

УТВЕРЖДЕНЫ
Приказом СПАО «Ингосстрах»
от 29 марта 2023 г. № 126

И. о. Генерального директора
СПАО «Ингосстрах»
К.Б. Соколов

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

Москва, 2023 г.

Оглавление

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

1. ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ

1.1 Настоящие Правила добровольного медицинского страхования иностранных граждан и лиц без гражданства, прибывших в Российскую Федерацию и намеревающихся осуществлять или осуществляющих трудовую деятельность на основании разрешения на работу или патента (далее – Правила) составлены в соответствии с действующим российским законодательством и определяют общие условия и порядок осуществления страхования, в том числе заключения, исполнения и прекращения Страховым публичным акционерным обществом «Ингосстрах» (далее – Страховщик) договоров добровольного медицинского страхования¹ иностранных граждан и лиц без гражданства, прибывших в Российскую Федерацию и намеревающихся осуществлять или осуществляющих трудовую деятельность на основании разрешения на работу или патента (далее – договор страхования, договоры страхования или договор ДМС).

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

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

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

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

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

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

Программа добровольного медицинского страхования (далее – Программа либо Программа ДМС) – объем медицинской помощи, составленный Страховщиком с учетом Минимальных стандартов, а также порядок её оказания.

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.

Лекарственное обеспечение предполагает оплату Страховщиком стоимости медикаментозного лечения, т.е. оплату лекарственных средств, используемых лечащим врачом и медицинским персоналом медицинской организации при оказании первичной медико-санитарной и специализированной медицинской помощи в неотложной форме в рамках программы ДМС.

Высокотехнологичная медицинская помощь – часть специализированной медицинской помощи, включающая в себя применение новых сложных и (или) уникальных методов лечения, а также ресурсоемких методов лечения с научно доказанной эффективностью, в том числе клеточных технологий, роботизированной техники, информационных технологий и методов геномной инженерии, разработанных на основе достижений медицинской науки и смежных отраслей науки и техники.

Неотложная медицинская помощь – медицинская помощь, оказываемая при внезапных острых заболеваниях, состояниях, обострении хронических заболеваний без явных признаков угрозы жизни пациента.

Экстренная медицинская помощь – медицинская помощь, оказываемая при внезапных острых заболеваниях, состояниях, обострении хронических заболеваний, представляющих угрозу жизни пациента.

Плановая медицинская помощь – медицинская помощь, оказываемая при проведении профилактических мероприятий, при заболеваниях и состояниях, не сопровождающихся угрозой жизни пациента, не требующих экстренной и неотложной медицинской помощи, отсрочка оказания которой на определенное время не повлечет за собой ухудшение состояния пациента, угрозу его жизни и здоровью.

Обеспечение изделиями медицинского назначения предполагает оплату Страховщиком стоимости протезно-ортопедических изделий, имплантатов и других медицинских изделий, включенных в Программу и выписанных (назначенных) лечащим врачом стационарной медицинской организации.

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 лечении; оформление медицинскими и иными организациями различной медицинской документации; услуги по организации медицинской помощи в других медицинских и иных организациях; информационные услуги, связанные с оказанием или организацией оказания медицинской помощи.

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

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

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

2. СУБЪЕКТЫ СТРАХОВАНИЯ

2.1 Субъектами добровольного медицинского страхования выступают Страховщик, Страхователь, Застрахованный, а также медицинская и иная организация по оказанию медицинских и иных услуг, входящих в Программу ДМС.

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

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

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

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

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

2.5 Под медицинской организацией для целей настоящих 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.

3. ОБЪЕКТ СТРАХОВАНИЯ

3.1 Объектами добровольного медицинского страхования являются имущественные интересы, связанные с оплатой организации и оказания первичной медико-санитарной и специализированной медицинской помощи в неотложной форме, лекарственной помощи (медицинских услуг) и иных услуг вследствие расстройства здоровья физического лица или состояния физического лица, требующих организации и оказания таких услуг.

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 медицинскую и иную организацию для получения первичной медико-санитарной и специализированной медицинской помощи в неотложной форме, лекарственной помощи (медицинских услуг) и иных услуг вследствие заболеваний и состояний – расстройства здоровья физического лица

или состояния физического лица, требующих организации и оказания таких услуг.

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 страхования в медицинскую и иную организацию, определенную Страховщиком, для получения первичной медико-санитарной и специализированной медицинской помощи в неотложной форме, лекарственной помощи (медицинских услуг) и иных услуг вследствие заболеваний и состояний – расстройства здоровья физического лица или состояния физического лица, требующих организации и оказания таких услуг, влекущее обязанность Страховщика произвести страховую выплату.

Объем медицинской помощи, оказываемой Застрахованному медицинской и иной организацией и оплачиваемой Страховщиком по договору страхования, определяется Программой, являющейся Приложением № 1 к Правилам. Программа и перечень медицинских организаций по Программе, могут включаться в План страхования.

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

4.6.1 не назначенной врачом, оказывающим медицинскую помощь в рамках Программы;

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

4.6.3 высокотехнологичной медицинской помощи;

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

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

4.6.6 при покушении Застрахованного на самоубийство, за исключением тех случаев, когда Застрахованный был доведен до такого состояния противоправными действиями третьих лиц;

4.6.7 при умышленном причинении себе телесных повреждений Застрахованным;

4.6.8 связанных с беременностью, родами, послеродовым периодом и абортами Застрахованной.

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 объема медицинской помощи, предусмотренной Программой. Страховая сумма устанавливается по соглашению сторон для каждого Застрахованного, но не может быть ниже минимального размера страховой суммы, равного 100 000 (Сто тысяч) рублей и определенного законодательством Российской Федерации, в том числе в Минимальных стандартах.

5.3 Договором страхования может быть предусмотрена страховая сумма по всей Программе в целом либо по отдельным заболеваниям (состояниям), отдельным видам медицинской помощи, в том числе обеспечению лекарственными средствами или изделиями медицинского назначения, или их различной совокупности, с учетом соблюдения положений пункта 5.2 Правил.

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

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

Страховщик обязан уведомить Страхователя и Застрахованного об уменьшении агрегатной страховой суммы в течение 5 (Пяти) рабочих дней с момента уменьшения размера страховой суммы до размера менее чем 10 000 (Десять тысяч) рублей.

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

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

6.1 Страховой тариф – ставка страховой премии с единицы страховой суммы с учетом объекта страхования и характера страхового риска, а также других условий страхования, в том числе наличия франшизы и ее размера. Конкретный размер страхового тарифа определяется договором страхования по соглашению сторон на основании базовых тарифов Страховщика, указанных в Приложении № 5 к Правилам с учетом коэффициентов риска.

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

- пол, возраст Застрахованного;
- объем предоставляемого покрытия (оплачиваемые и неоплачиваемые виды медицинской помощи и иных услуг);
- срок действия договора страхования;
- общее количество лиц, принимаемых на страхование по договору;
- ценовая категория медицинских и иных организаций;
- иные факторы, влияющие на определение вероятности наступления страхового случая и размер возможных убытков от его наступления (страхового риска).

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

Страховая премия определяется Страховщиком в соответствии с действующими на

момент заключения договора страховыми тарифами, с учетом страхового риска и срока страхования.

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

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

- 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 поправочные (повышающие и понижающие) коэффициенты к базовым тарифам, размер которых определяется в зависимости от определяемых Страховщиком факторов риска.

6.6 В случае изменения стоимости медицинских и иных услуг в период действия договора страхования, Страховщик вправе изменить размер страховой премии, если иное не установлено в договоре страхования. При указанном в настоящем пункте изменении стоимости медицинских и иных услуг Страховщик направляет Страхователю уведомление, в котором указывает информацию о повышении стоимости медицинских и иных услуг, а также расчет измененной страховой премии за не истекший период действия договора страхования. Договор страхования считается измененным с даты, указанной в соответствующем дополнительном соглашении к договору страхования. В случае неуплаты Страхователем страховой премии (страхового взноса) в установленный срок или ее уплаты не в полном объеме, Страховщик вправе досрочно прекратить договор страхования в одностороннем порядке или приостановить его действие на установленный Страховщиком срок, предварительно известив Страхователя о факте наличия задолженности и последствиях неисполнения им обязанностей по договору страхования.

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

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

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

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

7. ПОРЯДОК ЗАКЛЮЧЕНИЯ И ИСПОЛНЕНИЯ ДОГОВОРА СТРАХОВАНИЯ

7.1 Договор страхования заключается в письменной форме:

7.1.1 В виде электронного документа через официальный сайт (мобильное приложение) Страховщика, официальный сайт (мобильное приложение)² представителя Страховщика (страхового агента, страхового брокера) в порядке, предусмотренном пунктом 7.5 настоящих Правил.

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

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

7.3 В стандартном порядке договор страхования заключается на основании устного или письменного заявления Страхователя (Приложение № 6 к Правилам) и медицинской анкеты лица, принимаемого на страхование (при необходимости) (Приложение № 8 к Правилам). Письменное заявление на страхование является приложением к договору страхования и его неотъемлемой частью.

7.3.1 В заявлении на страхование должны быть указаны:

Информация о лице, принимаемом на страхование (трудоустроенном мигранте):

- фамилия, имя, отчество (последнее – при наличии) на русском языке, а также дополнительно с помощью букв латинского алфавита на основании сведений, содержащихся в документе, предусмотренном федеральным законом или признаваемом в соответствии с международным договором Российской Федерации в качестве документа, удостоверяющего личность иностранного гражданина или лица без гражданства;
- пол;
- дата рождения;
- вид и данные удостоверяющего личность трудового мигранта документа, предусмотренного федеральным законом или признаваемого в соответствии с международным договором Российской Федерации в качестве документа, удостоверяющего личность иностранного гражданина или лица без гражданства;
- адрес места жительства (регистрации) или адрес места пребывания на территории Российской Федерации;
- гражданство (при наличии);
- контактная информация (телефон, адрес электронной почты (при наличии)).

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

При заключении договора страхования Страхователь (Застрахованный) обязан сообщить Страховщику обо всех известных ему обстоятельствах, имеющих значение для оценки страхового риска, в том числе о наличии или отсутствии имеющихся у Застрахованного следующих заболеваний (состояний):

- ВИЧ-инфекция, болезнь, вызванная вирусом иммунодефицита человека, СПИД;
- особо опасные инфекционные болезни³, в том числе: коронавирусная инфекция (2019-nCoV), оспа, полиомиелит, вызванный диким полиовирусом, человеческий грипп, вызванный новым подтипом, тяжелый острый респираторный синдром (ТОРС), холера, чума, малярия, вирусные лихорадки, передаваемые членистоногими, и вирусные геморрагические лихорадки, менингококковая болезнь;

² Порядок использования мобильного приложения Страховщика или представителя Страховщика размещается на официальных сайтах Страховщика, представителя Страховщика в информационно-телекоммуникационной сети «Интернет».

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

- наркологические заболевания.
- психические расстройства и расстройства поведения;
- злокачественные новообразования, гемобластозы;
- туберкулез;
- заболевания, относящиеся к классу врожденных аномалий, деформаций и хромосомных нарушений, и (или) связанные с ними осложнения;
- системные поражения соединительной ткани, в том числе все недифференцированные коллагенозы;
- заболевания сопровождающиеся хронической почечной или печеночной недостаточностью и требующие проведения хронического гемодиализа;
- хронические гепатиты С, Е, F, G;
- заболевания, по поводу которых назначена инвалидность (кроме III группы).

Информация о Страхователе – юридическом лице:

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

Информация о Страхователе – индивидуальном предпринимателе:

- фамилия, имя, отчество (последнее – при наличии) на русском языке (для иностранных граждан и лиц без гражданства такие сведения дополнительно указываются с помощью букв латинского алфавита на основании сведений, содержащихся в документе, предусмотренном федеральным законом или признаваемом в соответствии с международным договором Российской Федерации в качестве документа, удостоверяющего личность иностранного гражданина или лица без гражданства);
- дата рождения;
- гражданство (при наличии);
- место жительства в Российской Федерации (указывается адрес, по которому индивидуальный предприниматель зарегистрирован по месту жительства в установленном законодательством Российской Федерации порядке);
- данные основного документа, удостоверяющего личность гражданина (для иностранных граждан и лиц без гражданства указываются вид и данные документа, предусмотренного федеральным законом или признаваемого в соответствии с международным договором Российской Федерации в качестве документа, удостоверяющего личность иностранного гражданина или лица без гражданства);
- контактная информация (телефон, адрес электронной почты (при наличии));
- дата государственной регистрации физического лица в качестве индивидуального предпринимателя и данные документа, подтверждающего факт внесения в единый

государственный реестр индивидуальных предпринимателей записи об указанной государственной регистрации.

Информация о Страхователе – физическом лице:

- фамилия, имя, отчество (последнее – при наличии) на русском языке (для иностранных граждан и лиц без гражданства такие сведения дополнительно указываются с помощью букв латинского алфавита на основании сведений, содержащихся в документе, предусмотренном федеральным законом или признаваемом в соответствии с международным договором Российской Федерации в качестве документа, удостоверяющего личность иностранного гражданина или лица без гражданства);
- пол;
- дата рождения;
- гражданство (при наличии);
- адрес места жительства (регистрации) или адрес места пребывания на территории Российской Федерации, дата регистрации;
- данные основного документа, удостоверяющего личность гражданина (для иностранных граждан и лиц без гражданства указываются вид и данные документа, предусмотренного федеральным законом или признаваемого в соответствии с международным договором Российской Федерации в качестве документа, удостоверяющего личность иностранного гражданина или лица без гражданства);
- контактная информация (телефон, адрес электронной почты (при наличии));
- страховая сумма по Программе и наименование медицинских и иных учреждений;
- территория страхования;
- срок, на который заключается договор страхования.

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

7.4 Страхователь по требованию Страховщика обязан предоставить:

- учредительные документы Страхователя - юридического лица;
- документ, удостоверяющий личность Страхователя или действующего от его имени представителя, а также Застрахованного;
- доверенность или иной документ, свидетельствующий о наличии и объеме полномочий представителя Страхователя;
- документы, содержащие информацию о предыдущей истории страхования;
- документы по результатам медицинского обследования Застрахованного.

По соглашению со Страховщиком Страхователем могут быть предоставлены копии указанных выше документов.

По решению Страховщика перечень документов/информации, приведенный в настоящем пункте, может быть сокращен, если это не влияет на оценку риска, вероятности наступления страхового случая, а также определение застрахованного лица и Страхователя. Документы (их копии) должны быть предоставлены исключительно на русском языке либо с переводом на русский язык. Документы, указанные выше и выданные (оформленные) за границей РФ, принимаются к рассмотрению при условии признания их легитимности на территории РФ (при наличии апостиля, легализации и т.д.).

7.5 Заключение договора страхования в электронной форме. Требования к использованию электронных документов и порядок обмена информацией в электронной форме.

7.5.1 Электронный документооборот осуществляется в соответствии с Гражданским кодексом Российской Федерации, Федеральным законом от 06.04.2011 № 63-ФЗ «Об электронной подписи» и иным законодательством Российской Федерации.

7.5.2 Для заключения договора страхования в электронной форме Страхователь

через официальный сайт Страховщика www.ingos.ru, мобильное приложение Страховщика, официальный сайт (мобильное приложение) представителя Страховщика (страхового агента, страхового брокера) отправляет Страховщику сведения, указанные в пункте 7.3.1 настоящих Правил, путем заполнения электронной формы анкеты (заявления) на страхование или иным согласованным со Страховщиком способом.

7.5.3 При заключении договора страхования в виде электронного документа одновременно с заявлением о страховании Страховщик вправе потребовать у Страхователя документы (электронные копии документов, в том числе в виде электронных файлов в формате pdf, jpg и т.д.), указанные в пункте 7.4 настоящих Правил. Страхователь предоставляет заверенные соответствующей электронной подписью копии документов в электронном виде (в том числе, в виде электронных файлов в формате, указанном Страховщиком (pdf, jpg и т.д.)) на основании электронного запроса Страховщика, изложенного, в том числе, в виде условия страхования и (или) анкеты на сайте Страховщика.

Отправляемая Страхователем информация в электронной форме подписывается Страхователем-физическим лицом простой электронной подписью, Страхователем-индивидуальным предпринимателем – усиленной квалифицированной электронной подписью, по отдельному соглашению сторон – неквалифицированной (иной) подписью, а Страхователем-юридическим лицом – усиленной квалифицированной электронной подписью.

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

Информация в электронной форме, отправленная Страховщику и подписанная усиленной квалифицированной электронной подписью Страхователя (Выгодоприобретателя) в соответствии с требованиями настоящего пункта и Федерального закона от 6 апреля 2011 года № 63-ФЗ «Об электронной подписи», признается электронным документом, равнозначным документу на бумажном носителе, подписанному собственноручной подписью и заверенному печатью.

В случае невозможности обмена документами в электронном виде, подписанными электронной подписью, по причине технического сбоя внутренних систем или по иным причинам обмен документами производится на бумажном носителе с подписанием собственноручной подписью.

Стороны электронного документооборота вправе также заключить соглашение об иных условиях использования простой электронной или иной подписи согласно Федеральному закону от 06.04.2011 № 63-ФЗ «Об электронной подписи».

Электронный договор страхования, составленный в виде единого документа, подписывается усиленной квалифицированной электронной подписью Страховщика и Страхователя (если иного не предусмотрено соглашением сторон). Электронный страховой полис, выдаваемый Страховщиком Страхователю на основании его заявления в письменной или устной форме, подписывается только усиленной квалифицированной электронной подписью Страховщика (если иного не предусмотрено соглашением сторон). При заключении договора страхования в виде электронного страхового полиса Страховщик направляет Страхователю электронный страховой полис, заверенный усиленной квалифицированной электронной подписью Страховщика (если иного не предусмотрено соглашением сторон). В соответствии с пунктом 1 статьи 6 Федерального закона № 63-ФЗ от 06.04.2011 «Об электронной подписи», а также пунктом 4 статьи 6.1. Закона Российской Федерации «Об организации страхового дела в Российской Федерации» № 4015-1 от 27.11.1992, договор страхования (Полис), составленный в виде электронного документа, подписанный усиленной квалифицированной электронной подписью Страховщика, признается Сторонами электронным документом, равнозначным документу на бумажном

носителе, подписанному собственноручной подписью полномочного представителя СПАО «Ингосстрах».

При электронном страховании Страхователь оплачивает страховую премию (страховой взнос) после ознакомления с условиями, содержащимися в договоре страхования и настоящих Правилах страхования, подтверждая тем самым свое согласие на заключение договора страхования на предложенных Страховщиком условиях.

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

Текст настоящих Правил либо выписка из настоящих Правил (полисные условия страхования), сформированная на основе положений настоящих Правил, относящихся к конкретному договору страхования (страховому продукту), и на основе которых заключен договор страхования, дополнительно включается в текст электронного страхового Полиса.

Договор страхования, составленный в виде электронного документа, считается заключенным Страхователем на предложенных Страховщиком условиях с момента уплаты Страхователем страховой премии (страхового взноса).

В целях заключения договора страхования, а также в иных случаях, для которых настоящими Правилами страхования предусмотрена возможность использования простой электронной подписи (в частности, в пункте 11.11 настоящих Правил), устанавливаются следующие требования к использованию электронных документов, порядок обмена информацией в электронной форме и правила определения лица, подписывающего электронный документ, по его простой электронной подписи:

Страхователь-физическое лицо, подписывающий электронный документ (в том числе, анкету-заявление на страхование), для его последующего определения Страховщиком по его простой электронной подписи предоставляет Страховщику с использованием официального сайта Страховщика, мобильного приложения Страховщика, официального сайта или мобильного приложения представителя Страховщика следующие сведения:

- фамилия, имя и отчество (при наличии);
- абонентский номер, выделенный оператором подвижной радиотелефонной связи (номер телефона), и/или адрес электронной почты.

Страховщик (представитель Страховщика) направляет на указанные Страхователем-физическим лицом номер телефона и/или адрес электронной почты текстовое сообщение, содержащее последовательность символов, являющуюся ключом простой электронной подписи, и указание лицу, использующему простую электронную подпись, на необходимость соблюдать её конфиденциальность. Одновременно с первичным доступом к сайту Страховщика с использованием ключа простой электронной подписи, полученного в соответствии с настоящим пунктом, на сайте Страховщика автоматически создается персональная страница (далее – личный кабинет) Страхователя⁴. Информация считается подписанной простой электронной подписью Страхователя, в том числе если её применение подтверждено введением ключа простой электронной подписи, если подтверждение от Страхователя было получено в закрытой части (личном кабинете) сайта или мобильного приложения Страховщика (представителя Страховщика), вход в который Страхователь подтвердил введением ключа простой электронной подписи и ключа проверки простой электронной подписи в виде логина и пароля. Страховщик и лицо, подписывающее электронный документ, обязаны соблюдать конфиденциальность ключа простой электронной подписи.

⁴ В аналогичном порядке создается личный кабинет и используется простая электронная подпись иного клиента-физического лица, если между сторонами не заключено иных соглашений в соответствии с Федеральным законом № 63-ФЗ от 06.04.2011 «Об электронной подписи».

Указанная простая электронная подпись физического лица также может использоваться для удостоверения подлинности копий (фото, сканов) документов, предоставляемых в электронном виде, в том числе в виде пакета электронных документов.

Информация о подписании документа простой электронной подписью, а также информация, идентифицирующая лицо, подписавшее документ простой электронной подписью, указывается в подписанном документе. Определение лица, подписывающего электронный документ, по его простой электронной подписи осуществляется в соответствии с настоящей статьей Правил.

После осуществления доступа к сайту Страховщика в соответствии с настоящей статьей Страхователю предоставляется возможность направления Страховщику сведений и документов, указанных в пунктах 7.3-7.5 настоящих Правил. Информация в электронной форме, отправленная Страховщику и подписанная простой электронной подписью Страхователя (Застрахованного, Выгодоприобретателя)-физического лица в соответствии с требованиями настоящей статьи и Федерального закона от 6 апреля 2011 года № 63-ФЗ «Об электронной подписи», признается электронным документом, равнозначным документу на бумажном носителе, подписанному собственноручной подписью этого физического лица.

Страховщик осуществляет сплошную непрерывную регистрацию и хранение в течение 5 (Пяти) лет информации о действиях Страхователя (Застрахованного, Выгодоприобретателя), осуществляемых с использованием личного кабинета на сайте Страховщика (в мобильном приложении), включая действия по заявлению страхового случая.

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

7.7 Договор страхования, если в нем не предусмотрено иное, вступает в силу в момент уплаты страховой премии или первого страхового взноса, но не ранее даты заключения договора страхования. Договором страхования может быть предусмотрено условие о вступлении его в силу не ранее даты начала действия разрешения на работу или патента.

7.8 В договоре страхования указываются:

- лица и объекты, в отношении которых действует договор страхования;
- страховая сумма;
- сроки и территория действия договора страхования;
- размер и порядок уплаты страховой премии (взносов);
- иные условия по усмотрению сторон договора страхования.

7.9 Полис ДМС трудовых мигрантов должен содержать в том числе следующие сведения:

7.9.1 Сведения о Страхователе:

7.9.1.1 в случае, если Страхователем является физическое лицо:

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

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

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

7.9.1.2 в случае, если Страхователем является физическое лицо, зарегистрированное в установленном законодательством Российской Федерации порядке в качестве индивидуального предпринимателя:

- фамилия, имя, отчество (последнее – при наличии) на русском языке (для иностранных граждан и лиц без гражданства такие сведения дополнительно указываются с помощью букв латинского алфавита на основании сведений, содержащихся в документе, предусмотренном федеральным законом или признаваемом в соответствии с международным договором Российской Федерации в качестве документа, удостоверяющего личность иностранного гражданина или лица без гражданства);
- дата рождения;
- гражданство (при наличии);
- место жительства в Российской Федерации (указывается адрес, по которому индивидуальный предприниматель зарегистрирован по месту жительства в установленном законодательством Российской Федерации порядке);
- данные основного документа, удостоверяющего личность гражданина (для иностранных граждан и лиц без гражданства указываются вид и данные документа, предусмотренного федеральным законом или признаваемого в соответствии с международным договором Российской Федерации в качестве документа, удостоверяющего личность иностранного гражданина или лица без гражданства);
- контактная информация (телефон, адрес электронной почты (при наличии));
- дата государственной регистрации физического лица в качестве индивидуального предпринимателя и данные документа, подтверждающего факт внесения в единый государственный реестр индивидуальных предпринимателей записи об указанной государственной регистрации;

7.9.1.3 в случае, если Страхователем является юридическое лицо:

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

7.9.2 Информацию о застрахованном лице:

- фамилия, имя, отчество (последнее – при наличии) на русском языке, а также дополнительно с помощью букв латинского алфавита на основании сведений,

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

- пол;
- дата рождения;
- вид и данные удостоверяющего личность трудового мигранта документа, предусмотренного федеральным законом или признаваемого в соответствии с международным договором Российской Федерации в качестве документа, удостоверяющего личность иностранного гражданина или лица без гражданства;
- адрес места жительства (регистрации) или адрес места пребывания на территории Российской Федерации;
- гражданство (при наличии);
- контактная информация (телефон, адрес электронной почты (при наличии)).

7.9.3 Сведения о Страховщике:

- организационно-правовая форма и полное фирменное наименование;
- номер и дата выдачи лицензии на осуществление добровольного личного страхования, за исключением добровольного страхования жизни;
- адрес (место нахождения);
- телефон (факс);
- адрес официального сайта в информационно-телекоммуникационной сети «Интернет»;
- банковские реквизиты;
- фамилия, имя, отчество (последнее – при наличии) и должность лица, уполномоченного подписывать договор ДМС от имени Страховщика, и документ, на основании которого данное лицо подписывает договор ДМС.

7.9.4 Серию и номер полиса ДМС трудовых мигрантов.

7.9.5 Дату заполнения полиса ДМС трудовых мигрантов.

7.9.6 Срок действия договора ДМС трудовых мигрантов.

7.9.7 Территорию действия договора ДМС трудовых мигрантов.

7.9.8 Размер страховой суммы.

7.9.9 Подпись Страхователя.

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

- об условиях, на которых может быть заключен договор страхования, включающих: объект страхования, страховые риски, размер страховой премии, а также порядок получения медицинских и иных услуг и порядок осуществления страховой выплаты (страхового возмещения), в том числе перечень документов, которые необходимо представить Застрахованному вместе с заявлением на страховую выплату.
- 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 РФ;
- о сроках рассмотрения обращений Застрахованных или их представителей относительно получения страхового возмещения, а также о случаях продления таких сроков в связи с необходимостью получения информации от медицинских и иных организаций, непосредственно связанной с возможностью принятия Страховщиком решения о признании события страховым случаем или о размере страховой выплаты;
- о праве Страхователя запросить информацию о размере вознаграждения, выплачиваемого страховому агенту или страховому брокеру;
- об адресах мест приема документов на страховое возмещение при наступлении событий, имеющих признаки страхового случая, в том числе о возможности приема таких документов в электронной форме.

7.11 Срок действия договора страхования определяется исходя из сообщенного Страхователем (застрахованным лицом) предполагаемого срока действия разрешения на работу или патента. Договор страхования может содержать условие о вступлении его в силу не ранее даты начала срока действия разрешения на работу или патента.

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

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

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

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

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

7.14 После заключения договора страхования (за исключением заключения договора страхования в электронном виде) Страховщик в порядке, определенном договором страхования, выдает для Застрахованного комплект страховой документации, согласованный сторонами договора страхования, страховой полис⁵, отвечающий требованиям

⁵ Страхование конкретного застрахованного подтверждается оформлением индивидуального страхового полиса, соответствующего законодательству Российской Федерации, в т.ч. Указанию Банка России № 3793-У от 13.09.2015 «О минимальных (стандартных) требованиях к условиям и порядку осуществления медицинского

законодательства Российской Федерации, в том числе Минимальным стандартам, при необходимости, информационные документы.

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

7.16 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:

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

7.17 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.

7.18 Заключая Договор страхования на основании настоящих Правил, Страхователь дает Страховщику и иным указанным в настоящем пункте лицам согласие на обработку своих персональных данных, в том числе разрешенных для распространения, на условиях, изложенных в настоящем пункте, и гарантирует наличие аналогичных согласий иных лиц, персональные данные которых могут быть сообщены Страховщику в связи с договором страхования.

Страхователь обязуется по требованию Страховщика в течение 1 (Одного) рабочего дня предоставить Страховщику вышеуказанные согласия на обработку персональных данных в виде отдельных документов, составленных и оформленных в соответствии с

законодательством Российской Федерации, способом, соответствующим требованиям законодательства Российской Федерации.

Страховщик вправе передавать вышеуказанные персональные данные своим аффилированным лицам и иным лицам (в том числе ООО «СК «Ингосстрах-Жизнь» (125171, г. Москва, Ленинградское ш., д. 16, стр. 9), ООО «СК «Ингосстрах-М» (117997, г. Москва, ул. Пятницкая, д. 12, стр. 2), АО УК «Ингосстрах- Инвестиции» (115035, г. Москва, ул. Пятницкая, д. 12, стр. 2), АО «НПФ «Социум» (119017, г. Москва, Голиковский пер., д. 7), ООО «Клиника ЛМС» (119146, г. Москва, Комсомольский пр-т, д. 28, эт. 1, 3 пом. III, VI), Банк СОЮЗ (АО) (127030, г. Москва, ул. Сушевская, д. 27, стр. 1), АО «НПФ «Ингосстрах-Пенсия» (119017, г. Москва, Голиковский пер., д. 7), АО «ФРЕЙТ ЛИНК» (123308, г. Москва, пр-т Маршала Жукова, д. 4)), ООО «СДФ» (119019, г. Москва, Пречистенская наб., д. 45/1, стр. 4, эт. 2, пом. I, комн. 1, 2, 3, 4)), ООО «ТОЛКФИНАНС» (143026, г. Москва, тер Сколково инновационного центра, б-р Большой, д. 42, стр. 1, эт 0, пом 137, раб 28; ИНН: 7734387717)), медицинским и иным организациям в рамках добровольного медицинского страхования, а также компаниям, оказывающим Страховщику, его аффилированным и иным поименованным в настоящем пункте лицам маркетинговые услуги (в том числе услуги рекламодателя), ИТ-услуги, иные услуги. Такая передача может быть осуществлена посредством электронной почты, API (Application Programming Interface - интерфейс, который позволяет двум программам обмениваться информацией) или на материальных носителях (бумажных или электронных).

Персональные данные могут обрабатываться Страховщиком, его аффилированными и иными указанными в настоящем пункте лицами в целях исполнения договора страхования; формирования рекламных предложений услуг Страховщика, его аффилированных и иных поименованных в настоящем пункте лиц; продвижения услуг Страховщика, его аффилированных и иных поименованных в настоящем пункте лиц на рынке путем осуществления прямых контактов с потенциальным потребителем с помощью средств связи; определения размера убытков или ущерба; тестирования программного обеспечения; кредитного скоринга; направления рассылок в целях повышения уровня клиентоориентированности и лояльности (включая проведение исследований (опросов) в области сервисных услуг и их качества, предоставляемых Страховщиком, его аффилированными и иными поименованными в настоящем пункте лицами), а также информации об условиях продления договоров со Страховщиком, его аффилированными и иными поименованными в настоящем пункте лицами; в статистических целях; в целях продления договора страхования; в целях проведения анализа и оценки страховых рисков; в целях обновления или дополнения персональных данных любыми сведениями из любых источников; в целях совершенствования процесса оказания услуг Страховщиком, его аффилированными и иными поименованными в настоящем пункте лицами.

Составляющие врачебную тайну сведения, полученные в рамках исполнения договоров добровольного медицинского страхования от медицинских и иных организаций и лиц, уполномоченных осуществлять медицинскую экспертизу, могут быть использованы исключительно для целей исполнения договоров добровольного медицинского страхования; при этом указанные организации и лица в соответствующей части освобождаются от обязательства сохранять конфиденциальность указанных сведений.

Вышеуказанные согласия включают в себя также согласие на получение рекламы услуг Страховщика, его аффилированных и иных поименованных в настоящем пункте лиц, в том числе по сетям электросвязи и посредством использования телефонной связи, а также согласие на трансграничную передачу персональных данных.

Срок действия указанных согласий составляет 50 (Пятьдесят) лет с даты заключения Договора страхования.

Вышеуказанные согласия могут быть отзываны полностью или частично Страхователем и иными субъектами персональных данных посредством передачи

Страховщику соответствующих заявлений. Такие заявления могут быть переданы как на бумажном носителе за собственноручной подписью заявителя, так и посредством электронной почты (с указанием сведений, обязательных для включения в запрос на получение информации, касающейся обработки персональных данных), мобильного приложения Страховщика, личного кабинета на официальном сайте Страховщика. В случае подписания заявления представителем к заявлению должен быть приложен документ, подтверждающий соответствующие полномочия представителя (его сканированный образ).

Перечень персональных данных, на обработку которых даются вышеуказанные согласия: персональные данные, указанные в Договоре страхования и сообщенные дополнительно в связи с Договором страхования, а также полученные Страховщиком, его партнёрами и/или аффилированными и иными поименованными в настоящем пункте лицами при обновлении или дополнении персональных данных (в том числе фамилия, имя, отчество; дата и место рождения; гражданство; адрес; номер телефона, адрес электронной почты и иные контактные данные; пол; семейное, социальное, имущественное положение; сведения о наличии детей и иных лиц на иждивении; страна налогового резидентства; сведения об образовании, профессии, роде занятий, доходах, сбережениях и расходах; данные документа, удостоверяющего личность; данные документов, подтверждающих право иностранного гражданина или лица без гражданства на пребывание в Российской Федерации; уникальный номер индивидуального лицевого счета, используемый для обработки сведений о физическом лице в системе индивидуального (персонифицированного) учета, а также для идентификации и аутентификации сведений о физическом лице при предоставлении государственных и муниципальных услуг и исполнении государственных и муниципальных функций (СНИЛС); сведения о заключенных договорах страхования (номер, дата заключения, период страхования; страховая сумма и пр.); номер участника программы лояльности; идентификатор клиента в информационной системе Страховщика; данные миграционной карты, визы; идентификационный номер налогоплательщика; реквизиты банковского счета; данные договора банковского счета; сведения о банковских операциях; страховой номер индивидуального лицевого счета; данные полисов добровольного и обязательного медицинского страхования; биометрические персональные данные; сведения, относящиеся к специальным категориям персональных данных; сведения о состоянии здоровья и иные сведения, составляющие врачебную тайну, полученные от медицинских работников, лиц, уполномоченных осуществлять медицинскую экспертизу, и медицинских и иных организаций, из иных источников; иные сведения).

Перечень действий с персональными данными, на совершение которых даются вышеуказанные согласия: сбор, запись, систематизация, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), извлечение, использование, передача, обезличивание, блокирование, удаление, уничтожение персональных данных.

Обработка персональных данных может производиться с использованием средств автоматизации или без использования таких средств.

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

7.20 Если иное не предусмотрено договором страхования и при наличии соответствующей технической возможности, изменения в договор страхования могут быть внесены путем обмена информацией между Страховщиком и Страхователем в электронном виде через официальный сайт или мобильное приложение Страховщика, сайт (мобильное приложение) страхового агента/страхового брокера в порядке, аналогичном порядку, предусмотренному пунктом 7.5 настоящих Правил.

8. ПРАВА И ОБЯЗАННОСТИ СТОРОН

8.1 Страхователь имеет право:

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

8.1.2 в течение срока действия договора страхования с согласия Страховщика увеличить размер страховой суммы, изменить перечень медицинских и иных организаций по договору страхования/Программе, заключив при этом со Страховщиком дополнительное соглашение к договору страхования с соответствующим перерасчетом размера страховой премии, если иное не установлено в договоре страхования;

8.1.3 досрочно прекратить действие договора страхования;

8.1.4 застраховать с согласия Страховщика дополнительное количество лиц. При этом условия страхования для вновь Застрахованных определяются отдельно условиями договора страхования по соглашению сторон;

8.1.5 прекратить в отношении Застрахованного действие договора страхования;

8.1.6 требовать от Страховщика разъяснения положений, содержащихся в Правилах и договорах страхования, расчетов изменения в течение срока действия договора страхования страховой суммы, расчетов страховой выплаты;

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

8.2 Страхователь обязан:

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

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

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

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

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

8.2.6 передать Застрахованному страховые документы, определенные договором страхования, а при их утрате – дубликаты, а также разъяснить Застрахованному условия договора страхования и порядок ознакомления Застрахованного с информационным материалом по договору страхования в Личном кабинете;

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

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

8.3 Застрахованный имеет право:

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

8.3.2 требовать от Страховщика возмещения личных денежных средств, израсходованных на получение медицинских и иных услуг в соответствии с условиями договора страхования;

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

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

8.3.5 ознакомиться с информационными материалами по договору страхования в электронном виде через информационно-телекоммуникационную сеть «Интернет» – ресурс Личный кабинет на официальном сайте Страховщика www.ingos.ru;

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

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

8.4 Застрахованный обязан:

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

8.4.2 соблюдать предписания врача, полученные в ходе оказания медицинских и иных услуг, а также распорядок, установленный медицинской и иной организацией;

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

8.4.4 не передавать страховые документы, полученные от Страхователя, другим лицам с целью получения ими медицинских и иных услуг, предусмотренных договором страхования/Программой;

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

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

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

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

8.5 Страховщик имеет право:

8.5.1 проверять полученную от Страхователя и Застрахованного информацию;

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

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

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

8.5.5 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, за исключением случаев, когда для исполнения договора страхования согласие на обработку персональных данных не требуется;

8.5.6 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.

8.6 Страховщик обязан:

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

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

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

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

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

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

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

8.6.8 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 предусмотренным договором страхования способом.

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

8.6.10 уведомлять Страхователя и Застрахованного об уменьшении агрегатной страховой суммы в течение 5 (Пяти) рабочих дней с момента уменьшения размера страховой суммы до размера менее чем 10 000 (Десять тысяч) рублей.

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

9. ПОРЯДОК ПРЕКРАЩЕНИЯ ДОГОВОРА СТРАХОВАНИЯ

9.1 Договор страхования прекращает свое действие:

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

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

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

9.1.4 полностью – в случае полного отзыва субъектом персональных данных, являющимся Страхователем, согласия на обработку персональных данных (полный отзыв такого согласия считается отказом от договора страхования), за исключением случаев, когда согласие на обработку персональных данных не требуется для исполнения договора страхования;

9.1.5 частично – в случае полного отзыва субъектом персональных данных, являющимся Застрахованным, согласия на обработку персональных данных, за исключением случаев, когда согласие на обработку персональных данных не требуется для исполнения договора страхования;

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

(непредоставления Страховщиком информации о договоре страхования, предоставления неполной или недостоверной информации), при этом Страхователь имеет право на возврат 100% страховой премии за вычетом части страховой премии, исчисляемой пропорционально времени, в течение которого действовал договор страхования.

9.3 При прекращении договора страхования в соответствии с пунктами 9.1.2, 9.1.4, 9.1.5, 9.1.7, 9.1.9, 9.1.13 Правил в целом или отношении какого-либо Застрахованного, Страховщик возвращает уплаченную страховую премию в размере части премии, приходящейся на неистекший срок действия договора страхования.

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

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

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

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

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

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

9.5 Если иное не предусмотрено договором страхования и при наличии соответствующей технической возможности, прекращение (расторжение) договора страхования может быть совершено путем обмена информацией в электронном виде через официальный сайт или мобильное приложение Страховщика, сайт (мобильное приложение) страхового агента/страхового брокера в порядке, аналогичном порядку, предусмотренному пунктом 7.5 настоящих Правил.

10. ПОРЯДОК ПОЛУЧЕНИЯ МЕДИЦИНСКИХ И ИНЫХ УСЛУГ И ПОРЯДОК ОСУЩЕСТВЛЕНИЯ СТРАХОВЫХ ВЫПЛАТ

10.1 Для получения предусмотренной договором страхования и Программой медицинских и иных услуг Застрахованный обращается в медицинскую или иную организацию, определенную Страховщиком.

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

(или) настоящими Правилами необходимых действиях, которые Застрахованный обязан предпринять, а также обо всех документах, представление которых обязательно для рассмотрения вопроса о признании события страховым случаем и определении размера страховой выплаты (страхового возмещения), а также о сроках проведения указанных действий и представления документов; о предусмотренных договором страхования и (или) Правилами форме и способах осуществления страховой выплаты, и порядке их изменения, направленных на обеспечение прав получателя страховых услуг на получение страховой выплаты удобным для него способом из числа указанных в договоре страхования.

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

10.2 Для получения предусмотренных договором страхования и Программой медицинских и иных услуг Застрахованный может, с предварительного согласия Страховщика и если это предусмотрено договором страхования, обратиться в любую медицинскую или иную организацию и самостоятельно оплатить медицинские и иные услуги, предусмотренные Программой. После получения услуг Застрахованный, для получения страхового возмещения личных денежных средств, израсходованных на оплату медицинских и иных услуг, обязан 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 настоящих Правил, или об отказе в страховой выплате принимается Страховщиком и направляется Застрахованному в течение 30 (Тридцати) рабочих дней с момента получения от Застрахованного или его представителя следующих документов, направленных почтовым отправлением:

10.2.1 письменного заявления на получение страхового возмещения;

10.2.2 копии⁶ документа, удостоверяющего личность заявителя и получателя страхового возмещения;

10.2.3 документов, подтверждающих факт оказания предусмотренных Программой услуг Застрахованному (копия договора оказания медицинских услуг и/или договора оказания иных услуг, копия выписки из амбулаторной карты/истории болезни, заверенная подписью уполномоченного лица и печатью медицинской и иной организации или оригинал акта оказанных услуг или документы их заменяющие) с полной детализацией оказанных услуг (дата услуги, код услуги, наименование услуги, стоимость услуг согласно действующему прейскуранту медицинской и иной организации, количество услуг и общая стоимость оказанных услуг), приобретенных лекарственных препаратов, материалов/медицинских изделий, заверенные подписью ответственного лица и печатью медицинской и иной организации;

10.2.4 оригиналов оплаченных счетов с указанием медицинской и иной организации (аптечной или иной организации) и подробного перечня оказанных медицинских и иных услуг и их стоимости, чеков контрольно-кассовой техники, квитанций или бланков строгой отчетности, платежных поручений с отметкой банка об их исполнении или документов их заменяющих в соответствии с нормативными актами законодательства страны оказания услуги;

10.2.5 в случае, если возмещение связано с компенсацией расходов, понесенных застрахованным лицом на приобретение лекарственных препаратов и/или медицинских изделий, предусмотренных договором страхования, документов подтверждающих их назначение лечащим врачом медицинской организации (рецепт (или сигнатура), или заключение врача о назначении лекарственных препаратов/медицинских изделий), факт их

⁶ Здесь и далее по тексту настоящих Правил при указании «копия» понимаются копии, заверенные надлежащим образом (организацией, выдавшей документ, нотариусом, застрахованным, в том числе в электронном виде).

применения при проведенном лечении, а также документов по факту оплаты приобретенных лекарственных препаратов/ медицинских изделий (чек контрольно-кассовой техники или бланков строгой отчетности, платежных поручений с отметкой банка об их исполнении или документов их заменяющих в соответствии с законодательством страны оказания услуги);

10.2.6 при обращении за страховым возмещением от имени Застрахованного другого лица – документов, подтверждающих, что лицо является законным представителем Застрахованного, и/или документов, подтверждающих право обратившегося представлять интересы Застрахованного (нотариально удостоверенная доверенность, содержащая полномочия по получению третьими лицами денежных средств Застрахованного при страховом возмещении третьим лицам).

10.3 При личном обращении Застрахованного Страховщик принимает документы на страховую выплату по описи, реестру или акту приема-передачи. Опись, реестр или акт приема-передачи подписывается Страховщиком и Застрахованным с указанием даты приема документов. Дата приема документов может быть внесена посредством использования автоматизированных систем.

10.4 При получении Страховщиком документов на страховую выплату Страховщик проверяет комплектность документов и правильность их оформления.

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

10.6 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.

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

10.8 В случаях проведения сверки и/или экспертизы выставленных (предъявленных) к оплате счетов (и/или 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 (Девяноста) рабочих дней. Об использовании права на отсрочку страховой выплаты Страховщик сообщает Застрахованному.

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

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

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

10.12 Конкретный порядок организации медицинских и иных услуг определяется договором страхования и Программой.

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

11.1 Страховая выплата – денежная сумма, которую Страховщик произвел или должен будет произвести для оплаты медицинских и иных услуг при наступлении страхового случая по договору страхования.

11.2 Страховая выплата осуществляется в порядке и сроки, определенные Правилами, договором страхования и (или) 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 медицинской и иной организации, подробного перечня оказанных медицинских и иных услуг и их стоимости, а в отношении лекарственных препаратов и медицинских изделий также подтверждения их выписки лечащим врачом медицинской и иной организации и факта их применения при проведенном лечении. Срок принятия решения об осуществлении страховой выплаты не должен превышать 30 (Тридцати) рабочих дней с момента получения счета из медицинской и иной организации или заявления Застрахованного и иных документов, указанных в пункте 10.2 Правил. В случаях наличия возражений либо проведения сверки и/или экспертизы выставленных к оплате счетов/документов для страхового возмещения, срок принятия решения об их оплате/страховом возмещении может быть увеличен до 90 (Девяноста) рабочих дней. В указанный срок Страховщик осуществляет принятие положительного решения и передает документы для оплаты/страхового возмещения либо направляет обоснованный отказ в страховой выплате.

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

11.3 В случаях, предусмотренных пунктом 10.2 Правил, страховая выплата по договору страхования осуществляется Страховщиком в виде возмещения Застрахованному его личных денежных средств, израсходованных на получение медицинских и иных услуг, на основании предъявленных документов, указанных в пункте 10.2 Правил и подтверждающих произведенные Застрахованным расходы. При этом объем такой выплаты определяется договором страхования.

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

11.5 Страховщик вправе осуществлять страховую выплату (оплату стоимости медицинских и иных услуг) на базе следующих методов, которые вправе применять медицинские и иные организации:

11.5.1 за отдельную простую, сложную и/или комплексную медицинскую помощь, а также сервисные услуги, предоставляемые медицинской и иной организацией и связанные с предоставлением указанных услуг;

11.5.2 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;

11.5.3 по законченному случаю оказания медицинской помощи;

11.5.4 по подушевому нормативу за комплексное непрерывное и продолжительное медицинское обслуживание, предоставляемое медицинской и иной организацией Застрахованному в течение определенного периода времени;

11.5.5 иных методов, предложенных медицинскими и иными организациями.

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

11.6.1. в части покрытия расходов на оказание медицинских и иных услуг, не обоснованных документами, предусмотренными пунктом 10.2 Правил, подтверждающими наступление страхового случая;

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

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

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

11.6.5. обращение за медицинскими и иными услугами по основаниям иным, чем предусмотрено Программой;

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

11.7 Страховщик не вправе отказать в страховой выплате по основаниям, не предусмотренным законодательством РФ, настоящими Правилами или договором страхования (страховым полисом).

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

11.8.1 воздействия ядерного взрыва, радиации или радиоактивного заражения;

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

11.8.3 гражданской войны, народных волнений всякого рода или забастовок.

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

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

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

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

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

11.11.2 Отправляемая Страхователем, (Застрахованным, Выгодоприобретателем) информация в электронной форме подписывается соответствующей электронной подписью с соблюдением требований, порядка и обязанностей, предусмотренных пунктом 7.5 настоящих Правил.

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

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

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

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

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

12. ПОРЯДОК РАЗРЕШЕНИЯ СПОРОВ

12.1 Споры, вытекающие из договора страхования, разрешаются сторонами в обязательном досудебном порядке, путем направления письменной претензии. При не достижении соглашения, спор передается на рассмотрение суда (арбитражного суда) в соответствии с действующим законодательством Российской Федерации. Споры из договора страхования со Страхователем – юридическим лицом рассматриваются в Арбитражном суде г. Москвы, если договором страхования не установлено иное.

12.2 В связи с тем, что Страховщик включен в Реестр финансовых организаций, обязанных организовать взаимодействие с уполномоченным по правам потребителей финансовых услуг, в дополнение к порядку урегулирования споров, указанному в пункте 12.1 настоящих Правил, споры с участием Страховщика и потребителя финансовых услуг до момента обращения такого потребителя с иском в суд подлежат рассмотрению финансовым уполномоченным в порядке и сроки, определенные Федеральным законом от 4 июня 2018 г. № 123-ФЗ «Об уполномоченном по правам потребителей финансовых услуг» (далее – Закон № 123-ФЗ).

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

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

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

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

2) Финансовый уполномоченный не рассматривает обращения:

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

- по вопросам, связанным с компенсацией морального вреда и возмещением убытков в виде упущенной выгоды;
- по вопросам, связанным с трудовыми, семейными, административными, налоговыми правоотношениями, а также обращения о взыскании обязательных платежей и санкций, предусмотренных законодательством Российской Федерации;
- направленные повторно по тому же предмету и по тем же основаниям, что и обращение, ранее принятое финансовым уполномоченным к рассмотрению;
- содержащие нецензурные либо оскорбительные выражения, угрозы жизни, здоровью и имуществу финансового уполномоченного или иных лиц;
- текст которых не поддается прочтению.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Приложение № 1 к Правилам

Программа добровольного медицинского страхования «Трудовой мигрант»

По настоящей Программе СПАО «Ингосстрах» организует и оплачивает первичную медико-санитарную помощь и специализированную медицинскую помощь в неотложной форме при следующих заболеваниях и состояниях:

- инфекционные и паразитарные болезни, за исключением заболеваний, передаваемых половым путем, туберкулеза, ВИЧ-инфекции и синдрома приобретенного иммунодефицита, особо опасных инфекционных болезней (натуральная оспа, полиомиелит, малярия ТОРС), заболеваний, включенных в утверждаемый Правительством Российской Федерации перечень заболеваний, представляющих опасность для окружающих¹;
- новообразования, за исключением злокачественных новообразований;
- болезни эндокринной системы, за исключением сахарного диабета;
- расстройства питания и нарушения обмена веществ;
- болезни нервной системы, за исключением: психических расстройств и расстройств поведения;
- болезни крови, кроветворных органов;
- отдельные нарушения, вовлекающие иммунный механизм;
- болезни глаза и его придаточного аппарата;
- болезни уха и сосцевидного отростка;
- болезни системы кровообращения;
- болезни органов дыхания;
- болезни органов пищеварения;
- болезни мочеполовой системы;
- болезни кожи и подкожной клетчатки;
- болезни костно-мышечной системы и соединительной ткани;
- травмы, отравления и некоторые другие последствия воздействия внешних причин, за исключением случаев: патологических состояний, отравлений и травм, возникших у застрахованного лица в состоянии алкогольного опьянения или под воздействием иных психоактивных веществ и (или) лекарственных препаратов, употребленных без назначения врача; наступивших в результате совершения застрахованным лицом умышленных противоправных действий; при покушении застрахованного лица на самоубийство, за исключением тех случаев, когда застрахованное лицо было доведено до такого состояния противоправными действиями третьих лиц; при умышленном причинении себе телесных повреждений застрахованным лицом;
- врожденные аномалии (пороки развития);
- деформации и хромосомные нарушения.

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

Экстренная госпитализация осуществляется при таком состоянии здоровья Застрахованного, которое требует срочного оказания медицинской помощи в условиях стационара. СПАО «Ингосстрах» оплачивает медицинские услуги стационара, оказанные по

¹ В соответствии с частью 2 статьи 43 Федерального закона от 21 ноября 2011 года N 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».

поводу заболевания (состояния), явившегося непосредственной причиной экстренной госпитализации.

1. ОБЪЕМ ПРЕДОСТАВЛЯЕМЫХ УСЛУГ

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

1.1 амбулаторно-поликлинические услуги:

1.1.1 диагностические и лечебные, в том числе:

- консультации врачей-специалистов;
- лабораторные исследования: анализы крови и других биологических сред организма;
- инструментальные методы исследования;
- внутримышечные, внутривенные струйные, подкожные инъекции и другие манипуляции, проводимые средним медицинским персоналом и врачами специалистами, включая стоимость лекарственных препаратов, имеющих в наличии в медицинском учреждении;

1.1.2 экспертиза временной нетрудоспособности;

1.2 услуги службы скорой медицинской помощи при наличии в населенном пункте службы скорой медицинской помощи:

- выезд ближайшей к месту нахождения Застрахованного бригады службы скорой медицинской помощи, включая комплекс экстренных лечебных манипуляций, необходимую экспресс-диагностику и медицинскую транспортировку в медицинское учреждение;

1.3 услуги стационара при экстренной госпитализации:

1.3.1 диагностические, лечебные и протезно-ортопедические², в том числе:

- консультации;
- лабораторные и инструментальные исследования;
- пребывание в отделении интенсивной терапии, реанимационные мероприятия;
- хирургическое и консервативное лечение;
- лекарственные препараты и другие необходимые для лечения средства, имеющиеся в наличии стационара;

1.3.2 пребывание в стационаре в палате стандартного типа, питание и уход медицинского персонала;

1.3.3 экспертиза временной нетрудоспособности.

2. ПОРЯДОК ПОЛУЧЕНИЯ И ОРГАНИЗАЦИИ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ³

2.1 Для получения услуг, предусмотренных настоящей программой, Застрахованный или его представитель должен заблаговременно, до визита в медицинское учреждение и/или до получения медицинских услуг, обратиться в Управление организации медицинской помощи СПАО «Ингосстрах», сообщив при этом ФИО, номер полиса, контактный телефон для связи и иную информацию по запросу сотрудника Управления организации медицинской помощи, и далее следовать указаниям сотрудника СПАО «Ингосстрах».

2.2 Медицинские услуги, предусмотренные настоящей программой, организуются по предварительному согласованию со СПАО «Ингосстрах» в медицинском учреждении, с которым у СПАО «Ингосстрах» есть договорные отношения. При этом медицинское учреждение, где будет организовано лечение, определяет СПАО «Ингосстрах».

2.3 Услуги оказываются в режиме работы медицинского учреждения/врачей и в соответствии с регламентом работы служб скорой медицинской помощи при наличии оригинала полиса и документа, удостоверяющего личность Застрахованного.

² Протезно-ортопедические услуги при экстренной госпитализации оплачиваются, когда необходимость в них возникла в результате травмы, произошедшей в течение срока действия договора страхования.

³ По согласованию Страхователя и Страховщика договором страхования может быть предусмотрен иной порядок получения медицинских услуг.

2.4 При невозможности заблаговременно связаться с Управлением организации медицинской помощи СПАО «Ингосстрах» Застрахованный или его представитель должен сделать это при первой возможности и предъявить страховой полис, не оплачивая при этом услуг, предлагаемых или оказанных третьими лицами, без получения официального подтверждения от сотрудника СПАО «Ингосстрах» того, что услуги могут быть организованы и/или оплачены. При этом по запросу СПАО «Ингосстрах» Застрахованный или его представитель должен письменно обосновать причину невыполнения условий пункта 2.1 настоящей программы и представить соответствующие подтверждающие документы.

2.5 При организации услуг по настоящей программе СПАО «Ингосстрах» оплачивает расходы на лечение и иные услуги, предусмотренные настоящей программой, напрямую в медицинское учреждение.

2.6 При необходимости отказа от согласованных и/или организованных СПАО «Ингосстрах» медицинских и иных услуг, Застрахованный или его представитель должен заблаговременно сообщить об этом в СПАО «Ингосстрах», обратившись в Управление организации медицинской помощи СПАО «Ингосстрах».

3. ОБЯЗАННОСТИ СТРАХОВАТЕЛЯ

3.1 Страхователь обязан возместить понесенные СПАО «Ингосстрах» расходы в следующих случаях:

3.1.1 вызов бригады скорой медицинской помощи по неточному, неполному или несуществующему адресу, указанному Застрахованным или лицом, действующим в его интересах, сотруднику Управления организации медицинской помощи СПАО «Ингосстрах»;

3.1.2 отсутствие Застрахованного по указанному при вызове скорой медицинской помощи адресу;

3.1.3 вызов бригады скорой медицинской помощи для лиц, не застрахованных по настоящей программе;

3.1.4 вызов бригады скорой медицинской помощи с целью получения плановых медицинских 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 медицинской помощи;

3.1.7 отказ от услуг бригады скорой медицинской помощи по ее прибытии на место вызова.

3.2 После оплаты СПАО «Ингосстрах» услуг, перечисленных в пунктах 3.1.1-3.1.7 настоящей программы, СПАО «Ингосстрах» вправе потребовать возмещения Страхователем суммы оплаченного счета. При неоплате этой суммы в течение 5 банковских дней с момента получения счета от СПАО «Ингосстрах», последнее вправе прекратить действие договора страхования в отношении такого Застрахованного.

4. ИСКЛЮЧЕНИЯ ИЗ НАСТОЯЩЕЙ ПРОГРАММЫ

4.1 СПАО «Ингосстрах» не оплачивает медицинские услуги, связанные с заболеваниями и состояниями и их осложнениями, не указанными в преамбуле настоящей программы.

4.2 СПАО «Ингосстрах» не оплачивает следующие медицинские услуги:

4.2.1 медицинские услуги, проводимые без медицинских показаний или не назначенные врачом, оказывающим медицинскую помощь в рамках настоящей программы;

4.2.2 динамическое и диспансерное наблюдение хронических заболеваний;

4.2.3 медицинские услуги, оказанные в плановом порядке;

4.2.4 методы традиционной медицины: все виды традиционной диагностики, все виды

традиционной терапии; ударно-волновая терапия; все виды пневмомассажа⁴; аппаратное вытяжение позвоночника (сухое и подводное); лечение с использованием аппаратов квантовой терапии; лечение с использованием аппаратов структурно-резонансной терапии;

4.2.5 лечение, являющееся по характеру экспериментальным или исследовательским; услуги, связанные с телемедициной; экстракорпоральные методы лечения, в том числе УФО крови, за исключением случаев проведения экстракорпорального воздействия на кровь и её компоненты по жизненным показаниям при нахождении больного в отделении реанимации; гипо-, нормо- и гипербарическая оксигенация; внутривенное и накожное облучение крови; озонотерапия; лечение с использованием альфа капсул; роботассистированные операции; высокотехнологичная медицинская помощь;

4.2.6 медицинские услуги, связанные с беременностью, родами, послеродовым периодом и прерыванием беременности;

4.2.7 выдача всех видов медицинской документации⁵;

4.2.8 услуги стационара одного дня;

4.2.9 медицинская помощь на дому;

4.2.10 диагностика, лечение, процедуры, пластические операции, проводимые с эстетической или косметической целью или с целью улучшения психологического состояния Застрахованного; лечение мозолей, папиллом, бородавок, невусов, кондилом, липом, келлоидных рубцов; коррекция веса; хирургическое изменение пола;

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

4.2.12 консультации и лечение у психотерапевта, психиатра, психоневролога; психолога, логопеда;

4.2.13 все виды стоматологических услуг;

4.2.14 операции по пересадке органов и тканей; все виды протезирования (за исключением случаев, предусмотренных настоящей программой);

4.2.15 медицинские услуги, связанные с подготовкой к плановой госпитализации;

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

4.3 СПАО «Ингосстрах» не оплачивает:

4.3.1 расходы Застрахованного на приобретение лекарственных средств и изделий медицинского назначения, медицинского оборудования, очков, контактных линз, слуховых аппаратов, медицинских изделий, предназначенных для ухода за больными, корректирующих медицинских устройств, материалов и приспособлений (в том числе корсетов, костылей, стелек), а также расходы на их подгонку;

4.3.2 кардиостимуляторы, стенты, а также расходные материалы, в том числе для проведения ангиопластики и стентирования⁶; трансплантаты;

4.3.3 искусственные хрусталики, имплантаты, протезы и эндопротезы, металлоконструкции⁷;

4.3.4 иммобилизационные системы⁸.

⁴ За исключением пневмомассажа барабанных перепонок.

⁵ За исключением выдачи справки о перенесенном заболевании (форма 095/у) или листка нетрудоспособности.

⁶ Кроме операций, проводимых в экстренных случаях по жизненным показаниям с использованием медицинских изделий отечественного производства.

⁷ Кроме случаев, когда необходимость в них возникла в результате травмы, произошедшей в течение срока действия договора страхования, с использованием медицинских изделий отечественного производства.

⁸ За исключением случаев использования гипсовых повязок для иммобилизации в случае травмы, произошедшей в течение срока действия договора страхования.

4.4 Если в течение срока действия договора страхования будет установлено, что договор страхования заключен в отношении Застрахованного, имеющего заболевание, не указанное в преамбуле настоящей программы, СПАО «Ингосстрах» оплачивает медицинские услуги, оказанные Застрахованному по медицинским показаниям, до момента подтверждения (постановки) диагноза.

Телефоны для обращений Управление организации медицинской помощи СПАО «Ингосстрах» (круглосуточно)	8-495-729-41-29 8-800-2003-911
--	-----------------------------------

Приложение № 2 к Правилам

образец (для юридических лиц)

ДОГОВОР

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

г. _____

«___» _____ 20__ г.

Страховое публичное акционерное общество «Ингосстрах», именуемое в дальнейшем «Страховщик», в лице _____, действующего на основании доверенности № _____ от _____, с одной стороны, и _____, именуем__ в дальнейшем «Страхователь», в лице _____, действующ__ на основании _____, с другой стороны, вместе именуемые «Стороны», заключили Договор добровольного медицинского страхования иностранных граждан и лиц без гражданства, прибывших в Российскую Федерацию и намеревающихся осуществлять или осуществляющих трудовую деятельность на основании разрешения на работу или патента (далее – Договор) о нижеследующем.

1. ПРЕДМЕТ ДОГОВОРА

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

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

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

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

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

2. ЧИСЛЕННОСТЬ ЗАСТРАХОВАННЫХ

2.1 Численность Застрахованных определяется согласно Списку.

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

3. ПРАВА И ОБЯЗАННОСТИ СТРАХОВАТЕЛЯ, СТРАХОВЩИКА И ЗАСТРАХОВАННОГО

3.1 Страхователь вправе:

3.2 Застрахованный вправе:

3.3 Страховщик вправе:

3.4 Страхователь обязан:

3.5 Застрахованный обязан:

3.6 Страховщик обязан:

4. СТРАХОВАЯ СУММА, СТРАХОВОЙ ТАРИФ И СТРАХОВАЯ ПРЕМИЯ

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

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

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

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

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

1. пол, возраст, состояние здоровья принимаемого на страхование лица;
2. объем предоставляемого покрытия (ценовая категория медицинского учреждения, оплачиваемые и неоплачиваемые виды медицинской помощи);
3. срок действия Договора;
4. общее количество лиц, принимаемых на страхование по Договору;
5. ценовая категория медицинского учреждения.

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

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

Страховая премия уплачивается _____.

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

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

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

5. КОНФИДЕНЦИАЛЬНОСТЬ И ЗАЩИТА ПЕРСОНАЛЬНЫХ ДАННЫХ

5.1 Стороны считают конфиденциальной информацию:

5.1.1 о сумме страховой премии, подлежащей уплате по Договору;

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

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

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

5.3 Страховщик имеет право во исполнение своих обязательств по Договору передавать указанные в п. 5.1.2 Договора персональные данные своим партнерам, с которыми у Страховщика заключены договоры, направленные на исполнение Страховщиком обязательств по настоящему Договору. При этом Страховщик подтверждает, что с его партнерами заключены договоры, в которых в обязательства партнеров вменено предотвращение разглашения персональных данных Застрахованных Страховщика и обеспечение безопасности персональных данных при их обработке.

5.4 Посредством направления соответствующих запросов своим партнерам, Страховщиком могут быть получены данные, указанные в п. 5.1.3 Договора. При этом партнеры Страховщика освобождаются от обязательств конфиденциальности перед Страховщиком.

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

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

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

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

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

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

6. ПОРЯДОК РАЗРЕШЕНИЯ СПОРОВ

6.1 Стороны освобождаются от ответственности за частичное или полное неисполнение обязательств по Договору, если это неисполнение явилось следствием

непреодолимой силы, т.е. чрезвычайных и непредотвратимых при данных условиях обстоятельствах (например, стихийные бедствия, принятие компетентными государственными органами решений, выполнение которых является обязательным для Сторон и делает невозможным выполнение ранее взятых на себя обязательств по Договору и т.п.). В этом случае выполнение обязательств по настоящему Договору откладывается на время действия обстоятельств непреодолимой силы.

6.2 Все споры, возникающие при исполнении Договора, Стороны будут стремиться разрешать путем переговоров. Неурегулированные споры разрешаются в соответствии с законодательством РФ. Споры из договора страхования со Страхователем – юридическим лицом рассматриваются в Арбитражном суде г. Москвы

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

7.1 Договор вступает в силу с даты его подписания.

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

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

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

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

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

7.7 При досрочном прекращении действия Договора в целом или в отношении части Застрахованных по основаниям, предусмотренным Договором, возврат части страховой премии _____.

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

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

8. ЗАКЛЮЧИТЕЛЬНЫЕ ПОЛОЖЕНИЯ

8.1 Следующие Приложения к Договору являются его неотъемлемыми частями:

- Приложение № 1 – Планы добровольного медицинского страхования;
- Приложение № 2 – Программа добровольного медицинского страхования;
- Приложение № 3 – Список Застрахованных;

Приложение № 4 – Страховая премия и численность Застрахованных;

Приложение № 5 – Форма заявления на внесение изменений в список Застрахованных;

Приложение № 6 – Форма согласия на обработку Страховщиком персональных данных Застрахованного.

8.2 Все заявления, сообщения и уведомления по Договору должны быть сделаны Сторонами в письменном виде и направляться друг другу посредством почтовой, курьерской, телефаксной или иной связи. Допускается факсимильное воспроизведение подписи представителей Сторон, в том числе на Дополнительных соглашениях к Договору и счетах.

8.3 Договор составлен и подписан на русском языке в двух экземплярах, имеющих одинаковую юридическую силу, по одному для каждой из Сторон. Для предоставления Страхователю (Застрахованному) информации Страховщик, помимо телефонной и почтовой связи, использует Личный кабинет.

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

Форма выплаты страхового возмещения:

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

- об условиях, на которых может быть заключен договор страхования, включающих: объект страхования, страховые риски, размер страховой премии, а также порядок получения медицинских услуг и порядок осуществления страховой выплаты (страхового возмещения), в том числе перечень документов, которые необходимо представить Застрахованному вместе с заявлением на страховую выплату;

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

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

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

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

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

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

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

- об адресах мест приема документов на страховое возмещение при наступлении событий, имеющих признаки страхового случая, в том числе о возможности приема таких документов в электронной форме.

9. АДРЕСА И РЕКВИЗИТЫ СТОРОН

9.1 **Страховщик:** Страховое публичное акционерное общество «Ингосстрах»

Адрес местонахождения, банковские реквизиты, номера контактных телефонов, телефаксов

9.2 **Страхователь:**

Адрес местонахождения, банковские реквизиты, номера контактных телефонов, телефаксов

СТРАХОВЩИК

СТРАХОВАТЕЛЬ

должность, ФИО, действующий на
основании доверенности № ____ от

Приложение № 1 к Договору

Номер Плана

Подпункты Плана	Медицинские организации

Номер Плана

Подпункты Плана	Медицинские организации

Приложение № 4 к Договору

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

Приложение № 5 к Договору

Исх. №
Дата

ДИРЕКТОРУ ДЕПАРТАМЕНТА МЕДИЦИНСКОГО
СТРАХОВАНИЯ СПАО «ИНГОССТРАХ»

Уважаемый _____,

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

от:

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

Фамилия	Имя	Отчество

2. включить в список Застрахованных с (дата):

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

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

3.

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

исключить из списка Застрахованных с (дата по Плану № :

Фамилия	Имя	Отчество	Дата рождения

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

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

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

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

4. изменить Ф.И.О., дату рождения Застрахованного*:

Фамилия	Имя	Отчество	Дата рождения

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

--	--	--	--

новые Ф.И.О., дата рождения

Фамилия	Имя	Отчество	Дата рождения

5. изменить адрес
Застрахованного:

Фамилия	Имя	Отчество	Дата рождения

новый адрес:

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



Страховое публичное акционерное общество «Ингосстрах»
Адрес места нахождения: Россия, 115035, г. Москва, ул. Пятницкая, д.12, стр. 2.
ИНН 7705042179, КПП 774401001, ОГРН 1027739362474

ОТКРЫТОЕ СТРАХОВОЕ АКЦИОНЕРНОЕ ОБЩЕСТВО «ИНГОССТРАХ»

Согласие на обработку Страховщиком, его аффилированными и иными лицами персональных данных Страхователя/ Застрахованного для осуществления договора добровольного медицинского страхования иностранных граждан и лиц без гражданства, прибывших в Российскую Федерацию и намеревающихся осуществлять или осуществляющих трудовую деятельность на основании разрешения на работу или патента (здесь и далее по тексту Договора)

В целях исполнения Федерального закона РФ № 152-ФЗ от 27 июля 2006 года подтверждаю свое согласие на обработку Страховщиком, его аффилированными и иными лицами (в том числе ООО «СК «Ингосстрах-Жизнь» (125171, г. Москва, Ленинградское ш., д. 16, стр. 9), ООО «СК «Ингосстрах-М» (117997, г. Москва, ул. Пятницкая, д. 12, стр. 2), АО УК «Ингосстрах- Инвестиции» (115035, г. Москва, ул. Пятницкая, д. 12, стр. 2), АО «НПФ «Социум» (119017, г. Москва, Голиковский пер., д. 7), ООО «Клиника ЛМС» (119146, г. Москва, Комсомольский пр-т, д. 28, эт. 1, 3 пом. III, VI), Банк СОЮЗ (АО) (127030, г. Москва, ул. Сушевская, д. 27, стр. 1), АО «НПФ «Ингосстрах-Пенсия» (119017, г. Москва, Голиковский пер., д. 7), АО «ФРЕЙТ ЛИНК» (123308, г. Москва, пр-т Маршала Жукова, д. 4)), ООО «СДФ» (119019, г. Москва, Пречистенская наб., д. 45/1, стр. 4, эт. 2, пом. I, комн. 1, 2, 3, 4)), ООО «ТОЛКФИНАНС» (143026, г. Москва, тер Сколково инновационного центра, б-р Большой, д. 42, стр. 1, эт 0, пом 137, раб 28; ИНН: 7734387717)), медицинским и иным учреждениям в рамках добровольного медицинского страхования, а также компаниями, оказывающим Страховщику, его аффилированным и иным поименованным в настоящем пункте лицам маркетинговые услуги (в том числе услуги рекламодателя/ распространителя), ИТ-услуги, иные услуги моих ниже перечисленных персональных данных в целях исполнения Договора страхования; формирования рекламных предложений услуг Страховщика, его аффилированных и иных поименованных в настоящем Соглашении лиц; продвижения услуг Страховщика, его аффилированных и иных поименованных в настоящем Соглашении лиц на рынке путем осуществления прямых контактов с потенциальным потребителем с помощью средств связи; определения размера убытков или ущерба; тестирования программного обеспечения; кредитного скоринга; направления рассылок в целях повышения уровня клиентоориентированности и лояльности (включая проведение исследований (опросов) в области сервисных услуг и их качества, предоставляемых Страховщиком, его аффилированными и иными поименованными в настоящем пункте лицами), а также информации об условиях продления Договора со Страховщиком, его аффилированными и иными поименованными в настоящем пункте лицами; в статистических целях; в целях продления Договора страхования; в целях проведения анализа и оценки страховых рисков; в целях обновления или дополнения персональных данных любыми сведениями из любых источников; в целях совершенствования процесса оказания услуг Страховщиком, его аффилированными и иными поименованными в настоящем Соглашении лицами.

Составляющие врачебную тайну сведения, полученные в рамках исполнения договоров добровольного медицинского страхования от медицинских организаций и лиц, уполномоченных осуществлять медицинскую экспертизу, могут быть использованы исключительно для целей исполнения договора добровольного медицинского страхования; при этом указанные организации и лица в соответствующей части освобождаются от обязательства сохранять конфиденциальность указанных сведений.

Вышеуказанное Соглашение включает в себя также согласие на получение рекламы услуг Страховщика, его аффилированных и иных поименованных в настоящем Соглашении лиц, в том числе по сетям электросвязи и посредством использования телефонной связи, а также согласие на трансграничную передачу персональных данных.

Мои персональные данные, как данные Застрахованного включают персональные данные, указанные в Договоре страхования и сообщенные дополнительно в связи с Договором страхования, а также полученные Страховщиком, его партнёрами и/или аффилированными и иными поименованными в настоящем Соглашении лицами при обновлении или дополнении персональных данных (в том числе фамилия, имя, отчество; дата и место рождения; гражданство; адрес; номер телефона, адрес электронной почты и иные контактные данные; пол; семейное, социальное, имущественное положение; сведения о наличии детей и иных лиц на иждивении; страна налогового резидентства; сведения об образовании, профессии, роде занятий, доходах, сбережениях и расходах; данные документа, удостоверяющего личность; данные документов, подтверждающих право иностранного гражданина или лица без гражданства на пребывание в Российской Федерации; уникальный номер индивидуального лицевого счета, используемый для обработки сведений о физическом лице в системе индивидуального (персонифицированного) учета, а также для идентификации и аутентификации сведений о

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

физическом лице при предоставлении государственных и муниципальных услуг и исполнении государственных и муниципальных функций (СНИЛС); сведения о заключенных договорах страхования (номер, дата заключения, период страхования; страховая сумма и пр.); номер участника программы лояльности; идентификатор клиента в информационной системе Страховщика; данные миграционной карты, визы; идентификационный номер налогоплательщика; реквизиты банковского счета; данные договора банковского счета; сведения о банковских операциях; страховой номер индивидуального лицевого счета; данные полисов добровольного и обязательного медицинского страхования; биометрические персональные данные; сведения, относящиеся к специальным категориям персональных данных; сведения о состоянии здоровья и иные сведения, составляющие врачебную тайну, полученные от медицинских работников, лиц, уполномоченных осуществлять медицинскую экспертизу и медицинских организаций, из иных источников; иные сведения).

Предоставляю Страховщику, его аффилированным и иным указанным в настоящем Соглашении лицам право осуществлять все действия (операции) с моими персональными данными, включая сбор, запись, систематизация, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), извлечение, использование, передача, обезличивание, блокирование, удаление, уничтожение персональных данных. Обработка персональных данных может производиться с использованием средств автоматизации или без использования таких средств.

Страховщик, его аффилированные и иные указанные в настоящем Соглашении лица вправе обрабатывать мои персональные данные посредством включения их в списки и внесения в электронные базы данных Страховщика, его аффилированных и иных указанных в настоящем Соглашении лиц. В том числе даю свое согласие на открытие мне доступа в личный кабинет СПАО «Ингосстрах» в соответствующем разделе сайта www.ingos.ru и публикацию в нем моих персональных данных. Страховщик имеет право во исполнение своих обязательств по Договору передавать мои персональные данные в медицинские и иные учреждения, предусмотренные Договором, а также своим аффилированным и иным лицам, поименованным в настоящем Соглашении, и получать от указанных организаций и лиц данные обо мне, при условии, что он имеет договоры с указанными медицинскими организациями и лицами, обеспечивающие безопасность персональных данных при их обработке и предотвращение разглашения персональных данных. При этом врачи указанных медицинских учреждений, аффилированные и иные лица освобождаются от обязательств конфиденциальности перед Страховщиком в отношении моих персональных данных. Передача моих персональных данных иным лицам или иное их разглашение может осуществляться только с моего письменного согласия.

Настоящее согласие дано в момент подписания Договора и действует 50 (Пятьдесят) лет с даты заключения Договора.

Я вправе отозвать своё согласие посредством составления соответствующего письменного документа, который должен быть направлен в адрес Страхователя заказным письмом с уведомлением о вручении либо вручен лично под расписку представителю Страхователя. В случае поступления от Страхователя письменного заявления об отзыве персональных данных Страховщик вправе рассматривать указанное заявление как уведомление о расторжении Договора в отношении меня, и я буду снят со страхования по Договору не позднее даты получения Страховщиком уведомления об отзыве моего согласия на обработку персональных данных от Страхователя.

ЗАСТРАХОВАННЫЙ/ СТРАХОВАТЕЛЬ

(ФИО полностью)

Паспорт _____ выданный _____
Адрес проживания _____
Дата рождения ____/____/____ г., телефон _____

(подпись)

Приложение № 3 к Правилам

Образец (для физических лиц)

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

г. _____

« _____ » _____ 20__ г.

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

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

1. ПРЕДМЕТ ДОГОВОРА

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

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

2. СТРАХОВАЯ СУММА И СТРАХОВАЯ ПРЕМИЯ

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

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

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

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

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.

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

3. КОНФИДЕНЦИАЛЬНОСТЬ И ЗАЩИТА ПЕРСОНАЛЬНЫХ ДАННЫХ

3.1 Стороны считают конфиденциальной информацию:

3.1.1 о сумме страховой премии, подлежащей уплате по Договору;

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

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

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

4. ПОРЯДОК РАЗРЕШЕНИЯ СПОРОВ

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

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

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

5.1 Договор вступает в силу с даты его подписания.

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

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

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

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

6. ЗАКЛЮЧИТЕЛЬНЫЕ ПОЛОЖЕНИЯ

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

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

6.3 Форма выплаты страхового возмещения:

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

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

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

Приложение № 4 к Правилам

Образец страхового медицинского ПОЛИСА

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

Страховщик:

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

«__» _____ 20__
Дата заполнения
договора страхования

Серия _____ № _____

Страхователь:

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

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

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

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

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

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

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

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

Застрахованное лицо:

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

Документ, удостоверяющий личность (вид, данные) _____

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

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

Гражданство (при наличии) _____

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

С «__» ____ 20__ По «__» ____ 20__

Срок действия договора страхования _____

Территория действия: _____

Программа страхования _____

Страховая сумма _____

Бесплатный телефон из любой точки России _____

Данные по изготовителю бланка договора страхования _____

Иные условия страхования (по усмотрению сторон): _____

Форма выплаты страхового возмещения: _____.

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

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

Страхователь _____
(подпись)

Страховщик _____
(подпись)

Выдан «__» _____ 20__ г.

Приложение № 4.1 к Правилам

Образец страхового медицинского ПОЛИСА
(в виде электронного документа)

Серия _____ № _____

Настоящий Полис выдан на основании заявления на страхование, отправленного Страхователем _____ (далее – Страхователь) Страховщику (СПАО «Ингосстрах») через его официальный сайт www.ingos.ru, мобильное приложение Страховщика, официальный сайт или мобильное приложение представителя Страховщика, подписанного соответствующей электронной подписью Страхователя и подтверждает заключение договора добровольного медицинского страхования иностранных граждан и лиц без гражданства, прибывших в Российскую Федерацию и намеревающихся осуществлять или осуществляющих трудовую деятельность. Исполнение, изменение условий и прекращение договора страхования осуществляются согласно «Правилам добровольного медицинского страхования иностранных граждан и лиц без гражданства, прибывших в Российскую Федерацию и намеревающихся осуществлять или осуществляющих трудовую деятельность на основании разрешения на работу или патента» СПАО «Ингосстрах» от «___» _____ 20__ г., именуемым также как Правила страхования. Указанные Правила страхования являются неотъемлемой частью настоящего договора страхования и включены в единый файл с договором страхования.

В соответствии с п. 4 ст. 6.1 Закона РФ «Об организации страхового дела в Российской Федерации» № 4015-1 от 27.11.1992 г. настоящий договор страхования, составленный в виде электронного документа, подписан усиленной квалифицированной электронной подписью Страховщика и признается Сторонами электронным документом, равнозначным документу на бумажном носителе, подписанному собственноручной подписью полномочного представителя СПАО «Ингосстрах».

Страхователь:

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Застрахованное лицо:

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

Документ, удостоверяющий личность (вид, данные) _____

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

Гражданство (при наличии) _____

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

С «__» ____ 20__ По «__» ____ 20__

Срок действия договора страхования

Территория действия: _____

Программа страхования

Страховая сумма

Бесплатный телефон из любой точки России _____

Иные условия страхования (по усмотрению сторон): _____

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

Адреса и банковские реквизиты

Приводится текст Правил страхования

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

Приложение № 5 к Правилам

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

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

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

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

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

КОЭФФИЦИЕНТЫ, ИСЧИСЛЯЕМЫЕ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ФАКТОРОВ РИСКА

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

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

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

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

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

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

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

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

В зависимости от ценовой категории медицинской и иной организации Страховщик

может применять к базовой тарифной ставке повышающие и понижающие коэффициенты от 0,2 до 4,0.

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

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

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

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

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

В зависимости от того, является ли Страхователь резидентом, Страховщик может применять к базовой тарифной ставке повышающие коэффициенты от 1,0 до 2,4.

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

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

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

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

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

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

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

Приложение № 6.1 к Правилам

образец

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

Организационно-правовая форма _____

Полное наименование _____

Сокращенное наименование (при наличии) _____

Фирменное наименование²

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

ФИО руководителя, должность (полностью) _____

Адрес местонахождения исполнительного органа⁴ _____

Почтовый адрес _____

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

ИНН _____

Коды форм государственного статистического наблюдения (ОКПО/ ОКВЭД) _____

Наименование Банка (Филиала) _____

БИК Банка _____

Номер счета в Банке _____

Просим принять на страхование коллектив

Общей численностью _____ **человек,**

с учетом данных, представленных в таблице:

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

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

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

² Для коммерческих организаций.

³ Если такое наименование предусмотрено в учредительных документах юридического лица.

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

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

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

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

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

Перечень медицинских учреждений по Программе

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

Предполагаемая дата заключения договора страхования _____, срок действия договора _____

Порядок оплаты страховой премии:

Единовременно	
---------------	--

Иной порядок оплаты страховой премии необходимо предварительно согласовывать с ДепМС

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

_____ Контактный телефон _____

Факс _____

Сайт _____

E-mail _____

Заявление составил ФИО _____ Дата составления заявления _____

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

Приложение № 6.2 к Правилам

образец

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

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

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

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

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

⁴ Указывается документ, предусмотренный федеральным законом или признаваемый в соответствии с международным договором РФ в качестве документа, удостоверяющего личность иностранного гражданина или лица без гражданства.

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

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

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

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

Заявление составил ФИО _____ Дата составления заявления _____

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

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

Приложение № 6.3 к Правилам

образец

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Подпись заявителя _____ Дата составления заявления _____

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

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

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

Список* Застрахованных по Договору ДМС

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

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

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

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

Приложение № 8 к Правилам

МЕДИЦИНСКАЯ АНКЕТА, ПРИНИМАЕМОГО НА СТРАХОВАНИЕ

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

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

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

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

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

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

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

_____ « ____ » _____ 20__ г.
 подпись расшифровка Дата

Заполняется представителем СПАО «Ингосстрах»

Заявление и медицинскую анкету принял:

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