

УТВЕРЖДЕНЫ

**Приказом СПАО «Ингосстрах»
от «30» мая 2022 г. № 211**

**Генеральный директор
СПАО «Ингосстрах»**

п/п

А.С. Ларкин

**ПРАВИЛА
ДОБРОВОЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО
СТРАХОВАНИЯ**

Москва, 2022 г.

Оглавление

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

1. ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ

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

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

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

Договор добровольного медицинского страхования может быть коллективным и индивидуальным.

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

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

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

Лекарственное обеспечение предполагает оплату Страховщиком стоимости медикаментозного лечения, т.е. оплату лекарственных препаратов (и при необходимости их доставку), включенных в Программу и выписанных (назначенных) лечащим врачом медицинской организации.

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

Иные услуги – услуги, связанные с оказанием или организацией оказания медицинской помощи и включенные в Программу, в том числе: сервисные услуги (дополнительное питание, связь, телевизор, компьютер, холодильник, кондиционер, душ,

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

туалет и др.); питание и проживание (нахождение) при стационарном, санаторно-курортном лечении, если оно не входит в стоимость медицинской услуги (стоимости койко-дня); оформление различной медицинской документации; услуги по организации медицинской помощи в других медицинских и иных организациях; информационные услуги, связанные с оказанием или организацией оказания медицинской помощи; медико-транспортные услуги², в том числе услуги эвакуации и репатриации, услуги по сопровождению Застрахованного и его несовершеннолетних детей.

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

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

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

2. СУБЪЕКТЫ СТРАХОВАНИЯ

2.1 Субъектами добровольного медицинского страхования выступают Страховщик, Страхователь, Застрахованный и медицинская и иная организация.

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

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

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

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

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

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

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

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

2.6.1 ВИЧ-инфекция, болезнь, вызванная вирусом иммунодефицита человека, СПИД;

2.6.2 особо опасные инфекционные болезни⁴, в том числе: коронавирусная инфекция (2019-nCoV), оспа, полиомиелит, вызванный диким полиовирусом, человеческий грипп, вызванный новым подтипом, тяжелый острый респираторный синдром (ТОРС), холера, чума, малярия, вирусные лихорадки, передаваемые членистоногими, и вирусные геморрагические лихорадки, менингококковая болезнь;

2.6.3 наркологические заболевания.

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

2.7.1 психические расстройства и расстройства поведения;

2.7.2 злокачественные новообразования, гемобластозы;

2.7.3 туберкулез;

2.7.4 заболевания, относящиеся к классу врожденных аномалий, деформаций и хромосомных нарушений, и (или) связанные с ними осложнения;

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

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

2.7.7 хронические гепатиты С, Е, F, G;

2.7.8 заболевания, по поводу которых назначена инвалидность (кроме III группы), может быть застраховано с согласия Страховщика, при условии, что до заключения договора страхования Страховщик был письменно уведомлен Страхователем о диагнозах и состоянии здоровья лица, заявленного на страхование. Условие о страховании таких лиц может указываться в договоре страхования соответствующей оговоркой или ссылкой на пункт Правил. При страховании лиц, указанных в пункте 2.7 Правил, не является страховым случаем обращение Застрахованного лица в медицинскую и иную организацию в связи с оказанием ему медицинской помощи по заболеваниям, перечисленным в данном пункте и связанным с ними осложнениям.

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

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

3. ОБЪЕКТ СТРАХОВАНИЯ

3.1 Объектами добровольного медицинского страхования являются имущественные интересы, связанные с оплатой организации и оказания медицинской и лекарственной помощи (медицинских услуг) и иных услуг вследствие расстройства здоровья физического лица или состояния физического лица, требующих организации и

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

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

оказания таких услуг, а также проведения профилактических мероприятий, снижающих степень опасных для жизни или здоровья физического лица угроз и (или) устраняющих их.

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

4. СТРАХОВЫЕ РИСКИ И СТРАХОВЫЕ СЛУЧАИ

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

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

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

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

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

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

В случае, когда это предусмотрено договором страхования, страховым случаем также является возникновение у Застрахованного непредвиденных расходов, предусмотренных Программой и связанных с оплатой организации медико-транспортных услуг, в том числе оплатой организации репатриации Застрахованного или его трупа, возвращением Застрахованного и сопровождающего его лица к месту пребывания, транспортировкой сопровождающих лиц Застрахованного, транспортировкой детей Застрахованного, визитом близкого родственника Застрахованного. Объем медицинской помощи, оказываемой Застрахованному медицинской и иную организацией и оплачиваемой Страховщиком по договору страхования, определяется выбранной

Программой. Программы могут включаться в План страхования.

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

4.5 Программы, предусматривающие оказание амбулаторно-поликлинической медицинской помощи, могут содержать отдельные или все виды медицинской помощи: лечебно-диагностическую, реабилитационную (в том числе санаторно-курортную), протезно-ортопедическую и зубопротезную, включающие в себя всевозможные услуги амбулаторно-поликлинической медицинской организации⁵, в частности, следующие: оказание консультативной, первичной (доврачебной) медико-санитарной, стоматологической помощи; оказание помощи как в медицинской организации, так и на дому или по иному месту нахождения Застрахованного, в дневных стационарах и стационарах медицинской организации (подразделения); оказание консультативной медицинской помощи стационарной медицинской организации; оказание санаторно-курортной медицинской помощи без круглосуточного размещения; экспертизу временной нетрудоспособности; медикаментозное лечение, в том числе оплату и/или доставку Застрахованному выписанных лечащим врачом лекарственных препаратов; оплату и/или доставку Застрахованному выписанных (назначенных) лечащим врачом изделий медицинского назначения; оказание различных видов медицинской помощи Застрахованному при его обращении в медицинскую организацию к участковому или семейному врачу (врачу общей практики), врачам различных специальностей и среднему медицинскому персоналу; диспансерное наблюдение Застрахованных; проведение профилактических мероприятий, снижающих степень опасных для жизни или здоровья физического лица угроз и (или) устраняющих их.

4.6 Программы, предусматривающие оказание стационарной медицинской помощи (в том числе в условиях дневного стационара), могут содержать отдельные или все виды медицинской помощи: лечебно-диагностическую, реабилитационную (в том числе санаторно-курортную), протезно-ортопедическую и зубопротезную, включающие в себя различные услуги стационарной медицинской организации⁶, в частности, следующие: оказание стационарной помощи как в экстренном, так и плановом порядке, осуществляемой врачами различных специальностей и средним медицинским персоналом; пребывание Застрахованного в палатах различной комфортности; предоставление медицинской и иной организацией сервисных услуг, связанных со стационарным лечением; питание, уход медицинского персонала; проведение профилактических мероприятий, снижающих степень опасных для жизни или здоровья физического лица угроз и (или) устраняющих их; лекарственные препараты и другие необходимые для оказания медицинской помощи средства; экспертизу временной нетрудоспособности; пребывание в стационаре с застрахованным ребенком одного из родителей; оказание медицинской помощи при госпитализации с целью проведения лечения и реабилитации, не требующих круглосуточного медицинского наблюдения, а также в стационарах (отделениях, палатах) дневного пребывания медицинских

⁵ Под амбулаторно-поликлинической медицинской организацией понимается любая медицинская организация, в которой медицинские и иные услуги предоставляются Застрахованному без его круглосуточного помещения в эту медицинскую организацию.

⁶ Под стационарной медицинской организацией понимается любая медицинская организация, в которой медицинские и иные услуги предоставляются Застрахованному с возможным круглосуточным его помещением в эту медицинскую организацию.

организаций. Программы, предусматривающие оказание стационарной медицинской помощи, могут предусматривать оплату и/или доставку Застрахованному назначенных лечащим врачом лекарственных препаратов, оплату и/или доставку Застрахованному выписанных (назначенных) лечащим врачом изделий медицинского назначения – при их отсутствии в стационаре.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

4.12.4 в связи с умышленным причинением себе телесных повреждений.

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

4.13.1 воздействия ядерного взрыва, радиации или радиоактивного заражения;

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

4.13.3 гражданской войны, народных волнений всякого рода или забастовок.

4.14 Если в течение срока действия договора страхования Страховщику станет известно о том, что Застрахованный или Страхователь при заключении договора страхования представил Страховщику ложные сведения и скрыл имеющиеся болезни, предусмотренные пунктами 2.6-2.7 Правил, Страховщик вправе в одностороннем порядке прекратить действие договора страхования в отношении этого Застрахованного, согласно

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

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

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

4.15.2 После получения информации, указанной в пункте 4.15 Правил, Страховщик направляет Страхователю письменное уведомление о прекращении действия договора страхования в отношении соответствующего Застрахованного, содержащее ссылку на пункт 4.15 Правил и указание на сумму страховой премии, подлежащей возврату (либо не подлежащей уплате) в соответствии с условиями пунктов 4.15.3-4.15.5 Правил.

4.15.3 Договор страхования считается прекращенным в отношении Застрахованного, указанного в пункте 4.15 Правил, с даты, указанной в соответствующем уведомлении Страховщика. Уведомление направляется Страхователю не менее чем за 3 (Три) рабочих дня до даты прекращения действия договора страхования в отношении Застрахованного. Страхователь обязан уведомить Застрахованного о факте прекращения договора страхования в отношении последнего.

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

4.15.5 В том случае, если после момента прекращения договора страхования, как это определено в настоящем пункте, у Страхователя в соответствии с условиями договора страхования возникнет обязанность уплатить очередной страховой взнос, Страхователь освобождается от обязанности уплачивать часть страховой премии, приходящуюся в уплату за страхование соответствующего Застрахованного в течение периода действия договора страхования после момента прекращения договора страхования как это описано в пунктах 4.15.2-4.15.3 Правил.

5. СТРАХОВАЯ СУММА И ПОРЯДОК ЕЕ ОПРЕДЕЛЕНИЯ

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

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

5.3 Договором страхования может быть предусмотрена страховая сумма по всей Программе в целом или совокупности Программ либо по отдельным заболеваниям (состояниям), отдельным видам медицинской помощи и медицинским и иным услугам, в том числе обеспечению лекарственными препаратами или изделиями медицинского назначения, или их различной совокупности.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

- умножением страховой суммы на страховой тариф;
- умножением рассчитанного размера страховой премии на коэффициенты риска, устанавливаемые с учетом степени риска, определяемые экспертным путем;

- умножением рассчитанного годового размера страховой премии на коэффициент в зависимости от срока действия договора страхования при страховании на срок, отличный от года.

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

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

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

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

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

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

7. ФРАНШИЗА

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

В соответствии с настоящими Правилами устанавливается безусловная франшиза

(размер страховой выплаты определяется как разница между размером убытка и размером франшизы).

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

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

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

8. ПОРЯДОК ЗАКЛЮЧЕНИЯ И ИСПОЛНЕНИЯ ДОГОВОРА СТРАХОВАНИЯ

8.1 Договор страхования заключается в письменной форме:

- в виде электронного документа, в том числе через официальный сайт (мобильное приложение) Страховщика, официальный сайт (мобильное приложение) представителя Страховщика (страхового агента, страхового брокера) в порядке, предусмотренном пунктом 8.4 настоящих Правил;
- в стандартном порядке при непосредственном обращении к Страховщику (его уполномоченному представителю) в устной форме или с письменным заявлением о своем намерении заключить договор страхования.

8.2 Договор страхования в стандартном порядке заключается путем составления одного документа, подписанного обеими сторонами договора страхования.

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

Договор страхования в электронной форме считается заключенным с момента уплаты Страхователем страховой премии.

8.3 Заключение договора страхования в стандартном порядке.

8.3.1 Договор страхования в случае непосредственного обращения к Страховщику (его уполномоченному представителю) заключается на основании устного или письменного заявления Страхователя (Приложения № 14.1 и № 14.2 к Правилам) и медицинской анкеты лица, принимаемого на страхование (Приложения № 16.1 и № 16.2 к Правилам).

В письменном заявлении на страхование должны быть указаны (если иное не установлено соглашением сторон договора страхования):

- фамилия, имя, отчество (при наличии), дата рождения, паспортные данные или данные иного документа, удостоверяющего личность, полный адрес фактического места жительства лица, принимаемого на страхование. Данные о лицах, принимаемых на страхование, могут быть оформлены в виде списка, прилагаемого к заявлению на страхование (Приложение № 15 к Правилам). В случае, если договор страхования заключается без указания фамилии, имени, отчества Застрахованного, то в Договоре должен быть четко определен идентифицирующий признак, позволяющий однозначно установить такое лицо.

- наименование, адрес места нахождения, телефон, телефакс, банковские реквизиты Страхователя, если Страхователем является юридическое лицо либо индивидуальный предприниматель;
- фамилия, имя, отчество, дата рождения, адрес регистрации и фактического проживания, паспортные данные или данные иного документа, удостоверяющего личность, номер телефона и других средств связи Страхователя, если Страхователем является физическое лицо;
- предполагаемый вид медицинской помощи, страховая сумма и наименование медицинских и иных организаций;
- срок, на который заключается договор страхования.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

8.3.1.2 Если договором страхования предусмотрено его вступление в силу с иного момента, чем уплата страховой премии или первого страхового взноса, в случае

неуплаты Страхователем премии (первого или очередного взноса) или уплаты их не в полном объеме в срок, установленный договором, Страховщик вправе прекратить (расторгнуть) договор в одностороннем порядке, направив Страхователю письменное уведомление.

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

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

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

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

8.4 Заключение договора страхования в электронной форме.

8.4.1 В соответствии с настоящими Правилами и действующим законодательством РФ договор страхования может быть составлен в форме электронного документа. Договор страхования в электронной форме заключается на основании соответствующего заявления Страхователя, созданного и отправленного Страховщику с использованием его официального сайта, мобильного приложения Страховщика, официального сайта (мобильного приложения)⁷ представителя Страховщика (страхового агента, страхового брокера) в порядке, указанном в настоящих Правилах.

8.4.2 Для заключения договора страхования в электронной форме Страхователь подает Страховщику заявление о страховании (анкету-заявление) через сайт Страховщика путем заполнения заявления на страхование, которое может быть оформлено по форме Приложения № 14.2 к настоящим Правилам и иной форме, содержащей в том числе следующие данные:

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

⁷ Порядок использования мобильного приложения Страховщика или представителя Страховщика размещается на официальных сайтах Страховщика, представителя Страховщика в информационно-телекоммуникационной сети «Интернет».

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

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

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

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

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

- Страхователь-физическое лицо, подписывающее электронный документ (в том числе анкету-заявление), для его последующего определения Страховщиком по его простой электронной подписи предоставляет Страховщику с использованием официального сайта Страховщика, мобильного приложения Страховщика, официального сайта или мобильного приложения представителя Страховщика следующие сведения:
 - фамилия, имя и отчество (при наличии);
 - абонентский номер, выделенный оператором подвижной радиотелефонной связи (номер телефона), и (или) адрес электронной почты.
- Страховщик (представитель Страховщика) направляет на указанные Страхователем-физическим лицом номер телефона и (или) адрес электронной почты текстовое сообщение, содержащее последовательность символов, являющуюся ключом простой электронной подписи, и указание лицу, использующему простую электронную подпись, на необходимость соблюдать ее конфиденциальность. Одновременно с первичным доступом к сайту Страховщика с использованием ключа простой электронной подписи, полученного в соответствии с настоящим пунктом, на сайте Страховщика автоматически создается персональная страница (далее – личный кабинет) Страхователя. Информация считается подписанной простой электронной подписью Страхователя, в том числе если ее применение подтверждено введением ключа простой электронной подписи, если подтверждение от Страхователя было получено в закрытой части (личном кабинете) сайта или мобильного приложения Страховщика (представителя Страховщика), вход в который Страхователь подтвердил введением ключа простой электронной подписи и ключа проверки простой электронной подписи в виде логина и пароля. Страховщик и лицо, подписывающее электронный документ, обязаны соблюдать конфиденциальность ключа простой электронной подписи.
- В аналогичном порядке создается личный кабинет и используется простая электронная подпись иного клиента – физического лица, если между сторонами не

заключено иных соглашений в соответствии с Федеральным законом от 6 апреля 2011 г. № 63-ФЗ «Об электронной подписи».

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

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

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

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

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

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

8.5 По решению Страховщика перечень документов/информации, предоставляемых для заключения договора страхования (в стандартном порядке и в виде электронного документа), может быть сокращен, если это не влияет на оценку риска,

вероятность наступления страхового случая, а также определение размера ущерба и получателя страхового возмещения.

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

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

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

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

8.9 После заключения договора страхования Страховщик в порядке, определенном договором страхования, выдает для Застрахованного комплект страховой документации, согласованный сторонами договора страхования (именной документ,

подтверждающий заключение договора страхования, и пр. (далее – страховые документы)), при этом страховые документы могут быть созданы в форме электронных документов.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

требованиям законодательства Российской Федерации.

Страховщик вправе передавать вышеуказанные персональные данные своим аффилированным лицам и иным лицам (в том числе ООО «СК «Ингосстрах-Жизнь» (125171, г. Москва, Ленинградское ш., д. 16, стр. 9), ООО «СК «Ингосстрах-М» (117997, г. Москва, ул. Пятницкая, д. 12, стр. 2), АО УК «Ингосстрах- Инвестиции» (115035, г. Москва, ул. Пятницкая, д. 12, стр. 2), АО «НПФ «Социум» (119017, г. Москва, Голиковский пер., д. 7), ООО «Клиника ЛМС» (119146, г. Москва, Комсомольский пр-т, д. 28, эт. 1, 3 пом. III, VI), Банк СОЮЗ (АО) (127030, г. Москва, ул. 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 организациям в рамках добровольного медицинского страхования, а также компаниям, оказывающим Страховщику, его аффилированным и иным поименованным в настоящем пункте лицам маркетинговые услуги (в том числе услуги рекламодателя), ИТ-услуги, иные услуги. Такая передача может быть осуществлена посредством электронной почты, API (Application Programming Interface – интерфейс, который позволяет двум программам обмениваться информацией) или на материальных носителях (бумажных или электронных).

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

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

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

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

Вышеуказанные согласия могут быть 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, лиц, уполномоченных осуществлять медицинскую экспертизу, и медицинских и иных организаций, из иных источников; иные сведения).

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

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

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

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

9. ПРАВА И ОБЯЗАННОСТИ СТОРОН

9.1 Страхователь имеет право:

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

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

9.1.3 досрочно прекратить действие договора страхования;

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

9.1.5 прекратить в отношении Застрахованного действие договора страхования;

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

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

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

9.2 Страхователь обязан:

9.2.1 предоставлять Страховщику необходимую достоверную информацию об обстоятельствах, имеющих отношение к заключению и исполнению договора страхования, а также имеющих существенное значение для определения вероятности наступления страхового случая и размеров возможных убытков от его наступления (страхового риска) (Приложения № 14.1 и № 14.2 и № 16.1 и № 16.2 к Правилам);

9.2.2 предоставлять Страховщику информацию о показателях здоровья (в соответствии с Приложениями № 16.1 и № 16.2 к Правилам) принимаемых на страхование лиц (контингента, подлежащего страхованию);

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

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

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

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

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

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

Страховщику при заключении договора страхования, и о ставших известными случаях выявления у Застрахованного заболеваний (состояний), из числа указанных в пунктах 2.6-2.7 Правил.

9.3 Застрахованный имеет право:

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

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

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

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

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

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

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

9.4 Застрахованный обязан:

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

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

9.4.3 своевременно информировать Страховщика о факте выявления у него заболеваний (состояний), из числа указанных в пунктах 2.6-2.7 Правил;

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

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

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

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

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

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

9.4.10 не нарушать условия пунктов 9.4.2, 9.4.3, 9.4.4, 9.4.5, 9.4.8 и 9.4.9 Правил – нарушение Застрахованным указанных условий рассматривается в качестве существенного нарушения условий договора страхования, что может повлечь за собой

досрочное прекращение действия договора страхования в отношении такого Застрахованного согласно условиям Правил или договора страхования;

9.4.11 соблюдать порядок получения страхового возмещения, установленный договором страхования/Программой страхования.

9.5 Страховщик имеет право:

9.5.1 проверять полученную от Страхователя и Застрахованного информацию;

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

9.5.3 потребовать проведения медицинских обследований Застрахованного и/или предоставления документов, подтверждающих информацию о состоянии его здоровья, если в течение действия договора страхования у Страховщика появятся подозрения, что у Застрахованного имеются заболевания (состояния) из числа указанных в пунктах 2.6 и 2.7 Правил;

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

9.5.5 прекратить договор страхования в отношении Застрахованного в случаях, указанных в пунктах 4.14-4.15 Правил и предусмотренных действующим законодательством РФ;

9.5.6 прекратить договор страхования в отношении Застрахованного, в случае получения письменного заявления Застрахованного (направленного им через Страхователя) об отзыве им своего согласия на обработку Страховщиком и партнерами Страховщика его персональных данных и об отказе продолжать страховые правоотношения со Страховщиком;

9.5.7 в случае выявления в течение действия договора страхования событий, признаваемых значительными изменениями, влекущими увеличение страхового риска, вправе потребовать изменения условий договора страхования, а при несогласии Страхователя на такие изменения – потребовать досрочно прекратить договор страхования;

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

9.6 Страховщик обязан:

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

10. ПОРЯДОК ПРЕКРАЩЕНИЯ ДОГОВОРА СТРАХОВАНИЯ

10.1 Договор страхования прекращает свое действие:

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

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

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

10.1.4 в случае отзыва согласия на обработку персональных данных:

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

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

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

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

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

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

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

10.1.10 в случаях, указанных в пунктах 4.14-4.15 Правил;

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

10.1.12 при прекращении договора страхования в соответствии с пунктами 10.1.2, 10.1.6, 10.1.7 Правил в целом или отношении какого-либо Застрахованного, Страховщик возвращает уплаченную страховую премию (страховой взнос) в размере части страховой премии (страхового взноса), приходящейся на неистекший срок действия договора страхования.

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

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

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

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

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

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

10.2.4 При досрочном прекращении договора страхования в порядке, предусмотренном настоящим пунктом, договор страхования считается прекратившимся

свое действие с даты получения Страховщиком письменного заявления Страхователя-физического лица об отказе от договора страхования или иной даты, установленной по соглашению сторон, но не позднее срока, указанного в пункте 10.2.1 Правил.

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

10.2.6 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.

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

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

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

11.1 Для получения предусмотренной договором страхования и/или Программой медицинских и иных услуг Застрахованный обращается в медицинские или иные организации, предусмотренные договором страхования или согласованные со Страховщиком, или к Страховщику.

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

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

11.2 Для получения предусмотренных договором страхования и Программой медицинских и иных услуг Застрахованный может, с предварительного согласия Страховщика и если это предусмотрено договором страхования и Программой, при ухудшении состояния здоровья и/или состоянии, требующем оказания медицинских и

иных услуг, а также иных обстоятельствах, предусмотренных условиями договора страхования и/или Программы, обратиться в любую медицинскую или иную организацию и самостоятельно оплатить медицинские и иные услуги, предусмотренные Программой, а также санаторно-курортного лечения путем приобретения санаторно-курортной путевки непосредственно у санаторно-курортного учреждения или санаторно-курортного объединения либо санаторно-курортного агентства. После получения услуг Застрахованный, для получения страхового возмещения личных денежных средств, израсходованных на оплату медицинских и иных услуг, должен в течение 20 (Двадцати) рабочих дней с момента их оплаты направить заказным письмом с уведомлением в адрес Страховщика заявление и соответствующие документы. Решение о компенсации расходов, понесенных Застрахованным в соответствии с условиями настоящих Правил, или об отказе в страховой выплате принимается Страховщиком и направляется Застрахованному, если иное не установлено договором страхования, в течение 20 (Двадцати) рабочих дней с момента получения от Застрахованного или его представителя следующих документов, направленных почтовым отправлением:

11.2.1 письменного заявления на получение страхового возмещения;

11.2.2 копии⁸ документа, удостоверяющего личность заявителя и получателя страхового возмещения, а также иных документов, позволяющих идентифицировать застрахованное лицо, если договор страхования заключен без указания фамилии, имени, отчества Застрахованного;

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

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

11.2.5 в случае, если возмещение связано с компенсацией расходов, понесенных застрахованным лицом на приобретение лекарственных препаратов и/или медицинских изделий, документов, подтверждающих их назначение лечащим врачом медицинской организации (рецепт (или сигнатура) или заключение врача о назначении лекарственных препаратов/ медицинских изделий), факт их применения при проведенном лечении, а также документов, подтверждающих оплату приобретенных лекарственных препаратов и/или медицинских изделий (чек контрольно-кассовой техники или бланков строгой отчетности, платежных поручений с отметкой банка об их исполнении или документов их заменяющих в соответствии с законодательством страны оказания услуги);

11.2.6 в случае репатриации останков Застрахованного – документов, подтверждающих факт оплаты медико-транспортных услуг (оригинал оплаченных счетов с детализацией по датам и стоимости оказанных услуг, чеков контрольно-кассовой техники, или бланков строгой отчетности, квитанций, платежных поручений с отметкой

⁸ Здесь и далее по тексту Правил при указании «копия» понимаются копии, заверенные надлежащим образом (организацией, выдавшей документ, нотариусом, застрахованным, в том числе в электронном виде).

банка о его исполнении или документов их заменяющих в соответствии с законодательством страны оказания услуги), медицинского свидетельства о смерти, а при невозможности, иного медицинского документа, содержащего информацию о причине смерти Застрахованного, в том числе справки о смерти с указанием причины, а также свидетельства о смерти, выдаваемого органами записи актов гражданского состояния, документов, подтверждающих оказание услуг (акты оказанных услуг);

11.2.7 при обращении за страховым возмещением от имени Застрахованного другого лица – документов, подтверждающих, что лицо является законным представителем Застрахованного (свидетельство о рождении; решение органов опеки или суда о назначении опекуна/попечителя), и/или документов, подтверждающих право обратившегося представлять интересы Застрахованного (нотариально удостоверенная доверенность, содержащая полномочия по получению третьими лицами денежных средств Застрахованного при страховом возмещении третьим лицам).

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

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

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

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

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

11.7 В случаях проведения сверки и/или экспертизы выставленных (предъявленных) к оплате счетов и/или иных документов на предмет их соответствия страховому случаю и объему страхового покрытия, а также в случаях необходимости прохождения Застрахованным дополнительного медицинского обследования и/или предоставления Застрахованным документов, подтверждающих состояние здоровья Застрахованного, срок принятия решения может быть увеличен до 90 (Девяноста) рабочих дней. Об использовании права на отсрочку страховой выплаты Страховщик сообщает Застрахованному.

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

11.9 В случае принятия Страховщиком решения об отказе в выплате страхового возмещения, Страховщик в течение 3 (Трех) рабочих дней с момента принятия такого

решения информирует в письменной или электронной форме Застрахованного или его представителя (по выбору последних) о принятом решении с обоснованием причин отказа.

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

11.11 Конкретный порядок организации медицинских и иных услуг зависит от выбранной Программы и определяется договором страхования и/или конкретной Программой.

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

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

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

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

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

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

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

12.5.1 за отдельную простую, сложную и/или комплексные медицинские и иные услуги, а также сервисные услуги, предоставляемые медицинской и иной организацией и связанные с предоставлением указанных услуг;

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

12.5.3 по законченному случаю оказания медицинских и иных услуг;

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

12.5.5 иных методов, предложенных медицинскими и иными организациями.

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

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

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

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

12.6.4 в связи с умышленным причинением себе телесных повреждений;

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

12.7.1 в части покрытия расходов на оказание медицинских и/или иных услуг, не обоснованных документами, предусмотренными пунктом 11.2 Правил, подтверждающими наступление страхового случая и понесенные расходы;

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

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

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

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

12.7.6 страховых событий, не повлекших возникновения расходов на оплату медицинских и иных услуг, предусмотренных Программой.

12.8 Если иного не установлено договором страхования, Страховщик освобождается от страховой выплаты, если страховой случай произошел по основаниям, предусмотренным пунктом 4.13 настоящих Правил.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

13. ПОРЯДОК РАЗРЕШЕНИЯ СПОРОВ

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

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

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

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

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

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

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

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

2) Финансовый уполномоченный не рассматривает обращения:

- если обращение не соответствует ч. 1 ст. 15 Закона № 123-ФЗ (сумма требований более 500 000 (Пятисот тысяч) рублей, Страховщик отсутствует в специальном реестре и др.);
- если потребитель финансовых услуг предварительно не обратился к Страховщику с заявлением в порядке, установленном ст. 16 Закона № 123-ФЗ (обязательное письменное обращение к Страховщику до направления обращения финансовому уполномоченному);
- если в суде, третейском суде имеется либо рассмотрено дело по спору между теми же сторонами, о том же предмете и по тем же основаниям;
- находящиеся в процессе урегулирования с помощью процедуры медиации;
- по которым имеется решение финансового уполномоченного или соглашение, принятое по спору между теми же сторонами (в том числе при уступке права требования), о том же предмете и по тем же основаниям;

- в отношении финансовых организаций, у которых отозвана (аннулирована) лицензия, которые исключены из реестра финансовых организаций соответствующего вида или которые находятся в процессе ликвидации, ликвидированы, прекратили свое существование или были признаны фактически прекратившими свою деятельность;
- по вопросам, связанным с банкротством юридических и физических лиц;
- по вопросам, связанным с компенсацией морального вреда и возмещением убытков в виде упущенной выгоды;
- по вопросам, связанным с трудовыми, семейными, административными, налоговыми правоотношениями, а также обращения о взыскании обязательных платежей и санкций, предусмотренных законодательством Российской Федерации;
- направленные повторно по тому же предмету и по тем же основаниям, что и обращение, ранее принятое финансовым уполномоченным к рассмотрению;
- содержащие нецензурные либо оскорбительные выражения, угрозы жизни, здоровью и имуществу финансового уполномоченного или иных лиц;
- текст которых не поддается прочтению.

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

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

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

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

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

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

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

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

его права на направление повторного обращения финансовому уполномоченному по тем же основаниям.

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