЕНИЯ
ИЗ ПРОГРАММ ДОБРОВОЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ
(настоящие Исключения являются неотъемлемой частью программ
добровольного медицинского страхования)

1. СПАО «Ингосстрах» (далее – Страховщик) не оплачивает медицинские услуги, связанные со следующими заболеваниями, состояниями и их осложнениями:
 - 1.1. ВИЧ-инфекция, болезнь, вызванная вирусом иммунодефицита человека, СПИД;
 - 1.2. особо опасные инфекционные болезни, заболевания, включенные в устанавливаемый органами власти перечень заболеваний, представляющие опасность для окружающих, заболевания, включённые в перечень инфекционных заболеваний, представляющих опасность для окружающих и являющихся основанием для отказа в выдаче либо аннулирования разрешения на временное проживание иностранных граждан и лиц без гражданства, или вида на жительство, или патента, или разрешения на работу в Российской Федерации, включая COVID-19, оспу, полиомиелит, вызванный диким полиовирусом, тяжелый острый респираторный синдром (ТОРС, SARS), холеру, чуму, малярию, вирусные лихорадки, передаваемые членистоногими, и вирусные геморрагические лихорадки, менингококковую инфекцию; туберкулез; инфекции, передающиеся преимущественно половым путем;
 - 1.3. алкоголизм, наркомания, токсикомания, заболевания, вызванные приёмом алкоголя, наркотических веществ без назначения врача или с нарушением назначений врача, токсических веществ с целью опьянения;
 - 1.4. психические расстройства и расстройства поведения;
 - 1.5. злокачественные и доброкачественные новообразования;
 - 1.6. умышленное причинение Застрахованному вреда своему здоровью, в том числе последствия попытки самоубийства (покушения на самоубийство) Застрахованного, а также заболевания и состояния, возникшие по причине совершения Застрахованным противоправных деяний;
 - 1.7. наследственные заболевания: хромосомные, моногенные, митохондриальные (болезни, аномалии, нарушения), наследственные болезни обмена; аномалии развития, врожденные пороки; детский церебральный паралич;
 - 1.8. системные поражения соединительной ткани, в том числе все недифференцированные коллагенозы;
 - 1.9. заболевания, сопровождающиеся хронической почечной или печеночной недостаточностью и требующие проведения хронического гемодиализа;
 - 1.10. невусы (родимые пятна), папилломы, атеромы, кондиломы, бородавки, липомы, заболевания волос, болезни ногтей, в том числе онихомикозы (грибковые заболевания ногтей);
 - 1.11. гепатиты любой этиологии, кроме гепатита А;
 - 1.12. неосложнённый кариес, некариозные поражения зубов, гингивит и болезни пародонта;
 - 1.13. состояния, связанные с хирургическим изменением пола;
 - 1.14. заболевания, послужившие причиной установления инвалидности (кроме инвалидности III группы).
2. Страховщик не оплачивает следующие медицинские услуги и виды лечения, а также связанные с ними расходы:
 - 2.1. медицинские услуги, оказываемые без медицинских показаний; медицинские услуги, оказываемые на дому;
 - 2.2. медицинские и иные услуги, не предусмотренные Программой страхования;
 - 2.3. лечение в стационарных условиях при оказании медицинской помощи в плановой форме, если иное не предусмотрено Программой; лечение в условиях дневного стационара и стационара одного дня;
 - 2.4. услуги, не относящиеся к медицинским; все услуги в рамках народной медицины: все виды традиционной диагностики (в том числе акупунктурная, аурикулодиагностика, термодиагностика, 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; ударно-волновая терапия; аппаратное вытяжение позвоночника (сухое и подводное); гирудотерапия; кинезиотейпирование; остеопатия;
 - 2.5. динамическое наблюдение по поводу заболеваний вне обострений и диспансерное наблюдение по поводу хронических заболеваний;
 - 2.6. лечение, являющееся по характеру экспериментальным или исследовательским, услуги, связанные с телемедициной; экстракорпоральные методы воздействия на кровь и её компоненты (кроме применяемых по жизненным показаниям в стационарных условиях); внутривенное и накожное облучение крови; озонотерапия; лечение с использованием альфа капсул; роботассистированные операции; капсульная эндоскопия;
 - 2.7. медицинские услуги, связанные с беременностью; прерывание беременности (кроме выполняемого по жизненным показаниям); родовспоможение; услуги, оказываемые с целью предотвращения зачатия или способствующие зачатию, связанные с подбором методов контрацепции, введением и удалением внутриматочных контрацептивов, лечение и диагностика бесплодия, импотенции, эректильной дисфункции;
 - 2.8. оформление медицинской документации, за исключением случаев, предусмотренных настоящей Программой;
 - 2.9. лечение по поводу мозолей, папиллом, бородавок, невусов, кондилом, липом, келоидных рубцов; диагностика, лечение, процедуры, пластические операции, проводимые с эстетической или косметической целью или с целью улучшения психологического состояния Застрахованного; коррекция веса;
 - 2.10. стоматологические услуги, кроме предусмотренных Программой;
 - 2.11. общая анестезия при лечении вне стационарных условий;
 - 2.12. профилактические и оздоровительные мероприятия; иммунопрофилактика, кроме экстренной противостолбнячной и (или) антирабической серопрфилактики;
 - 2.13. услуги, оказанные Застрахованному до начала и (или) после окончания срока действия Договора страхования (кроме лечения в стационарных условиях до момента выписки в случае, если госпитализация произошла в течение действия Договора страхования, а также кроме услуг, оказываемых по поводу заболевания (состояния), начавшегося во время действия предыдущего договора страхования в отношении Застрахованного лица при условии заключения договора страхования на новый срок и непрерывности страхования у Страховщика);
 - 2.14. операции по пересадке органов и тканей;
 - 2.15. 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, а также услуги, оказанные медицинскими организациями, не согласованными Страховщиком;
 - 2.16. услуги, оказанные Застрахованному после окончания срока действия договора страхования, кроме услуг по программе, предусматривающей оказание стационарной помощи, связанных с лечением Застрахованного, госпитализированного в течение срока действия договора страхования – до момента его выписки из стационара;
 - 2.17. стоимость лекарственных средств и медицинских изделий, кроме предоставляемых Застрахованному при получении услуг в стационарных условиях;
 - 2.18. расходы Застрахованного на приобретение лекарственных средств и медицинских изделий, медицинского оборудования, очков, контактных линз, слуховых аппаратов, в том числе медицинских изделий, предназначенных для ухода за больными, корректирующих медицинских устройств, материалов и приспособлений (в том числе корсетов, костылей, стелек), а также расходы на их подгонку;
 - 2.19. иммобилизационные системы (за исключением случаев использования гипсовых и полимерных повязок для иммобилизации в случае травмы, произошедшей в течение срока действия договора страхования).
3. Если в течение срока действия Договора страхования будет установлено, что Договор страхования заключен в отношении Застрахованного, имеющего заболевание из числа, указанных в пункте 1 настоящих Исключений, или имеющего инвалидность (кроме III группы), Страховщик имеет право потребовать признания Договора недействительным и применения последствий, предусмотренных для сделки, совершенной под влиянием обмана, а при первичном выявлении указанных выше заболеваний или установлении Застрахованному инвалидности (кроме III группы) в течение срока действия Договора страхования Страховщик оплачивает медицинские услуги, оказанные Застрахованному по медицинским показаниям по поводу этих заболеваний до момента подтверждения (постановки) диагноза либо подтверждения (установления) инвалидности (кроме III группы).