

**УТВЕРЖДЕНЫ**  
**Приказом СПАО «Ингосстрах»**  
**от « 03 » июня 2022 г. № 237**

**Генеральный директор**  
**СПАО «Ингосстрах»**

**п/п            А.С. Ларкин**

**М.П.**

**ПРАВИЛА ДОБРОВОЛЬНОГО СТРАХОВАНИЯ  
МЕДИЦИНСКИХ РАСХОДОВ ПРИ ОКАЗАНИИ  
ПЕРВИЧНОЙ МЕДИКО-САНИТАРНОЙ И  
СПЕЦИАЛИЗИРОВАННОЙ МЕДИЦИНСКОЙ  
ПОМОЩИ В НЕОТЛОЖНОЙ ФОРМЕ ДЛЯ  
ИНОСТРАННЫХ ГРАЖДАН И ЛИЦ БЕЗ  
ГРАЖДАНСТВА НА ВРЕМЯ ПРЕБЫВАНИЯ НА  
ТЕРРИТОРИИ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ**

**Москва, 2022 г.**

1.	Общие положения. Субъекты страхования _____	3
2.	Объект страхования _____	4
3.	Страховой риск. Страховой случай _____	4
4.	Расходы, покрываемые Страховщиком _____	6
5.	Расходы, не покрываемые Страховщиком _____	6
6.	Страховая сумма. Страховая премия. Страховой тариф. _____	8
7.	Порядок заключения и исполнения договора страхования. Действие договора страхования _____	10
8.	Действия сторон при наступлении страхового случая. Определение размера убытков или ущерба, определение размера страховой выплаты. _____	16
9.	Случаи отказа в страховой выплате _____	19
10.	Прекращение действия договора страхования _____	20
11.	Права и обязанности сторон _____	21
12.	Порядок рассмотрения споров _____	22
13.	Иные положения _____	24

## **1. ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ. СУБЪЕКТЫ СТРАХОВАНИЯ**

Настоящие Правила добровольного страхования медицинских расходов при оказании первичной медико-санитарной и специализированной медицинской помощи в неотложной форме для иностранных граждан и лиц без гражданства на время пребывания на территории Российской Федерации (далее – Правила) разработаны в соответствии с законодательством Российской Федерации и являются неотъемлемой частью договора добровольного страхования медицинских расходов при оказании первичной медико-санитарной и специализированной медицинской помощи в неотложной форме для иностранных граждан и лиц без гражданства на время пребывания на территории Российской Федерации (далее по тексту – Договор).

В рамках настоящих Правил, определяющих общие условия и порядок осуществления страхования, СПАО «Ингосстрах» осуществляет следующие виды страхования:

- а) медицинское страхование;
- б) страхование финансовых рисков.

1.1. Страховщиком по настоящим Правилам является СПАО «Ингосстрах» – страховая организация, созданная в соответствии с законодательством Российской Федерации для осуществления деятельности по страхованию и получившая лицензии на осуществление соответствующих видов страховой деятельности в установленном Законом Российской Федерации «Об организации страхового дела в Российской Федерации» порядке.

1.2. Сайт Компании - совокупность информационных ресурсов и сервисов, размещенных в сети Интернет по адресу: [www.ingos.ru](http://www.ingos.ru).

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

1.3. По Договору Страхователями могут быть юридические и дееспособные физические лица.

1.4. Страхователи вправе заключать Договор в отношении третьих лиц (Застрахованных). В случае если Договор заключен Страхователем в отношении себя лично, на него распространяются права и обязанности Застрахованного.

Застрахованными по настоящим Правилам могут быть только физические лица – иностранные граждане или лица без гражданства. Условия, содержащиеся в настоящих Правилах, могут быть изменены (исключены или дополнены) по письменному соглашению сторон при заключении Договора или в период действия Договора до наступления страхового случая, при условии, что такие изменения не противоречат действующему законодательству.

При заключении Договора страхования условия, содержащиеся в настоящих Правилах, при их включении в текст Договора (изложены в одном документе с Договором (страховым полисом) или на его оборотной стороне) либо при вручении Правил под роспись страхователю становятся обязательными для исполнения Страхователем, Страховщиком, Застрахованными лицами, Выгодоприобретателем.

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 или нормативных актов, то такое наименование или понятие используется в своем обычном лексическом значении.

**Дополнительные медицинские и иные услуги, предоставляемые сверх гарантированных Российской Федерацией к бесплатному получению (медицинская помощь)** – услуги, включенные в Программу, отличные от услуг, предоставляемых в рамках гарантий Российской Федерации для иностранных граждан и/или лиц без гражданства, в том числе в рамках соответствующих международных соглашений, по объему, уровню квалификации медицинского персонала, комфортности, способу предоставления и т.д.

**Программа** – перечень дополнительных медицинских и иных услуг (медицинской помощи), составленный Страховщиком, а также порядок их оказания. Программа является неотъемлемой частью Договора и вручается Страхователю одновременно с Договором либо включается в его текст.

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

## **2. ОБЪЕКТ СТРАХОВАНИЯ**

Объектом страхования по настоящим правилам являются:

- имущественные интересы, связанные с оплатой организации и оказания первичной медико-санитарной и специализированной медицинской помощи в неотложной форме, лекарственной помощи 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 (медицинское страхование).
- имущественные интересы Страхователя (Застрахованного лица), связанные с риском возникновения непредвиденных расходов, не относящихся к предпринимательской деятельности, связанных со смертью Застрахованного и необходимостью осуществления расходов на транспортировку, репатриацию и/или оказание ритуальных услуг.

## **3. СТРАХОВОЙ РИСК. СТРАХОВОЙ СЛУЧАЙ**

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

Страховым случаем является свершившееся событие, предусмотренное договором страхования, с наступлением которого возникает обязанность Страховщика выплатить страховое возмещение.

3.2. Страховым случаем по настоящим Правилам является обращение Застрахованного лица в течение срока действия Договора за получением различных видов платной медицинской и иной помощи, включенных в Программу, в связи с внезапным заболеванием Застрахованного и/или несчастным случаем с Застрахованным, при условии, что указанные события произошли во время пребывания Застрахованного на территории Российской Федерации в период действия договора страхования и повлекли необходимость обращения за медицинскими и иными услугами, включенными в Программу, в т.ч. транспортными.

В случае если это предусмотрено Договором также признается страховым случаем возникновение непредвиденных расходов на посмертную репатриацию тела застрахованного в объеме, предусмотренном Договором и выбранной Программой / Программами;

3.3. Объем медицинской помощи и иных услуг, оказываемых Застрахованному лицу медицинским и иными учреждениями и оплачиваемыми Страховщиком по Договору, определяется договором страхования и/или выбранной Страхователем Программой / Программами.

3.4. Внезапным заболеванием считается болезнь, возникшая неожиданно в период нахождения Застрахованного на территории Российской Федерации в период действия страхования и требующая неотложного медицинского вмешательства.

3.5. Под несчастным случаем подразумевается внезапное, кратковременное, внешнее событие, имевшее место на территории Российской Федерации в период действия страхования, повлекшее за собой травму, иное расстройство здоровья или смерть Застрахованного.

3.6. Не является страховым случаем обращение по поводу внезапного заболевания, несчастного случая или смерти Застрахованного, возникших в связи с:

3.6.1. алкогольным, наркотическим, токсическим или иным опьянением Застрахованного;

3.6.2. самоубийством (покушением на самоубийство) Застрахованного, если к моменту наступления страхового случая договор действовал менее 2 лет;

3.6.3. воздействием ядерного взрыва, радиации, радиоактивного или иного вида заражения;

3.6.4. стихийными бедствиями и их последствиями, эпидемиями, карантинном, метеоусловиями;

3.6.5. умышленными действиями Застрахованного, направленных на наступление страхового случая;

3.6.6. совершением Застрахованным противоправного деяния, находящегося в прямой причинно-следственной связи с наступлением страхового случая;

3.6.7. полетом Застрахованного на летательном аппарате, управлением им, кроме случаев полета в качестве пассажира на самолете гражданской авиации, управляемом профессиональным пилотом;

3.6.8. полетом Застрахованного на безмоторных летательных аппаратах, моторных планерах, сверхлегких летательных аппаратах;

3.6.9. военными действиями и их последствиями, народными волнениями, забастовками, восстаниями, мятежами, массовыми беспорядками, актами терроризма и их последствиями;

3.6.10. службой Застрахованного в любых вооруженных силах и формированиях;

3.6.11. занятием Застрахованного профессиональным, любительским или организованным спортом, в том числе: альпинизмом, скалолазанием, рафтингом, верховой ездой, дайвингом, катанием на горных лыжах, на сноуборде, а также прыжками и полетами на парашюте;

3.6.12. занятием Застрахованным опасными видами деятельности/участием в осуществлении опасных работ (в том числе в качестве горняка, строителя, электромонтажника и т.д.), если иное не предусмотрено Договором и/ или Программой;

3.7. Не является также страховым случаем обращение по поводу внезапного заболевания, несчастного случая или смерти Застрахованного, если они связаны с:

3.7.1. хроническими заболеваниями, независимо от того знало ли о них Застрахованное лицо и/или осуществлялось ли по ним лечение или нет, если иное не предусмотрено Договором страхования и/ или Программой;

3.7.2. заболеваниями, имевшимися до начала срока страхования, а также состояниями и/или осложнениями, возникшими вследствие имевшегося ранее заболевания, независимо от того знало ли о них Застрахованное лицо и/или осуществлялось ли по ним лечение или нет (в том числе связанные с образованием конкрементов, язв и пр.);

3.7.3. со злокачественными и доброкачественными новообразованиями вне зависимости от того, знало ли Застрахованное лицо о данном заболевании до поездки или нет;

3.7.4. психическими заболеваниями и состояниями, судорожными состояниями, эпилепсией (первичной и симптоматической), неврозами (панические атаки, депрессии, истерические синдромы и т. п.);

3.7.5. венерическими заболеваниями, заболеваниями, передаваемыми половым путем, наличием у Застрахованного ВИЧ-инфекции, СПИДа и любых форм гепатита и их последствиями (осложнениями);

3.7.6. с ведением беременности и/или ее прерыванием вне зависимости от срока;

3.7.7. с патологическим протеканием беременности, осложнениями при беременности и/или ее прерыванием вне зависимости от срока, если иное не предусмотрено Договором и/или Программой;

3.7.8. с передозировкой и/или неправильным применением лекарственных средств, а также с индивидуальной непереносимостью организма принятых препаратов и/или их отдельных компонентов;

3.7.9. с необходимостью получения стоматологического лечения, если иное не предусмотрено программой.

3.8. По дополнительному соглашению Сторон, оговоренному в Договоре, страховыми

случаями по настоящим Правилам могут признаваться события, указанные в пп. 3.6.12, 3.7.1, 3.7.7, 3.7.9, 5.1.1–5.1.3, 5.1.5, 5.1.8, 5.1.10, 5.1.13, 5.1.23, 5.1.30 Правил с применением установленных Страховщиком повышающих коэффициентов к тарифной ставке.

3.9. При заключении Договора Страховщик и Страхователь при условии применения к тарифной ставке соответствующих коэффициентов вправе договориться об объеме медицинской помощи в рамках Программы путем сокращения перечня организуемых и оплачиваемых Страховщиком медицинских и иных услуг, включаемых в конкретную Программу, а также о названии конкретной Программы, отражающей вид, объем и порядок предоставляемой Застрахованному лицу медицинской и/или иной помощи.

#### **4. РАСХОДЫ, ПОКРЫВАЕМЫЕ СТРАХОВЩИКОМ**

4.1. При наступлении страхового случая Застрахованный информирует об этом Сервисный центр до обращения, визита в медицинское учреждение. В этом случае Сервисный центр организует оказание услуг, предусмотренных Договором, а Страховщик оплачивает данные услуги непосредственно лечебному (иному) учреждению, оказавшему услуги Застрахованному в рамках избранной Договором Программы, либо Сервисному Центру, если стоимость услуг была первично оплачена Сервисным Центром.

Под Сервисным Центром в смысле настоящих Правил понимается специализированная организация (компания), реквизиты которой указаны в договоре страхования (страховом полисе) Застрахованного, которая по поручению Страховщика круглосуточно обеспечивает организацию услуг, предусмотренных настоящими Правилами.

Медицинская помощь оказывается Застрахованному в соответствии с режимом работы местных лечебных учреждений/врачей и регламентом работы служб скорой помощи. Сервисный Центр вправе рекомендовать Застрахованному (его представителю) самостоятельно и за свой счет обратиться за получением необходимой медицинской помощи, в том числе и с привлечением местных служб скорой помощи. В этом случае Застрахованный/его представитель вправе обратиться к Страховщику за рассмотрением вопроса о возмещении понесенных им в связи с наступлением страхового случая расходов в порядке, предусмотренном разделом 10 настоящих Правил.

4.2. По настоящим Правилам и в соответствии с Договором Страховщик производит оплату специализированным организациям (компаниям), организующим и осуществляющим указанные в Программе/Программах Застрахованного услуги, или непосредственно Застрахованному при предоставлении документов, подтверждающих наступление страхового случая, оплату предусмотренных Программой и Договором медицинских и иных услуг.

4.3. Объем оказываемых и оплачиваемых услуг определяется настоящими Правилами и Программой/Программами Застрахованного.

4.4. Экстренная медицинская помощь оказывается Застрахованному медицинским учреждением, рекомендованным Страховщиком/Сервисным Центром.

4.5. Способы транспортировки Застрахованного определяются Страховщиком/Сервисным Центром с учетом медицинских показаний..

Перечень покрываемых расходов может быть уточнен Сторонами в Договоре в зависимости от застрахованного риска и избранной Программы страхования.

#### **5. РАСХОДЫ, НЕ ПОКРЫВАЕМЫЕ СТРАХОВЩИКОМ**

5.1. Страховщик по настоящим Правилам не возмещает следующие расходы:

5.1.1. связанные с лечением хронических заболеваний, а также заболеваний, известных или существующих к моменту заключения договора страхования, независимо от того, осуществлялось по ним лечение или нет (в том числе связанные с образованием конкрементов, язв и пр.), если иное не установлено Программой и/или Договором;

5.1.2. вызванные ухудшением состояния здоровья или смертью Застрахованного, связанными с лечением, которое Застрахованный проходил до начала страхования и/или вызванное применением лекарственных препаратов, которые не были назначены врачом,

направленным Сервисным Центром, а также в случае, если поездка была противопоказана Застрахованному по состоянию здоровья, если иное не установлено Программой и/или Договором;

5.1.3. на купирование и лечение судорожных состояний и их последствий, нервных и психических заболеваний, неврозов, если иное не установлено Программой и/или Договором страхования;

5.1.4. на диагностические манипуляции (в том числе консультации и лабораторные исследования) без последующего лечения; на контрольные (повторные) осмотры, консультации лабораторные и диагностические исследования;

5.1.5. на ангиографию, а также расходы, связанные с операциями на сердце и сосудах, в том числе ангиопластику, стентирование, шунтирование и др. даже при наличии медицинских показаний к их проведению, если иное не установлено Программой и/или Договором ;

5.1.6. на лечение онкологических заболеваний;

5.1.7. на лечение солнечных ожогов и иных острых изменений кожного покрова, вызванных воздействием ультрафиолетового излучения;

5.1.8. на получение Застрахованным медицинских услуг, не связанных с внезапным заболеванием или несчастным случаем; на профилактические мероприятия и общие медицинские осмотры, если иное не установлено Договором и/или Программой;

5.1.9. на лечение ВИЧ-инфекции, а также заболеваний, являющихся ее следствием;

5.1.10. связанные с консультациями и обследованиями во время протекания беременности, консультациями, обследованиями и лечением осложнений беременности (патологической беременности) вне зависимости от ее сроков, а также родовспоможением и послеродовым уходом за ребенком, если иное не установлено Договором и/или Программой;

5.1.11. на лечение заболеваний, передающихся преимущественно половым путем, а также заболеваний, являющихся их следствием;

5.1.12. связанные с пластической и восстановительной хирургией, трансплантологией (пересадкой органов), и всякого рода протезированием, включая зубное, глазное, ортопедическое, а также стоимость протезов, эндопротезов, имплантатов (в том числе наборов ангиографии, ангиопластики и стентирования, электрокардиостимуляторов и др.);

5.1.13. на оказание стоматологической помощи, если иное не установлено Договором и/или Программой;

5.1.14. связанные с предоставлением услуг, не являющихся необходимыми с медицинской точки зрения, или с лечением, не назначенным врачом;

5.1.15. возникшие в результате добровольного отказа Застрахованного от выполнения предписаний врача, полученных им в связи с обращением по поводу страхового случая;

5.1.16. на лечение методами мануальной терапии, рефлексотерапии (акупунктуры), хиропрактики, массажа, гомеопатии, фито- и натуротерапии и т. п.;

5.1.17. по лечению Застрахованного и/или уходу за ним, осуществляемыми его родственниками, а также расходы, связанные с обеспечением пребывания родственников Застрахованного, обусловленного его лечением и последующим возвращением в страну постоянного пребывания;

5.1.18. связанные с оказанием услуг медицинским учреждением, не имеющим соответствующей лицензии, либо лицом, не имеющим права на осуществление медицинской деятельности;

5.1.19. связанные с оказанием транспортных и иных услуг и не подтвержденные соответствующими документами (счет, квитанция, чек);

5.1.20. на реабилитацию, восстановительное лечение и физиотерапию;

5.1.21. на проведение курса лечения на курортах, в санаториях, пансионатах, домах отдыха и других подобных учреждениях, а также на лечение заболеваний, являющихся следствием этого лечения и/или осуществление репатриации, в том числе и посмертной;

5.1.22. на проведение дезинфекции, вакцинации (в том числе вакцинация при наступлении страхового случая против бешенства, энцефалита и пр.);

5.1.23. на проведение плановых операций и госпитализаций, даже если указанные мероприятия связаны с произошедшим страховым случаем если иное не установлено Договором и/или Программой;

5.1.24. на проведение врачебных экспертиз, лабораторных и диагностических исследований, не связанных с несчастным случаем или внезапным заболеванием;

5.1.25. связанные с предоставлением дополнительного комфорта, а именно: палаты типа «люкс», телевизора, телефона, кондиционера, увлажнителя, услуг парикмахера, массажиста, косметолога, переводчика и т.д.;

5.1.26. которые имели место за пределами Российской Федерации, а также после прекращения действия Договора;

5.1.27. по стационарному лечению, медико-транспортные расходы, расходы по посмертной репатриации, не санкционированные Сервисным Центром. Страховщик вправе оплатить такие расходы полностью или частично, если сочтет причины необращения в Сервисный Центр объективными;

5.1.28. связанные с диагностированием и лечением серных пробок;

5.1.29. на лечение в барокамере;

5.1.30. медико-транспортные расходы и расходы по посмертной репатриации, если наступившее событие связано с хроническими заболеваниями, а также заболеваниями, известными или существующими к моменту заключения Договора, независимо от того, осуществлялось по ним лечение или нет, если иное не установлено Договором и/или Программой;

5.1.31. расходы, превышающие установленные страховые суммы;

5.1.32. расходы на медицинскую помощь, оказанную Застрахованному лицу при отсутствии страхового случая;

5.1.33. расходы по услугам, оказанным Застрахованному лицу, не входящим в Программу.

## **6. СТРАХОВАЯ СУММА. СТРАХОВАЯ ПРЕМИЯ. СТРАХОВОЙ ТАРИФ.**

6.1. Страховой суммой является денежная сумма, которая определена в порядке, установленном Договором при его заключении и, исходя из которой, устанавливаются размер страховой премии и размер страховой выплаты при наступлении страхового случая.

6.2. Страховая сумма устанавливается в Договоре по соглашению сторон.

В части страхования непредвиденных расходов страховая сумма устанавливается Страховщиком по соглашению со Страхователем исходя из возможного размера ущерба (убытков), которые, как можно ожидать, были бы понесены при наступлении страхового случая.

Общая сумма выплат за один или несколько страховых случаев, происшедших в период действия Договора, не может превышать размера страховой суммы, указанной в Договоре. Договором может быть предусмотрена страховая сумма по Программе и/или по отдельным заболеваниям или видам медицинской помощи, входящим в Программу.

Страховые суммы в Договоре могут быть установлены в российских рублях и/или валютном эквиваленте.

Страховой премией является плата за страхование, которую Страхователь обязан уплатить Страховщику (его полномочному представителю) в соответствии с Договором.

Страховая премия устанавливается Страховщиком в соответствии с его тарифами, действующими на момент заключения Договора с учетом степени страхового риска и срока действия страхования.

6.3. 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 её размера в соответствии с условиями страхования. Конкретный размер страхового тарифа определяется по соглашению сторон на основании базовых тарифов Страховщика, с учетом срока страхования, включенных страховых рисков, событий, включенных в перечень страховых случаев, а также поправочных (повышающих или



понижающих) коэффициентов.

6.4. В случае принятия Страховщиком решения о страховании лиц, осуществляющих деятельность, связанную с повышенной опасностью, в том числе предусмотренную п. 3.6.12 Правил, лиц моложе 12 лет (если иное не установлено Договором) и старше 65 лет, а также при включении в Договор рисков, указанных в п. 3.8 Правил - страховая премия уплачивается в соответствии с установленными Страховщиком повышающими коэффициентами.

6.5. Размер страховой премии указывается в Договоре (страховом полисе) или счете на оплату страховой премии, являющимся неотъемлемой частью Договора.

6.6. Страховая премия вносится Страхователем разовым платежом за весь период страхования, если Договором не предусмотрено иное.

6.7. Оплата страховой премии может производиться в безналичной форме или наличными деньгами. Страховая премия считается уплаченной: при безналичной форме – с даты поступления страховой премии на расчетный счет Страховщика; при уплате наличными деньгами – с момента уплаты страховой премии Страховщику (его полномочному представителю).

6.8. Страховая премия по соглашению сторон и в соответствии с действующим законодательством Российской Федерации может устанавливаться как в российских рублях, так и в валютном эквиваленте. Страховая премия, установленная в валютном эквиваленте, уплачивается в рублях по курсу Центрального Банка Российской Федерации на день платежа, если иной курс не установлен соглашением сторон. В случаях, предусмотренных действующим законодательством Российской Федерации, страховая премия может уплачиваться в иностранной валюте.

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

6.9. Если иного не предусмотрено соглашением сторон и не обусловлено способом заключения Договора, страховая премия (первый страховой взнос) должна быть уплачена до получения Договора (полиса) Страхователем, но не позднее 5 (пяти) рабочих дней от даты подачи заявления о заключении Договора.

При электронном страховании страховая премия уплачивается после ознакомления Страхователя с условиями, содержащимися в Договоре добровольного страхования и правилах страхования.

6.10. В случае неуплаты страховой премии на условиях, установленных Договором, Договор не вступившим в силу и не влечет каких-либо последствий для его сторон (если Договором страхования не предусмотрено иное).

6.11. Под франшизой понимается часть убытков, которая определена Договором и не подлежит возмещению Страховщиком Страхователю или иному лицу, интерес которого застрахован в соответствии с условиями Договора. 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, наличие временной франшизы указывается в Программе.

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). Если в договоре не указан тип франшизы, франшиза считается «безусловной».

Франшиза может быть установлена по Договору, по Программе, по одному риску либо по их комбинации.

6.12. Если в Договорах, заключенных в соответствии с настоящими Правилами

страховые суммы и страховые премии указаны в валютном эквиваленте (страхование с валютным эквивалентом):

- 1) страховая премия уплачивается в рублях по курсу Центрального банка Российской Федерации, установленному для иностранной валюты на дату уплаты (перечисления).
- 2) страховое возмещение выплачивается в рублях по курсу Центрального банка Российской Федерации, установленному для данной иностранной валюты на дату выплаты (перечисления).

При расчете страхового возмещения данное условие применяется в случае, если курс иностранной валюты не превышает максимального курса для выплат, под которым понимается курс иностранной валюты, установленный Центральным банком Российской Федерации на дату перечисления страховой премии, увеличенной на 1% (один процент) на каждый месяц (в т.ч. неполный), прошедший с момента перечисления премии. В случае если курс иностранной валюты, установленный Центральным банком Российской Федерации, превысит вышеуказанный максимальный курс, размер страхового возмещения определяется исходя из максимального курса.

Применительно к разделу 8 настоящих Правил используется следующий порядок определения ущерба (убытков):

- если причиненный ущерб, возмещаемый Страховщиком, определяется в российских рублях, то выплаты производятся в рублях, а Договор продолжает действовать в размере разницы между страховой суммой и суммой выплаченного страхового возмещения, пересчитанного в валюту, в которой определена страховая сумма, по валютному курсу, установленному Центральным банком Российской Федерации на дату перечисления;
- если причиненный ущерб определяется в валюте, в которой установлена страховая сумма, то выплаты производятся в рублях в соответствии с первым абзацем настоящего пункта Правил, а Договор продолжает действовать в размере разницы между страховой суммой и суммой выплаченного возмещения в валютном эквиваленте.

Расчеты с нерезидентами осуществляются в соответствии с действующим законодательством Российской Федерации.

## **7. ПОРЯДОК ЗАКЛЮЧЕНИЯ И ИСПОЛНЕНИЯ ДОГОВОРА СТРАХОВАНИЯ. ДЕЙСТВИЕ ДОГОВОРА СТРАХОВАНИЯ**

7.1. Договор заключается на срок не более одного года, если иное не предусмотрено соглашением сторон.

Договор по настоящим Правилам может быть заключен в виде электронного документа через официальный Сайт (мобильное приложение) Страховщика, официальный сайт (мобильное приложение) представителя Страховщика (страхового агента, страхового брокера)<sup>1</sup> в порядке, предусмотренном разделом 7 настоящих Правил., а также при непосредственном обращении к Страховщику (его уполномоченному представителю) с устным или письменным заявлением о своем намерении заключить Договор.

7.2. При обращении к Страховщику (его уполномоченному представителю) с устным или письменным заявлением о своем намерении заключить Договор Страхователь передает следующие данные:

- 7.2.1. фамилия, имя, отчество, пол, дата рождения, адрес постоянного места жительства, телефон Застрахованного;
- 7.2.2. наименование, юридический адрес, телефон, банковские реквизиты Страхователя, если Страхователь – юридическое лицо. В данном случае к заявлению прилагается список Застрахованных лиц;
- 7.2.3. планируемые даты начала и окончания поездки;
- 7.2.4. цель поездки;

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

7.2.5. профессия и род предполагаемой деятельности, если Застрахованный выезжает (прибывает на территорию Российской Федерации) в поездку для работы;

7.2.6. вид спорта или тип спортивных состязаний, в которых предполагается участие Застрахованного;

7.2.7. страховая сумма;

7.2.8. выбранная Программа/Программы страхования.

7.3. При заключении Договора Страхователь обязан сообщить Страховщику обо всех известных ему обстоятельствах, имеющих значение для оценки страхового риска, в т.ч. о наличии или отсутствии имеющихся у Застрахованного хронических заболеваниях и патологиях, ВИЧ-инфекции, СПИДе, любых формах гепатита, злокачественных и доброкачественных новообразованиях, психических заболеваниях и состояниях, беременности.

7.4. Страхователь обязан сообщать Страховщику обо всех известных ему изменениях страхового риска, происходящих в период действия Договора.

7.5. При заключении Договора Страховщик вправе потребовать предоставить кроме заявления на страхование следующие документы:

7.5.1. опросный лист;

7.5.2. документы, удостоверяющие личность Страхователя (для Страхователей – физических лиц);

7.5.3. документы, удостоверяющие правоспособность Страхователя – юридического лица;

7.5.4. документы, подтверждающие личность и полномочия представителя (если Договор заключается представителем);

7.5.5. документы, подтверждающие личность Выгодоприобретателя/Застрахованного;

7.5.6. документы, подтверждающие состояние здоровья Застрахованного, включая результаты медицинского обследования Застрахованного. При заключении Договора в электронном виде обследование Страховщиком не осуществляется;

7.5.7. документы, подтверждающие совершение поездки (пребывание) в Российской Федерации.

При заключении договора в виде электронного документа Страхователь предоставляет через личный кабинет или мобильное приложение копии документов в электронном виде (в том числе, в виде электронных файлов в формате, указанном Страховщиком (pdf, jpg и т.д.)) на основании электронного запроса Страховщика, изложенного, в том числе, в виде условия страхования и (или) анкеты на сайте Страховщика.

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

7.6. Факт заключения Договора удостоверяется выдаваемым Страховщиком Страхователю страховым полисом с приложением настоящих Правил, либо путем составления одного документа в соответствии с положениями гражданского законодательства Российской Федерации.

7.7.

В соответствии с настоящими Правилами, Договор согласно пункту 2 статьи 434 и статье 6.1. Закона РФ «Об организации страхового дела в Российской Федерации» № 4015-1 от 27.11.1992 может быть составлен в форме электронного документа. Договор в электронной форме заключается на основании соответствующего заявления Страхователя, созданного и отправленного Страховщику с использованием официального сайта (мобильного приложения) Страховщика, официального сайта (мобильного приложения) представителя Страховщика в порядке, указанном в пп. 7.8, 7.9. настоящих Правил.

Заявление о заключении договора страхования в электронной форме подписывается

Страхователем – физическим лицам простой электронной подписью, Страхователем – индивидуальным предпринимателем усиленной квалифицированной электронной подписью, по отдельному соглашению сторон – неквалифицированной (иной) подписью, а Страхователем – юридическим лицом – усиленной квалифицированной электронной подписью.

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

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

В случае невозможности обмена документами в электронном виде, подписанными усиленной квалифицированной электронной подписью, по причине технического сбоя внутренних систем или по иным причинам, обмен документами производится на бумажном носителе с подписанием собственноручной подписью (если иного не предусмотрено соглашением сторон).

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

7.8. При заключении Договора в форме электронного документа Страхователь через официальный сайт Страховщика, мобильное приложение Страховщика, официальный сайт или мобильное приложение представителя Страховщика, направляет информацию, необходимую для заключения договора страхования путем заполнения формы анкеты-заявления на страхование, которая обязательно включает следующие данные:

7.8.1. Фамилия, имя в латинской транскрипции (как в заграничном/национальном паспорте), дату рождения Застрахованного (-ых);

7.8.2. Планируемые даты начала и окончания пребывания на территории Российской Федерации, количество дней, в течение которых будет действовать Договор;

7.8.3. цель поездки;

7.8.4. профессия и род предполагаемой деятельности, если Застрахованный въезжает в Российскую Федерацию для работы;

7.8.5. вид спорта или тип спортивных состязаний, в которых предполагается участие Застрахованного;

7.8.6. страховая сумма.

7.9. В целях заключения договора страхования, а также в иных случаях, для которых настоящими Правилами страхования предусмотрена возможность использования простой электронной подписи (в частности, в п. 8.14 настоящих Правил), устанавливаются следующие требования к использованию электронных документов, порядок обмена информацией в электронной форме и правила определения лица, подписывающего электронный документ, по его простой электронной подписи. Электронный документооборот осуществляется в соответствии с Гражданским кодексом Российской Федерации, Федеральным законом от 06.04.2011 № 63-ФЗ «Об электронной подписи». Страхователь – физическое лицо, подписывающее электронный документ (в том числе, анкету-заявление), для его последующего определения Страховщиком по его простой электронной подписи предоставляет Страховщику с использованием официального сайта Страховщика, мобильного приложения Страховщика, официального сайта или мобильного приложения представителя Страховщика следующие сведения:

- фамилия, имя и отчество (при наличии);
- абонентский номер, выделенный оператором подвижной радиотелефонной связи

(номер телефона), и (или) адрес электронной почты.

Страховщик (представитель Страховщика) направляет на указанные Страхователем – физическим лицом номер телефона и (или) адрес электронной почты текстовое сообщение, содержащее последовательность символов, являющуюся ключом простой электронной подписи, и указание лицу, использующему простую электронную подпись, на необходимость соблюдать ее конфиденциальность. Одновременно с первичным доступом к сайту Страховщика с использованием ключа простой электронной подписи, полученного в соответствии с настоящим пунктом, на сайте Страховщика автоматически создается персональная страница (далее – личный кабинет) Страхователя<sup>2</sup>. Информация считается подписанной простой электронной подписью Страхователя, в том числе, если ее применение подтверждено введением ключа простой электронной подписи, если подтверждение от Страхователя было получено в закрытой части (личном кабинете) сайта или мобильного приложения Страховщика (представителя Страховщика), вход в который Страхователь подтвердил введением ключа простой электронной подписи и ключа проверки простой электронной подписи в виде логина и пароля. Страховщик и лицо, подписывающее электронный документ, обязаны соблюдать конфиденциальность ключа простой электронной подписи.

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

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

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

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

После осуществления доступа к сайту Страховщика в соответствии с настоящим пунктом Страхователю предоставляется возможность направления Страховщику сведений, указанных в п. 7.8 настоящих Правил. Информация в электронной форме, отправленная Страховщику и подписанная простой электронной подписью Страхователя (Застрахованного лица, Выгодоприобретателя) в соответствии с требованиями настоящего пункта и Федерального закона от 6 апреля 2011 года №63-ФЗ «Об электронной подписи» (далее также – Закон об электронной подписи), признается электронным документом, равнозначным документу на бумажном носителе, подписанному собственноручной подписью этого физического лица.

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

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

Текст настоящих Правил либо выписка из настоящих Правил (полисные условия страхования), сформированная на основе положений настоящих Правил, относящихся к конкретной программе страхования (страховому продукту), и на основе которых заключен

---

<sup>2</sup> В аналогичном порядке создается личный кабинет и используется простая электронная подпись иного клиента – физического лица, если между сторонами не заключено иных соглашений в соответствии с Федеральным законом № 63-ФЗ от 06.04.2011 «Об электронной подписи».

договор страхования, дополнительно включается в текст страхового полиса.

При заключении Договора страхования (за исключением случаев электронного страхования, где текст Правил страхования включается в текст договора) Страховщик обязан вручить Страхователю настоящие Правила, о чем делается запись в Договоре страхования.

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

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

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

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

Страхователь обязуется по требованию Страховщика в течение 1 (Одного) рабочего дня предоставить Страховщику вышеуказанные согласия на обработку персональных данных в виде отдельных документов, составленных и оформленных в соответствии с законодательством Российской Федерации, способом, соответствующим требованиям законодательства Российской Федерации.

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

Персональные данные могут обрабатываться Страховщиком, его аффилированными и иными указанными в настоящем пункте лицами в целях исполнения Договора страхования; формирования рекламных предложений услуг Страховщика, его аффилированных и иных поименованных в настоящем пункте лиц; продвижения услуг Страховщика, его

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

Составляющие врачебную тайну сведения, полученные в рамках исполнения договоров добровольного медицинского страхования от медицинских учреждений и медицинских экспертов, могут быть использованы исключительно для целей исполнения договоров добровольного медицинского страхования; при этом указанные учреждения и эксперты в соответствующей части освобождаются от обязательства сохранять конфиденциальность указанных сведений.

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

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

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

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

налогоплательщика; реквизиты банковского счета; данные договора банковского счета; сведения о банковских операциях; страховой номер индивидуального лицевого счета; данные полисов добровольного и обязательного медицинского страхования; биометрические персональные данные; сведения, относящиеся к специальным категориям персональных данных; сведения о состоянии здоровья и иные сведения, составляющие врачебную тайну, полученные от медицинских работников, медицинских экспертов и медицинских организаций, из иных источников; иные сведения).

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

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

7.11. Страхование вступает в силу в момент пересечения границы Российской Федерации, но не ранее 00.00 часов указанной в Договоре даты начала страхования при условии уплаты Страхователем страховой премии за весь период страхования, если иное не предусмотрено Договором страхования.

Под началом поездки понимается прибытие Застрахованного на территорию Российской Федерации (пересечение государственной границы, удостоверяемое отметкой пограничной службы в паспорте).

7.12. Договор не действует за пределами Российской Федерации.

7.13. При электронном страховании Договор считается заключенным с момента оплаты страховой премии.

7.14. Если иное не предусмотрено Договором страхования и при наличии соответствующей технической возможности, изменения в Договор страхования могут быть внесены путем обмена информацией в электронном виде через официальный сайт или мобильное приложение Страховщика в порядке, аналогичном порядку, предусмотренному разделом 7 настоящих Правил.

Если иное не предусмотрено Договором страхования и при наличии соответствующей технической возможности, прекращение (расторжение) договора может быть совершено путем обмена информацией в электронном виде через официальный сайт или мобильное приложение Страховщика (в порядке, аналогичном порядку, предусмотренному разделом 7 настоящих Правил страхования).

## **8. ДЕЙСТВИЯ СТОРОН ПРИ НАСТУПЛЕНИИ СТРАХОВОГО СЛУЧАЯ. ОПРЕДЕЛЕНИЕ РАЗМЕРА УБЫТКОВ ИЛИ УЩЕРБА, ОПРЕДЕЛЕНИЕ РАЗМЕРА СТРАХОВОЙ ВЫПЛАТЫ.**

8.1. При наступлении страхового случая Застрахованный (его представитель) обязан:

8.1.1. заблаговременно, до обращения, визита в медицинское учреждение проинформировать Сервисный Центр Страховщика по указанным в страховом полисе телефонам о случившемся происшествии и сообщить оператору следующую информацию:

- Фамилию, имя, Застрахованного;
- Номер Договора (страхового полиса);
- Характер требуемой помощи;
- Местонахождение и номер телефона для обратной связи;

8.1.2. получить медицинскую помощь в строгом соответствии с инструкциями оператора Сервисного центра;

8.1.3. предъявить медицинскому персоналу оригинал Договора (страхового полиса);

8.1.4. уплатить франшизу в установленном размере, если она предусмотрена в Договоре (страховом полисе);

8.1.5. согласовывать свои действия и следовать указаниям оператора Сервисного центра;

8.1.6. соблюдать предписания врача и распорядок, установленный медицинским



учреждением;

8.1.7. при невозможности связаться с Сервисным центром в момент наступления страхового случая сделать это при первой возможности и предъявить Договор (страховой полис), не оплачивая при этом услуг, предлагаемых или оказанных третьими лицами, без получения официального подтверждения оператора Сервисного центра, зафиксировавшего обращение в базе данных Сервисного центра;

8.1.8. письменно обосновать Страховщику причину невыполнения требований п. 8.1.1 Правил и представить соответствующие подтверждающие документы.

8.2. После получения информации, Сервисный Центр Страховщика организует оказание Застрахованному необходимых и предусмотренных Договором и Программой медицинских, медико-транспортных услуг, а Страховщик оплачивает расходы Сервисного Центра по оказанным Застрахованному услугам в соответствии с Разделом 3 настоящих Правил.

8.3. В случае самостоятельной оплаты медицинских услуг Застрахованный представляет Страховщику для возмещения понесенных расходов оригиналы следующих документов:

- Письменное заявление / обращение о случившемся с приложением полных банковских реквизитов (при выборе безналичной формы оплаты). Если Застрахованный не обращался в Сервисный Центр – заявление с обоснованием причин необращения в Сервисный Центр;

- Договор (страховой полис);

- Медицинские документы, содержащие сведения о диагнозе, дате и состоянии здоровья Застрахованного при обращении за помощью, о проведенных медицинских манипуляциях и продолжительности лечения;

- Направления на прохождение лабораторных исследований с указанием дат, наименований и стоимости услуг;

- Счета-фактуры из медицинских учреждений (на фирменном бланке и с соответствующим штампом) с указанием фамилии пациента, даты обращения, диагноза, продолжительности лечения, перечня оказанных услуг с разбивкой по датам и стоимости, а также общей суммы к оплате;

- Документы, подтверждающие факт оплаты представленных счетов;

- Документы, подтверждающие факт оплаты счетов за репатриацию, в том числе справку о смерти с указанием причины, свидетельство о смерти, счетов организаций, осуществляющих транспортировку с разбивкой по датам и стоимости оказанных услуг, иных документов, подтверждающих оказание услуги;

- Документы, подтверждающие родство с Застрахованным, и/или документы, подтверждающие право обратившегося представлять интересы Застрахованного;

- Результаты медицинского осмотра врачом Страховщика, если Страховщик воспользовался своим правом, предусмотренным в п. 11.3.4 Правил на осмотр Застрахованного после наступления страхового случая.

8.4. Для возмещения расходов Застрахованного, Страховщик принимает счета-фактуры только при наличии документов, подтверждающих факт оплаты медицинских услуг.

8.5. Заявление и документы, указанные в п. 8.3 Правил, должны быть представлены Страховщику в течение 40 (сорока) календарных дней с момента наступления страхового случая.

8.6. По требованию Страховщика предоставляются также:

8.6.1. документы, составляемые (оформляемые) уполномоченными органами в ходе проведения расследования по уголовному делу или делу об административном правонарушении о факте, обстоятельствах и причинах заявленного события;

8.6.2. документы по факту обжалования решений, принятых по уголовному делу или делу об административном правонарушении, либо исков (требований, претензий) о возмещении вреда судом;

8.6.3. документ, удостоверяющий личность заявителя. Если заявление подается через представителя, то предоставляются документы как в отношении лица, подающего заявление, так

и в отношении получателя выплаты, а также документы, подтверждающие полномочия представителя (нотариально удостоверенная доверенность в отношении представителя физического лица или доверенность, заверенная юридическим лицом в отношении представителя юридического лица, с указанием на право получения выплаты (для случаев получения страховой выплаты представителем)).

8.7. Договором может быть предусмотрен сокращенный список документов, необходимых для принятия решения о страховой выплате, в зависимости от застрахованного риска и избранной Страхователем Программы.

8.8. Все представляемые Страховщику документы должны быть оформлены на русском языке.

8.9. Решение о выплате страхового возмещения принимается Страховщиком в течение 30 (тридцати) рабочих дней с момента получения Страховщиком всех необходимых документов, указанных в п. 8.3–8.6 Правил. В указанный срок Страховщик вправе проводить проверку представленных документов, запрашивать сведения у организаций, располагающих информацией об обстоятельствах страхового случая, а также письменные объяснения Страхователя и/или Застрахованного по факту произошедшего страхового случая. В указанный срок Страховщик принимает решение о выплате и составляет Акт о страховом случае либо направляет отказ в страховой выплате.

Страховщик вправе осуществить страховую выплату ранее установленного срока.

8.10. В целях оценки фактического состояния здоровья после наступления страхового случая Застрахованного Страховщик с согласия Застрахованного оставляет за собой право запрашивать и получать информацию о состоянии здоровья Застрахованного.

Застрахованный, намеренный воспользоваться своим правом на получение страховой выплаты, по требованию Страховщика обязан пройти медицинское освидетельствование по направлению Страховщика.

8.11. Страховщик вправе принять решение о признании события страховым в отсутствие каких-либо документов, предусмотренных настоящим разделом Правил, в случае если отсутствие таких документов не влияет на возможности Страховщика установить обстоятельства события и определить размер страховой выплаты.

8.12. Если в Договоре предусмотрена безусловная франшиза (сумма, которая оплачивается Застрахованным врачу/медицинскому учреждению и не возмещается Страховщиком), то она действует при оплате расходов по каждому страховому случаю. В случае, когда все расходы по страховому случаю были оплачены Застрахованным/Страхователем, а в Договоре предусмотрена безусловная франшиза, Страховщик выплачивает страховое возмещение за вычетом данной суммы (франшизы).

8.13. При страховании с валютным эквивалентом размер страховой выплаты определяется с учетом положений п. 6.12 настоящих Правил.

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

1) При наличии соответствующей технической возможности Страхователь (Застрахованное лицо, Выгодоприобретатель) по согласованию со Страховщиком вправе направить уведомление о наступлении страхового случая, заявление о страховой выплате и приложенные к нему документы через личный кабинет Страхователя (Застрахованного лица, Выгодоприобретателя) на официальном сайте Страховщика [www.ingos.ru](http://www.ingos.ru) или через мобильное приложение Страховщика. Документы направляются с соблюдением требований по формату и разрешению документов, указанных на сайте или в мобильном приложении Страховщика;

2) Отправляемая Страхователем (Выгодоприобретателем, Застрахованным лицом) информация в электронной форме подписывается соответствующей электронной подписью с соблюдением требований, порядка и обязанностей, предусмотренных разделом 7 настоящих Правил;

3) При отправке Страхователем (Выгодоприобретателем, Застрахованным лицом) Страховщику уведомления о наступлении страхового случая, заявления об осуществлении

страховой выплаты и (или) иных документов в форме электронных документов, подписанных электронной подписью, применяются положения Федерального закона от 06.04.2011 N 63-ФЗ «Об электронной подписи», а также Федерального закона от 07.08.2001 N 115-ФЗ «О противодействии легализации (отмыванию) доходов, полученных преступным путем, и финансированию терроризма».

Страховщик вправе проверить достоверность сведений, указанных Страхователем (Выгодоприобретателем, Застрахованным лицом) в заявлении о страховой выплате и в приложенных документах и по результатам проверки в срок, не превышающий 10 рабочих дней с даты получения документов в электронной форме, направить Страхователю требование о предоставлении оригиналов документов. Требование может быть направлено в виде электронного документа, заверенного усиленной квалифицированной электронной подписью Страховщика.

4) В случае, если на момент обращения Страхователя (Выгодоприобретателя, Застрахованного лица) Страховщик не осуществил его идентификацию и проведение идентификации необходимо в соответствии с требованиями законодательства, Страховщик вправе провести эту идентификацию (в порядке, предусмотренном Федеральным законом от 7 августа 2001 г. N 115-ФЗ «О противодействии легализации (отмыванию) доходов, полученных преступным путем, и финансированию терроризма»). В случае, если Страховщик запросил оригиналы документов, в том числе в рамках первичного электронного документооборота, срок по п. 8.9 настоящих Правил начинает исчисляться с момента получения последнего из соответствующих оригиналов.

## **9. СЛУЧАИ ОТКАЗА В СТРАХОВОЙ ВЫПЛАТЕ**

9.1. Страховщик имеет право полностью или частично отказать в выплате страхового возмещения по Договору в следующих случаях:

9.1.1. событие не было признано страховым в соответствии с настоящими Правилами, Договором и Программой:

а) расходы на оказание медицинской помощи и/или транспортные услуги возникли вне пределов Российской Федерации;

б) событие, имеющее признаки страхового, наступило вне периода действия страхования;

в) наступление страхового случая и/или возникновение покрываемых по Договору расходов не подтверждено документально;

г) событие не является страховым случаем в соответствии с разделом 3 настоящих Правил;

д) наступление страхового случая привело к возникновению расходов, не покрываемых в соответствии с условиями настоящих Правил, Договором и/или Программой, но только в части таких расходов;

9.1.2. в части страхования финансовых рисков – убытки, возникли вследствие того, что Страхователь (Застрахованное лицо) умышленно не принял разумных и доступных ему мер, чтобы уменьшить возможные убытки, но только в части таких возросших убытков;

9.1.3. страховой случай наступил вследствие умысла Страхователя, Выгодоприобретателя или Застрахованного лица;

9.1.4. страховой случай наступил вследствие воздействия ядерного взрыва, радиации или радиоактивного заражения; военных действий, а также маневров или иных военных мероприятий; гражданской войны, народных волнений всякого рода или забастовок;

9.1.5. в части страхования финансовых рисков – отказ Страхователя (Выгодоприобретателя) от своего права требования к лицу, ответственному за убытки, возмещенные страховщиком, или невозможность осуществления такого права Страховщиком по вине Страхователя (Выгодоприобретателя).

9.2. Страховщик не вправе отказать в страховой выплате по основаниям, не предусмотренным законодательством Российской Федерации, настоящими Правилами или

Договором (полисом).

9.3. Решение об отказе в выплате страхового возмещения сообщается Страхователю (Застрахованному) в письменной форме с обоснованием причин отказа, в срок, предусмотренный для осуществления страховой выплаты.

## **10. ПРЕКРАЩЕНИЕ ДЕЙСТВИЯ ДОГОВОРА СТРАХОВАНИЯ**

10.1. Договор страхования прекращается:

10.1.1. по истечении срока его действия (в 24.00 часа указанной в страховом полисе даты окончания страхования);

10.1.2. в момент выезда Застрахованного с территории Российской Федерации;

10.1.3. в случае исполнения Страховщиком обязательств по Договору в полном объеме;

10.1.4. в других случаях, предусмотренных законодательством Российской Федерации, Договором, Программами и/или настоящими Правилами.

10.2. Договор может быть досрочно прекращен в любое время по письменному уведомлению одной из сторон (в том числе в связи с невыполнением другой стороной условий Договора) с соблюдением требований действующего законодательства Российской Федерации.

При прекращении Договора на основании пп. 10.1.1, п. 10.1.3 Правил возврат страховой премии не производится.

При прекращении Договора в соответствии с п. 10.1.2 настоящих Правил, а также в других случаях, когда возможность наступления страхового случая отпала, действие Договора прекращается с момента наступления такого события и Страхователю возвращается премия пропорционально неистекшему сроку действия Договора.

При этом возврат страховой премии осуществляется (если иное не установлено законодательством Российской Федерации, соглашением Сторон или Договором) в следующем порядке:

10.2.1. при досрочном прекращении Договора по требованию Страхователя (отказе Страхователя от Договора), уплаченная Страховщику премия не подлежит возврату, если Договором не предусмотрено иное.

10.2.2. при досрочном прекращении Договора по требованию Страхователя, последний представляет Страховщику оригиналы следующих документов:

- заявление Страхователя;
- полис;
- документ удостоверяющий личность;

10.2.3. частичный или полный возврат страховой премии осуществляется по представлению Страховщику оригиналов документов, указанных в п. 10.2.2 Правил.

10.2.4. Заявление и документы на досрочное прекращение Договора должны быть представлены Страховщику до момента истечения срока действия страхования.

10.2.5. В случаях, когда это не противоречит действующему законодательству Российской Федерации, страховая премия не возвращается при наступлении страхового случая по Договору.

10.3. Страхователь вправе отказаться от Договора в любое время, если к моменту отказа возможность наступления страхового случая не отпала и существование страхового риска не прекратилось по обстоятельствам иным, чем страховой случай. При досрочном отказе Страхователя от Договора уплаченная Страховщику страховая премия не подлежит возврату, если иное не предусмотрено Договором.

10.4. В случае досрочного прекращения Договора (если его условиями предусматривается возврат страховой премии) возврат страховой премии производится в течение 15 (пятнадцати) рабочих дней с момента получения Страховщиком всех необходимых документов, указанных в п. 10.2.2 Правил.

10.5. Если после заключения Договора будет установлено, что Страхователь сообщил Страховщику заведомо ложные сведения и/или предоставил Страховщику документы с заведомо ложной информацией, касающейся состояния здоровья Застрахованного, об

обстоятельствах, имеющих значение для оценки страхового риска Страховщик вправе потребовать признания Договора.

10.6. При заключении Договора с физическим лицом Страховщик не вправе в одностороннем порядке отказаться от исполнения Договора, за исключением случаев, предусмотренных действующим законодательством (неуплата очередного страхового взноса при оплате страховой премии в рассрочку).

10.7. Особые условия отказа Страхователя – физического лица от Договора.

1) Страхователь – физическое лицо в дополнение к условиям о досрочном расторжении договора страхования, указанным в пп. 10.1–10.6 настоящих Правил, вправе досрочно отказаться от договора добровольного страхования в течение 14 (четырнадцати) календарных дней со дня его заключения независимо от момента уплаты страховой премии, при отсутствии в данном периоде событий, имеющих признаки страхового случая.

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 договора 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 (десяти) рабочих дней со дня получения письменного заявления Страхователя об отказе от договора страхования.

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

## **11. ПРАВА И ОБЯЗАННОСТИ СТОРОН**

11.1. Страховщик обязан:

11.1.1. вручить Договор (страховой полис) с приложением настоящих Правил или экземпляр Договора (за исключением электронного страхового полиса);

11.1.2. при необходимости выдать идентификационную карточку Застрахованному;

11.1.3. по требованию Страхователя, Застрахованных лиц, Выгодоприобретателя, а также лиц, имеющих намерение заключить Договор, разъяснять положения, содержащиеся в Правилах и Договоре, расчет изменения в течение срока действия Договора страховой суммы, расчет страховой выплаты;

11.1.4. при признании случая страховым произвести страховую выплату в установленный настоящими Правилами срок;

11.1.5. не разглашать сведения о Страхователе, Застрахованном лице, Выгодоприобретателе, состоянии их здоровья, а также об имущественном положении этих лиц,

если такая обязанность не возложена на Страховщика в силу закона.

11.2. Страхователь обязан:

11.2.1. своевременно уплатить страховую премию (уплачивать страховые взносы);

11.2.2. при заключении Договора сообщать Страховщику обо всех известных ему обстоятельствах, имеющих значение для оценки страхового риска;

11.2.3. по требованию Страховщика заполнить опросный лист в отношении Застрахованного;

11.2.4. давать письменные разъяснения на запросы Страховщика, связанные со страховым случаем, а также предоставить документы, необходимые для принятия решения о выплате страхового возмещения.

11.3. Страховщик имеет право:

11.3.1. при заключении Договора произвести обследование страхуемого лица для оценки фактического состояния его здоровья (за исключением случаев электронного страхования);

11.3.2. проводить проверку представленных для решения вопроса о признании события страховым случаем и осуществления размера страховой выплаты документов;

11.3.3. запрашивать сведения у организаций, располагающих информацией об обстоятельствах страхового случая, в том числе о состоянии здоровья Застрахованного;

11.3.4. провести медицинское обследование Застрахованного лица по направлению Страховщика после наступления страхового случая.

11.4. Страхователь имеет право:

11.4.1. на своевременное получение страхового полиса (Договора);

11.4.2. требовать разъяснений положений, содержащихся в Правилах и Договоре, расчетов изменения в течение срока действия Договора страховой суммы, расчетов страховой выплаты.

11.5. Застрахованный имеет право:

11.5.1. на получение страховой выплаты на условиях и в сроки, предусмотренные Договором;

11.5.2. требовать разъяснений положений, содержащихся в Правилах и Договоре, расчетов изменения в течение срока действия Договора страховой суммы, расчетов страховой выплаты.

11.6. Застрахованный, намеренный воспользоваться своим правом на получение страховой выплаты, по требованию Страховщика (п. 11.3.4 настоящих Правил) обязан пройти медицинское освидетельствование по направлению Страховщика.

11.7. Договором могут быть предусмотрены иные права и обязанности сторон в зависимости от застрахованного риска и Программ.

## **12. ПОРЯДОК РАССМОТРЕНИЯ СПОРОВ**

Споры, связанные с Договором, разрешаются путем переговоров. Если соглашение не достигнуто, спор передается на рассмотрение суда в соответствии с российским законодательством.

Споры с юридическими лицами рассматриваются в Арбитражном суде г. Москвы, если Договором не предусмотрено иное.

В связи с тем, что Страховщик включен в Реестр финансовых организаций, обязанных организовать взаимодействие с уполномоченным по правам потребителей финансовых услуг споры с участием Страховщика и потребителя финансовых услуг до момента обращения такого потребителя с иском в суд подлежат рассмотрению финансовым уполномоченным в порядке и сроки, определенные Федеральным законом от 04.06.2018 № 123-ФЗ «Об уполномоченном по правам потребителей финансовых услуг» (далее – Закон № 123-ФЗ).

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

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

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

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

2) Финансовый уполномоченный не рассматривает обращения:

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

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

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

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

- в течение 15 (пятнадцати) рабочих дней со дня получения заявления потребителя финансовых услуг в случае, если указанное заявление направлено в электронной форме по

стандартной форме, которая утверждена Советом Службы финансового уполномоченного, и если со дня нарушения прав потребителя финансовых услуг прошло не более 180 (ста восьмидесяти) календарных дней;

- в течение 30 (тридцати) календарных дней со дня получения заявления потребителя финансовых услуг в иных случаях.

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

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

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

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

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

### **13. ИНЫЕ ПОЛОЖЕНИЯ**

13.1. Все письма и уведомления, направляемые Страховщиком в адрес Страхователя в соответствии с настоящими Правилами, считаются направленными надлежащим образом при соблюдении одного из следующих условий:

13.1.1. Уведомление направлено почтовым отправлением по адресу, указанному в Договоре или в извещении о страховом случае;

13.1.2. Уведомление направлено в виде СМС - сообщения по телефону, указанному в Договоре или ином документе (извещение, заявление на выплату) с контактными данными, поданном от лица Страхователя;

13.1.3. Уведомление направлено в виде сообщения электронной почты по адресу электронной почты, указанному в Договоре или в извещении о страховом случае.

13.1.4. Уведомление направлено с использованием мобильного приложения Страховщика, или размещено в Личном кабинете Страхователя (Застрахованного лица, Выгодоприобретателя) в соответствующем разделе сайта [www.ingos.ru](http://www.ingos.ru), о чем Страхователь (Застрахованное лицо, Выгодоприобретатель) проинформирован с использованием мобильного приложения Страховщика или личного кабинета Страхователя (Застрахованного лица, Выгодоприобретателя).

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

13.3. Заключая/подписывая Договор на основании настоящих Правил, Страхователь подтверждает, что Страховщик до заключения Договора предоставил ему в доступной форме



полную информацию:

- Об условиях, на которых может быть заключен Договор, включающих: объект страхования, страховые риски, размер страховой премии, а также порядок осуществления страховой выплаты (страхового возмещения), в том числе перечень документов, которые необходимо представить вместе с заявлением о наступлении события, имеющего признаки страхового случая, в том числе о возможности приема таких документов в электронной форме;
- Об обстоятельствах, влияющих на размер страховой премии, о способах и сроках (периодичности) уплаты страховой премии, последствиях неуплаты, уплаты не в полном размере или несвоевременной уплаты страховой премии (страховых взносов);
- О применяемых страховой организацией франшизах и исключениях из перечня страховых событий, а также о действиях получателя страховых услуг, совершение которых может повлечь отказ страховой организации в страховой выплате или сокращение ее размера;
- О наличии дополнительных условий для заключения Договора, а также о перечне документов и информации, необходимых для заключения Договора;
- О размере (примерном расчете) страховой премии на основании представленного получателем страховых услуг заявления о заключении Договора с уведомлением получателя страховых услуг о возможном изменении размера страховой премии, страховой суммы или иных условий страхования по результатам оценки страхового риска;
- О наличии условия возврата страхователю уплаченной страховой премии в случае отказа страхователя от Договора в течение определенного срока со дня его заключения или о его отсутствии в соответствии с действующим законодательством;
- О сроках рассмотрения обращений получателей страховых услуг относительно страховой выплаты, а также о случаях продления таких сроков в связи с необходимостью получения информации от компетентных органов и (или) сторонних организаций, непосредственно связанной с возможностью принятия страховой организацией решения о признании события страховым случаем или о размере страховой выплаты;
- О порядке расчета налога, который будет удержан страховой организацией при расчете страховой выплаты и возврате страховой премии или ее части при досрочном прекращении Договора страхования (для видов договоров страхования, к которым положениями налогового законодательства Российской Федерации установлены соответствующие требования) в случаях, когда страховая организация является налоговым агентом;
- О праве получателя страховых услуг запросить информацию о размере вознаграждения, выплачиваемого страховому агенту или страховому брокеру;
- Об адресах мест приема документов при наступлении событий, имеющих признаки страхового случая, в том числе о возможности приема таких документов в электронной форме, если такая возможность предусмотрена условиями Договора или настоящих Правил.

13.4. При осуществлении страховой выплаты либо возврате уплаченной страховой премии или ее части Страхователю (Выгодоприобретателю) – физическому лицу, порядок налогообложения определяется в соответствии со ст. ст. 207, 210, 211, 213, 224, 226 Налогового кодекса РФ (НК РФ). Если сумма причитающегося к оплате налога (при наличии такого с учетом ст. 213 НК РФ) не была удержана Страховщиком как налоговым агентом, Страхователь (Выгодоприобретатель) оплачивает налог самостоятельно согласно данным, переданным Страховщиком в налоговые органы. Юридические лица самостоятельно оплачивают налоги в соответствии со ст.ст. 253, 263 НК РФ.

## **Приложение № 1**

к «Правилам добровольного страхования медицинских расходов при оказании первичной медико-санитарной и специализированной медицинской помощи в неотложной форме для иностранных граждан и лиц без гражданства на время пребывания на территории Российской Федерации»

### **Программа страхования: «Посмертная репатриация»**

#### **1. ОБЪЕМ ПРЕДОСТАВЛЯЕМЫХ УСЛУГ**

По настоящей программе СПАО «Ингосстрах» организует и оплачивает при наступлении страхового случая следующие услуги:

1.1. *репатриация* останков, санкционированная Сервисным центром, до места, где постоянно проживал Застрахованный, если его смерть наступила в результате страхового случая. При этом Страховщик не оплачивает расходы на хранение тела и ритуальные услуги.

#### **2. ПОРЯДОК ОКАЗАНИЯ УСЛУГ**

2.1. Для получения указанных услуг представитель застрахованного лица должен обратиться в Сервисный центр.

к «Правилам добровольного страхования медицинских расходов при оказании первичной медико-санитарной и специализированной медицинской помощи в неотложной форме для иностранных граждан и лиц без гражданства на время пребывания на территории Российской Федерации»

## **Программа страхования: «Первичная медико-санитарная помощь при несчастном случае»**

По настоящей программе СПАО «Ингосстрах» организует и оплачивает амбулаторно-поликлинические медицинские услуги, предоставляемые Застрахованному лицу при наступлении страхового случая в результате несчастного случая, определенного Правилами, и требующие неотложного медицинского вмешательства.

По дополнительному соглашению Сторон, а также при условии уплаты Страхователем дополнительной премии, в Программу могут быть включены амбулаторно-поликлинические медицинские услуги, предоставляемые при наступлении страхового случая в результате несчастного случая по случаям предусмотренным п. 3.8 Правил.

### **1. ОБЪЕМ ПРЕДОСТАВЛЯЕМЫХ УСЛУГ**

По настоящей программе СПАО «Ингосстрах» организует и оплачивает в перечисленных выше случаях следующие амбулаторно-поликлинические услуги<sup>3</sup>:

1.1. диагностические и лечебные, в том числе:

- консультации врача в амбулаторных условиях и в условиях дневного стационара;
- назначенные врачом лабораторные и инструментальные исследования;

### **2. ПОРЯДОК ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ**

Для получения медицинских услуг Застрахованное лицо должно обратиться в Сервисный центр.

---

<sup>3</sup> Указанные услуги оказываются врачами различных специальностей и средним медицинским персоналом в объеме, необходимом для купирования неотложного состояния, кроме случаев, перечисленных в Исключениях из Правил страхования.

к «Правилам добровольного страхования медицинских расходов при оказании первичной медико-санитарной и специализированной медицинской помощи в неотложной форме для иностранных граждан и лиц без гражданства на время пребывания на территории Российской Федерации»

## **Программа страхования: «Первичная медико-санитарная помощь в неотложной форме»**

По настоящей программе СПАО «Ингосстрах» организует и оплачивает амбулаторно-поликлинические медицинские услуги, предоставляемые Застрахованному лицу при наступлении страхового случая в результате заболевания, определенного Правилами, и требующие неотложного медицинского вмешательства.

По дополнительному соглашению Сторон, а также при условии уплаты Страхователем дополнительной премии, в Программу могут быть включены амбулаторно-поликлинические медицинские услуги по случаям, предусмотренным п. 3.8 Правил.

### **1. ОБЪЕМ ПРЕДОСТАВЛЯЕМЫХ УСЛУГ**

По настоящей программе СПАО «Ингосстрах» организует и оплачивает в перечисленных выше случаях следующие амбулаторно-поликлинические услуги<sup>4</sup>:

1.1. диагностические и лечебные, в том числе:

- консультации врача в амбулаторных условиях и в условиях дневного стационара;
- назначенные врачом лабораторные и инструментальные исследования;
- оказание медицинской помощи на дому врачом-терапевтом<sup>5</sup>.

### **2. ПОРЯДОК ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ**

Для получения медицинских услуг Застрахованное лицо должно обратиться в Сервисный центр.

---

<sup>4</sup> Указанные услуги оказываются врачами различных специальностей и средним медицинским персоналом в объеме, необходимом для купирования неотложного состояния, кроме случаев, перечисленных в Исключениях из Правил страхования.

<sup>5</sup> Помощь врача-терапевта на дому оказывается застрахованному лицу, который по состоянию здоровья, характеру заболевания не может посетить медицинское учреждение, нуждается в постельном режиме.

к «Правилам добровольного страхования медицинских расходов при оказании первичной медико-санитарной и специализированной медицинской помощи в неотложной форме для иностранных граждан и лиц без гражданства на время пребывания на территории Российской Федерации»

## **Программа страхования: «Специализированная медицинская помощь в неотложной форме»**

По настоящей программе СПАО «Ингосстрах» организует и оплачивает услуги скорой медицинской помощи и медицинские услуги стационара при экстренной госпитализации, предоставляемые Застрахованному лицу при наступлении страхового случая, предусмотренного Правилами.

Скорая медицинская помощь предоставляется застрахованному лицу в случаях, требующих срочного медицинского вмешательства в стационарных условиях и в условиях дневного стационара.

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 заболевания (состояния), явившегося непосредственной причиной экстренной госпитализации.

По дополнительному соглашению сторон, а также при условии уплаты Страхователем дополнительной премии, в Программу может быть включена специализированная медицинская помощь в неотложной форме по случаям, предусмотренным п. 3.8 Правил.

### **1. ОБЪЕМ ПРЕДОСТАВЛЯЕМЫХ УСЛУГ**

По настоящей программе СПАО «Ингосстрах» организует и оплачивает в перечисленных выше случаях следующие медицинские услуги<sup>6</sup>:

Услуги службы скорой медицинской помощи<sup>7</sup>:

1.1. выезд ближайшей к месту нахождения застрахованного лица врачебной бригады службы скорой медицинской помощи, включая комплекс экстренных лечебных манипуляций, необходимую экспресс-диагностику и медицинскую транспортировку в ближайшее от места нахождения застрахованного лица медицинское учреждение, способное оказать необходимую медицинскую помощь.

Услуги стационара:

1.2. диагностические и лечебные, в том числе:

- консультации;
- лабораторные и инструментальные исследования;
- пребывание в отделении интенсивной терапии, реанимационные мероприятия;
- хирургическое и консервативное лечение;
- лекарственные препараты и другие необходимые для лечения средства, имеющиеся в наличии стационара;
- пребывание в стационаре в палате стандартного типа (общей палате).

### **2. ПОРЯДОК ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ**

<sup>6</sup> Указанные услуги оказываются врачами различных специальностей и средним медицинским персоналом в полном объеме, кроме случаев, перечисленных в Исключениях из Программ страхования.

<sup>7</sup> По согласованию с указанными в разделе 2 настоящей программы лицами экстренная медицинская помощь может быть оказана иными медицинскими службами и учреждениями.

Для получения медицинских услуг Застрахованное лицо должно обратиться в Сервисный центр.

### **3. ОБЯЗАННОСТИ СТРАХОВАТЕЛЯ**

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

3.1.1. вызов бригады скорой и неотложной медицинской помощи по неточному, неполному или несуществующему адресу, указанному Застрахованным лицом или лицом, действующим в его интересах, диспетчеру службы скорой и неотложной медицинской помощи;

3.1.2. отсутствие Застрахованного лица по указанному при вызове скорой и неотложной медицинской помощи адресу;

3.1.3. вызов бригады скорой и неотложной медицинской помощи для лиц, не застрахованных по соответствующей программе;

3.1.4. вызов бригады скорой и неотложной медицинской помощи с целью получения плановых медицинских манипуляций: инъекций, измерения артериального давления и т.д.;

3.1.5. вызов бригады скорой и неотложной медицинской помощи к застрахованному лицу, находящемуся в состоянии алкогольного (средней и тяжелой степени), токсического или наркотического опьянения, или с целью прерывания запоя, а также последующей его госпитализации;

3.1.6. отмена вызова бригады скорой и неотложной помощи;

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

3.2. После оплаты СПАО «Ингосстрах» услуг, перечисленных в пп. 3.1.1–3.1.7 Программы, СПАО «Ингосстрах» вправе потребовать возмещения Страхователем суммы оплаченного счета. При неоплате этой суммы в течение 5 банковских дней с момента получения счета от СПАО «Ингосстрах», вправе расторгнуть действие Договора в отношении соответствующего застрахованного лица, направив Страхователю письменное уведомление.

к «Правилам добровольного страхования медицинских расходов при оказании первичной медико-санитарной и специализированной медицинской помощи в неотложной форме для иностранных граждан и лиц без гражданства на время пребывания на территории Российской Федерации»

## **Программа страхования: «Экстренная стоматология»**

По настоящей программе СПАО «Ингосстрах» организует и оплачивает амбулаторно-поликлинические услуги специализированного стоматологического медицинского учреждения (стоматологического отделения поликлиники), предоставляемые Застрахованному лицу при пульпите и абсцессе, некариозных поражениях зубов<sup>8</sup>, а также при травмах челюстно-лицевой области<sup>9</sup>.

### **1. ОБЪЕМ ПРЕДОСТАВЛЯЕМЫХ УСЛУГ**

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

- терапевтическое лечение: механическая, медикаментозная обработка каналов, пломбирование каналов – установка временной пломбы;
- хирургическое лечение: удаление зубов, вскрытие абсцессов и т. п.;
- рентгеновская и радиовизиографическая диагностика;
- местная анестезия и наркоз.

### **2. ПОРЯДОК ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ**

Для получения стоматологических услуг Застрахованное лицо должно обратиться в Сервисный центр.

### **3. ИСКЛЮЧЕНИЯ ИЗ ПРОГРАММЫ**

- 3.1. протезирование
- 3.2. ортодонтическое лечение
- 3.3. установка имплантов
- 3.4. косметические и профелактические мероприятия
- 3.5. удаление зубного камня
- 3.6. общие медицинские осмотры и консультации

<sup>8</sup> при необходимости оказания экстренной медицинской помощи и наличия острой боли.

<sup>9</sup> при необходимости оказания экстренной медицинской помощи и наличия острой боли.