

УТВЕРЖДЕНЫ
Приказом СПАО «Ингосстрах»

от « 26» мая 2016 г. № 187

Генеральный директор
СПАО «Ингосстрах»

_____ **М.Ю. Волков**

М.П.
применяются с 30.05.2016

Правила
международного медицинского страхования

Москва, 2016 г.

Оглавление

1. Общие положения
2. Субъекты страхования
3. Объект страхования
4. Страховые риски
5. Страховой случай
6. Страховая сумма, страховой тариф, страховая премия (страховые взносы).

Порядок определения

7. Франшиза
8. Порядок заключения и исполнения договора страхования
9. Права и обязанности сторон
10. Порядок прекращения договора страхования
11. Порядок определения размеров убытков, страховой выплаты, срок осуществления страховой выплаты и перечень оснований отказа в страховой выплате
12. Порядок разрешения споров

1. ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ

1.1 Настоящие Правила международного медицинского страхования (далее - Правила) составлены в соответствии с действующим российским законодательством и определяют общие условия и порядок осуществления страхования, в том числе заключения Страховым публичным акционерным обществом "Ингосстрах" (далее - Страховщик) договоров международного медицинского страхования¹ (далее - договор страхования или договоры страхования). В рамках настоящих Правил Страховщик осуществляет добровольное страхование, относящееся согласно принятой в законодательстве классификации к виду медицинское страхование и страхование финансовых рисков.

1.2 Международное медицинское страхование (далее также - ММС) осуществляется на основе программ международного медицинского страхования. ММС может быть коллективным и индивидуальным.

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

Программа международного медицинского страхования (Программа) – перечень медицинских и иных услуг (медицинской помощи), составленный Страховщиком, а также порядок их оказания. Программа может включать в себя оказание медицинской помощи по поводу следующих случаев: острое заболевание, хроническое заболевание и его обострение, травма (в том числе, ожог, отморожение и т.д.), отравление, ухудшение состояния здоровья, возникновение состояния и/или обстоятельств, требующих оказания медицинской помощи (в том числе, беременность и услуги по родовспоможению), а также проведения профилактических мероприятий, снижающих степень опасных для жизни или здоровья физического лица угроз и (или) устраняющих их.

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

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

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

Иные услуги - это услуги, связанные с оказанием или организацией оказания медицинской помощи и включенные в Программу, в том числе: сервисные услуги (палаты

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

улучшенной комфортности, включающие дополнительное питание, связь, телевизор, компьютер, холодильник, кондиционер, душ, туалет и др.); питание и проживание (нахождение) при стационарном, санаторно-курортном лечении, если оно не входит в стоимость медицинской услуги (стоимости койко-дня); оформление медицинским учреждением различной медицинской документации; услуги по организации медицинской помощи в других медицинских учреждениях; информационные услуги, связанные с оказанием или организацией оказания медицинской помощи; эвакуация и репатриация², а также услуги, связанные с ними, в том числе услуги по сопровождению Застрахованного и его несовершеннолетних детей.

2. СУБЪЕКТЫ СТРАХОВАНИЯ

2.1 Субъектами международного медицинского страхования выступают Страховщик, Страхователь, Застрахованный, медицинские и иные учреждения, оказывающие медицинскую помощь, при необходимости, уполномоченное Страховщиком лицо.

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 в том числе филиалы, а также уполномоченные страховые агенты (юридические и физические лица), в пределах представленных им полномочий и на основании соответствующих договоров или доверенностей.

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

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

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

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

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

² Эвакуация и репатриация включают транспортировку Застрахованного в ближайшее медицинское учреждение, в котором может быть предоставлено необходимое лечение, если оно недоступно в месте его нахождения. Репатриация также предусматривает возможность возвращения в страну происхождения, указанную Застрахованным, если лечение недоступно в месте его пребывания. Репатриация также включает транспортировку тела Застрахованного (согласно требованиям и ограничениям авиакомпании) на его родину в случае смерти во время пребывания за пределами родной страны (страны проживания).

3. ОБЪЕКТ СТРАХОВАНИЯ

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

3.2 Объектом страхования также могут являться имущественные интересы, связанные с риском возникновения непредвиденных расходов физических лиц, в том числе связанных с оплатой организации репатриации Застрахованного или его трупа, возвращением Застрахованного и сопровождающего его лица к месту пребывания, транспортировкой сопровождающих лиц Застрахованного, транспортировкой детей Застрахованного, визитом близкого родственника Застрахованного.

4. СТРАХОВЫЕ РИСКИ

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 в соответствии с настоящими Правилами заключается в отношении риска затрат на оказание медицинской помощи застрахованному лицу при его обращении к Страховщику и/или в медицинское учреждение по поводу расстройства здоровья и/или состояния, требующего оказания медицинской помощи.

5. СТРАХОВОЙ СЛУЧАЙ

5.1 Страховым случаем по договору страхования является обращение Застрахованного лица в течение срока действия договора в медицинское учреждение из числа согласованных со Страховщиком, для получения различных видов платной медицинской помощи, включенных в Программу, по поводу расстройства здоровья и/или возникновения состояния, а также обстоятельств, требующих оказания медицинской помощи (в том числе беременность и услуги по родовспоможению), в том числе проведения профилактических мероприятий, снижающих степень опасных для жизни или здоровья физического лица угроз и (или) устраняющих их, и повлекших возникновение расходов на оплату медицинской помощи, оказанной Застрахованному, а также обязанность Страховщика произвести страховую выплату.

5.2 В случае, когда это предусмотрено Договором, страховым случаем также может являться возникновение у Застрахованного непредвиденных расходов, предусмотренных Программой и, в том числе связанных с оплатой организации репатриации Застрахованного или его трупа, возвращением Застрахованного и сопровождающего его лица к месту пребывания, транспортировкой сопровождающих лиц Застрахованного, транспортировкой детей Застрахованного, визитом близкого родственника Застрахованного.

5.3 Объем медицинской помощи, оказываемой застрахованному лицу медицинским учреждением и оплачиваемой Страховщиком по договору страхования, а

также медицинские услуги, которые не оплачиваются Страховщиком, определяется выбранной Страхователем Программой / Программами (Приложение № 1-6 к Правилам).

5.4 При заключении договора страхования Страховщик и Страхователь при условии применения к тарифной ставке соответствующих коэффициентов вправе договориться об объеме медицинской помощи в рамках Программы путем указания конкретного перечня организуемых и оплачиваемых Страховщиком медицинских и иных услуг, включаемых в индивидуальную Программу, а также о названии Программы, отражающей вид, объем и порядок предоставляемой Застрахованному лицу медицинской помощи.

5.5 Не является страховым случаем по договору страхования обращение Застрахованного в медицинское учреждение за получением медицинской помощи:

5.5.1 в связи с покушением на самоубийство;

5.5.2 в связи с умышленным причинением себе вреда здоровью.

5.6 Страховщик освобождается от страховой выплаты, если страховой случай произошел вследствие воздействия ядерного или химического загрязнения, радиации или радиоактивного заражения, войны, восстания, революции, террористических актов или иных похожих ситуаций при следующих условиях:

5.6.1 если Застрахованный подверг себя опасности, войдя в известную ему зону конфликта, где происходили активные боевые действия и мятеж;

5.6.2 если Застрахованный был активным участником вышеуказанных действий;

5.6.3 если Застрахованный не принял меры (при наличии такой возможности) по обеспечению личной безопасности.

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

6.1 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. Страховая сумма определяется по соглашению сторон, исходя из предполагаемого объема медицинской помощи (перечня и стоимости медицинских и иных услуг, в том числе стоимости лекарственных средств, изделий медицинского назначения, медицинского оборудования), предусмотренных Программой.

6.2 Страховая сумма устанавливается для каждого Застрахованного и может предусматривать лимиты страховых выплат по всей Программе в целом или совокупности Программ либо по отдельным заболеваниям (состояниям), отдельным видам медицинской помощи (медицинским и иным услугам), в т.ч. обеспечению лекарственными средствами, изделиями медицинского назначения, медицинским оборудованием, или их различной совокупности, по каждому страховому случаю или на весь период действия договора страхования в рамках Программы либо договора страхования.

6.3 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, величина которой определяется Страховщиком в иностранной валюте, осуществляется 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 выплата может осуществляться в иностранной валюте.

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

тарифа определяется договором страхования по соглашению сторон на основании базовых тарифов Страховщика, указанных в Приложении № 8 к Правилам с учетом коэффициентов риска.

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

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

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

6.7 Размер страховой премии устанавливается Страховщиком в соответствии с разработанными страховыми тарифами.

6.8 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.

6.9 Договором страхования может быть предусмотрено, что страховая премия уплачивается единовременным платежом и/или в рассрочку путем наличных или безналичных расчетов. 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.

6.10 Страховая премия по соглашению сторон может устанавливаться как в российских рублях, так и в иностранной валюте.

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.

При оплате в рублях страховой премии, установленной в иностранной валюте, используется курс Центрального Банка Российской Федерации на день платежа, если иной курс не установлен соглашением сторон.

7. ФРАНШИЗА

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

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

7.3 В соответствии с условиями страхования франшиза может быть «условной» (Страховщик освобождается от возмещения убытка, если его размер не превышает размер франшизы, однако возмещает его полностью в случае, если размер убытка превышает размер франшизы) и «безусловной» (размер страховой выплаты определяется как разница между размером убытка и размером франшизы).

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

8. ПОРЯДОК ЗАКЛЮЧЕНИЯ И ИСПОЛНЕНИЯ ДОГОВОРА СТРАХОВАНИЯ

8.1 Для заключения договора страхования Страхователь может обратиться к Страховщику или уполномоченному им лицу с заявлением о своем намерении заключить договор страхования.

В заявлении на страхование должны быть указаны:

8.1.1 фамилия, имя, отчество, дата рождения, полный адрес фактического места жительства лиц, принимаемых на страхование. Данные о лицах, принимаемых на страхование, могут быть оформлены в виде списка, прилагаемого к заявлению на страхование;

8.1.2 наименование, адрес места нахождения, телефон, телефакс, банковские реквизиты Страхователя, если Страхователь – юридическое лицо либо индивидуальный предприниматель;

8.1.3 предполагаемый вид медицинской помощи, перечень медицинских и иных услуг (Программа), страховая сумма и лимиты страховых выплат по отдельным видам услуг (если таковые подлежат установлению);

8.1.4 срок, на который заключается договор страхования.

8.2 Для принятия решения о заключении договора страхования Страховщик помимо сведений, указанных в п. 8.1 Правил, вправе запросить сведения о здоровье принимаемых на страхование лиц (медицинское анкетирование, запрос актуальной медицинской документации), а также провести обследование страхуемого лица для оценки фактического состояния здоровья. В случае если страхуемое лицо откажется от предоставления информации и/или проведения обследования, договор страхования в отношении такого лица не заключается.

8.3 На основании полученных данных Страховщик определяет размер подлежащей уплате страховой премии.

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

8.5 Договор страхования заключается путем составления одного документа, подписанного обеими сторонами Договора страхования. Соглашения об изменении и расторжении договора страхования оформляются путем составления одного документа, подписанного обеими сторонами.

8.6 После заключения договора страхования Страховщик выдает и/или направляет по электронной почте для Застрахованного комплект страховой документации, согласованный сторонами договора (Программу, информационные документы, список

медицинских учреждений, пропуск в медицинское учреждение, сертификат³, именной документ без права передачи, удостоверяющий заключение договора страхования и пр.)

8.7 Договор страхования заключается на любой срок, согласованный сторонами договора.

В случае заключения договора страхования на срок до одного года страховая премия рассчитывается с применением понижающего коэффициента от $k/366$ до 1, где k – количество дней действия договора.

При этом, неполный месяц принимается за полный.

При страховании на срок более одного года:

- в случае страхования на несколько лет общая страховая премия по договору страхования в целом устанавливается как сумма страховых взносов за каждый год действия страхования;

- в случае страхования на год (несколько лет) и несколько месяцев, страховая премия за указанный срок определяется как сумма страховых взносов за каждый год действия договора страхования и суммы страхового взноса с учетом понижающего коэффициента от $k/366$ до 1, где k – количество дней действия договора.

8.8 Заключая договор страхования на основании настоящих Правил, Страхователь подтверждает свое согласие с тем, что Страховщик осуществляет обработку указанных в нем персональных данных Застрахованных. Страхователь обязан получить от Застрахованных письменные согласия на обработку Страховщиком и партнерами Страховщика их персональных данных, запрошенные в соответствии с Федеральным законом № 152-ФЗ от 27 июля 2006г. «О персональных данных».

Под обработкой персональных данных в настоящих Правилах понимается: сбор, систематизация, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), использование, обезличивание, блокирование, уничтожение, а также совершение иных действий с персональными данными физических лиц в статистических целях и в целях проведения анализа страховых рисков.

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

Для осуществления вышеуказанных целей Страховщик имеет право передавать (в том числе, при необходимости, осуществлять трансграничную передачу) персональные данные, ставшие ему известными в связи с заключением и исполнением договора страхования, третьим лицам, с которыми у Страховщика заключены соответствующие соглашения, обеспечивающие надежное хранение и предотвращение незаконного разглашения (конфиденциальность) персональных данных.

Страховщик обязуется обеспечивать сохранность и неразглашение персональных данных Страхователя при использовании их в целях иных, нежели предусмотрены настоящей статьей.

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

В случае полного отзыва субъектом персональных данных своего согласия на обработку персональных данных, действие договора страхования в отношении такого лица прекращается, а в случае отзыва такого согласия субъектом персональных данных, являющимся Страхователем, договор страхования прекращается полностью. При этом действие договора страхования прекращается досрочно с даты получения Страховщиком соответствующего заявления об отзыве согласия на обработку персональных данных.

³ Не является страховым сертификатом в смысле п. 2 ст. 940 ГК РФ

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

9. ПРАВА И ОБЯЗАННОСТИ СТОРОН

9.1 Страхователь имеет право:

9.1.1 требовать от Страховщика организации оказания медицинской помощи и ее оплаты либо только оплаты в соответствии с условиями договора страхования;

9.1.2 в течение срока действия договора страхования с согласия Страховщика изменить перечень страховых рисков и/или увеличить или уменьшить объем обязательств последнего по Программе, выбранной Страхователем, изменить перечень Программ, заключив при этом со Страховщиком дополнительное соглашение с соответствующим возможным перерасчетом размера страховой премии, если иное не установлено в договоре страхования;

9.1.3 досрочно отказаться от договора страхования;

9.1.4 застраховать с согласия Страховщика дополнительное количество лиц по действующему договору страхования или отказаться от договора страхования в отношении части Застрахованных лиц без их согласия, если иное не предусмотрено договором страхования;

9.1.5 с согласия Страховщика произвести замену Застрахованных по договору. Замена Застрахованных по договору страхования производится в соответствии с п. 2 ст. 955 ГК РФ;

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

9.2 Страхователь обязан:

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

9.2.2 предоставлять Страховщику информацию о состоянии здоровья принимаемых на страхование лиц (контингента, подлежащего страхованию) (п. 8.2 Правил);

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

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

9.2.5 передать Застрахованному необходимые страховые документы, определенные договором страхования, а при их утрате - дубликаты, а также разъяснить Застрахованному условия договора страхования;

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

9.2.7 возместить Страховщику расходы, возникшие в результате нарушения Застрахованным условий пп. 9.4.2, 9.4.3, 9.4.4 и 9.4.7 Правил.

9.3 Застрахованный имеет право:

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

9.3.2 требовать от Страховщика возмещения личных средств, израсходованных на получение медицинской помощи в соответствии с условиями договора страхования;

9.3.3 сообщать Страховщику в письменном виде о случаях непредоставления, неполного или некачественного предоставления медицинской помощи;

9.3.4 при утрате страховых документов получить их дубликат, обратившись к Страховщику с письменным заявлением;

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

9.4 Застрахованный обязан:

9.4.1 при заключении договора по требованию Страховщика пройти обследования и/или предоставить медицинскую анкету и/или актуальную медицинскую документацию для оценки фактического состояния здоровья;

9.4.2 соблюдать порядок оказания медицинской помощи, предусмотренный Программой;

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

9.4.4 не передавать комплект страховой документации другим лицам с целью получения ими медицинской помощи, предусмотренной договором страхования;

9.4.5 немедленно сообщить Страхователю об изменении своей фамилии, имени, отчества и фактического места жительства;

9.4.6 при утрате страховых документов незамедлительно сообщить в письменном виде об этом Страховщику для получения дубликата;

9.4.7 при невозможности воспользоваться услугой, заблаговременно отказаться от забронированного ранее времени посещения врача или вызова врача на дом, выяснив условия такого отказа в медицинском учреждении;

9.4.8 уплачивать страховую премию/страховые взносы, если это предусмотрено договором страхования;

9.4.9 нарушение Застрахованным условий п.п. 9.4.2, 9.4.3, 9.4.4 и 9.4.7 Правил рассматривается в качестве существенного нарушения условий договора страхования, что может повлечь за собой досрочное прекращение действия договора страхования в отношении такого Застрахованного согласно условиям договора страхования;

9.4.10 соблюдать порядок получения страхового возмещения, установленный договором страхования.

9.5 Страховщик имеет право:

9.5.1 проверять полученную от Страхователя и Застрахованного информацию;

9.5.2 до принятия на страхование потребовать проведения любых дополнительных медицинских обследований принимаемого на страхование лица и предоставления документов, подтверждающих состояние его здоровья (п. 8.2 Правил);

9.5.3 отказаться от исполнения обязательства и прекратить договор страхования, Страхователем по которому является юридическое лицо, в отношении Застрахованного, если он не выполнил обязанностей, предусмотренных п.п. 9.4.2, 9.4.3, 9.4.4 и 9.4.7 Правил, и такое невыполнение привело или могло привести к дополнительным расходам Страховщика;

9.5.4 при наличии у Страхователя просроченной дебиторской задолженности перед Страховщиком по закончившемуся договору страхования, приостановить в отношении Застрахованного действие договора страхования до погашения подтвержденной задолженности;

9.5.5 прекратить договор страхования в случаях, предусмотренных разделом 10 Правил, а также действующим российским законодательством.

9.6 Страховщик обязан:

9.6.1 организовать и оплатить либо только оплатить, если это предусмотрено договором страхования, получение Застрахованным медицинской помощи, предусмотренной Программой;

9.6.2 организовать и оплатить, если это предусмотрено договором страхования, получение Застрахованным лекарственных средств, изделий медицинского назначения и медицинского оборудования, предусмотренных Программой;

9.6.3 контролировать объем, сроки и качество организованной Застрахованному медицинской помощи;

9.6.4 осуществить страховую выплату путем возмещения Застрахованному, если это предусмотрено договором страхования, суммы, затраченной им на получение медицинской помощи, а также возместить стоимость приобретенных Застрахованным лекарственных средств, изделий медицинского назначения и медицинского оборудования, если такой порядок страховой выплаты предусмотрен договором страхования или Программой;

9.6.5 выдать Застрахованному комплект страховой документации, предусмотренный договором страхования, а при его утрате - дубликаты;

9.6.6 сообщить об изменении своих банковских реквизитов, места нахождения, номеров контактных телефонов и телефаксов.

9.6.7 по требованиям страхователей, застрахованных лиц, выгодоприобретателей, а также лиц, имеющих намерение заключить договор страхования, разъяснить положения, содержащиеся в правилах страхования и договорах страхования, расчеты изменения в течение срока действия договора страховой суммы, расчеты страховой выплаты.

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

10. ПОРЯДОК ПРЕКРАЩЕНИЯ ДОГОВОРА СТРАХОВАНИЯ

10.1 Договор страхования в отношении Застрахованного прекращается:

10.1.1 в случае истечения срока действия договора страхования;

10.1.2 в случае смерти Застрахованного, после организации репатриации (если это предусмотрено Программой);

10.1.3 по требованию Страховщика - в случае неуплаты страховой премии (страхового взноса) в установленные договором сроки, а также в случаях, предусмотренных п.9.5.3 Правил, если договором страхования не установлено иное - с даты направления Страховщиком требования о прекращении договора страхования или даты, указанной в этом требовании;

10.1.4 полностью – в случае полного отзыва субъектом персональных данных, являющимся Страхователем, согласия на обработку персональных данных; при этом полный отзыв такого согласия считается отказом от договора страхования;

частично – в случае полного отзыва субъектом персональных данных, являющимся Застрахованным, согласия на обработку персональных данных.

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

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

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

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

10.1.8 в случае ликвидации Страхователя - юридического лица, – с даты ликвидации Страхователя;

10.1.9 в случае исполнения Страховщиком договорных обязательств в полном объеме в размере страховой суммы, установленной в договоре страхования – с момента исполнения обязательств Страховщиком в полном объеме. По требованию Страхователя (Застрахованного лица) Страховщик направляет Страхователю (Застрахованному лицу) письменное уведомление с информацией об исполнении им своих обязательств по договору страхования в полном объеме с соблюдением правил о тайне персональных данных Застрахованного;

10.1.10 если в течение срока действия договора страхования Страховщику станет известно о том, что Страхователь при заключении договора страхования представил Страховщику ложные сведения Страховщик будет вправе обратиться в суд с требованием о признании договора недействительным и применением последствий, предусмотренных п. 2 ст. 179 ГК РФ;

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

10.2 Если иное не предусмотрено договором страхования, при досрочном прекращении договора страхования в целом или в части в соответствии с п.п. 10.1.2, 10.1.8, 10.1.9 Правил, а также при частичном прекращении в соответствии с п. 10.1.4, Страховщик возвращает долю оплаченной страховой премии за неистекший оплаченный срок действия договора страхования пропорционально полному оплаченному сроку действия договора страхования и за вычетом расходов Страховщика на ведение дела.

Возврат страховой премии осуществляется в течение 15 рабочих дней с момента получения Страховщиком письменного требования Страхователя о возврате страховой премии и подписания соответствующего соглашения, если иное не предусмотрено условиями договора страхования.

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

10.4. Особые условия отказа Страхователя – физического лица от договора.

1) Страхователь – физическое лицо в дополнение к условиям о досрочном расторжении договора страхования, указанным в п.п. 10.1-10.3 Правил, вправе досрочно отказаться от договора добровольного страхования в течение 5 (пяти) рабочих дней со дня его заключения независимо от момента уплаты страховой премии, при отсутствии в данном периоде событий, имеющих признаки страхового случая.

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

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

4) При досрочном прекращении договора страхования в порядке, предусмотренном настоящим пунктом, договор страхования считается прекратившим свое действие с даты получения Страховщиком письменного заявления страхователя об отказе от договора

страхования или иной даты, установленной по соглашению сторон, но не позднее срока, определенного в части 1 настоящего пункта.

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

6) Действие настоящего пункта не распространяется на договоры страхования, страхователями по которым являются физические лица – предприниматели, заключаемые в связи с осуществлением такими страхователями предпринимательской деятельности, а также на осуществление добровольного страхования, являющегося обязательным условием допуска физического лица к выполнению профессиональной деятельности в соответствии с законодательством Российской Федерации, а также страхование, предусматривающее оплату оказанной гражданину Российской Федерации, находящемуся за пределами территории Российской Федерации, медицинской помощи и (или) оплату возвращения его тела (останков) в Российскую Федерацию.

11. ПОРЯДОК ОПРЕДЕЛЕНИЯ РАЗМЕРОВ УБЫТКОВ, 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 медицинской помощи при наступлении страхового случая по договору страхования.

11.2 Страховая выплата осуществляется в порядке и сроки, определенные договором страхования и (или) конкретной Программой после получения и проверки Страховщиком заявлений о страховом событии (при необходимости), оригиналов оплаченных счетов с указанием медицинского учреждения (аптечной или иной организации), подробного перечня оказанных услуг (лекарственных средств, изделий медицинского назначения, медицинского оборудования) и их стоимости, а в отношении лекарственных средств и изделий медицинского назначения, медицинского оборудования также подтверждения их выписки лечащим врачом медицинского учреждения, если иное не предусмотрено условиями договора страхования.

11.3 Для получения предусмотренной договором страхования и Программой медицинской помощи (медицинских и иных услуг, лекарственных средств, изделий медицинского назначения или медицинского оборудования) Застрахованный обращается в медицинское учреждение, в соответствии с условиями Договора.

В этом случае оплата медицинской помощи (медицинских и иных услуг, а также лекарственных средств, медицинского оборудования или изделий медицинского назначения) осуществляется непосредственно (или через поверенного, агента, комиссионера) в медицинское учреждение и в аптечную (или иную)⁴ организацию по их счетам в срок, не превышающий 60 рабочих дней с момента принятия положительного решения об осуществлении страховой выплаты.

11.4 Сроки принятия решения об осуществлении страховой выплаты не должен превышать 30 рабочих дней с момента получения счета из медицинского учреждения и из аптечной (или иной) организации.

11.5 В случаях наличия возражений либо проведения сверки и/или экспертизы выставленных к оплате счетов, срок их оплаты может быть увеличен до 90 рабочих дней,

⁴ Иная организация – организация, которая вправе реализовывать лекарственные средства и/или изделия медицинского назначения, медицинское оборудование как в розницу, так и оптом.

если иных условий расчетов не предусмотрено между Страховщиком и соответствующим медицинским учреждением либо предприятием аптечной (или иной) организации соответственно.

Санаторно-курортное лечение Застрахованного может быть оплачено Страховщиком также путем оплаты санаторно-курортному учреждению или санаторно-курортному объединению либо санаторно-курортному агентству стоимости санаторно-курортной путевки/курсовки на условиях, описанных выше.

11.6 Для получения предусмотренной договором страхования и Программой медицинской помощи (медицинских и иных услуг, лекарственных средств, изделий медицинского назначения или медицинского оборудования), Застрахованный может с предварительного согласия (устного или письменного) Страховщика обратиться в любое медицинское учреждение или аптечную (или иную) организацию и самостоятельно оплатить стоимость медицинской помощи, лекарственных средств, изделий медицинского назначения или медицинского оборудования, предусмотренных Программой, а также санаторно-курортное лечение путем приобретения санаторно-курортной путевки непосредственно у санаторно-курортного учреждения или санаторно-курортного объединения либо санаторно-курортного агентства.

В этом случае страховая выплата по договору страхования осуществляется Страховщиком в виде возмещения Застрахованному его личных средств, израсходованных на получение медицинской помощи (медицинских и иных услуг, приобретение лекарственных средств, изделий медицинского назначения, медицинского оборудования или санаторно-курортной путевки) либо Страховщиком направляется отказ в страховой выплате в течение 30 рабочих дней с момента предоставления Застрахованным следующих документов:

11.6.1 письменного заявления на получение страхового возмещения;

11.6.2 документов, подтверждающих факт оказания услуг Застрахованному;

11.6.3 оригиналов оплаченных счетов с указанием медицинского учреждения/аптечной или иной организации и подробного перечня оказанных услуг (лекарственных средств, изделий медицинского назначения, медицинского оборудования и иных услуг) и их стоимости, а также документов по факту оказания услуг (например, договоры на оказание услуг), чеков, квитанций, платежных поручений с отметкой банка о его исполнении;

11.6.4 при страховом возмещении третьим лицам (поверенным) наличие нотариально удостоверенной доверенности, содержащей полномочия по получению ими денежных средств Застрахованного;

11.6.5 в случае если возмещение связано с компенсацией расходов, понесенных застрахованным лицом на приобретение лекарственных средств и / или изделий медицинского назначения, медицинского оборудования, документов подтверждающих их назначение лечащим врачом медицинского учреждения, а также документов по факту оплаты приобретенных лекарственных средств и/или изделий медицинского назначения и/или медицинского оборудования.

При этом объем такой выплаты определяется договором страхования.

В случаях проведения сверки и/или экспертизы выставленных к оплате счетов (иных документов) на предмет их соответствия страховому случаю и объему страхового покрытия, срок принятия решения и их оплаты может быть увеличен до 90 рабочих дней. Об использовании права на отсрочку выплаты Страховщик сообщает Застрахованному лицу.

При этом, сроки принятия решения об осуществлении страховой выплаты и ее оплаты исчисляются с момента предоставления полного комплекта документов, необходимых Страховщику для принятия решения об осуществлении страховой выплаты, указанных в настоящем пункте.

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

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

11.7.1 за отдельные простые, сложные и/или комплексные медицинские услуги, а также сервисные услуги, предоставляемые медицинским учреждением и связанные с предоставлением указанных медицинских услуг (далее - сервисные услуги);

11.7.2 за число койко-дней (при стационарном и стационарозамещающем лечении), в стоимость которой могут входить все или отдельные медицинские и иные услуги, а также сервисные услуги, оказываемые Застрахованному;

11.7.3 по законченному случаю оказания медицинских и иных услуг;

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

11.7.5 иных методов, предложенных медицинскими учреждениями и иными организациями.

11.8 Страховщик имеет право отказать в страховой выплате, если:

11.8.1 медицинская помощь оказана Застрахованному при отсутствии страхового случая;

11.8.2 услуга, оказанная Застрахованному, не входит в Программу;

11.8.3 Застрахованный обратился в медицинское учреждение после того как сумма страховых выплат достигла размера страховой суммы / лимита (уведомление об исчерпании страховой суммы направляется Страховщиком в соответствии с п. 10.1.9 Правил);

11.8.4 Застрахованный обратился в медицинское учреждение до или после окончания срока действия договора страхования;

11.8.5 в случаях, указанных в п.5.5 и п. 5.6 Правил;

11.8.6 в случаях, предусмотренных Программой (Приложения №№ 1-6).

12. ПОРЯДОК РАЗРЕШЕНИЯ СПОРОВ

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

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

По настоящей программе¹ СПАО «Ингосстрах» организует и/или оплачивает амбулаторно-поликлинические медицинские услуги², предоставляемые застрахованному лицу по поводу расстройства здоровья и/или возникновения состояния, требующего оказания медицинской помощи, а также проведения профилактических мероприятий, снижающих степень опасных для жизни или здоровья застрахованного лица угроз и (или) устраняющих их.

Территория действия страхования – весь мир.

1. ОБЪЕМ ПРЕДОСТАВЛЯЕМЫХ УСЛУГ

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

1.1 диагностические и лечебные, в том числе:

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

1.2 экспертиза временной нетрудоспособности;

1.3 оформление различной медицинской документации.

2. ПОРЯДОК ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ

2.1 Для получения услуг, предусмотренных программой страхования, застрахованное лицо или его представитель должны обратиться в круглосуточную диспетчерскую службу по телефонам, указанным во вкладыше к настоящей программе для согласования получаемых услуг или напрямую в медицинское учреждение или к частнопрактикующему врачу-специалисту.

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

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

² Амбулаторно-поликлинические услуги могут быть оказаны только медицинским учреждением или частнопрактикующим врачом-специалистом, имеющим лицензию на оказываемые медицинские услуги, и чья практическая медицинская деятельность авторизована и регламентируется государственным органом страны, в которой проводится соответствующее лечение.

3. ИСКЛЮЧЕНИЯ ИЗ ПРОГРАММ ММС

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

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

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

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

3.1.2.2 застрахованное лицо было активным участником вышеуказанных действий;

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

3.2 СПАО «Ингосстрах» не оплачивает:

3.2.1 медицинские услуги, проводимые без медицинских показаний;

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

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

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

3.2.5 расходы, возникшие после окончания срока действия договора страхования.

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

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

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

Территория действия страхования – весь мир.

1. ОБЪЕМ ПРЕДОСТАВЛЯЕМЫХ УСЛУГ

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

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

2. ПОРЯДОК ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ

2.1. Для получения услуг, предусмотренных программой страхования, застрахованное лицо должно обратиться в круглосуточную диспетчерскую службу по телефонам, указанным во вкладыше к настоящей программе для согласования получаемых услуг или напрямую в медицинское учреждение или частнопрактикующему врачу-стоматологу.

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

3. ИСКЛЮЧЕНИЯ ИЗ ПРОГРАММ ММС

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

- 3.1.1. умышленное причинение себе вреда здоровью, в том числе суицидальные попытки;
- 3.1.2. заболевания и травмы, возникшие в результате ядерного или химического загрязнения, войны, восстания, революции, террора или иных похожих ситуаций, при следующих условиях:

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

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

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

3.1.2.2. застрахованное лицо было активным участником вышеуказанных действий;

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

3.2. СПАО «Ингосстрах» не оплачивает:

3.2.1. медицинские услуги, проводимые без медицинских показаний;

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Территория действия страхования – весь мир.

1. ОБЪЕМ ПРЕДОСТАВЛЯЕМЫХ УСЛУГ

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

1.1 Услуги службы скорой медицинской помощи:

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

1.1.2 медицинская транспортировка застрахованного лица в медицинское учреждение.

1.2 Услуги стационара:

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

- консультации;
- лабораторные и инструментальные исследования;
- физиолечение, массаж и ЛФК;
- хирургическое и консервативное лечение, в том числе химио- и лучевая терапия;
- трансплантация органов;
- протезирование и имплантация;
- пребывание в отделении интенсивной терапии, реанимационные мероприятия;
- пребывание в стационаре с целью диагностического обследования;
- стоматологическое лечение;
- родовспоможение, в т.ч. пребывание в стационаре матери с новорожденным до момента выписки;
- уход за новорожденным и необходимое лечение, оказываемые ребенку в течение первых дней жизни (в случае, если мать новорожденного является застрахованным лицом);

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

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

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

- пребывание в отделении патологии беременности;
 - прерывание беременности;
 - лекарственные препараты и другие необходимые для лечения средства;
 - аренда медицинского оборудования;
 - пребывание в палате различной комфортности, питание и уход медицинского персонала, включая предоставление индивидуального поста медицинского персонала;
 - пребывание в отделении по уходу за больными или в хосписе;
 - традиционные методы диагностики и лечения (народная медицина);
 - медицинские услуги дневного стационара;
 - консультации, исследования, манипуляции с профилактической целью;
- 1.2.2** экспертиза временной нетрудоспособности;
- 1.2.3** оформление различной медицинской документации;
- 1.2.4** пребывание одного из родителей вместе с госпитализированным в рамках настоящей программы ребенком;
- 1.2.5** сервисные услуги, связанные с предоставлением стационарной медицинской помощи (дополнительное питание, телефон, телевизор, кондиционер, душ, туалет и др.).

2. ПОРЯДОК ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ

2.1 Для получения услуг, предусмотренных программой страхования, застрахованное лицо или его представитель должны обратиться в круглосуточную диспетчерскую службу по телефонам, указанным во вкладыше к настоящей программе для согласования получаемых услуг или напрямую в медицинское учреждение.

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

3. ИСКЛЮЧЕНИЯ ИЗ ПРОГРАММ ММС

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

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

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

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

3.1.2.2 застрахованное лицо было активным участником вышеуказанных действий;

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

3.2 СПАО «Ингосстрах» не оплачивает:

3.2.1 медицинские услуги, проводимые без медицинских показаний;

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Территория действия страхования – весь мир.

1. ОБЪЕМ ПРЕДОСТАВЛЯЕМЫХ УСЛУГ

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

1.1. медицинскую транспортировку в ближайшее медицинское учреждение³ (в том числе в страну проживания или страну происхождения застрахованного лица⁴), в котором застрахованному лицу может быть предоставлено необходимое стационарное лечение или лечение в дневном стационаре, если оно недоступно в месте его нахождения;

1.2. транспортировку сопровождающих лиц Застрахованного, если в сопровождении имеется необходимость по медицинским показаниям;

1.3. расходы на возвращение Застрахованного и сопровождающего его лица до места, из которого застрахованное лицо было репатрировано или эвакуировано;

1.4. транспортировку детей Застрахованного младше 18 лет;

1.5. визит (приезд, проживание и возвращение обратно) близкого родственника из другой страны при несчастном случае, произошедшем с Застрахованным, или внезапном заболевании, при котором необходима госпитализация, а также при неблагоприятном прогнозе;

1.6. транспортировку тела застрахованного лица (согласно требованиям и ограничениям авиакомпании) на родину или в страну постоянного проживания застрахованного лица в случае его смерти во время пребывания за пределами родной страны;

1.7. иные медико-транспортные услуги, связанные с лечением застрахованного лица.

2. ПОРЯДОК ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ

2.1. Для получения услуг, предусмотренных программой страхования, застрахованное лицо или/и его законный представитель должны обратиться в круглосуточную диспетчерскую службу по телефонам, указанным во вкладыше к настоящей программе для согласования получаемых услуг.

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

¹ Эвакуация – неотложная транспортировка застрахованного лица по медицинским показаниям в ближайшее медицинское учреждение, имеющее соответствующие лицензии, оборудование и опыт для лечения пациента, независимо от его местонахождения в случае, если необходимая медицинская помощь недоступна в месте нахождения застрахованного лица.

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

³ При эвакуации.

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

3. ИСКЛЮЧЕНИЯ ИЗ ПРОГРАММ ММС

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

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

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

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

3.1.2.2. застрахованное лицо было активным участником вышеуказанных действий;

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

3.2. СПАО «Ингосстрах» не оплачивает:

3.2.1. медицинские услуги, проводимые без медицинских показаний;

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

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

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

3.3. СПАО «Ингосстрах» не организывает:

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

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

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

**Программа международного медицинского страхования
«ММС - Медицинское обеспечение»**

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

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

Территория действия страхования – весь мир.

1. ОБЪЕМ ПРЕДОСТАВЛЯЕМЫХ УСЛУГ

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

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

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

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

2. ПОРЯДОК ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ

2.1 Для получения услуг, предусмотренных программой страхования, застрахованное лицо или его представитель должны обратиться в круглосуточную диспетчерскую службу по телефонам, указанным во вкладыше к настоящей программе для согласования получаемых услуг или напрямую в медицинское учреждение.

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

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

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

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

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

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

Территория действия настоящей программы - весь мир.

4. ОБЪЕМ ПРЕДОСТАВЛЯЕМЫХ УСЛУГ

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

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

5. ПОРЯДОК ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ

5.1 Для получения услуг, предусмотренных программой страхования, застрахованное лицо или его представитель должны обратиться в круглосуточную диспетчерскую службу по телефонам, указанным во вкладыше к настоящей программе для согласования получаемых.

5.2 В случае обращения в медицинское учреждение для получения услуг, предусмотренных программой ММС, без предварительного согласования со Страховщиком, застрахованное лицо должно предоставить необходимые медицинские и иные документы для решения вопроса о возмещении денежных средств

6. ИСКЛЮЧЕНИЯ ИЗ ПРОГРАММ ММС

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

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

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

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

2.3.2.2 застрахованное лицо было активным участником вышеуказанных действий;

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

2.4 СПАО «Ингосстрах» не оплачивает:

2.4.1 медицинские услуги, проводимые без медицинских показаний;

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

2.4.3 лечение (включая лекарственные препараты), являющееся по характеру экспериментальным или исследовательским¹;

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

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

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

¹ Не прошедшим клинических испытаний, не основанным на общепринятых медицинских методиках, не утвержденным и не зарегистрированным в стране, где оказываются услуги застрахованному лицу.

**ТИПОВОЙ ДОГОВОР № _____
международного медицинского страхования**

г. _____ «___» _____ «_____» 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 международного медицинского страхования (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. Страховщик обязуется также при наступлении страхового случая оплачивать непосредственно в аптечное учреждение, указанное в Договоре, стоимость лекарственных средств, выписанных лечащим врачом амбулаторно-поликлинического медицинского учреждения либо назначенных лечащим врачом стационарного медицинского учреждения. В случаях, предусмотренных в Программе международного медицинского страхования, Страховщик обязуется при наступлении страхового случая организовывать и оплачивать также медико-транспортные услуги.

1.2 Страховым случаем в соответствии с Договором является обращение Застрахованного в течение срока действия Договора в медицинское учреждение из числа согласованных со Страховщиком для получения различных видов платной медицинской помощи, включенных в Программу международного медицинского страхования (Приложение № 2 к Договору), по поводу расстройства здоровья и/или возникновения состояния, а также обстоятельств, требующих оказания медицинской помощи (в том числе беременность и услуги по родовспоможению), в том числе проведения профилактических мероприятий, снижающих степень опасных для жизни или здоровья физического лица угроз и (или) устраняющих их, и повлекших возникновение расходов на оплату медицинской помощи, оказанной Застрахованному, а также обязанность Страховщика произвести страховую выплату.

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

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

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

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

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

1.6.1 врожденные аномалии, пороки развития, наследственные заболевания;

1.6.2 алкоголизм, наркомания, токсикомания.

2. ЧИСЛЕННОСТЬ ЗАСТРАХОВАННЫХ

2.1 Численность Застрахованных определяется согласно Списку.

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

3. ПРАВА И ОБЯЗАННОСТИ СТРАХОВАТЕЛЯ, СТРАХОВЩИКА И ЗАСТРАХОВАННОГО

3.1 Страхователь вправе:

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

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

При этом численность Застрахованных в рамках Плана уменьшается.

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

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

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

Соглашение о страховании дополнительных лиц оформляется в соответствии с российским законодательством, в том числе путем обмена документами посредством почтовой, курьерской или телефаксной (факсимильной) связи.

При этом численность Застрахованных в рамках выбранного Плана увеличивается;

3.1.3 с согласия Страховщика произвести замену Застрахованных в рамках какого-либо Плана по Договору, предоставив Страховщику заявление по форме согласно Приложению № 5 к Договору. При этом застрахованное лицо может быть заменено другим лицом лишь с согласия самого Застрахованного.

При этом заявление подается, как правило, не менее чем за пять рабочих дней до указанной в заявлении Страхователя даты изменений в списке Застрахованных.

При этом численность Застрахованных в рамках Плана не меняется.

3.1.4 досрочно прекратить действие Договора.

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

3.2 Застрахованный вправе:

3.2.1 требовать от Страховщика организации оказания медицинской помощи и её оплаты в соответствии с условиями Договора;

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

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

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

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

3.3 Страховщик вправе:

3.3.1 проверять полученную от Страхователя и Застрахованного информацию;

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

3.3.3 прекратить действие Договора в отношении Застрахованного:

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

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

3.3.3.3 обратиться в суд с требованием о признании договора недействительным и применении последствий, предусмотренных п. 2 ст. 179 ГК РФ, если в течение срока действия Договора Страховщику станет известно о том, что Застрахованный (Страхователь), при заключении Договора представил Страховщику ложные сведения и скрыл имеющиеся болезни, предусмотренные п. 1.6. Договора;

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

3.4 Страхователь обязан:

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

3.5 Застрахованный обязан:

3.5.1 соблюдать порядок получения медицинской помощи, предусмотренный Программой;

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

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

3.5.4 своевременно сообщить Страхователю об изменении своей фамилии и адреса фактического местожительства, заполнить и передать Страхователю новое согласие на обработку Страховщиком и партнерами Страховщика его персональных данных, указанных в п.п. 5.1.2 и 5.1.3 Договора, необходимых Страховщику в целях, указанных в п. 5.7 Договора;

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

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

3.6 Страховщик обязан:

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

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

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

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

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

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

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

4. СТРАХОВАЯ СУММА, СТРАХОВОЙ ТАРИФ И СТРАХОВАЯ ПРЕМИЯ

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

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

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

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

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

Порядок определения страхового тарифа включает в себя установление страховых тарифов на основании базовых тарифов Страховщика с учетом коэффициентов риска, в зависимости от факторов

риска, влияющих на вероятность наступления страхового случая и размер убытков, возмещаемых по договору (коэффициенты риска):

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

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

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

4.6 Страховая премия уплачивается в рассрочку - один раз в три месяца. Размер первого и каждого очередного страхового взноса по Договору рассчитывается, исходя из страховой премии, установленной за весь срок действия Договора за каждого Застрахованного по каждой из Программ Договора, пропорционально количеству дней того периода, за который уплачивается страховой взнос. Первый страховой взнос за период с ____ по ____ (__ дня), второй страховой взнос за период с ____ по ____ (__ дней), третий страховой взнос за период с ____ по ____ (__ дней) и четвертый страховой взнос за период с ____ по ____ (__ дней) уплачиваются Страхователем при получении счетов Страховщика и в установленные в них сроки, которые не должны быть менее 5 рабочих дней с даты выставления счета.

При изменении численности Застрахованных размер очередных страховых взносов соответственно изменяется.

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

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

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

4.8 Страховой взнос считается уплаченным в день зачисления его на счет Страховщика или в день внесения его в кассу Страховщика.

5. КОНФИДЕНЦИАЛЬНОСТЬ И ЗАЩИТА ПЕРСОНАЛЬНЫХ ДАННЫХ

5.1 Стороны считают конфиденциальной информацию:

5.1.1 о сумме страховой премии, подлежащей уплате по Договору;

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

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

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

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

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

обязательств конфиденциальности перед Страховщиком.

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

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

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

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

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

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

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

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

6. ПОРЯДОК РАЗРЕШЕНИЯ СПОРОВ

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

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

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

7.1 Договор вступает в силу с даты его подписания.

7.2 Ответственность Страховщика в отношении организации и оплаты медицинской помощи Застрахованным наступает после поступления страховой премии (первого страхового взноса) на расчетный счет Страховщика или уплаты страховой премии (первого страхового взноса) наличными

деньгами, если условиями Договора страхования не предусмотрено иное (иной срок вступления Договора в силу), но не ранее даты начала страхования (срока действия договора), указанной в Договоре.

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

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

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

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

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

7.8 При неуплате в определенный Договором срок всего первого страхового взноса, а также всего очередного страхового взноса 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 Договора или приостановления его действия.

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

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

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

1) Страхователь – физическое лицо в дополнение к условиям о досрочном расторжении договора страхования, указанным в п.п. 7.6-7.10 настоящего Договора, вправе досрочно отказаться от договора добровольного страхования в течение 5 (пяти) рабочих дней со дня его заключения независимо от момента уплаты страховой премии, при отсутствии в данном периоде событий, имеющих признаки страхового случая.

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

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

4) При досрочном прекращении договора страхования в порядке, предусмотренном настоящим

пунктом, договор страхования считается прекратившим свое действие с даты получения Страховщиком письменного заявления страхователя об отказе от договора страхования или иной даты, установленной по соглашению сторон, но не позднее срока, определенного в части 1 настоящего пункта.

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

6) Действие настоящего пункта не распространяется на договоры страхования, страхователями по которым являются физические лица – предприниматели, заключаемые в связи с осуществлением такими страхователями предпринимательской деятельности, а также на осуществление добровольного страхования, являющегося обязательным условием допуска физического лица к выполнению профессиональной деятельности в соответствии с законодательством Российской Федерации, а также страхование, предусматривающее оплату оказанной гражданину Российской Федерации, находящемуся за пределами территории Российской Федерации, медицинской помощи и (или) оплату возвращения его тела (останков) в Российскую Федерацию.

8. ЗАКЛЮЧИТЕЛЬНЫЕ ПОЛОЖЕНИЯ

8.1. Следующие Приложения к Договору являются его неотъемлемыми частями:

- Приложение № 1 – Планы международного медицинского страхования;
- Приложение № 2 – Выбранные Программы международного медицинского страхования;
- Приложение № 3 – Список Застрахованных;
- Приложение № 4 – Страховая премия и численность Застрахованных;
- Приложение № 5 – Форма заявления на внесение изменений в список Застрахованных;
- Приложение № 6 – Форма согласия на обработку Страховщиком персональных данных

Застрахованного.

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

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

9 ДРЕСА 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

План №

а)

б)

в)

г)

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

Список* Застрахованных по Договору ММС

<u>п/п</u>	<u>Фамилия</u>	<u>Имя</u>	<u>Отчество</u>	<u>Пол</u>	<u>Дата рождения</u>	<u>План страхования</u>	<u>Назв. нас. пункта</u>	<u>Улица</u>	<u>Дом</u>	<u>Корпус</u>	<u>Квартира</u>	<u>Подъезд</u>	<u>Телефон рабочий</u>	<u>Телефон домашний</u>	<u>Телефон мобильный</u>	<u>Сотник/родственник</u>	<u>родство по отношению к работнику (указать какому)</u>
<p>*При заключении конкретного договора страхования стороны договора вправе изменить форму настоящего Списка в рамках Правил международного медицинского страхования СПАО «Ингосстрах» и действующего российского законодательства.</p>																	

Приложение № 4
к Договору ММС

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

Приложение № 5 к
Договору ММС

Исх.
№

Дата

ДИРЕКТОРУ ДЕПАРТАМЕНТА МЕДИЦИНСКОГО
СТРАХОВАНИЯ СПАО
«ИНГОССТРАХ»

Уважаемый _____,

(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)
:

Фам илия	Имя	Отчество	Дата рождения	Назв. нас. пункта	Улиц а	До м	Корп ус	Квар тира	Подъезд	Телефон рабочий	Телефон домашний	Теле фон мо биль ный	Ра бот ник/ род стве нный	родство по отноше нию к работ нику (указать какому)	План

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

исключить из списка
Застрахованных с (дата) по Плану № :

Фамилия	Имя	Отчество	Дата рождения

и одновременно включить в список Застрахованных по этому же Плану:

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

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

Фамилия	Имя	Отчество	Дата рождения

новые Ф.И.О., дата рождения

Фамилия	Имя	Отчество	Дата рождения

5. изменить адрес Застрахованного:

Фамилия	Имя	Отчество	Дата рождения

новый адрес:

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

Должность
Ф.И.
О.
Подпись



Страховое публичное акционерное общество «Ингосстрах»
Юридический адрес и адрес для переписки: Россия, 115998, г. Москва, ул. Пятницкая, д.12, стр. 2.
ИНН 7705042179, р/с 40701810200010000001 в АКБ «Союз» (ОАО), к/с 30101810400000000122, БИК 044585122, ОКПО 2250942, ОКОНХ 96220, 96210, КПП 774401001, основной государственный регистрационный номер 1027739362474.
Фактический адрес Департамента медицинского страхования: Россия, 125993, г. Москва, Ленинградское шоссе, д.16, , стр. 9, тел. 729-4129, факс 729-4123.

СТРАХОВОЕ ПУБЛИЧНОЕ АКЦИОНЕРНОЕ ОБЩЕСТВО «ИНГОССТРАХ»

Согласие на обработку Страховщиком и партнерами Страховщика персональных данных Страхователя и Застрахованного для осуществления международного медицинского страхования граждан по Договору (здесь и далее по тексту Договор)

В целях исполнения Федерального закона РФ № 152-ФЗ от 27 июля 2006 года подтверждаю свое согласие на обработку Страховщиком и партнерами Страховщика моих ниже перечисленных персональных данных для осуществления международного медицинского страхования, в т.ч. в целях проверки качества оказания медицинских услуг и урегулирования убытков по Договору, администрирования Договора, выявления фальсификации счетов или счетов не надлежащей формы, получаемых из медицинских учреждений и др., а так же в целях информирования меня о других продуктах и услугах Страховщика, в статистических целях и в целях проведения анализа.

Мои персональные данные, как данные Застрахованного включают: фамилия, имя, отчество, год, месяц, дата рождения, адрес проживания, телефон, данные о состоянии здоровья, заболеваниях и о случаях обращения в медицинские учреждения.

Предоставляю Страховщику и партнерам Страховщика право осуществлять все действия (операции) с моими персональными данными, включая сбор, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), использование, обезличивание, блокирование, уничтожение, в том числе даю согласие на трансграничную передачу Страховщиком, при необходимости, моих персональных данных, а также иной информации, связанной с исполнением Договора, следующим третьим лицам:

- (наименование организации), (юридический адрес), (государство происхождения);
- (наименование организации), (юридический адрес), (государство происхождения).¹

Страховщик и партнеры Страховщика вправе обрабатывать мои персональные данные посредством включения их в списки и внесения в электронные базы данных Страховщика и партнеров Страховщика.

Страховщик имеет право во исполнение своих обязательств по Договору передавать мои персональные данные в медицинские и иные учреждения, предусмотренные Договором, а также партнерам Страховщика, и получать от указанных учреждений и партнеров Страховщика данные обо мне, при условии, что он имеет договоры с указанными медицинскими учреждениями, обеспечивающие безопасность персональных данных при их обработке и предотвращение разглашения персональных данных. При этом врачи указанных медицинских учреждений и партнеры Страховщика освобождаются от обязательств конфиденциальности перед Страховщиком в отношении 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 бессрочно (если иное не указано ниже).

¹ Указываются наименования и юридические адреса всех организаций, которым передаются персональные данные.

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

(ФИО полностью)

Паспорт

_____ выданный _____

Адрес

проживания _____

Дата рождения ___ / ___ / _____ г., телефон _____

(подпись)

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

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

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

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

1. ПОПРАВочНЫЕ КОЭФФИЦИЕНТЫ К БАЗОВЫМ ТАРИФНЫМ

2. СТАВКАМ ДЛЯ МЕЖДУНАРОДНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ

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

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

В зависимости от условий прекращения договора страхования (в соответствии с разделом 10 Правил страхования)	от 0.5 до 5.0
В случае страхования с валютным эквивалентом	от 0.5 до 5.0

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

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