

**ОБЩЕСТВО С ОГРАНИЧЕННОЙ ОТВЕТСТВЕННОСТЬЮ
СТРАХОВАЯ КОМПАНИЯ «ГЕЛИОС»
(ООО Страховая Компания «Гелиос»)**

УТВЕРЖДЕНО



Приказом Генерального директора
ООО Страховая Компания «Гелиос»
№ 105 от «19» апреля 2019 г.

А.С. Глухов А.С. Глухов

Предыдущая редакция:
Пр. № 216 от 02.12.2016

ПРАВИЛА № 2

**ДОБРОВОЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО
СТРАХОВАНИЯ ИНОСТРАННЫХ ГРАЖДАН И ЛИЦ БЕЗ ГРАЖДАНСТВА, НАХОДЯЩИХСЯ НА
ТЕРРИТОРИИ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ С ЦЕЛЬЮ ОСУЩЕСТВЛЕНИЯ ИМИ ТРУДОВОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ**

- 1. ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ. СУБЪЕКТЫ И ОБЪЕКТ СТРАХОВАНИЯ**
- 2. СТРАХОВОЙ РИСК. СТРАХОВЫЕ СЛУЧАИ**
- 3. СТРАХОВАЯ СУММА**
- 4. СТРАХОВОЙ ТАРИФ. СТРАХОВАЯ ПРЕМИЯ**
- 5. СРОК СТРАХОВАНИЯ**
- 6. ДОГОВОР СТРАХОВАНИЯ**
- 7. СТРАХОВАЯ ВЫПЛАТА**
- 8. ПРАВА И ОБЯЗАННОСТИ СТОРОН**
- 9. ПОСЛЕДСТВИЯ ИЗМЕНЕНИЯ СТРАХОВОГО РИСКА**
- 10. ПОРЯДОК ВНЕСЕНИЯ ИЗМЕНЕНИЙ И ДОПОЛНЕНИЙ В ДОГОВОР СТРАХОВАНИЯ**
- 11. ПОРЯДОК РАЗРЕШЕНИЯ СПОРОВ**
- 12. ИСКОВАЯ ДАВНОСТЬ**
- 13. ОСОБЫЕ УСЛОВИЯ**

1. ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ. СУБЪЕКТЫ И ОБЪЕКТ СТРАХОВАНИЯ

1.1. На основании настоящих Правил № 2 добровольного медицинского страхования иностранных граждан и лиц без гражданства, находящихся на территории Российской Федерации с целью осуществления ими трудовой деятельности (далее - Правила), и действующего законодательства Российской Федерации Общество с ограниченной ответственностью Страховая Компания «Гелиос», именуемое в дальнейшем Страховщик, осуществляет страхование, в том числе заключает, исполняет и прекращает договоры добровольного медицинского страхования (ДМС) трудовых мигрантов с юридическими и дееспособными физическими лицами, именуемыми в дальнейшем Страхователи.

1.2. Договором добровольного медицинского страхования трудовых мигрантов (далее – Договор(ы) страхования) является соглашение между Страхователем и Страховщиком, в соответствии с которым Страховщик обязуется за обусловленную Договором страхования плату (страховую премию) при наступлении предусмотренного Договором страхования события (страхового случая), совершившегося в течение срока действия Договора страхования, осуществить страховую выплату путем оплаты организации и оказания Застрахованному лицу при его обращении медицинских и иных услуг в соответствии с программой добровольного медицинского страхования (далее – Программа страхования), предусмотренной Договором страхования.

1.3. Страховщик на основании настоящих Правил заключает Договоры индивидуального добровольного медицинского страхования трудовых мигрантов.

На условиях настоящих Правил Договоры страхования заключаются в пользу Застрахованных физических лиц.

1.4. Условия, изложенные в настоящих Правилах, являются неотъемлемой частью Договора страхования, и обязательны для Страхователя и Страховщика.

1.5. При заключении Договора страхования Страхователь и Страховщик могут договориться об изменении, дополнении или исключении отдельных положений настоящих Правил в случаях, не противоречащих законодательству Российской Федерации.

1.6. Субъектами добровольного медицинского страхования трудовых мигрантов выступают Страховщик, Страхователь и Застрахованные лица.

1.7. **Страховщик** - ООО Страховая Компания «Гелиос», осуществляет страховую деятельность в соответствии с лицензией, выданной компетентным государственным органом Российской Федерации.

1.8. **Страхователь** - юридическое или дееспособное физическое лицо, заключившее со Страховщиком Договор ДМС.

1.9. **Застрахованное лицо** - названное в Договоре страхования физическое лицо, в пользу которого заключен Договор страхования. Застрахованными лицами могут быть иностранные граждане и лица без гражданства, прибывшие в Российскую Федерацию, и намеревающиеся осуществлять или осуществляющие трудовую деятельность на основании разрешения на работу или патента (далее - трудовые мигранты).

1.10. Страхование лиц, попадающих на момент заключения Договора страхования в одну из нижеуказанных категорий возможно только по письменному заявлению о страховании, в котором должно быть отражено отнесение лица к нижеуказанной категории:

- лица в возрасте старше 60 лет;
- лица, состоящие на учете в центре по профилактике и борьбе со СПИД;
- лица, которым присвоена 1 или 2 группа инвалидности;
- лица, больные онкологическими заболеваниями, туберкулезом;
- лица, состоящие на учете в кожно-венерологическом диспансере;
- лица, находящиеся на дату заключения Договора страхования на стационарном лечении;
- лица, состоящего на учете в наркологическом диспансере;
- лица, состоящего на учете в психоневрологическом диспансере.

Если после заключения Договора страхования будет установлено, что Страхователь сообщил Страховщику заведомо ложные сведения об обстоятельствах, указанных в п. 1.10 настоящих Правил, Страховщик вправе потребовать признания Договора недействительным и применения последствий, предусмотренных п. 2 ст. 179 Гражданского кодекса Российской Федерации.

Страховщик не может требовать признания Договора страхования недействительным, если обстоятельства, о которых умолчал Страхователь, уже отпали.

1.11. Участниками добровольного медицинского страхования могут выступать медицинские, фармацевтические, ассистанские, экспертные и иные организации, с которыми Страховщик вступает в договорные отношения с целью выполнения обязательств по Договору страхования.

1.12. Основные термины и определения, используемые в настоящих Правилах:

Программа страхования (Программа ДМС) - перечень конкретных видов и объемов медицинской помощи с учетом соответствующих исключений, указанных в настоящих Правилах, за получением которых Застрахованное лицо вправе обратиться в медицинскую организацию, сервисную компанию или иную организацию в рамках Договора страхования.

Медицинская помощь - комплекс мероприятий, направленных на поддержание и/или восстановление здоровья и включающих в себя предоставление медицинских услуг.

Медицинская услуга - медицинское вмешательство или комплекс медицинских вмешательств, направленных на профилактику, диагностику и лечение заболеваний, медицинскую реабилитацию и имеющих самостоятельное законченное значение.

Медицинская организация - юридическое лицо независимо от организационно-правовой формы, индивидуальный предприниматель, осуществляющий в качестве основного (уставного) вида деятельности медицинскую деятельность на основании лицензии, выданной в порядке, установленном законодательством Российской Федерации о лицензировании отдельных видов деятельности.

Фармацевтические организации - юридическое лицо независимо от организационно-правовой формы или индивидуальный предприниматель, осуществляющее фармацевтическую деятельность (организация оптовой торговли лекарственными средствами, аптечная организация).

Ассистанские организации - юридические лица и индивидуальные предприниматели, обеспечивающие по поручению Страховщика организацию предоставления Застрахованным лицам услуг в соответствии с Программой ДМС.

Экспертные организации - юридические лица и индивидуальные предприниматели, предоставляющие Страховщику экспертные или консультационные услуги в связи с осуществлением добровольного медицинского страхования, предусмотренного настоящими Правилами.

Иные организации - юридические лица и индивидуальные предприниматели, производящие и торгующие, в частности, изделиями медицинского назначения, медицинскими изделиями, лечебным питанием.

Медико-транспортные услуги - услуги, связанные с транспортировкой Застрахованного лица по медицинским показаниям в соответствии с условиями Договора страхования и Программой страхования.

Услуги по репатриации - услуги, связанные с транспортировкой Застрахованного лица или его останков адекватным состоянию здоровья транспортным средством в соответствии с условиями Договора страхования и Программой страхования.

Иные услуги - услуги, связанные с оказанием или организацией оказания медицинской помощи, предусмотренной Договором и/или Программой страхования, в том числе: нахождение сопровождающего лица в одном лечебном учреждении с Застрахованным лицом (включая питание и иные сервисные услуги), сервисные услуги (включая палаты улучшенной комфортности, включающие дополнительное питание, связь, телевизор, компьютер, холодильник, кондиционер, душ, туалет); питание и проживание, если они не входят в стоимость стационарного, реабилитационно-восстановительного, санаторно-курортного лечения (стоимости койко-дня); оформление медицинской организацией медицинской документации; информационные услуги, связанные с оказанием или организацией оказания медицинской помощи.

Срок (период) действия Договора страхования – срок, на который заключен Договор страхования, в течение которого могут произойти страховые случаи.

Дата вступления Договора страхования в силу (дата начала срока действия Договора страхования) - дата возникновения обязательств Страховщика по заключенному Договору страхования.

Сайт Страховщика – официальный сайт ООО Страховая Компания «Гелиос» в информационно-телекоммуникационной сети «Интернет», содержащий информацию о деятельности страховой организации, указанный в Едином государственном реестре субъектов страхового дела. Официальный сайт Страховщика может использоваться в качестве информационной системы, обеспечивающей обмен информацией в электронной форме между Страхователем и Страховщиком, являющимся оператором этой информационной системы.

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

1.14. В соответствии с настоящими Правилами территорией действия Договора страхования (территорией страхования) является территория субъекта Российской Федерации, на территории которого Застрахованное лицо намеревается осуществлять или осуществляет трудовую деятельность.

1.15. Если в Договоре страхования (полисе ДМС) имеется ссылка на документ, в котором изложены условия страхования (полностью или частично), то данные условия должны быть изложены в Договоре страхования (полисе ДМС) либо на его оборотной стороне, либо приложены к Договору страхования (полису ДМС) как его неотъемлемая часть, либо Договор должен содержать ссылку на адрес размещения таких условий на сайте Страховщика в сети «Интернет», либо Страхователь должен быть проинформирован о таких условиях путем направления файла, содержащего текст данного документа, на указанный Страхователем адрес электронной почты или путем вручения Страхователю электронного носителя информации, на котором размещен файл, содержащий текст данного документа.

При заключении Договора страхования в форме электронного документа факт ознакомления Страхователя с условиями страхования может подтверждаться, в том числе специальными отметками (подтверждениями), проставляемыми Страхователем в электронном виде на сайте Страховщика.

При этом размещение указанной информации на официальном сайте не исключает предоставление Страхователю указанной информации по его запросу в удобной для него форме при личном взаимодействии с представителем страховой организации или третьим лицом, действующим от имени Страховщика. В случае если документ, в котором изложены условия страхования, был представлен Страхователю без вручения текста документа на бумажном носителе, Страховщик обязан по требованию Страхователя выдать ему текст указанного документа на бумажном носителе.

2. СТРАХОВОЙ РИСК. СТРАХОВЫЕ СЛУЧАИ

2.1. Страховым риском является вероятное обращение Застрахованного лица в течение срока действия Договора страхования в медицинскую, фармацевтическую, ассистанскую или иную организацию, предусмотренную Программой страхования по Договору страхования, либо по направлению Страховщика, в связи с возникновением острого заболевания и/или обострением хронического заболевания, травмой, отравлением и другими состояниями за получением предусмотренной Договором страхования первичной медико-санитарной и специализированной медицинской помощи в неотложной форме (в том числе диагностической, консультативной, лечебной, фармакологической, профилактической, иммунопрофилактической) и иной (в том числе транспортной, сервисной) помощи, повлекшее возникновение обязательств Страховщика произвести оплату медицинских и иных услуг.

2.2. Страховым случаем является обращение Застрахованного лица в течение срока действия Договора страхования в медицинскую, фармацевтическую, ассистанскую или иную организацию, предусмотренную Договором страхования, либо по направлению Страховщика, в связи с возникновением острого заболевания и/или обострением хронического заболевания, травмой, отравлением и другими состояниями за получением предусмотренной Программой страхования по Договору страхования первичной медико-санитарной и специализированной медицинской помощи в неотложной форме (в том числе диагностической, консультативной, лечебной, фармакологической, профилактической, иммунопрофилактической) и иной (в том числе транспортной, сервисной) помощи, повлекшее возникновение обязательств Страховщика произвести оплату медицинских и иных услуг.

2.3. Страхование, предусмотренное настоящими Правилами, осуществляется на основании Программы страхования, являющейся неотъемлемой частью Договора страхования, содержащей перечень медицинских услуг, оплачиваемых Страховщиком, и порядок их оказания, обеспечивающих получение Застрахованным лицом первичной медико-санитарной помощи и специализированной медицинской помощи в неотложной форме Застрахованному лицу в случаях следующих заболеваний и состояний:

2.3.1. Инфекционные и паразитарные болезни, за исключением заболеваний, передаваемых половым путем, туберкулеза, ВИЧ-инфекции и синдрома приобретенного иммунодефицита, особо опасных инфекционных болезней (натуральная оспа, полиомиелит, малярия ТОРС).

2.3.2. Новообразования (за исключением злокачественных).

2.3.3. Болезни эндокринной системы (за исключением сахарного диабета).

2.3.4. Расстройства питания и нарушения обмена веществ.

2.3.5. Болезни нервной системы (за исключением психических расстройств и расстройств поведения).

2.3.6. Болезни крови, кроветворных органов.

- 2.3.7. Отдельные нарушения, вовлекающие иммунный механизм.
- 2.3.8. Болезни глаза и его придаточного аппарата.
- 2.3.9. Болезни уха и сосцевидного отростка.
- 2.3.10. Болезни системы кровообращения.
- 2.3.11. Болезни органов дыхания.
- 2.3.12. Болезни органов пищеварения.
- 2.3.13. Болезни мочеполовой системы.
- 2.3.14. Болезни кожи и подкожной клетчатки.
- 2.3.15. Болезни костно-мышечной системы и соединительной ткани.
- 2.3.16. Травмы, отравления и некоторые другие последствия воздействия внешних причин.

Настоящее страхование предусматривает оплату расходов на используемые медицинским персоналом при оказании медицинской помощи в неотложной форме в соответствии со стандартами первичной медико-санитарной помощи и специализированной медицинской помощи в рамках Программы добровольного медицинского страхования лекарственные препараты, включенные в утверждаемый Правительством Российской Федерации перечень жизненно необходимых и важнейших лекарственных препаратов для медицинского применения и медицинских изделий, и медицинские изделия, включенные в утверждаемый Правительством Российской Федерации перечень медицинских изделий, имплантируемых в организм человека при оказании медицинской помощи в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи, в том числе оплату лечебного питания в стационаре, донорской крови и ее компонентов.

2.4. Если Договором страхования не предусмотрено иное, Страховщик не оплачивает следующие медицинские услуги:

2.4.1. По оказанию Застрахованному лицу медицинской помощи, не назначенной врачом, оказывающим медицинскую помощь в рамках Программы страхования.

2.4.2. По оказанию Застрахованному лицу медицинской помощи при особо опасных инфекционных болезнях (натуральная оспа, полиомиелит, малярия ТОРС), заболеваниях, включенных в утверждаемый Правительством Российской Федерации перечень заболеваний, представляющих опасность для окружающих, а также при злокачественных новообразованиях, сахарном диабете, психических расстройствах и расстройствах поведения.

2.4.3. По оказанию застрахованному лицу высокотехнологичной медицинской помощи.

2.4.4. По оказанию Застрахованному лицу медицинской помощи при патологических состояниях, отравлениях и травмах, возникших или полученных в состоянии алкогольного опьянения или под воздействием иных психоактивных веществ и/или лекарственных препаратов, употребленных без назначения врача.

2.4.5. По оказанию Застрахованному лицу медицинской помощи при возникновении травматических повреждений или иных нарушений здоровья, наступивших в результате совершения Застрахованным лицом умышленных противоправных действий.

2.4.6. По оказанию Застрахованному лицу медицинской помощи при покушении Застрахованного лица на самоубийство (за исключением тех случаев, когда Застрахованное лицо было доведено до такого состояния противоправными действиями третьих лиц).

2.4.7. По оказанию Застрахованному лицу медицинской помощи при умышленном причинении себе телесных повреждений Застрахованным лицом.

2.4.8. Связанных с беременностью, родами, послеродовым периодом и абортами Застрахованного лица.

2.5. Если иное не предусмотрено Договором страхования, страховыми рисками и страховыми случаями не являются, и Страховщик не оплачивает:

2.5.1. Медицинские услуги, оказанные в связи с заболеванием (осложнением, состоянием), возникшим в результате того, что Застрахованное лицо (Страхователь) не следовал предписанным лечебным назначениям или не явился на назначенный прием к врачу.

2.5.2. Медицинские услуги, носящие научно-исследовательский или экспериментальный характер.

2.5.3. Медицинские услуги, оказываемые в сугубо эстетических или косметических целях.

2.5.4. Медицинские услуги, которые способствуют или предотвращают половое зачатие, включая но, не ограничиваясь: искусственное оплодотворение, лечение бесплодия или импотенции, стерилизацию или де-стерилизацию.

2.5.5. Расходы на очки, контактные линзы, слуховые аппараты, слуховые имплантанты, визуальную терапию, или на любой осмотр или подбор подобных устройств.

2.5.6. Медицинские услуги, оказываемые в связи с алкоголизмом, токсикоманией или наркоманией.

2.5.7. Пересадку органов, а также сами органы.

2.5.8. Пересадку тканей, а также сами ткани, за исключением лечения ожогов и травм, а также иных случаев, предусмотренных Договором страхования.

2.5.9. Уход и лечение при выпадении волос, включая парики, пересадку волос или любые препараты, которые способствуют росту волос, вне зависимости от того, предписаны они врачом или нет.

2.5.10. Лечение, связанное с инфицированием вирусом иммунодефицита человека.

2.6. Страховщик освобождается от страховой выплаты, когда страховой случай наступил вследствие:

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

2.7. Договором страхования может быть особо предусмотрено неприменение Страховщиком исключений, указанных в п.п. 2.4, 2.5 настоящих Правил, а также оснований для освобождения от страховой выплаты в случаях, указанных в п. 2.6 настоящих Правил.

3. СТРАХОВАЯ СУММА

3.1. Страховой суммой является определенная Договором страхования денежная сумма, исходя из которой устанавливаются размер страховой премии (страховых взносов) и размер страховой выплаты при наступлении страхового случая.

3.2. Страховая сумма определяется по соглашению Страховщика и Страхователя, исходя из предполагаемого объема медицинской помощи (перечня и стоимости медицинских и иных услуг, а также стоимости лекарственных средств и изделий медицинского назначения), предусмотренного Программой страхования, возраста Застрахованного лица, срока страхования и иных факторов, но не может быть менее 100 000 (ста тысяч) рублей на каждое Застрахованное лицо на период действия Договора страхования.

3.3. Если Договором страхования предусмотрено страхование на случай дополнительных к указанным в п. 2.3 настоящих Правил болезней и состояний Застрахованного лица в соответствии с отдельной Программой страхования, для такой Программы страхования может быть установлена отдельная страховая сумма. В пределах страховых сумм, предусмотренных Договором страхования, могут устанавливаться максимальные суммы страховой выплаты (лимиты ответственности) по отдельным частям Программ страхования, по отдельным заболеваниям, отдельным видам медицинской помощи, медицинским услугам, обеспечению лекарственными средствами или изделиями медицинского назначения или их различной совокупности, по каждому страховому случаю или по всем страховым случаям суммарно.

3.4. В соответствии с настоящими Правилами по Договору страхования устанавливается агрегатная страховая сумма.

Агрегатная страховая сумма – уменьшаемая страховая сумма, рассчитываемая как разность страховой суммы на начало срока действия Договора страхования и суммы страхового возмещения, осуществляемого Страховщиком в период действия Договора страхования по всем произошедшим страховым случаям. Если агрегатная страховая сумма исчерпана полностью, обязательства Страховщика по Договору страхования считаются исполненными, Договор страхования прекращается.

Страховщик уведомляет Страхователя и Застрахованное лицо об уменьшении агрегатной страховой суммы в течение пяти рабочих дней с момента уменьшения размера страховой суммы до размера менее чем 10 000 рублей.

3.5. Сумма страховых выплат по Договору страхования, заключенному на условиях настоящих Правил, не может превышать установленный таким Договором страхования размер страховой суммы.

4. СТРАХОВОЙ ТАРИФ. СТРАХОВАЯ ПРЕМИЯ

4.1. Страховой тариф - ставка страховой премии с единицы страховой суммы с учетом объекта страхования и характера страхового риска, а также других условий страхования.

4.2. Страховая премия – плата за страхование, которую Страхователь обязан уплатить Страховщику в порядке и в сроки, установленные Договором страхования. Страховой взнос – часть

страховой премии при ее уплате в рассрочку.

4.3. При определении размера страховой премии, подлежащей уплате по Договору страхования, Страховщик применяет разработанные им тарифы, определяющие величину страхового взноса, взимаемую с единицы страховой суммы, исходя из оценки Страховщиком страхового риска с учетом объекта страхования, характера страховых рисков, условий страхования, выбранной Страхователем Программы страхования, категории медицинского учреждения, срока действия Договора страхования и иных условий Договора страхования.

Страховой тариф по конкретному Договору страхования определяется по соглашению сторон.

4.4. Страховая премия может быть уплачена в виде единовременного платежа или в рассрочку наличными денежными средствами или по безналичному расчету.

4.5. Днем уплаты страховой премии (первого страхового взноса) считается день поступления денежных средств на расчетный счет/в кассу Страховщика, если Договором не предусмотрено иное.

4.6. Конкретные порядок, сроки и форма уплаты страховой премии устанавливаются в Договоре страхования.

Если Договор страхования выдается Страхователю после полной уплаты страховой премии, то указание порядка уплаты страховой премии в таком Договоре не является обязательным.

4.7. При наличии в Договоре страхования условий об оплате страховой премии в рассрочку:

4.7.1. Договором страхования могут быть предусмотрены следующие последствия неуплаты в установленные сроки очередных страховых взносов или их уплаты не в полном объеме:

- зачет суммы просроченного страхового взноса при определении размера страховой выплаты;
- досрочное прекращение Договора страхования;
- изменение условий страхования соразмерно фактически уплаченным в установленный срок страховым взносам, в том числе пропорциональное сокращение срока страхования, пропорциональное снижение страховой суммы;

- расторжение Договора страхования и взыскание со Страхователя неуплаченной части страховой премии за период действия Договора страхования до даты его расторжения в судебном порядке;

- иные последствия, предусмотренные законодательством.

Если в качестве последствий Договором страхования предусмотрено изменение условий страхования, то порядок такого изменения указывается в Договоре страхования.

Страховщик обязан проинформировать Страхователя о факте просрочки уплаты очередного страхового взноса или факте его уплаты не в полном объеме, а также о последствиях таких нарушений способом, согласованным со Страхователем при заключении Договора страхования.

4.7.2. Если Договором страхования в качестве последствия просрочки уплаты очередного страхового взноса или его уплаты не в полном объеме предусмотрено досрочное прекращение Договора, Договор страхования прекращается со дня, следующего за днем, когда очередной страховой взнос должен был быть уплачен. При этом страховая премия, уплаченная до просрочки очередного взноса, считается полностью заработанной Страховщиком и не подлежит возврату, Договор страхования, если им не предусмотрено иное, прекращается с 00 часов 00 минут дня, следующего за днем, когда очередной страховой взнос должен был быть уплачен полностью.

О досрочном прекращении Договора страхования в связи с неуплатой или неполной уплатой Страхователем очередного страхового взноса в установленный Договором срок Страховщик уведомляет Страхователя способом, согласованным со Страхователем при заключении Договора страхования.

5. СРОК СТРАХОВАНИЯ

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

Договор страхования может содержать условие о вступлении его в силу не ранее даты начала действия разрешения на работу или патента.

5.2. В случае заключения Договора страхования на срок до одного года, страховая премия рассчитывается с учетом коэффициента краткосрочности:

Срок действия Договора страхования в месяцах										
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
Коэффициент краткосрочности										
0,20	0,30	0,40	0,50	0,60	0,70	0,75	0,80	0,85	0,90	0,95

При заключении Договора на срок, менее одного года, неполный месяц принимается за полный. При страховании на срок менее одного месяца, срок Договора страхования устанавливается в целых днях (но не менее двух дней), при этом страховой взнос за каждый день страхования принимается равным 1/30 (одной тридцатой) месячного страхового взноса, рассчитанного на основании приведенной таблицы.

5.3. Действие Договора страхования завершается по истечении срока его действия, а также может быть прекращено досрочно в соответствии с п.п. 6.12 - 6.13 настоящих Правил.

5.4. Срок действия Договора страхования может быть продлен дополнительным соглашением сторон.

5.5. Если страховая премия (первый страховой взнос) не была полностью уплачена Страхователем в срок, указанный в Договоре страхования, Договор страхования считается не вступившим в силу.

5.6. Если в Договоре не предусмотрено иное, Договор вступает в силу с 24 часов 00 минут дня оплаты страховой премии (первого страхового взноса).

5.7. Действие Договора страхования заканчивается в 24 часа 00 минут дня, указанного в нем как день его окончания, если срок окончания действия Договора не определен в нем иным образом.

6. ДОГОВОР СТРАХОВАНИЯ

6.1. Договор страхования заключается в письменной форме, несоблюдение которой влечет его недействительность.

6.2. Для заключения Договора страхования Страхователь обращается к Страховщику с письменным заявлением или устным заявлением. Письменное заявление о страховании является неотъемлемой частью Договора страхования.

6.3. В соответствии с настоящими Правилами, по согласованию Страхователя со Страховщиком, в Договор страхования включается Программа страхования.

Перечень медицинских и иных услуг в рамках конкретной Программы страхования, а также любое сочетание Программ страхования может иметь маркетинговое название.

6.4. При заключении Договора страхования между Страхователем и Страховщиком должно быть достигнуто соглашение по следующим существенным условиям:

- о Застрахованном лице;
- о характере события, на случай наступления которого осуществляется страхование (страховой риск);
- о сроке действия Договора и размере страховой суммы;
- о размерах, сроках и порядке оплаты страховой премии (внесения страховых взносов);
- о размерах, сроках и порядке страховой выплаты;
- о перечне медицинских и иных услуг и порядке их предоставления (Программе страхования);
- об исключениях из страхования;
- о перечне медицинских и иных организаций, если Договором прямо не предусмотрено иное;
- о территории страхования.

6.5. Факт заключения Договора страхования подтверждается оформлением единого документа – Договора страхования и/или полиса ДМС. Бланк полиса ДМС трудовых мигрантов является защищенной полиграфической продукцией уровня «В», усиленной средством визуального контроля - фотополимерной голограммой, и изготавливается в соответствии с Техническими требованиями и условиями изготовления защищенной полиграфической продукции.

6.6. Договор страхования (полис ДМС) должен содержать следующие данные, реквизиты и приложения:

6.6.1. Сведения о Страхователе:

- а) в случае если Страхователем является физическое лицо:
 - фамилия, имя, отчество (последнее - при наличии) на русском языке (для иностранных граждан и лиц без гражданства такие сведения дополнительно указываются с помощью букв латинского алфавита на основании сведений, содержащихся в документе, предусмотренном федеральным законом или признаваемом в соответствии с международным договором Российской Федерации в качестве документа, удостоверяющего личность иностранного гражданина или лица без гражданства);

- пол;
- дата рождения;
- гражданство (при наличии);
- адрес места жительства (регистрации) или адрес места пребывания на территории Российской Федерации, дата регистрации;

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

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

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

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

- дата рождения;

- гражданство (при наличии);

- место жительства в Российской Федерации (указывается адрес, по которому индивидуальный предприниматель зарегистрирован по месту жительства в установленном законодательством Российской Федерации порядке);

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

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

- дата государственной регистрации физического лица в качестве индивидуального предпринимателя и данные документа, подтверждающего факт внесения в единый государственный реестр индивидуальных предпринимателей записи об указанной государственной регистрации;

в) в случае если Страхователем является юридическое лицо:

- организационно-правовая форма;

- полное и (при наличии) сокращенное наименование, в том числе фирменное наименование, для коммерческих организаций на русском языке. В случае если в учредительных документах юридического лица его наименование указано на одном из языков народов Российской Федерации и/или на иностранном языке, указывается также наименование юридического лица на этих языках;

- адрес (место нахождения) постоянно действующего исполнительного органа юридического лица (в случае отсутствия постоянно действующего исполнительного органа юридического лица - иного органа или лица, имеющих право действовать от имени юридического лица без доверенности), по которому осуществляется связь с юридическим лицом;

- контактная информация (телефон (факс), адрес сайта и/или электронной почты организации (при наличии));

- фамилия, имя, отчество (последнее - при наличии) и должность лица, уполномоченного подписывать Договор страхования от имени Страхователя и документ, на основании которого он подписывает Договор страхования.

б.6.2. Информацию о Застрахованном лице:

- фамилия, имя, отчество (последнее - при наличии) на русском языке, а также дополнительно с помощью букв латинского алфавита на основании сведений, содержащихся в документе, предусмотренном федеральным законом или признаваемом в соответствии с международным договором Российской Федерации в качестве документа, удостоверяющего личность иностранного гражданина или лица без гражданства;

- пол;

- дата рождения;

- вид и данные удостоверяющего личность трудового мигранта документа, предусмотренного федеральным законом или признаваемого в соответствии с международным договором Российской Федерации

Федерации в качестве документа, удостоверяющего личность иностранного гражданина или лица без гражданства;

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

– гражданство (при наличии);

– контактная информация (телефон, адрес электронной почты (при наличии)).

6.6.3. Сведения о Страховщике:

– организационно-правовая форма и полное фирменное наименование;

– номер и дата выдачи лицензии на осуществление добровольного личного страхования, за исключением добровольного страхования жизни;

– адрес (место нахождения);

– телефон (факс);

– адрес официального сайта в информационно-телекоммуникационной сети «Интернет»;

– банковские реквизиты;

– фамилия, имя, отчество (последнее - при наличии) и должность лица, уполномоченного подписывать Договор страхования от имени Страховщика, и документ, на основании которого данное лицо подписывает Договор.

6.6.4. Дату заполнения.

6.6.5. Срок действия.

6.6.6. Территорию действия Договора.

6.6.7. Размер страховой суммы. Размер страховой премии, подлежащей уплате по Договору страхования, порядок и форма её уплаты.

6.6.8. Подпись Страхователя.

6.6.9. Программа страхования.

6.6.10. Права, обязанности, ответственность сторон и иные не противоречащие Законодательству Российской Федерации условия.

6.6.11. Серия и номер бланка полиса ДМС трудовых мигрантов, номер средства визуального контроля.

6.7. Страховщик вправе выдать для каждого Застрахованного лица различные информационные документы: страховую карточку, памятку, пропуск в медицинскую организацию и др.

6.8. В случае утраты страховых, информационных документов Застрахованное лицо должно незамедлительно известить об этом Страховщика. С этого момента утраченные документы признаются недействительными и не могут являться основанием для получения медицинских услуг в соответствии с Договором страхования. Взамен утерянных документов Страхователю (Застрахованным лицам) выдаются дубликаты.

6.9. Если после заключения Договора страхования будет установлено, что Страхователь сообщил заведомо ложные сведения об обстоятельствах, имеющих существенное значение для определения вероятности наступления страхового случая и размера возможных убытков от его наступления, Страховщик вправе потребовать признания Договора недействительным и применения последствий в соответствии с законодательством Российской Федерации (п. 2 ст. 179 ГК РФ), за исключением случая, когда обстоятельства, о которых умолчал Страхователь, уже отпали.

6.10. Для предоставления информации Страхователю Страховщик обязан использовать согласованные со Страхователем при заключении Договора страхования способы взаимодействия.

При наличии нескольких отличающихся контактных данных Страхователя (Застрахованного лица) выбор конкретного номера телефона, почтового адреса или адреса электронной почты для отправки уведомления осуществляет Страховщик.

Гражданско-правовые последствия, связанные с направлением Страховщиком в адрес Страхователя уведомлений, извещений и сообщений, считаются наступившими для Страхователя с момента, указанного в тексте уведомления, извещения или сообщения, а если данный момент не указан – с момента направления Страховщиком уведомления, извещения или сообщения в адрес Страхователя.

В случае изменения адресов, реквизитов, телефонов и иных данных Страхователь (Застрахованное лицо) обязуется в течение 7 рабочих дней письменно известить Страховщика об этом. Если Страховщик не был извещен об изменении этих данных заблаговременно, то риск неполучения, направленной Страховщиком корреспонденции (сообщений, извещений), несет Страхователь.

6.11. Договор страхования прекращает свое действие в случае:

6.11.1. Истечения срока действия Договора страхования.

6.11.2. Смерти Застрахованного лица (в отношении данного Застрахованного лица), с дня его смерти в части, не касающейся репатриации тела Застрахованного лица при условии наличия репатриации в Программе страхования.

6.11.3. В случае неуплаты Страхователем очередного страхового взноса в установленные договором страхования сроки и/или размере, если Страховщиком не была предоставлена отсрочка уплаты либо если Договором страхования не предусмотрены иные последствия неуплаты – в срок, указанный в пункте 4.7.2 настоящих Правил, если Договором страхования не предусмотрены иные последствия просрочки уплаты очередного страхового взноса.

6.11.4. Исполнения Страховщиком своих обязательств в полном объеме (осуществления страховой выплаты в отношении Застрахованного лица в размере предусмотренной для него страховой суммы).

6.11.5. Ликвидации Страхователя, являющегося юридическим лицом, или смерти Страхователя, являющегося физическим лицом, при условии невыполнения Страхователем обязанности по уплате страховых взносов, и если Застрахованное лицо не приняло на себя обязанности Страхователя по уплате страховых взносов.

6.11.6. По соглашению сторон – с 00 часов 00 минут даты подписания такого соглашения или с даты, указанной в данном соглашении.

6.11.7. В случаях, предусмотренных п.п. 6.9, 9.2 настоящих Правил.

6.11.8. В других случаях, предусмотренных законодательством Российской Федерации.

6.12. Договор страхования может быть прекращен досрочно по соглашению сторон.

6.13. При досрочном отказе Страхователя от Договора страхования в целом или в отношении какого-либо Застрахованного лица возврат части страховой премии не производится, если иное не предусмотрено Договором страхования.

6.14. Если Договор страхования предусматривает возврат части страховой премии за неистекший срок страхования при отказе Страхователя от Договора страхования, то сумма, подлежащая возврату рассчитывается следующим образом:

$$\sum \text{к возврату} = \frac{\sum \text{оплаченных страховых взносов} \times \text{коэффициент РВД в соответствии со структурой ТС} \times \text{количество дней до конца оплаченного периода}}{\text{количество дней оплаченного периода}}$$

Где РВД - расходы на ведение дела;

ТС - тарифная ставка.

В случае превышения суммы произведенной по Договору страхования страховой выплаты над суммой фактически оплаченных страховых взносов возврат части страховой премии за неистекший срок страхования не производится.

6.15. Если договором страхования не установлено иное, возврат страховой премии по договору страхования или ее части осуществляется:

- в случае несвоевременной уплаты или уплаты в неполном объеме страховой премии (при единовременной оплате) или ее первого взноса (при оплате в рассрочку) – в течение 60 (шестидесяти) дней после получения;

- переплаты страховой премии – в течение 60 (шестидесяти) дней после получения;

- в случае признания договора страхования недействительным – в течение 60 (шестидесяти) дней после вступления в силу решения суда о признании договора страхования недействительным, если решением суда не предусмотрено иное;

- в случае, если договор страхования является незаключенным – в течение 60 (шестидесяти) дней после выявления факта незаключения договора страхования;

- в случаях досрочного прекращения договора страхования, для которых настоящим Договором предусмотрен возврат части страховой премии, – в течение 60 (шестидесяти) дней после досрочного прекращения договора страхования.

6.16. Действие Договора страхования, от которого Страхователь досрочно отказался, заканчивается в 00 часов 00 минут дня, указанного в заявлении Страхователя, а если такой день не указан – со дня получения Страховщиком заявления Страхователя об отказе от Договора страхования.

7. СТРАХОВАЯ ВЫПЛАТА

7.1. Страховая выплата - денежная сумма, которая определяется и выплачивается Страховщиком при наступлении страхового случая в соответствии с условиями Договора страхования и Программой страхования.

7.2. В рамках настоящих Правил Страховщик в соответствии с условиями Договора страхования в счет страховой выплаты по Договору страхования обязан организовать и оплатить оказание медицинских и иных услуг Застрахованному лицу. Получение Застрахованным лицом медицинских и иных услуг, обусловленных Договором страхования и соответствующей Программой страхования, осуществляется путем обращения Застрахованного лица в медицинские и/или иные организации по направлению Страховщика. Страховщик определяет медицинскую или иную организацию, для оказания медицинской помощи в каждом конкретном случае, руководствуясь характером клинической проблемы и возможностями конкретной медицинской или иной организации. Госпитализация осуществляется по скорой и неотложной медицинской помощи или по направлению врача, в котором должны быть предоставлены необходимые результаты обследования и обоснование необходимости экстренной госпитализации.

7.3. Страховая выплата по Договору страхования осуществляется Страховщиком в виде оплаты стоимости медицинской помощи непосредственно или через поверенного, агента, комиссионера медицинской или иной организации по их счетам при условии подписания акта об оказании услуг, если иное не установлено договором с медицинской или иной организацией.

7.4. Страховая выплата определяется стоимостью предоставленных Застрахованному лицу медицинских услуг в соответствии с условиями Договора страхования, и не может превышать страховую сумму/лимит ответственности, указанную/ый в Договоре страхования и конкретной Программе страхования.

7.5. По предварительному согласованию со Страховщиком для получения предусмотренной Договором страхования и Программой страхования медицинской или иной помощи Застрахованное лицо вправе обратиться в согласованную медицинскую или иную организацию и самостоятельно оплатить стоимость предусмотренных Программой страхования медицинских и иных услуг, лекарственных препаратов. Согласование производится при обращении Застрахованного лица по телефону круглосуточного медицинского пульта Страховщика, указанному в Договоре страхования.

В этом случае страховая выплата осуществляется Страховщиком в виде денежной компенсации Застрахованному лицу произведенных им затрат на медицинские и иные услуги наличными денежными средствами или путем перечисления на его расчетный счет. Для получения страховой выплаты в вышеуказанном случае Застрахованному лицу необходимо предъявить Страховщику Заявление о страховой выплате со ссылкой на номер Договора страхования (полиса ДМС), с подробным описанием хронологии событий и обстоятельств, повлекших за собой расходы личных средств на получение медицинской помощи, содержащее в том числе идентифицирующие признаки заявителя: для физических лиц - фамилия, имя, отчество, дата и место рождения, гражданство, место регистрации, документы, удостоверяющие личность обратившегося за страховой выплатой, содержащие сведения о фамилии, имени, отчестве обратившегося лица, его дате и месте рождения, гражданстве, месте регистрации, а также оригиналы или надлежащим образом заверенные копии следующих документов:

- а) документы, удостоверяющие личность Застрахованного лица;
- б) Договор страхования/полис;
- в) результаты лабораторных, клинических, гистологических и прочих исследований, заверенные выдавшим медицинским учреждением;
- г) заключение врача-специалиста с указанием диагноза;
- д) медицинское заключение о назначении Застрахованному лицу медицинских препаратов, копии соответствующих рецептов и оригиналы документов, подтверждающие их покупку (чеки, квитанции и т.д.);
- е) банковские реквизиты счета Застрахованного лица, в случае если выплата производится непосредственно Застрахованному лицу по безналичному расчету;
- ж) письменное согласие на предоставление свободного доступа Страховщику или его представителю к информации, имеющей отношение к страховому случаю, в том числе к медицинской документации из любых медицинских и иных организаций в которых Застрахованное лицо проходило лечение;
- з) оригинал кассового чека с квитанцией к приходному кассовому ордеру или равноценный документ;

и) оплаченный счет с указанием медицинской или иной организации, перечня оказанных услуг, лекарственных средств и их стоимости;

к) направление на лечение, выписка из медицинской карты амбулаторного или стационарного больного, рецепт лечащего врача.

Страховщик вправе сократить вышеизложенный перечень документов, в зависимости от конкретного страхового случая при условии, что представленные заявителем документы однозначно подтверждают факт страхового случая и позволяют сделать вывод о размере страховой выплаты.

Заявление Застрахованного лица принимается в срок не позднее трех месяцев после получения им медицинских или иных услуг. Сумма возмещения определяется исходя из расчета средней стоимости аналогичных услуг в медицинских или иных организациях, указанных в Программе страхования. Предъявленные к возмещению расходы, не превышающие средней стоимости аналогичных услуг в медицинских или иных организациях, определенных Договором страхования, возмещаются полностью.

7.6. В течение 30 (тридцати) рабочих дней со дня, следующего за днем получения Страховщиком от Застрахованного лица заявления о страховой выплате и всех предусмотренных п. 7.5 настоящих Правил документов (последнего из необходимых и надлежащим образом оформленных документов), Страховщик принимает решение о наличии или отсутствии оснований для страховой выплаты.

Если в течение вышеуказанного срока принято решение о наличии оснований для страховой выплаты Страховщик в течение 15 (пятнадцати) рабочих дней производит страховую выплату.

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

При получении документов на страховую выплату почтовым отправлением или в форме электронного документа Страховщик проверяет комплектность документов (соответствие требованиям настоящих Правил и (или) договора страхования) и правильность их оформления.

В случае выявления факта предоставления Страхователем, Застрахованным лицом, документов, недостаточных для принятия Страховщиком решения об осуществлении страховой выплаты, и/или ненадлежащим образом оформленных документов, в соответствии с требованиями настоящих Правил и/или Договора страхования, документов, которые не могут быть прочтены Страховщиком в связи с особенностями почерка, а также вследствие нарушения целостности документа (надорван, смят, стерт) и уничтожения нанесенного текста, печатей, штампов, Страховщик обязан:

- принять их, при этом срок принятия решения или единый срок урегулирования требования о страховой выплате не начинает течь до предоставления последнего из необходимых и надлежащим образом оформленных документов;

- уведомить об этом подавшее заявление на страховую выплату лицо с указанием перечня недостающих и/или ненадлежащим образом оформленных документов.

Срок уведомления Страхователей, Застрахованных лиц о выявлении факта предоставления Страхователем, Застрахованным лицом страховых услуг документов, недостаточных для принятия Страховщиком решения об осуществлении страховой выплаты, и/или ненадлежащим образом оформленных документов не должен превышать 15 (пятнадцати) рабочих дней.

7.8. Страховщик вправе отсрочить страховую выплату до получения письменного ответа на запросы, направленные в компетентные органы по выяснению обстоятельств страхового случая, а также характера, объема и стоимости медицинских услуг, оказанных Застрахованному лицу, в случае направления такого запроса Страховщиком, но в любом случае не более чем на 60 (шестьдесят) рабочих дней.

При продлении срока принятия решения по заявлению о страховой выплате Страховщик обязан не позднее 7 (семи) рабочих дней по истечении установленного срока рассмотрения документов направить Страхователю (Выгодоприобретателю) письменное уведомление о продлении срока рассмотрения заявления о страховой выплате с указанием причины.

7.9. Страховщик имеет право отказать в страховой выплате:

7.9.1. В случае если расходы, возникли по окончании срока действия Договора страхования, за исключением расходов, связанных с экстренной госпитализацией Застрахованного лица, начавшейся в течение срока действия Договора страхования, но не более чем за 14 (четырнадцать) календарных дней после его окончания.

7.9.2. Если расходы связаны с повторным выполнением исследований для плановой госпитализации, первоначально не состоявшейся по инициативе или по вине Застрахованного лица.

7.9.3. В случае нарушения Застрахованным лицом сроков, предусмотренных Договором страхования, для предоставления Страховщику заявления на страховую выплату, если не будет доказано, что Страховщик своевременно узнал о наступлении страхового случая, либо, что отсутствие у Страховщика сведений об этом не могло сказаться на его обязанности выплатить страховое возмещение.

7.9.4. В случае если обращение в медицинскую или иную организацию, не предусмотренную Программой страхования, не было согласовано со Страховщиком, или уведомление Страховщика о таком обращении было осуществлено в процессе получения медицинской помощи, если Договором страхования не предусмотрено иное.

7.9.5. В других случаях, предусмотренных Гражданским кодексом Российской Федерации.

7.10. В случае отсутствия правовых оснований для осуществления страховой выплаты (далее – решение об отказе) Страховщик в течение 3 (трех) рабочих дней после принятия решения об отказе информирует Страхователя, Застрахованное лицо в письменном виде об основаниях принятия такого решения со ссылками на нормы права и/или условия Договора страхования и настоящих Правил, на основании которых принято решение об отказе. Указанная информация предоставляется в том объеме, в каком это не противоречит действующему законодательству.

7.11. В случае неисполнения Страхователем (Застрахованным лицом) обязанности по предоставлению Страховщику документов в соответствии с настоящими Правилами сроки принятия Страховщиком решения об осуществлении страховой выплаты и осуществления страховой выплаты не начинают течь.

При непредставлении Страхователем, Застрахованным лицом в соответствии с пп. «ж» п. 7.5 настоящих Правил банковских реквизитов, а также других сведений, необходимых для осуществления страховой выплаты в безналичном порядке (если лицо, обратившееся за страховой выплатой, выбрало вариант безналичного перечисления страховой выплаты), срок осуществления страховой выплаты продлится (приостанавливается) до получения Страховщиком указанных сведений, о чем Страховщик уведомляет обратившееся лицо и запрашивает у него недостающие сведения.

7.12. Страховщик во всех случаях не несет страховые обязательства по Договору страхования при изменении по желанию Застрахованного лица вопреки рекомендациям врача медицинских технологий, используемых при лечении, как основного заболевания, так и его осложнений.

7.13. Если это предусмотрено Договором страхования (Программой страхования), Страховщик производит страховые выплаты за следующие виды назначенных врачом медицинских и иных услуг:

- a. Простые, сложные, комплексные медицинские услуги.
- b. Сервисные услуги, связанные с организацией медицинской помощи, транспортировкой, эвакуацией, репатриацией.
- c. За лекарственные средства и расходные материалы, приобретаемые в фармацевтических организациях по назначению врача.
- d. За койко-день при стационарном, стационарозамещающем, реабилитационно-восстановительном лечении, в стоимость которого могут входить отдельные медицинские услуги.
- e. За услуги по профилактическому/диспансерному наблюдению Застрахованных лиц в течение срока действия Договора страхования.
- f. За комплексное непрерывное и продолжительное медицинское обслуживание, предоставляемое медицинской организацией Застрахованному лицу в течение определенного периода времени.

7.14. Общая сумма страховых выплат по всем страховым случаям, предусмотренным Договором страхования, произошедшим в течение срока действия Договора страхования, не может превышать размер общей страховой суммы (лимита ответственности), установленной Договором страхования.

8. ПРАВА И ОБЯЗАННОСТИ СТОРОН

8.1. Застрахованное лицо имеет право:

8.1.1. Обращаться за получением медицинских и иных услуг, перечень и объем которых определен в Программе страхования, в медицинские и/или иные организации, перечень которых определен Программой страхования или обращение в которые согласовано и/или организовано Страховщиком.

8.1.2. На получение дубликата страхового полиса и информационных документов в случае их утраты.

8.1.3. На получение разъяснений настоящих Правил и условий Договора страхования, порядка

предоставления медицинских и иных услуг.

8.2. Застрахованное лицо обязано:

8.2.1. Представлять Страховщику достоверные сведения, необходимые для исполнения Договора страхования.

8.2.2. Соблюдать порядок оказания медицинской и иной помощи, предусмотренной Программой страхования, требования настоящих Правил, условий Договора страхования, предписания лечащего врача в ходе получения медицинской помощи, распорядок, установленный медицинской организацией.

8.2.3. Заботиться о сохранности страхового полиса и информационных документов и не передавать их другим лицам с целью получения ими медицинских и иных услуг.

8.2.4. При утрате страхового полиса и информационной документации незамедлительно извещать об этом Страховщика.

8.2.5. Сообщать своевременно Страховщику об изменении фамилии, имени, а также отчества (если иное не вытекает из закона или национального обычая), гражданства, реквизитов документа, удостоверяющего личность, документа, подтверждающего право иностранного гражданина или лица без гражданства на пребывание (проживание) в Российской Федерации, адреса места жительства (регистрации) или места пребывания.

8.2.6. Компенсировать расходы Страховщика, возникшие в связи с неявкой Застрахованного лица на заранее согласованные с медицинской организацией процедуры, приемы и исследования, а также в связи с необоснованным или ложным вызовом скорой медицинской помощи (СМП).

Вызов на дом врача, скорой или неотложной медицинской помощи и использование санитарного транспорта считается необоснованным, если:

– вызов осуществлен Застрахованным лицом для медицинского обслуживания незастрахованного лица;

– при вызове, осуществленном Застрахованным лицом или лицом, действующим в его интересах, преднамеренно представлена искаженная информация, касающаяся необходимости медицинской помощи и/или места пребывания Застрахованного лица;

– вызов осуществлен не в медицинских целях;

– вызов осуществлен к Застрахованному лицу, находящемуся в состоянии алкогольного, наркотического или иного токсического опьянения или остаточных явлений такого опьянения;

– при вызове Застрахованное лицо отсутствует по указанному адресу или отказывается от осмотра;

– вызов осуществлен к Застрахованному лицу, не нуждающемуся в оказании экстренной или неотложной медицинской помощи (с целью получения плановых медицинских манипуляций).

8.2.7. Предоставлять Страховщику для ознакомления медицинскую документацию из любых медицинских и иных организаций для решения вопросов, связанных с реализацией Договора страхования и оплатой оказанных Застрахованному лицу услуг.

8.2.8. Посещать заранее согласованные с медицинской и/или иной организацией процедуры, приемы и исследования, не нарушать лечебный режим, вызывать скорую медицинскую помощь только в случае необходимости.

8.2.9. Соблюдать установленные и общепринятые правила и нормы безопасности, а также воздерживаться от нецелесообразного совершения действий, которые приводят к неблагоприятным последствиям для его жизни и здоровья.

8.2.10. При обращении за медицинской помощью добросовестно выполнять рекомендации лечащего врача.

8.2.11. По требованию Страховщика пройти медицинское освидетельствование, как при заключении Договора страхования, так и после наступления страхового случая.

8.3. Страхователь обязан:

8.3.1. Уплатить страховую премию (страховые взносы) в определенном Договором страхования порядке.

8.3.2. Сообщить при заключении Договора страхования Страховщику известные Страхователю обстоятельства, имеющие существенное значение для определения вероятности наступления страхового случая и размера возможных убытков от его наступления (страхового риска), если эти обстоятельства не известны и не должны быть известны Страховщику. При этом существенными могут быть признаны обстоятельства, определенно оговоренные Страховщиком в заявлении, в Договоре страхования или в письменном запросе.

8.3.3. Представлять Страховщику необходимые для заключения Договора страхования

достоверные сведения, а также иную необходимую информацию, связанную с исполнением Договора страхования, подтвержденную в порядке, определяемом законодательством.

8.3.4. Доводить до сведения Застрахованных лиц информацию об условиях Договора страхования, настоящих Правилах, Программах страхования и порядке предоставления медицинских и иных услуг.

8.3.5. Ознакомить Застрахованных лиц с их правами и обязанностями по Договору страхования.

8.3.6. Сообщать Страховщику в течение действия Договора страхования незамедлительно обо всех ставших ему известными значительных изменениях в обстоятельствах в отношении Застрахованного лица, сообщенных Страховщику при заключении Договора страхования, если эти изменения могут привести к увеличению риска наступления страхового случая.

8.3.7. Соблюдать установленные и общепринятые правила и нормы безопасности, а также воздерживаться от совершения действий, которые могут повлечь неблагоприятные последствия в отношении жизни и здоровья Застрахованного лица.

8.3.8. В случае заболевания и/или травмы Застрахованного лица принимать разумные и доступные меры для уменьшения вреда жизни и здоровью Застрахованного лица.

8.3.9. Незамедлительно ставить в известность Страховщика при получении им информации о невозможности получения медицинских и иных услуг, предусмотренных Договором страхования в медицинской или иной организации, определенной условиями Договора страхования.

8.3.10. При наступлении страхового случая незамедлительно, но в любом случае не позднее 30 дней со дня, когда Страхователю стало известно о произошедшем событии, уведомить об этом Страховщика любым доступным ему способом, позволяющим объективно зафиксировать факт сообщения. Если в договоре страхования предусмотрен способ уведомления, уведомление должно быть сделано указанным способом.

8.3.11. Надлежащим образом оформить и сохранить все документы, связанные с заболеванием и/или травмой Застрахованного лица; обеспечивать сохранность документов по Договору страхования при самостоятельной оплате по согласованию со Страховщиком предусмотренных Программой страхования медицинских и иных услуг, лекарственных препаратов.

8.3.12. Получать согласие Застрахованных лиц при их исключении из списка Застрахованных лиц по коллективному Договору страхования.

8.3.13. Компенсировать расходы Страховщика, возникшие в связи с неявкой Застрахованного лица на заранее согласованные с медицинской организацией процедуры, приемы и исследования, а также уплатить штраф в связи с необоснованным вызовом скорой медицинской помощи при условии выставления соответствующего счета Страховщиком.

8.3.14. Уплатить Страховщику штраф в размере трехкратной стоимости услуг, оказанных лицу, необоснованно воспользовавшемуся полисом ДМС и/или страховой карточкой Застрахованного лица, при условии выставления соответствующего счета Страховщику.

8.3.15. Обеспечить представителям Страховщика доступ к подлинникам любых имеющихся у Страхователя документов, имеющих отношение к заболеванию и/или травме Застрахованного лица; предоставить представителям Страховщика возможность изучать, копировать, фотографировать любые документы, связанные с заболеванием и/или травмой Застрахованного лица, а также опрашивать любых лиц, обладающих сведениями (информацией) об обстоятельствах их наступления.

8.3.16. Уведомить Застрахованное лицо о необходимости выполнения им обязанностей (действий), предусмотренных настоящими Правилами, если указанные обязанности должны и могут быть выполнены указанным лицом.

8.3.17. Получить от Застрахованных лиц, а в случае, если Страхователем заключается Договор страхования в отношении себя, предоставить самостоятельно письменное (ые) согласие (я) на обработку Страховщиком и представителями Страховщика его (их - Застрахованных лиц) персональных данных, в том числе необходимой медицинской информации, в соответствии с требованиями действующего законодательства Российской Федерации.

8.3.18. Предоставить Страховщику информацию о здоровье лиц, подлежащих страхованию.

8.3.19. Своевременно сообщать Страховщику о смене своих банковских реквизитов, места нахождения, телефонов, а также персональных данных Застрахованных лиц в случае их изменения и его фактического места жительства, если Договором страхования не предусмотрено иное.

8.4. Страхователь имеет право:

8.4.1. Требовать от Страховщика в законном порядке соблюдения условий Договора страхования, предоставления Застрахованным лицам медицинских и иных услуг и их оплаты в соответствии с условиями Договора страхования и установленной им Программой страхования.

8.4.2. Потребовать изменения условий Договора страхования в порядке, предусмотренным настоящими Правилами и Договором страхования.

8.4.3. По соглашению со Страховщиком изменить перечень медицинских и иных услуг в пределах, предусмотренных настоящими Правилами и Программами страхования, путем подписания дополнительного соглашения к Договору страхования при условии уплаты по требованию Страховщика дополнительного страхового взноса (дополнительной страховой премии).

Договор страхования на новых условиях начинает действовать со дня, следующего за днем уплаты дополнительной страховой премии (ее части), если Договором страхования не предусмотрено иное.

8.4.4. Заменить Застрахованное лицо другим лицом с согласия самого Застрахованного лица и Страховщика в порядке, предусмотренном настоящими Правилами в соответствии с п. 2 ст. 955 ГК РФ.

8.4.5. Досрочно отказаться от Договора страхования, в том числе в отношении одного или нескольких Застрахованных лиц.

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

8.4.7. Запросить у Страховщика информацию о размере вознаграждения, выплачиваемого страховому агенту или страховому брокеру.

8.5. Страховщик обязан:

8.5.1. Ознакомить и вручить Страхователю настоящие Правила и Программу (Программы) страхования.

8.5.2. Обеспечить конфиденциальность в отношениях со Страхователем, не разглашать полученные им в результате своей профессиональной деятельности сведения о Страхователе, Застрахованном лице, а также об имущественном положении и состоянии здоровья этих лиц за исключением случаев, предусмотренных действующим законодательством Российской Федерации.

8.5.3. Организовать и оплатить, если это предусмотрено условиями Договора страхования, получение Застрахованным лицом медицинских и иных услуг, предусмотренных Программой страхования.

8.5.4. Контролировать объем, сроки и качество медицинской помощи, оказанной Застрахованному лицу в медицинских и иных организациях, в которых оказание медицинской помощи было организовано Страховщиком.

8.5.5. Выдать Застрахованным лицам полисы ДМС и/или страховые пластиковые карточки.

8.5.6. Произвести страховые выплаты при наступлении страховых случаев в порядке, установленном настоящими Правилами и Договором страхования.

8.5.7. Обеспечить обработку персональных данных Застрахованных лиц в соответствии с требованиями Федерального закона от 27.07.2006 №152-ФЗ «О персональных данных». Информация о диагнозах заболеваний Застрахованных лиц, фактах их обращения за медицинской помощью и ее объеме может быть представлена Страхователю только по письменному разрешению Застрахованных лиц.

8.5.8. В случае невозможности оказания медицинской или иной организацией Застрахованному лицу отдельных медицинских или иных услуг, предусмотренных Договором страхования, организовать и оплатить оказание аналогичной по качеству медицинской помощи в другой медицинской или иной организации.

8.5.9. В случае неуплаты Страхователем очередного страхового взноса в установленный Договором страхования срок или уплаты очередного страхового взноса в сумме меньшей, чем установлено Договором страхования, уведомить об этом, а также о последствиях таких нарушений способом, согласованным со Страхователем при заключении Договора страхования Страхователя.

8.5.10. Обеспечить возможность взаимодействия со Страхователем способами, установленными Договором страхования, а также посредством телефонной и почтовой связи.

8.5.11. По устному или письменному запросу Страхователя, в том числе полученному в электронной форме, в срок, не превышающий 30 (тридцати) дней с момента получения такого запроса, при условии возможности идентификации Страхователя в соответствии с требованиями Федерального закона от 27.06.2006 № 152-ФЗ «О персональных данных», после принятия решения о страховой выплате предоставить информацию о расчете суммы страховой выплаты, которая должна включать:

- 1) страховую сумму (ее часть) по личному страхованию, подлежащую выплате;
- 2) порядок расчета страховой выплаты;

3) исчерпывающий перечень норм права и/или условий Договора страхования и Правил страхования, обстоятельств и документов, на основании которых произведен расчет.

8.5.12. После того, как Страховщику стало известно о наступлении события, имеющего признаки страхового случая, по запросу Страхователя, Застрахованного лица он должен быть проинформирован:

1) обо всех предусмотренных Договором и/или Правилами страхования необходимых действиях, которые Страхователь, Застрахованное лицо должен предпринять, и обо всех документах, представление которых обязательно для рассмотрения вопроса о признании события страховым случаем и определения размера страховой выплаты, а также о сроках проведения указанных действий и представления документов;

2) о предусмотренных Договором и/или Правилами страхования форме и способах осуществления страховой выплаты и порядке их изменения, направленных на обеспечение прав Страхователя, Застрахованного лица на получение страховой выплаты удобным для него способом из числа указанных в Договоре страхования.

8.5.13. Предоставлять информацию Страхователю путем почтовых отправлений и телефонной связи в соответствии с реквизитами, предусмотренными Договором страхования.

8.6. Страховщик имеет право:

8.6.1. До начала срока действия Договора страхования, в том числе в отношении отдельного Застрахованного лица, потребовать проведения любых дополнительных медицинских обследований такого лица и предоставления документов, подтверждающих состояние его здоровья.

Если Страховщик считает необходимым проведение освидетельствования лица, подлежащего страхованию, он выдает лицу, обратившемуся с заявлением о страховании, направление на освидетельствование с указанием даты, времени и места освидетельствования. Лицу, лично обратившемуся к Страховщику с заявлением о страховании, направление на освидетельствование выдается на руки, в получении которого лицо, обратившееся с заявлением о страховании, расписывается на втором экземпляре (копии) направления на освидетельствование или в письменном заявлении о страховании. Лицу, обратившемуся с заявлением о страховании по почте или через официальный сайт Страховщика в информационно-коммуникационной сети «Интернет», Страховщик направляет уведомление о проведении освидетельствования соответственно по почте или через официальный сайт Страховщика в информационно-коммуникационной сети «Интернет».

8.6.2. Требовать от Страхователя предоставления достоверной информации, необходимой для заключения Договора страхования.

8.6.3. Самостоятельно выяснять причины и обстоятельства страхового случая, включая направление запросов в соответствующие организации.

8.6.4. Проверять выполнение Страхователем (Застрахованными лицами) требований и условий Договора страхования.

8.6.5. Проверять сообщенную Страхователем информацию.

8.6.6. В случае выявления обстоятельств, влекущих увеличение страхового риска, требовать от Страхователя уплаты дополнительной страховой премии соразмерно увеличению страхового риска или изменения условий (в т.ч. сокращения срока действия) Договора страхования.

8.6.7. Организовывать экстренную медицинскую помощь Застрахованным лицам по жизненным показаниям путем госпитализации в ближайший стационар с привлечением бригад неотложной или скорой медицинской помощи, с дальнейшей организацией перевода по желанию Застрахованного лица и при отсутствии медицинских противопоказаний в одно из медицинских учреждений, предусмотренных Договором страхования.

8.6.8. На ознакомление с медицинской документацией из любых медицинских и иных организаций для решения вопросов, связанных с реализацией Договора страхования и оплатой расходов на оказанные Застрахованному лицу медицинских и иных услуг.

8.6.9. По согласованию со Страхователем изменять Программу страхования в соответствии с настоящими Правилами в случае прекращения действия договора, заключенного Страховщиком с медицинской организацией, предусмотренной Программой страхования (Договором страхования).

8.6.10. Отказать в оплате медицинских и иных услуг по основаниям, предусмотренным настоящими Правилами.

8.6.11. При непредставлении лицом, обратившимся за страховой выплатой, банковских реквизитов, а также других сведений, необходимых для осуществления страховой выплаты в безналичном порядке, продлить (приостановить) срок осуществления страховой выплаты до получения

Страховщиком указанных сведений. Страховщик обязан уведомить обратившееся лицо о факте приостановки и запросить у него недостающие сведения.

8.7. Права и обязанности сторон по использованию персональных данных:

8.7.1. В отношении Договоров страхования (полисов ДМС, сертификатов, страховых свидетельств), заключенных на основании настоящих Правил страхования, обработка Страховщиком персональных данных Страхователей (Застрахованных лиц) осуществляется на основании п.п. 5) ч.1 ст.6 и п.п. 8) ч.2 ст.10 Федерального закона от 27.07.2006 №152-ФЗ «О персональных данных».

8.7.2. Страхователь, заключивший Договор страхования со Страховщиком на условиях настоящих Правил страхования, подписывая Договор страхования и/или принимая от Страховщика полис ДМС (сертификат, страховое свидетельство), тем самым выражает свое добровольное согласие на обработку Страховщиком перечисленных ниже персональных данных Страхователя (Застрахованного лица) для осуществления исполнения обязательств Страховщика по Договору страхования, в том числе, в целях проверки качества оказания страховых услуг и урегулирования убытков по Договору страхования, администрирования Договора страхования, защиты интересов Застрахованных лиц, а также в целях информирования Страхователя и Застрахованных лиц о других страховых продуктах и страховых услугах Страховщика (в целях продвижения Страховщиком своих страховых услуг).

8.7.3. Персональные данные Страхователя и Застрахованных лиц включают в себя в том числе: фамилия, имя, отчество, дата рождения, место рождения, адрес места жительства (места пребывания), контактный телефон, паспортные данные, сведения о состоянии здоровья, заболеваниях и об обращениях в медицинские учреждения (в том числе сведения составляющие врачебную тайну), а также данные, содержащиеся в документах, предоставляемых Страхователем в связи с наступлением страховых случаев, другие данные, указанные в заключенном со Страховщиком Договоре страхования (включая неотъемлемые его части – заявление на страхование, приложения, медицинскую анкету и др.), которые могут быть отнесены в соответствии с законодательством Российской Федерации к персональным данным.

8.7.4. Страхователь дает согласие на обработку Страховщиком и представителями Страховщика своих персональных данных, в том числе право осуществлять все действия (операции) с персональными данными, включая сбор, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), использование, передачу третьим лицам (в т.ч. медицинским и иным организациям, с которыми у Страховщика имеются договорные отношения об оказании медицинской помощи), обезличивание, блокирование, уничтожение, внесение в информационную систему, обработку с использованием средств автоматизации или без использования таких средств. Страховщик вправе обрабатывать персональные данные посредством включения их в электронные базы данных Страховщика. Страховщик может осуществлять обработку персональных данных в течение действия Договора страхования и в течение 25 лет с даты его заключения.

8.7.5. Страховщик и представители Страховщика имеют право во исполнение своих обязательств по Договору страхования передавать персональные данные Страхователя третьим лицам, при условии, что у Страховщика есть соглашение с указанными третьими лицами, обеспечивающее безопасность персональных данных при их обработке и предотвращение разглашения персональных данных.

8.7.6. Согласие Страхователя на обработку персональных данных Страхователя действует в течение 25 лет, если иное не установлено Договором страхования.

8.7.7. В установленных законом случаях, Страхователь (Застрахованное лицо) вправе отозвать своё согласие посредством составления соответствующего письменного документа, который должен быть направлен в адрес Страховщика заказным письмом с уведомлением о вручении, либо вручен лично под расписку уполномоченному представителю Страховщика, либо направлен Страховщику в ином порядке, предусмотренном действующим законодательством Российской Федерации.

8.7.8. В соответствии с достигнутым соглашением между Страхователем и Страховщиком, порядок отзыва согласия на обработку персональных данных Страхователя (Застрахованного лица) предусматривает, что после получения заявления в порядке, предусмотренном действующим законодательством Российской Федерации об отзыве вышеуказанного согласия на обработку персональных данных, Страховщик обязан прекратить их обработку в течение 6 месяцев с момента получения вышеуказанного заявления об отзыве, но в любом случае не ранее истечения 25 лет с даты окончания срока действия Договора страхования. При этом, в случае рассмотрения в суде или арбитражном суде спора, связанного с исполнением обязательств по Договору страхования, после получения письменного заявления об отзыве вышеуказанного согласия на обработку персональных данных Страховщик обязан прекратить обработку вышеуказанных персональных данных не ранее чем

по истечении 25 лет с даты вступления в законную силу соответствующего решения суда (арбитражного суда) по данному делу.

8.7.9. Стороны обязуются соблюдать конфиденциальность в отношении информации, полученной при выполнении Договора страхования. Конфиденциальными сведениями по Договору страхования признаются: сведения о Страхователях, Застрахованных лицах, сведения о заболеваниях Застрахованных лиц, размере страховой суммы, страховой премии, страховых выплат.

8.7.10. Передача конфиденциальной информации третьим лицам или иное разглашение информации, признанной по Договору страхования конфиденциальной, может осуществляться только в случаях, предусмотренных действующим законодательством Российской Федерации.

8.8. Договором страхования также могут быть предусмотрены другие права и обязанности сторон.

9. ПОСЛЕДСТВИЯ ИЗМЕНЕНИЯ СТРАХОВОГО РИСКА

9.1. В течение срока действия Договора страхования Страхователь (Застрахованное лицо) обязан незамедлительно, не позднее 3 (трех) рабочих дней со дня, когда Страхователю станет известно, письменно с приложением документов, позволяющих Страховщику объективно оценить изменение степени риска, сообщать Страховщику о ставших ему известными значительных изменениях в обстоятельствах, сообщенных Страховщику при заключении Договора страхования, если эти изменения могут существенно повлиять на увеличение страхового риска.

Значительными во всяком случае признаются изменения в обстоятельствах, оговоренных в Договоре страхования, полисе ДМС, Программе страхования.

9.2. Страховщик, уведомленный об обстоятельствах, влекущих увеличение страхового риска, вправе потребовать изменения условий Договора страхования и/или уплаты дополнительной страховой премии соразмерно увеличению риска. Если Страхователь возражает против изменения условий Договора страхования или доплаты страховой премии, Страховщик вправе потребовать расторжения Договора страхования.

9.3. Страховщик не вправе требовать расторжения Договора страхования, если обстоятельства, влекущие увеличение страхового риска, уже отпали.

9.4. При неисполнении Страхователем (Застрахованным лицом) обязанностей по сообщению Страховщику об увеличении страхового риска Страховщик вправе потребовать расторжения Договора страхования и возмещения убытков, причиненных расторжением Договора страхования.

10. ПОРЯДОК ВНЕСЕНИЯ ИЗМЕНЕНИЙ И ДОПОЛНЕНИЙ В ДОГОВОР СТРАХОВАНИЯ

10.1. Изменение условий Договора страхования возможно по соглашению сторон.

10.2. Соглашение об изменении Договора страхования совершается в той же форме, что и договор.

10.3. При изменении Договора обязательства сторон сохраняются в измененном виде.

10.4. В случае изменения Договора обязательства считаются измененными с момента заключения соглашения сторон об изменении Договора, если иное не вытекает из соглашения или характера изменения Договора.

11. ПОРЯДОК РАЗРЕШЕНИЯ СПОРОВ

11.1. Все споры, вытекающие из договора страхования, разрешаются в претензионном порядке. Претензия должна содержать сведения о заявителе (наименование, местонахождение, адрес); содержание спора и разногласий; сведения об объекте (объектах), в отношении которого возникли разногласия, расчет суммы претензии. Сторона, получившая претензию, в течение 30 (тридцати) дней со дня ее получения обязана рассмотреть претензию и дать ответ.

11.2. В досудебном порядке спор подлежит рассмотрению финансовым уполномоченным, который рассматривает обращения в отношении Страховщика, если размер денежных требований потребителя страховых услуг не превышает 500 000 рублей, и если со дня, когда потребитель финансовых услуг узнал или должен был узнать о нарушении своего права, прошло не более 3-х лет.

Финансовый уполномоченный не рассматривает обращения:

- 1) если обращение не соответствует вышеуказанным критериям;
- 2) если потребитель финансовых услуг предварительно не обращался к Страховщику;

- 3) если в суде, третейском суде имеется либо рассмотрено дело по спору между теми же сторонами, о том же предмете и по тем же основаниям;
- 4) находящиеся в процессе урегулирования с помощью процедуры медиации;
- 5) 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;
- 6) 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;
- 7) по вопросам, связанным с банкротством юридических и физических лиц;
- 8) по вопросам, связанным с компенсацией морального вреда и возмещением убытков в виде упущенной выгоды;
- 9) по вопросам, связанным с трудовыми, семейными, административными, налоговыми правоотношениями, а также обращения о взыскании обязательных платежей и санкций, предусмотренных законодательством Российской Федерации;
- 10) направленные повторно по тому же предмету и по тем же основаниям, что и обращение, ранее принятое финансовым уполномоченным к рассмотрению;
- 11) содержащие нецензурные либо оскорбительные выражения, угрозы жизни, здоровью и имуществу финансового уполномоченного или иных лиц;
- 12) текст которых не поддается прочтению.

11.3. В случае недостижения сторонами согласия в претензионном порядке, а также если спор не подлежит рассмотрению финансовым уполномоченным или если финансовый уполномоченный не принял решение по обращению по истечении предусмотренного законом срока, прекратил рассмотрение обращения в соответствии законом, или если заявитель не согласился с вступившим в силу решением финансового уполномоченного, спор подлежит урегулированию в суде в порядке, установленном договором страхования и законодательством Российской Федерации.

Все споры, вытекающие из Договора страхования, разрешаются в претензионном порядке. Претензия должна содержать сведения о заявителе (наименование, местонахождение, адрес); содержание спора и разногласий; сведения об объекте (объектах), в отношении которого возникли разногласия, расчет суммы претензии. Сторона, получившая претензию, в течение 15 (пятнадцати) рабочих дней со дня ее получения обязана рассмотреть претензию и дать ответ. Стороны составляют акт об урегулировании разногласий.

12. ИСКОВАЯ ДАВНОСТЬ

12.1. Иск по требованиям, вытекающим из Договора ДМС трудовых мигрантов, может быть предъявлен Страховщику в сроки, предусмотренные гражданским законодательством Российской Федерации.

Приложение 1
к Правилам № 2 добровольного
медицинского страхования иностранных граждан
и лиц без гражданства, находящихся на территории
Российской Федерации с целью осуществления
ими трудовой деятельности

Настоящее приложение № 1 к Правилам № 2 добровольного медицинского страхования иностранных граждан и лиц без гражданства, находящихся на территории Российской Федерации с целью осуществления ими трудовой деятельности определяет общие условия программ добровольного медицинского страхования и возможные виды медицинской помощи. Программы добровольного медицинского страхования формируются Страховщиком по согласованию со Страхователем при заключении договора страхования и являются его неотъемлемой частью.

ПРОГРАММА № 1 ДОБРОВОЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ ТРУДОВЫХ МИГРАНТОВ

Страховым случаем является обращение Застрахованного лица в течение срока действия Договора страхования в медицинское учреждение (фармацевтическую организацию, ассистанскую компанию), указанное в Договоре страхования, либо по направлению Страховщика, в связи с возникновением острого заболевания и/или обострением хронического заболевания, травмой, отравлением и другими состояниями за получением предусмотренной Договором страхования первичной медико-санитарной и специализированной медицинской помощи в неотложной форме (в том числе диагностической, консультативной, лечебной, фармакологической, профилактической, иммунопрофилактической и др.) и иной (в том числе транспортной, сервисной и др.) помощи, повлекшее возникновение обязательств Страховщика произвести оплату медицинских и иных услуг в соответствии с условиями Договора страхования.

Страховщик определяет медицинское учреждение, для оказания медицинской помощи по каждому конкретному страховому случаю, руководствуясь характером клинической проблемы и возможностями конкретного медицинского учреждения. Госпитализация осуществляется по скорой и неотложной медицинской помощи или по направлению врача, в котором должны быть предоставлены необходимые результаты обследования и обоснование необходимости экстренной госпитализации.

1. Перечень медицинских услуг, обеспечивающих получение Застрахованным лицом первичной медико-санитарной помощи и специализированной медицинской помощи в неотложной форме:

Амбулаторно-поликлиническая помощь:

– Консультации, назначение обследования и лечения врачей-специалистов в поликлинике: терапевт, хирург, невролог, кардиолог, пульмонолог, ревматолог, уролог, маммолог, геронтолог, гинеколог (только в отношении заболеваний, не связанных с беременностью и её осложнениями), гастроэнтеролог, отоларинголог, офтальмолог, психиатр, инфекционист, врач мануальной терапии, травматолог-ортопед, дерматовенеролог, врач ЛФК и спортивной медицины, физиотерапевт, онколог, трансфузиолог, колопроктолог, эндокринолог, флеболог, врач функциональной диагностики, врач УЗИ – диагностики, стоматолог-хирург, стоматолог-терапевт, рефлексотерапевт, иммунолог-аллерголог, онколог (до постановки диагноза) и др. специалистов.

– Хирургические и инвазивные процедуры, выполняемые в амбулаторных условиях (по медицинским показаниям), в том числе ПХО ран, удаление вросшего ногтя, удаление кожных образований, вскрытие и дренирование абсцессов, внутрисуставные инъекции, биопсия под УЗ контролем.

- Общие манипуляции и процедуры.
- Эндоскопические исследования.
- Общие клинические лабораторные исследования.
- Биохимические лабораторные исследования.
- Микробиологические (бактериологические) лабораторные исследования.
- Иммунологические лабораторные исследования, в том числе АТ к ТГ и ТПО.
- Гистологические исследования.
- Цитологические исследования.

- Гормональные исследования.
 - Вирусологические исследования.
 - Рентгенологические исследования.
 - Ультразвуковые диагностические исследования.
 - УЗДГ и дуплексное сканирование сосудов головы и шеи.
 - Электронейромиография.
 - Функциональная диагностика (функция внешнего дыхания, ЭКГ, Эхо-КГ, Холтеровское мониторирование ЭКГ, суточное мониторирование артериального давления, электроэнцефалография и др.).
 - Компьютерная томография и магнитно-резонансная томография (включая МР-ангиографию).
 - Восстановительное лечение и реабилитация в условиях поликлиники по медицинским показаниям.
 - Физиотерапия, в том числе с применением медицинского лазера.
 - ЛФК, массаж.
 - Классическая рефлексотерапия.
 - Мануальная терапия.
 - Вызов врача - терапевта на дом из поликлиники, в которой Застрахованное лицо получает медицинское обслуживание по программе «Амбулаторно – поликлиническая помощь» в случае, если Застрахованное лицо по состоянию здоровья не может лично обратиться в поликлинику.
 - Предоставление консультаций врачом по телефону.
 - Организацию и контроль медицинской помощи, предоставляемой в медицинском учреждении.
 - Предгоспитализационное обследование.
 - Консультации и/или лечение в период развития острых и обострения хронических заболеваний на дому, на работе, или в медицинскому учреждении.
 - Ведение медицинской документации, выдачу листков нетрудоспособности и медицинских справок, а также выписывание рецептов на приобретение лекарственных препаратов, за исключением льготных.
- Стоматологическая помощь при острой зубной боли. Под острой зубной болью понимается краткая по времени проявления боль с легко идентифицируемой причиной появления:
- Приемы, консультации стоматолога-терапевта, стоматолога-хирурга, пародонтолога.
 - Местная анестезия (инфильтрационная, аппликационная, проводниковая).
 - Радиовизиография, дентальные рентгеновские снимки.
 - Лечение кариеса с наложением изолирующей прокладки и пломбы из композитов светового отверждения не более 24 зубов за период страхования.
 - Лечение пульпита с наложением девитализирующих паст, механической, медикаментозной обработкой и пломбированием каналов.
 - Лечение периодонтита с распломбировкой, механической и медикаментозной обработкой каналов, пломбировкой с применением антисептиков и остеотропных препаратов.
 - Лечение некариозных поражений твердых тканей зуба (клиновидные дефекты, флюороз, гипоплазия эмали) с пломбированием композитами светового отверждения не более 24 зубов за период страхования.
 - Восстановление коронковой части зуба, при разрушении ее менее 1/2 с использованием анкерных штифтов и гуттаперчивых штифтов.
 - Экстракция зубов, включая сложные удаления.
 - Терапевтические методы лечения тканей пародонта I-II ст.
 - Вскрытие поднадкостничных абсцессов.
 - Лечение воспалительных заболеваний челюстно-лицевой области.
 - Лечение доброкачественных новообразований челюстно-лицевой области, включая резекцию верхушки, цистэктомию с гистологическим исследованием и ретроградной пломбировкой.
 - Физиотерапия – 10 процедур за период страхования.
- Скорая помощь:
- выезд бригады СМП; проведение диагностических и лечебных мероприятий, транспортировка в стационар по жизненным показаниям.

Стационарная помощь:

– пребывание в многоместной палате в стационаре; лечение и наблюдение лечащим врачом в отделении; консультации специалистов; лабораторная диагностика; инструментальная диагностика по медицинским показаниям; анестезиологические пособия; оперативные вмешательства; палата интенсивной терапии;

– лекарственные препараты, включенные в утверждаемый Правительством Российской Федерации перечень жизненно необходимых и важнейших лекарственных препаратов для медицинского применения и медицинских изделий;

– медицинские изделия, включенные в утверждаемый Правительством Российской Федерации перечень медицинских изделий, имплантируемых в организм человека (лечебное питание в стационаре, донорская кровь и ее компоненты).

2. Исключения из Программы страхования.

Конкретный перечень исключений из Программы страхования определяется Договором страхования и соглашением сторон в соответствии с условиями, установленными в разделе 3 Правил страхования.

3. Перечень медицинских и иных учреждений, оказывающих медицинские и иные услуги Застрахованным лицам.

Конкретный перечень медицинских и иных учреждений по Программе страхования определяется Договором страхования и соглашением сторон.

ПРОГРАММА № 2 ДОБРОВОЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ «РЕПАТРИАЦИЯ»

1. Страховщик гарантирует Застрахованному лицу при наступлении страхового случая организацию и оплату репатриации в объеме, предусмотренном Программой добровольного медицинского страхования, прилагаемой к Договору страхования, в которую могут быть включены медицинские и иные услуги из числа предусмотренных п. 2. настоящей Программы, при соблюдении всех положений, определений, исключений и ограничений, предусмотренных Правилами страхования и Договором страхования.

2. Объем услуг, предоставляемый в рамках Программы:

2.1. Репатриация тела Застрахованного лица в случае его смерти.

Под репатриацией тела понимается перевозка останков Застрахованного лица до ближайшего к его месту жительства международного аэропорта страны постоянного проживания, если Застрахованное лицо не является гражданином той страны, в которой произошла смерть, либо до ближайшего административного центра постоянного места жительства, если смерть Застрахованного лица произошла в стране, гражданином которой он является.

Данная услуга включает в себя организацию репатриации тела, подготовку тела, покупку необходимого для перевозки гроба, перевозку останков.

Репатриация тела осуществляется в соответствии с международными стандартами. Услуги по организации похорон и погребению не входят в настоящую Программу.

**БАЗОВЫЕ ТАРИФЫ
ПО ДОБРОВОЛЬНОМУ МЕДИЦИНСКОМУ СТРАХОВАНИЮ**

(в % к страховой сумме, срок страхования – один год)

таблица

№	Программа страхования	Тариф
1.	Программа добровольного медицинского страхования трудовых мигрантов	0,85
2.	Репатриация	0,69

Базовые тарифы в таблице указаны при условии установления отдельных страховых сумм по каждой Программе. В случае установления единой (общей) страховой суммы по всем или части Программ, тарифы по соответствующим Программам умножаются на поправочный коэффициент 0.25 – 1.0.

Страховщик имеет право применять к базовым тарифным ставкам повышающий или понижающий коэффициенты исходя из обстоятельств, влияющих на степень страхового риска, указанные ниже. При наличии нескольких факторов риска страховой тариф последовательно умножается на все повышающие коэффициенты.

Страховщик применяет следующие поправочные коэффициенты, связанные со степенью страхового риска:

В зависимости от пола и возраста Застрахованного лица Страховщик может применять к базовой тарифной ставке повышающие и понижающие коэффициенты от 0.5 до 5.0.

В зависимости от объема предоставляемых услуг Страховщик может применять к базовой тарифной ставке повышающие и понижающие коэффициенты от 0.01 до 28.0.

В зависимости от размера страховой суммы Страховщик может применять к базовой тарифной ставке повышающие и понижающие коэффициенты от 0.1 до 5.0.

В зависимости от общего количества лиц, принимаемых на страхование, Страховщик может применять к базовой тарифной ставке повышающие коэффициенты от 0.45 до 1.0.

В зависимости от ценовой категории медицинского учреждения Страховщик может применять к базовой тарифной ставке повышающие и понижающие коэффициенты от 0.2 до 4.0.

В зависимости от общего состояния здоровья Застрахованного лица Страховщик может применять к базовой тарифной ставке повышающие и понижающие коэффициенты от 0.1 до 99.

В зависимости от количества хронических заболеваний (при их наличии у Застрахованного лица) Страховщик может применять к базовой тарифной ставке повышающие коэффициенты от 1.0 до 5.0.

В зависимости от тяжести хронических заболеваний (при их наличии у Застрахованного лица) Страховщик может применять к базовой тарифной ставке повышающие коэффициенты от 1.0 до 3.0.

В зависимости от сложившейся убыточности по портфелю за предыдущий период страхования Страховщик может применять к базовой тарифной ставке повышающие и понижающие коэффициенты от 0.1 до 2.0.

В зависимости от набора рисков Страховщик может применять к базовой тарифной ставке понижающие коэффициенты от 0.05 до 1.0.

В зависимости от рода занятий и увлечений Застрахованного лица Страховщик может применять к базовой тарифной ставке повышающие и понижающие коэффициенты от 0.75 до 1.5.

В зависимости от общей численности коллектива, принимаемого на страхование Страховщик, может применять к базовой тарифной ставке повышающие и понижающие коэффициенты от 0.45 до 1.0.

В зависимости от субъективных факторов риска и, исходя из экспертно определенной величины страхового риска, определенной на основании совокупности данных, представленных в заявлении на страхование, а также результатов предварительного медицинского обследования, Страховщик может применять к базовой тарифной ставке повышающие и понижающие коэффициенты от 0.5 до 3.5.

В зависимости от списка исключений из Программы страхования Страховщик может применять к базовой тарифной ставке понижающие коэффициенты от 0.3 до 1.0.

При уплате страховой премии в рассрочку, в зависимости от количества и сроков уплаты ее частей (базовые тарифные ставки рассчитаны при условии единовременной уплаты страховой премии), Страховщик может применять к базовой тарифной ставке повышающие коэффициенты от 1.0 до 1.2.

При включении в число страховых рисков и страховых случаев по Договору страхования событий, перечисленных в п.п. 2.4 - 2.6 Правил страхования Страховщик может применять к базовой тарифной ставке повышающие коэффициенты от 1.0 до 5.0.

При заключении Договора страхования в отношении лица, имеющего заболевания, перечисленные в п. 1.10. Правил страхования Страховщик может применять к базовой тарифной ставке повышающие коэффициенты от 1.1 до 5.0.

При установлении кратности предоставления услуг по Договору страхования Страховщик может применять к базовой тарифной ставке повышающие и понижающие коэффициенты от 0.6 до 2.5.

При установлении лимитов страховой ответственности (страховых выплат) по Договору страхования Страховщик может применять к базовой тарифной ставке понижающие коэффициенты от 0.02 до 1.0.

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

Страховщик вправе использовать иные поправочные коэффициенты страхового риска в зависимости от индивидуального риска, иных обстоятельств, имеющих существенное значение для определения вероятности наступления страхового случая и размера возможных убытков от его наступления (страхового риска) в размере от 0.01 до 9.0.