

**ОБЩЕСТВО С ОГРАНИЧЕННОЙ ОТВЕТСТВЕННОСТЬЮ
«СТРАХОВАЯ КОМПАНИЯ «ГРАНТА»**

УТВЕРЖДЕНЫ
Приказом № 65-01/24 от 12.11.2024 г.

Генеральный директор ООО «СК «ГРАНТА»

Тукмаков Алексей Павлович



Предыдущие редакции:
от 22.02.2017 г. Приказ № 07-01
от 30.04.2019 г. Приказ № 34-01

ПРАВИЛА
ДОБРОВОЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ ТРУДОВЫХ
МИГРАНТОВ

ОГЛАВЛЕНИЕ

- 1. Общие положения**
 - 2. Объекты и субъекты страхования.**
 - 3. Страховые риски и страховые случаи.**
 - 4. Исключения из страхового покрытия. Отказы в страховой выплате.**
 - 5. Страховая сумма.**
 - 6. Страховая премия, страховой тариф.**
 - 7. Порядок заключения и прекращения договора страхования.**
 - 8. Срок действия договора страхования.**
 - 9. Страховая выплата.**
 - 10. Права и обязанности сторон.**
 - 11. Последствия изменения степени страхового риска.**
 - 12. Ответственность сторон.**
 - 13. Порядок разрешения споров.**
 - 14. Персональные данные.**
- Приложение № 1. Программа добровольного медицинского страхования трудовых мигрантов «Стандарт»**
- Приложение №2. Программа добровольного медицинского страхования трудовых «Максимум»**
- Приложение №3. Страховые тарифы.**
- Приложение №4. Согласие субъекта персональных данных на использование его персональных данных**
- Приложение №5. Уведомление.**

1. ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ

1.1. Настоящие Правила страхования (далее - Правила) определяют общий порядок и условия заключения, исполнения и прекращения договоров добровольного медицинского страхования трудовых мигрантов.

При заключении договора страхования на условиях, содержащихся в настоящих Правилах, эти условия становятся обязательными для исполнения Страхователем, Застрахованным и Выгодоприобретателем. Договор страхования считается заключенным на основании настоящих Правил в том случае, если в договоре страхования прямо указывается на их применение, сами Правила изложены в одном документе с договором страхования или приложены к нему. Вручение Страхователю настоящих Правил при заключении договора страхования удостоверяется записью в договоре страхования.

1.2. Условия, содержащиеся в настоящих Правилах, могут быть изменены (исключены или дополнены) по письменному соглашению сторон при заключении договора страхования или в период действия договора до наступления страхового случая при условии, что такие изменения не противоречат действующему законодательству.

В случае если отдельные положения настоящих Правил будут признаны в установленном законодательством Российской Федерации порядке недействительными или вступят в противоречие с законодательством Российской Федерации и нормативными правовыми актами, актами надзорного органа, они применению не подлежат, остальные положения Правил сохраняют силу.

1.3. В конкретном Договоре страхования или для группы договоров страхования Страховщик вправе разрабатывать и использовать определения отдельных страховых понятий, а также вносить дополнения, уточнения, изменения в определения, - в той мере, в какой это не противоречит настоящим Правилам страхования и действующему законодательству Российской Федерации.

1.4. Применяемые в настоящих Правилах наименования и понятия в ряде случаев специально поясняются соответствующими определениями. Если значение какого-либо наименования или понятия не оговорено Правилами страхования и не может быть определено, исходя из законодательства РФ и нормативных актов, то такое наименование или понятие используется в своем обычном лексическом значении. В настоящих Правилах, а также в заключенных в соответствии с Правилами Договорах страхования используются следующие термины и определения:

1.4.1. **Агрегатная (уменьшаемая) страховая сумма (на все страховые случаи)** – денежная сумма, в пределах которой Страховщик обязуется осуществлять страховые выплаты по всем страховым случаям, произошедшим в течение срока страхования (страховая сумма уменьшается после выплаты страхового возмещения на сумму страховой выплаты);

1.4.2. **Выжидательный период** - установленный договором страхования промежуток времени (обычно после вступления договора в силу), в течение которого обращение Застрахованного лица за оказанием медицинских и иных услуг не признается страховым случаем;

1.4.3. **Декларация здоровья /медицинская анкета** – сведения о состоянии здоровья лица, подлежащего страхованию, составленные в форме вопросов Страховщика и ответов на них или предоставляемые иными документами;

1.4.4. **Договор страхования** – соглашение о добровольном медицинском страховании, заключенное между Страховщиком и Страхователем в соответствии с настоящими Правилами. Договор страхования может быть заключен путем составления одного документа либо вручения Страховщиком Страхователю, на основании его письменного или устного заявления, страхового полиса, подписанного Страховщиком. В последнем случае согласие Страхователя заключить договор на предложенных Страховщиком условиях подтверждается принятием от Страховщика страхового полиса;

1.4.5. **Заболевание (болезнь)** – возникающее в связи с воздействием патогенных факторов нарушение деятельности организма, работоспособности, способности адаптироваться к изменяющимся условиям внешней и внутренней среды при одновременном изменении защитно-компенсаторных и защитно-приспособительных реакций и механизмов организма;

1.4.6. **Застрахованное лицо** - 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);

1.4.7. Лечебный режим - установленный лечащим врачом распорядок оказания медицинской и (или) лекарственной помощи;

1.4.8. Медицинские расходы – расходы Страховщика в виде страховой выплаты по оказанным Застрахованному лицу при наступлении страхового случая услугам;

1.4.9. Медицинские, аптечные и сервисные организации.

Медицинская организация - юридическое лицо независимо от организационно-правовой формы, осуществляющее в качестве основного (уставного) вида деятельности медицинскую деятельность на основании лицензии, выданной в порядке, установленном законодательством Российской Федерации, а также иные юридические лица независимо от организационно-правовой формы, осуществляющие наряду с основной (уставной) деятельностью медицинскую деятельность. К медицинским организациям в частности относятся российские и иностранные медицинские организации: стационары, клиники, диспансеры, амбулаторно-поликлинические организации, организации скорой медицинской помощи, организации охраны материнства и детства, санаторно-курортные, лечебно-реабилитационные организации и другие. К медицинским организациям приравниваются индивидуальные предприниматели, осуществляющие медицинскую деятельность.

Аптечная организация - организация, структурное подразделение медицинской организации, осуществляющая розничную торговлю лекарственными препаратами, хранение, изготовление и отпуск лекарственных препаратов для медицинского применения в соответствии с требованиями действующего законодательства и имеющая соответствующую лицензию.

Сервисная организация – сервисная или ассистанская компании, или учреждение, имеющее договоры со Страховщиком по организации медицинских, экспертных, медико-транспортных и иных услуг;

1.4.10. Медицинская документация – комплект документов установленной формы, касающихся наступления страхового случая: листки нетрудоспособности, выписные эпикризы, заключение о проведенном обследовании или лечении, выписка из истории болезни, результаты обследования, амбулаторная карта, рецепты и назначения лечащего врача и т.д;

1.4.11. Медицинские и иные услуги.

Медицинская услуга – медицинская и (или) лекарственная помощь, предоставляемая медицинской или аптечной организацией по договору оказания услуг Застрахованным лицам.

Иные услуги – это услуги, связанные с оказанием или организацией оказания медицинской помощи и включенные в Программу, в том числе: сервисные услуги, информационные услуги, связанные с оказанием или организацией оказания медицинской помощи, а также медико-транспортные услуги, услуги по репатриации, предоставляемые Застрахованному в соответствии с программой страхования по медицинским показаниям.

Услуги по репатриации - услуги, связанные с транспортировкой адекватным состоянию здоровья транспортным средством, включая при необходимости медицинский персонал и оборудование (в зависимости от определенных в Договоре страхования условий):

- до транспортного узла, ближайшего к месту постоянного проживания Застрахованного или до больницы, ближайшей к аэропорту места постоянного проживания Застрахованного, с которым есть прямое международное сообщение от места пребывания Застрахованного либо

- до ближайшего транспортного узла на территории Российской Федерации, имеющего международное сообщение со страной постоянного проживания Застрахованного либо,

- в страну постоянного проживания при заболеваниях/состояниях, требующих сопровождения квалифицированным медицинским персоналом, с применением методов непрерывного интенсивного наблюдения и аппаратного управления жизненно-важными функциями организма, из места пребывания адекватным состоянию здоровья транспортным средством до транспортного узла, ближайшего к месту постоянного проживания Застрахованного, с которым есть прямое международное сообщение от места пребывания Застрахованного.

- останков Застрахованного лица до транспортного узла, ближайшего к месту, где постоянно проживал Застрахованный, с которым есть международное сообщение от места пребывания останков Застрахованного или до транспортного узла на территории Российской Федерации, имеющего международное сообщение со страной постоянного проживания Застрахованного.

Договором страхования (Программой страхования) может быть предусмотрено оказание иных услуг, как всех, так и выборочно из состава «иных услуг».

Под медицинской помощью понимается комплекс мероприятий, направленных на поддержание и (или) восстановление здоровья и включающих в себя медицинское вмешательство или комплекс медицинских вмешательств, направленных на профилактику, диагностику и лечение заболеваний, медицинскую реабилитацию.

Лекарственное обеспечение - расходы 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 Трудовых мигрантов 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 лечебное питание в стационаре и донорская кровь и ее компоненты.

Формами оказания медицинской помощи являются:

- 1) **экстренная** - медицинская помощь, оказываемая при внезапных острых заболеваниях, состояниях, обострении хронических заболеваний, представляющих угрозу жизни пациента;
- 2) **неотложная** - медицинская помощь, оказываемая при внезапных острых заболеваниях, состояниях, обострении хронических заболеваний без явных признаков угрозы жизни пациента;
- 3) **первичная медико-санитарная помощь** - включает в себя мероприятия по диагностике и лечению заболеваний и состояний и оказывается в амбулаторных условиях и в условиях дневного стационара;
- 4) **специализированная медицинская помощь** - включает в себя профилактику, диагностику и лечение заболеваний и состояний (в том числе в период беременности, родов и послеродовой период), требующих использования специальных методов и сложных медицинских технологий, а также медицинскую реабилитацию. Специализированная медицинская помощь оказывается в стационарных условиях и в условиях дневного стационара;

1.4.12. Неагрегатная (не уменьшаемая) страховая сумма (на каждый страховой случай) – денежная сумма, в пределах которой Страховщик обязуется осуществлять страховые выплаты по каждому страховому случаю, произошедшему в течение срока страхования (страховая сумма не уменьшается после выплаты страхового возмещения);

1.4.13. Основное заболевание – заболевание, которое само по себе или в связи с осложнениями вызывает первоочередную необходимость оказания Медицинской помощи в связи с наибольшей угрозой работоспособности, жизни и здоровью, либо приводит к инвалидности, либо становится причиной смерти;

1.4.14. Персональные данные - информация, относящаяся к определенному или определяемому на основании такой информации физическому лицу (субъекту персональных данных). Персональными данными в рамках заключенного договора добровольного медицинского страхования признаются, в том числе: фамилия, имя, отчество, дата (год, месяц, день) рождения, паспортные данные, адрес проживания, адрес регистрации (прописки), контактные телефоны, данные о состоянии здоровья, о заболеваниях, а также о случаях обращения Застрахованного лица за медицинскими услугами;

1.4.15. Период страхования - период времени, в течение которого могут произойти страховые случаи, определенные договором страхования;

1.4.16. Полис (полис добровольного медицинского страхования) – документ, удостоверяющий факт заключения договора страхования;

1.4.17. Программа страхования («Программа добровольного медицинского страхования») – перечень видов Медицинской помощи, оплачиваемых Страховщиком по Договору страхования, и иные условия страхования. Программа добровольного медицинского страхования является неотъемлемой частью Договора страхования. Исходя из программы страхования, определяется страховой тариф;

1.4.18. Скорая медицинская помощь, в том числе скорая специализированная – согласно 323-ФЗ от 21.11.2011 "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации" оказывается гражданам при заболеваниях, несчастных случаях, травмах, отравлениях и других состояниях, требующих срочного медицинского вмешательства. Скорая, в том числе скорая специализированная, медицинская помощь медицинскими организациями государственной и муниципальной систем здравоохранения оказывается иностранным гражданам бесплатно. Скорая, в том числе скорая специализированная, медицинская помощь оказывается в экстренной или неотложной форме вне медицинской организации, а также в амбулаторных и стационарных условиях. На территории Российской Федерации в целях оказания скорой медицинской помощи функционирует система единого номера вызова скорой медицинской помощи в порядке, установленном Правительством Российской Федерации;

1.4.19. Сопутствующее заболевание - заболевание, которое не имеет причинно-следственной связи с основным заболеванием, уступает ему в степени необходимости оказания Медицинской помощи, влияния на работоспособность, опасности для жизни и здоровья и не является причиной смерти;

1.4.20. **Состояние** – изменения организма, возникающие в связи с воздействием патогенных и/или физиологических факторов и требующие оказания Медицинской помощи;

1.4.21. **Срок действия договора страхования** - период времени, включающий в себя все установленные договором страхования периоды страхования и выжидательные периоды. Начало и окончание срока действия договора страхования указываются в страховом полисе (договоре страхования);

1.4.22. **Страховщик** – юридическое лицо, созданное в соответствии с законодательством Российской Федерации для осуществления страхования и имеющее лицензию на осуществление страховой деятельности;

1.4.23. Страхователи

- юридические лица любых организационно-правовых форм, предусмотренных гражданским законодательством РФ;

- граждане РФ, занимающиеся предпринимательской деятельностью без образования юридического лица, зарегистрированные в установленном порядке индивидуальными предпринимателями;

- дееспособные физические лица граждане РФ, иностранные граждане и лица без гражданства, обладающие гражданской дееспособностью, заключившие со Страховщиком Договор страхования, либо являющиеся Страхователями в силу закона. Страховщик и Страхователь в тексте настоящих Правил совместно именуются «Стороны»;

1.4.24. **Страховая сумма** - денежная сумма, определенная договором страхования, исходя из которой устанавливается размер страховой премии (страховых взносов) и в пределах которой Страховщик обязуется при наступлении страхового случая (страховых случаев) выплатить страховое возмещение;

1.4.25. **Страховая премия** - плата за страхование, которую Страхователь обязан уплатить Страховщику в порядке и сроки, определенные договором страхования. Неиспользованная страховая премия – это часть оплаченной Страхователем страховой премии, приходящейся на неистекший(шие) период(ы) страхования;

1.4.26. **Страховой тариф** - ставка страховой премии с единицы страховой суммы с учетом объекта страхования и характера страхового риска;

1.4.27. **Страховой риск** - предполагаемое событие, на случай наступления которого проводится страхование. Событие, рассматриваемое в качестве страхового риска, должно обладать признаками вероятности и случайности его наступления;

1.4.28. **Страховой случай** - совершившееся событие, предусмотренное договором (настоящими Правилами) страхования и подтвержденное документами, определенными настоящими Правилами, с наступлением которого возникает обязанность Страховщика произвести выплату страхового возмещения;

1.4.29. **Страховая выплата** - денежная сумма, которую Страховщик в соответствии с договором страхования должен выплатить Страхователю (Выгодоприобретателю) при наступлении страхового случая;

1.4.30. **Счет-реестр** – документ, содержащий сведения, предусмотренные формой, установленной приложением №12 к Письму ФФОМС от 30.12.2011 N 9161/30-1/и «О направлении Методических указаний по представлению информации в сфере обязательного медицинского страхования»;

1.4.31. **Тайна страхования** – информация, ставшая известной Страховщику в связи с заключением и исполнением договора страхования. Страховщик не вправе сообщать информацию, составляющую тайну страхования, третьим лицам без согласия Страхователя (Застрахованного лица), за исключением случаев, установленных законодательством РФ;

1.4.32. **Убыток** – определяется как стоимость медицинских и иных услуг, оказанных при наступлении страхового случая и предусмотренных программой и (или) договором страхования, а также стоимость организации для их оказания;

1.4.33. **Франшиза** - предусмотренная условиями Договора страхования определенная часть убытков Страхователя в абсолютном размере или в процентном отношении от страховой суммы, не подлежащая возмещению Страховщиком;

1.4.34. **Экспертиза медицинских услуг** - исследование, проводимое экспертом для определения соответствия объема, качества и стоимости, оказанных Застрахованным лицам медицинских услуг установленным стандартам.

1.5. Страховщик не вправе разглашать сведения о Страхователе, Застрахованном лице, Выгодоприобретателе, полученные им в результате своей профессиональной деятельности. За нарушение тайны страхования Страховщик в зависимости от рода нарушенных прав и характера нарушения несет ответственность в порядке, предусмотренном действующим законодательством Российской Федерации.

1.6. При заключении и исполнении договора страхования Стороны исходят из принципа добросовестности и разумности действий сторон, которые в их правоотношениях предполагаются (ст. 10 ГК РФ).

1.7. В соответствии с настоящими Правилами не допускается страхование противоправных интересов, а также интересов, которые не являются противоправными, но страхование которых запрещено законом.

1.8. Страховщик вправе присваивать маркетинговые названия отдельным группам единообразных Договоров (Полисов) страхования, заключаемым на основе настоящих Правил, в той мере, в какой это не противоречит действующему законодательству Российской Федерации, и в том порядке, как это предусмотрено действующим законодательством Российской Федерации.

Под маркетинговыми названиями понимаются названия отдельных групп единообразных Договоров (Полисов) страхования, заключаемых на основании настоящих Правил.

2. ОБЪЕКТЫ И СУБЪЕКТЫ СТРАХОВАНИЯ

2.1. Объектом страхования являются имущественные интересы Страхователя (Застрахованного лица), связанные с оплатой организации и оказания медицинской и лекарственной помощи (медицинских услуг), и иных услуг при наступлении страхового случая вследствие расстройства здоровья Застрахованного лица или состояния Застрахованного лица, требующих организации и оказания таких услуг в объеме, порядке и на условиях, предусмотренных Договором страхования.

2.2. В качестве субъектов медицинского страхования выступают: Страховщик, Страхователь, Застрахованное лицо.

2.3. Страховщик на основании настоящих Правил вправе не заключать Договор страхования в отношении лиц, которые на момент заключения договора:

- не являются Трудовыми мигрантами (являются лицами, не осуществляющими или не намеревающимися осуществлять трудовую деятельность);
- моложе 18 лет и старше 75 лет;
- находятся на стационарном лечении;
- инвалиды I группы;
- лица, употребляющие наркотики; лица, употребляющие токсичные вещества с целью токсичного опьянения;
- лица, страдающие алкоголизмом;
- лица, больные онкологическими, хроническими сердечно-сосудистыми заболеваниями, СПИДом;
- лица, проходящие службу в вооруженных силах;
- находящиеся в местах лишения свободы;

Договор (Полис) страхования может быть признан недействительным с момента его заключения, если будет установлено, что на страхование было принято лицо, подпадающее под любую из вышеуказанных категорий на дату заключения Договора (Полиса) страхования, при этом Страховщик не был об этом письменно уведомлен Страхователем до заключения Договора (Полиса) страхования.

3. СТРАХОВЫЕ РИСКИ И СТРАХОВЫЕ СЛУЧАИ

3.1. Страховым риском является предполагаемое событие, на случай наступления которого проводится страхование. Событие, рассматриваемое в качестве страхового риска, должно обладать признаками вероятности и случайности его наступления.

3.2. Страховым случаем по настоящим Правилам является документально подтвержденное обращение Застрахованного лица, в соответствии с условиями Договора страхования и в период его действия в медицинское учреждение, сервисную компанию и/или иное учреждение, согласованное со Страховщиком, за медицинскими и/или иными услугами, лекарственным обеспечением, указанными в Программе страхования, по поводу заболеваний и состояний, требующих оказания первичной медико-санитарной помощи и специализированной медицинской помощи в неотложной форме, входящих, согласно части шестой статьи 35 Федерального закона от 29 ноября 2010 года №326-ФЗ «Об обязательном страховании в Российской

Федерации» в базовую программу обязательного медицинского страхования, исключая, если иное не предусмотрено договором:

3.2.1. Обращение Застрахованного лица за получением медицинских и иных услуг, лекарственным обеспечением по следующим поводам:

- холера (A00), сибирская язва (A22), чума (A20), сепсис и мелиоидоз (A24), натуральная оспа (B03);
- вирусные лихорадки, передаваемые членистоногими, и вирусные геморрагические лихорадки (A90-A99), гельминтозы (B65-B83), дифтерия (A36), малярия (B50-B54), полиомиелит (A80, B91);
- туберкулез (A15-A19), лепра (A30);
- педикулез, акриаз и другие инфекации (B85-B89);
- инфекции, передающиеся преимущественно половым путем (A50-A64), гепатит В (B16; B17; B18), гепатит С (B17.1; B18.2), болезнь, вызванная вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ) (B20-B24)
- злокачественные новообразования (C00-C97);
- сахарный диабет (E10-E14);
- психические расстройства и расстройства поведения (F00-F99);
- беременность, роды, послеродовой период и аборт (O00-O99);
- ТОРС (U04).

3.2.2. Оплату следующих медицинских и/или иных услуг, лекарственного обеспечения:

- не предусмотренных Программой страхования или Договором добровольного медицинского страхования;
- расходов на оказание услуг трудовым мигрантам, не указанным в Договоре страхования как Застрахованные;
- если Застрахованное лицо обратилось за оказанием Медицинской помощи без предварительного обращения в Круглосуточный контакт - центр Страховщика по указанным в Договоре /Программе страхования телефонам;
- при оказании любых медицинских и иных услуг без согласования со Страховщиком;
- при оказании любых медицинских и иных услуг за пределами территории действия Программы страхования;
- по оказанию медицинской помощи Застрахованным при патологических состояниях, отравлениях и травмах, возникших у Застрахованного лица в состоянии любой формы алкогольного опьянения или под воздействием иных психоактивных веществ и/или лекарственных препаратов, употребленных без назначения врача;
- по оказанию медицинской помощи при возникновении травматических повреждений или иных нарушений здоровья, наступивших в результате совершения Застрахованным лицом умышленных противоправных действий;
- по оказанию медицинской помощи при покушении Застрахованного лица на самоубийство, за исключением тех случаев, когда Застрахованное лицо было доведено до такого состояния противоправными действиями третьих лиц;
- по оказанию медицинской помощи при умышленном причинении себе телесных повреждений Застрахованным лицом;
- по оказанию Застрахованному лицу медицинской помощи, не назначенной врачом, оказывающим медицинскую помощь в рамках настоящих Правил и/или программы страхования, разработанной на их основе;
- по оказанию Застрахованному лицу методов лечения, определенных Министерством здравоохранения РФ как Высокотехнологичная медицинская помощь.
- лекарственных препаратов и медицинских изделий сверх перечня жизненно необходимых и важнейших лекарственных препаратов, и медицинских изделий, включенных в утверждаемый Правительством Российской Федерации перечень медицинских изделий, имплантируемых в организм человека при оказании медицинской помощи в неотложной форме;
- лекарственных препаратов и медицинских изделий, не использованных медицинским персоналом при оказании первичной медико-санитарной помощи и /или специализированной медицинской помощи в неотложной форме;
- связанных с беременностью, родами, послеродовым периодом и абортами Застрахованного лица;
- в связи с оказанием Застрахованному Скорой медицинской помощи, Медицинской помощи в экстренной форме, Медицинской помощи в плановой форме;
- в случае применения косметической или пластической хирургии, кроме необходимости ее использования после несчастного случая или других случаях, когда ее применение обусловлено прямыми медицинскими показаниями;

- по коррекции зрения с целью назначения линз или очков, или их подбора, кроме факта нарушения зрения в результате несчастного случая или в других случаях, определенных прямыми медицинскими показаниями;
- по коррекции слуха с целью назначения слуховых аппаратов или их подбора, кроме факта нарушения слуха в результате несчастного случая или в других случаях, определенных прямыми медицинскими показаниями.

3.3. При наступлении страхового случая, страховщик оплачивает расходы на используемые медицинским персоналом при оказании медицинской помощи в неотложной форме, в соответствии со стандартами первичной медико-санитарной помощи и специализированной медицинской помощи, 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 и донорской крови и ее компонентов.

3.4. При заключении Договора (Полиса) страхования в отношении инвалидов II и III группы не покрываются страхованием, если иное не предусмотрено Договором (Полисом) страхования, возникновение или обострение Заболеваний, связанных с причиной инвалидности или являющихся сопутствующими этому Заболеванию.

3.5. В пределах объема страховой ответственности по Договору (Полису) страхования Страховщик вправе установить Лимиты ответственности и/или Франшизы.

Договором (Полисом) страхования могут быть предусмотрены Лимиты ответственности по Программе добровольного медицинского страхования, Страховому риску, Страховому случаю, виду Медицинской помощи, Медицинской организации, периоду оказания Медицинской помощи, прочим основаниям.

4. ИСКЛЮЧЕНИЯ ИЗ СТРАХОВОГО ПОКРЫТИЯ. ОТКАЗЫ В СТРАХОВОЙ ВЫПЛАТЕ.

4.1. Произошедшие события не признаются страховыми, и оплата медицинских услуг не производится в следующих случаях:

- 4.1.1. Если медицинские или иные услуги, оказанные Застрахованному, не согласованы со Страховщиком;
- 4.1.2. Если медицинские или иные услуги оказаны Застрахованному в медицинских учреждениях, не согласованных со Страховщиком;
- 4.1.3. При оказании Застрахованному лицу высокотехнологичной медицинской помощи;
- 4.1.4. При получении травматического повреждения и/или иного расстройства здоровья в связи с участием Застрахованного в военных действиях, гражданских волнениях, беспорядках, несанкционированных митингах и демонстрациях, если это не сопряжено с исполнением Застрахованным его служебных обязанностей;
- 4.1.5. Если лицо, предъявившее требование о страховой выплате, не является Страхователем/Застрахованным или законным представителем кого-либо из этих лиц при условии документального подтверждения;
- 4.1.6. Если договор страхования является недействительным в соответствии с законодательством Российской Федерации;
- 4.1.7. Если заявленное событие (убыток) в действительности не имело места или не подтверждено соответствующими документами;
- 4.1.8. Если наступившие событие и (или) убыток исключены из страхования (в соответствии с условиями настоящих Правил и/или договора страхования);
- 4.1.9. Если имеются основания для освобождения Страховщика от страховой выплаты, предусмотренные законодательством Российской Федерации;
- 4.1.10. Если не выполнены какие-либо условия по осуществлению страховой выплаты, предусмотренные настоящими Правилами;

- 4.1.11. Если убыток возмещен третьими лицами;
- 4.1.12. Если страховой взнос по договору страхования не оплачен или оплачен не полностью;
- 4.1.13. В случае непредставления Страхователем/Застрахованным документов по факту заявленного события, в той части страховой выплаты, которая не подтверждена документально.
- 4.1.14. Если Застрахованный не предоставил патент (разрешение на работу) или у Застрахованного на момент оказания медицинской или иной услуги отсутствует действующий патент (разрешение на работу).

4.2. Страховщик освобождается от страховой выплаты, если обращение Застрахованного лица в медицинскую и/или иную организацию вызвано заболеваниями и травмами, возникшими в результате:

- воздействия ядерного взрыва, радиации или радиоактивного заражения;
- военных действий, а также маневров или иных военных мероприятий;
- гражданской войны, народных волнений всякого рода или забастовок;
- умысла Страхователя, Застрахованного лица, Выгодоприобретателя;
- террористического акта;
- в других случаях, предусмотренных законодательством Российской Федерации.

4.3. Страховщик вправе отказать в страховой выплате в следующих случаях:

- 4.3.1. Установлен факт передачи страхового полиса Застрахованного лица другому лицу для получения им медицинских и иных услуг;
- 4.3.2. Страхователь предоставил ложные или искаженные сведения о Застрахованном лице при заключении договора страхования;
- 4.3.3. Требование выплаты предъявлено по событиям, подпадающим под перечень исключений, установленных настоящими Правилами, договором и программами страхования;
- 4.3.4. Застрахованное лицо нарушало установленный медицинской организацией, из числа предусмотренных договором страхования, лечебный режим;
- 4.3.5. Застрахованное лицо отказывает Страховщику в праве ознакомиться с медицинской документацией, отражающей его историю заболевания, физическое и психическое состояние, диагноз и ход лечения;
- 4.3.6. Обращение Застрахованного лица в лечебное учреждение для закрытия больничного листа, без оказания медицинской помощи;
- 4.3.7. Страхователь (Застрахованное лицо), медицинская организация или аптечная организация не предоставили Страховщику документы, необходимые для осуществления страховой выплаты;
- 4.3.8. Если Застрахованный не предоставил патент (разрешение на работу) или у Застрахованного на момент оказания медицинской или иной услуги отсутствует действующий патент (разрешение на работу);
- 4.3.9. Если наступившие событие и (или) убыток исключены из страхования (в соответствии с условиями настоящих Правил и/или договора страхования).

5. СТРАХОВАЯ СУММА

5.1. Страховая сумма устанавливается по соглашению между Страхователем и Страховщиком, исходя из перечня медицинских услуг, предусмотренных Договором и Программой страхования в размере не менее 100 000 (Сто тысяч) рублей на каждого Застрахованного на период страхования, и указывается в Договоре страхования.

5.2. Если иное не предусмотрено Договором страхования, страховая сумма является уменьшаемой, рассчитываемой как разность страховой суммы на начало срока действия Договора страхования трудовых мигрантов и суммы страхового возмещения, осуществленного Страховщиком в период действия Договора страхования трудовых мигрантов по всем произошедшим страховым случаям (агрегатная страховая сумма). Сумма страховых выплат по всем произошедшим страховым случаям по Договору страхования, заключенному на условиях настоящих Правил, не может превысить установленный таким договором размер страховой суммы, если иное не предусмотрено Договором страхования.

5.3. Страховщиком, по согласованию со Страхователем, в рамках общей страховой суммы, установленной в соответствии с п. 5.1. Правил, может быть установлена агрегатная страховая сумма отдельно по каждому виду медицинской помощи/риску, указанному в Программе страхования либо иные лимиты на отдельные виды услуг. Если агрегатная страховая сумма исчерпана полностью, обязательства страховщи-

ка по Договору страхования считаются исполненными. При этом Договор страхования прекращается досрочно, а уплаченная страховщику страховая премия не подлежит возврату Страхователю.

Страховщик уведомляет Страхователя и Застрахованное лицо об уменьшении агрегатной страховой суммы до размера менее чем 10 000 (Десять тысяч) рублей в течение пяти рабочих дней с момента уменьшения. Образец уведомления указан в Приложении № 5 к Правилам.

6. СТРАХОВАЯ ПРЕМИЯ, СТРАХОВОЙ ТАРИФ

6.1. Страховая премия - плата за страхование, которую Страхователь обязан уплатить Страховщику в порядке и сроки, определенные договором страхования. Неиспользованная страховая премия – это часть оплаченной Страхователем страховой премии, приходящейся на неистекший(шие) период(ы) страхования.

6.2. Страховщик вправе при определении размера страховой премии применять повышающие и понижающие коэффициенты к базовым тарифам, размер которых определяется в зависимости от факторов страхового риска, в том числе от результата предыдущего страхования. В случае, если в период действия договора страхования Страховщиком будут установлены обстоятельства, влекущие уменьшение или увеличение степени страхового риска и дающие основание для пересмотра размера страховой премии за определенный период действия договора страхования, Страховщик и Страхователь вправе договориться об изменении размера страховой премии по договору страхования.

6.3. Основанием для применения Страховщиком повышающих или понижающих коэффициентов являются результаты проведенной им оценки страхового риска, осуществляемой на основании: информации и документов, представленных Страхователем с заявлением на страхование, как из числа указанных в настоящих Правилах, так и дополнительно запрошенных Страховщиком; информации, самостоятельно полученной Страховщиком из открытых источников; с учетом набора и уровня медицинских и иных услуг, медицинских учреждений, сервисных компаний и иных учреждений, зон покрытия, региона пребывания, характера производственной деятельности Застрахованных, которые позволяют Страховщику в совокупности выявить факторы риска, повышающие или понижающие вероятность наступления страхового случая по каждому из страховых рисков, включаемых в договор страхования.

6.4. Страховая премия по договору страхования может быть уплачена Страхователем единовременно или уплачиваться в рассрочку, наличными деньгами либо безналичным расчетом. Период рассрочки устанавливается по соглашению Страховщика и Страхователя. При уплате страховой премии в рассрочку в договоре страхования (страховом полисе) Стороны определяют конкретный порядок рассрочки уплаты платежа, а также ограничения и требования по срокам уплаты и размерам рассроченных страховых взносов, правомочия и ответственность Сторон, связанные с уплатой рассроченных платежей и другие положения о порядке и условиях уплаты страховой премии.

6.4.1. Неуплата страхователем очередного взноса в установленный в договоре срок рассматривается Сторонами как досрочный отказ Страхователя от договора страхования, если договором не предусмотрено иное. Если договором страхования предусмотрено внесение страховой премии в рассрочку, то в случае неуплаты в установленные сроки очередных страховых взносов договор страхования считается расторгнутым в одностороннем порядке с даты, установленной для даты оплаты этого взноса. Страховщик информирует 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. При этом уплаченная страховая премия считается полностью заработанной Страховщиком и не подлежит возврату. По страховым случаям, произошедшим с даты просрочки в оплате Страховщик ответственности не несет, оказание медицинской помощи и/или выплаты по этим страховым случаям не производятся;

6.4.2. Если страховой случай наступил до уплаты очередного страхового взноса, внесение которого просрочено, Страховщик вправе при определении размера подлежащего страховой выплате, зачесть сумму просроченного страхового взноса.

6.5. По договорам, заключенным на срок менее одного года, страховая премия уплачивается единовременно в следующих размерах от суммы годовой страховой премии: за 1 месяц - 25%, 2 месяца - 35%, 3

месяца - 40%, 4 месяца - 50%, 5 месяцев - 60%, 6 месяцев - 70%, 7 месяцев - 75%, 8 месяцев - 80%, 9 месяцев - 85%, 10 месяцев - 90%, 11 месяцев - 95%.

6.6. Страхователь обязан в течение 3-х рабочих дней после подписания договора страхования наличными деньгами или путем безналичных расчетов уплатить Страховщику страховую премию или ее первый взнос (при уплате в рассрочку).

6.7. Днем уплаты страховой премии или первого ее взноса (при уплате в рассрочку) считается:

- при уплате безналичным расчетом - день поступления денежных средств на расчетный счет Страховщика;
- при уплате наличным расчетом - день уплаты премии (взноса) наличными деньгами в кассу Страховщика.

6.8. Страхователь обязан сохранять документы, подтверждающие уплату им страховой премии и предъявлять их по требованию Страховщика.

6.9. В случае неуплаты Страхователем в установленный договором страхования срок страховой премии (при уплате страховой премии единовременно) или первого взноса (при уплате страховой премии в рассрочку) договор страхования считается не вступившим в силу.

6.10. По поручению Страхователя страховую премию (страховые взносы) может уплатить любое другое лицо, при этом никаких прав по Договору страхования оно не приобретает.

6.11. С согласия Страховщика Страхователь вправе изменить порядок уплаты страховых взносов путем заключения дополнительного соглашения к Договору страхования.

7. ПОРЯДОК ЗАКЛЮЧЕНИЯ И ПРЕКРАЩЕНИЯ ДОГОВОРА СТРАХОВАНИЯ.

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

7.2. При заключении Договора страхования на условиях настоящих Правил, эти условия становятся неотъемлемой частью Договора страхования и обязательными для субъектов страхования. В соответствии с законодательством РФ Договор страхования может включать изменения, дополнения к настоящим Правилам и/или исключения из них. При расхождении положений настоящих Правил с положениями Договора страхования, применяются соответствующие положения Договора страхования, если это не противоречит законодательству РФ.

7.3. При заключении договора страхования Страховщик обязан проинформировать Страхователя об адресах мест приема документов при наступлении событий, имеющих признаки страхового случая, в том числе о возможности оказания медицинских услуг при обращении в электронной форме, если такая возможность предусмотрена условиями договора, а также своевременно информировать Страхователя об изменениях таких адресов на официальном сайте, а также непосредственно Страхователя при его обращении.

7.4. Договор страхования заключается на основании устного или письменного (по установленной Страховщиком форме) заявления Страхователя или его представителя. По просьбе страхователя и с его слов заявление о заключении договора страхования и прилагаемые к нему документы (списки, анкеты и т.п.) могут быть заполнены представителем страховщика с соблюдением следующих требований:

- использование формулировок, не допускающих неоднозначного толкования;
- при заполнении от руки – разборчивое заполнение.

В случае заполнения заявления в письменной форме оно должно быть подписано страхователем или его уполномоченным представителем. При заключении Договора страхования на основании письменного заявления Страхователя, заявление является неотъемлемой частью Договора страхования. Одновременно с заявлением Страховщик вправе запросить у Страхователя следующие документы:

- Документы, удостоверяющие личность Страхователя, Застрахованных лиц.

Если Страхователем является физическое лицо, то он должен предоставить паспорт или данные основного документа, удостоверяющего личность трудового мигранта (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), если Страхователем выступает юридическое лицо, то доверенное лицо предоставляет надлежащим образом оформленную доверенность на ведение дел в страховой компании, карту партнера;

- Анкета и/или заявление Застрахованного;

- Результаты медицинского освидетельствования: клинический анализ мочи; клинический и/или биохимический анализ крови; исследование крови на маркеры вирусов гепатитов «В», «С», «Д», «Е»; исследование крови на ВИЧ; заключение ЭКГ; ЭХО-кардиография; ультразвуковое исследование органов брюшной полости и почек; ультразвуковое исследование молочных желез или маммография;

- другие документы, относящиеся к принимаемому на страхование риску.

Указанные документы предоставляются Страховщику в оригиналах, либо надлежащим образом заверенные копии.

7.5. Страхователь обязательно должен предоставить следующую информацию о застрахованном лице:

- фамилия, имя, отчество (последнее - при наличии) на русском языке (для трудовых мигрантов 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;

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

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

- гражданство (при наличии);

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

7.6. Договор страхования, если иное в нем не предусмотрено, должен содержать, в том числе следующие сведения:

7.6.1. 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;

7.6.2. 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 ДМС от имени страхователя и документ, на основании которого он подписывает договор ДМС.

7.6.3. Иные существенные условия:

- серию и номер Договора;

- дата заключения Договора;

- территория действия Договора;

- срок действия Договора страхования;

- размер страховой суммы;

- сроки и порядок ее внесения;

- условия и сроки вступления Договора страхования в силу, а также его прекращения и иные, не противоречащие законодательству РФ, условия;

- подпись Страхователя.

7.7. Страховщик оставляет за собой право потребовать проведение медицинского освидетельствования физического лица, или части лиц выборочно или же всех лиц из списка, предоставленного юридическим лицом, желающим заключить договор Добровольного медицинского страхования, до заключения договора, в медицинском учреждении, указанном Страховщиком. Объем медицинских услуг, на основании которых проводится освидетельствование определяет Страховщик. На основании данных, полученных при освидетельствовании, Страховщик имеет право отказать в заключении договора. В любом случае затраты

на проведение медицинского освидетельствования ложатся на Страхователя и договором страхования, в случае заключения такового, не компенсируются.

7.7.1. Застрахованное лицо, проходящее медицинское освидетельствование, освобождает обследующего врача от обязательств конфиденциальности перед Страховщиком;

7.7.2. Согласование места и времени проведения медицинского освидетельствования Застрахованного лица должно быть зафиксировано Страховщиком посредством:

- заключения соглашения о месте и времени проведения освидетельствования Застрахованного лица по разработанной страховщиком форме;
- направления Страховщиком в адрес Страхователя или Застрахованного лица заказным письмом с уведомлением сообщения с указанием места и времени проведения освидетельствования Застрахованного лица.

Если Застрахованное лицо не прошло освидетельствование в согласованную дату, Страховщик согласовывает с этим лицом другую дату освидетельствования при его обращении к Страховщику.

7.8. При заключении договора страхования Страховщику должны быть сообщены сведения, позволяющие провести идентификацию Страхователя, представителя Страхователя, Выгодоприобретателя (если он конкретно определен договором страхования) в соответствии с требованиями действующего законодательства Российской Федерации. При проведении идентификации Страхователя, представителя Страхователя, Выгодоприобретателя, обновлении информации о них Страховщик вправе требовать представления Страхователем, представителем Страхователя, и получать от Страхователя, представителя Страхователя документы, удостоверяющие личность, документы о государственной индивидуального предпринимателя, а также иные документы, предусмотренные Федеральным законом от 07.08.2001 № 115-ФЗ "О противодействии легализации (отмыванию) доходов, полученных преступным путем, и финансированию терроризма" и принимаемыми на его основе нормативными правовыми актами Российской Федерации и нормативными актами Центрального банка Российской Федерации.

7.9. При заключении договора страхования Страхователь и Страховщик могут договориться об изменении, дополнении или исключении отдельных положений настоящих Правил, Дополнительных условий, если это не противоречит действующему законодательству Российской Федерации, в частности, в договор страхования могут включаться не противоречащие законодательству Российской Федерации положения, устанавливающие требования к условиям договоров страхования, заключаемых по итогам участия в конкурсных процедурах.

7.10. Факт заключения Договора страхования трудовых мигрантов удостоверяется путем подписания одного документа - Договора страхования и/или путем выдачи Страховщиком Страхователю и/или Застрахованному лицу страхового Полиса добровольного медицинского страхования (далее - страхового полиса) установленной формы, подписанного Страховщиком и Страхователем.

7.11. Договор страхования формируется по выбору Страхователя, согласованному со Страховщиком. Договор страхования может содержать различные программы страхования из числа программ, являющихся приложением к настоящим Правилам страхования (Приложения №№ 1, 2), содержать Программу, составленную при заключении Договора страхования. Страховщик и Страхователь могут договориться об объеме страхового покрытия, страховых лимитах Программы страхования путем определения перечня заболеваний (состояний), обращение по поводу которых является страховым случаем по соответствующему Договору страхования, а также о порядке предоставления Застрахованному медицинской помощи. Перечень медицинских и иных услуг по Договору страхования в рамках выбранной программы страхования, а также любое сочетание программ страхования может иметь оригинальное название. При этом, объем страхового покрытия не может быть меньше, установленного согласно части шестой статьи 35 Федерального закона от 29 ноября 2010 года №326-ФЗ «Об обязательном страховании в Российской Федерации» в базовую программу обязательного медицинского страхования с учетом особенностей, указанных в п. 3.2.1. и п.3.2.2. настоящих Правил.

7.12. Страховой полис является именным документом. Страхователю (Застрахованному лицу) запрещается передавать страховой полис другому лицу с целью получения им услуг по Договору страхования.

7.13. В случае утраты Страхователем (Застрахованным) страхового полиса Страховщик по письменному заявлению Страхователя (Застрахованного лица) выписывает его дубликат. При этом, если дубликат выдается на бланке строгой отчетности с голограммой, при повторной утере, Страховщик вправе потребовать оплатить стоимость дубликата страхового полиса, в ином случае дубликат выдается бесплатно. Утраченный страховой полис считается недействующим со дня подачи заявления об утрате и не может являться основанием для получения услуг в соответствии с Договором страхования.

7.14. В случае досрочного прекращения действия Договора страхования страховые полисы возвращаются Страховщику в течение 3-х рабочих дней, если Договором страхования не предусмотрено иное.

7.15. Заключая договор страхования на основании настоящих Правил, Страхователь подтверждает получение согласия Застрахованных лиц на обработку их персональных данных Страховщиком, медицинскими и аптечными организациями, врачами-экспертами в целях исполнения договора страхования, в том числе для решения вопросов, связанных с оплатой услуг, контролем качества медицинских услуг и защитой прав застрахованного. Порядок подтверждения определяется по согласованию между Страхователем и Страховщиком, с учетом действующего законодательства РФ. При указанном подтверждении может использоваться письменная форма подтверждения, образец которой приведен в Приложении № 4 к настоящим Правилам.

7.16. Любые изменения условий Договора страхования оформляются в письменной форме на основании дополнительного соглашения к договору (полису). Дополнения и Оговорки являются неотъемлемыми частями Договора страхования (полиса).

7.17. Договор страхования прекращает свое действие, если иное не предусмотрено Договором, в 24-00 часа местного времени региона, в котором заключен Договор страхования, того дня, который указан в Договоре страхования (страховом Полисе) как день окончания действия Договора, если Договор страхования не был расторгнут (прекращен) досрочно.

7.18. Договор страхования прекращается до наступления срока, на который он был заключен, и Застрахованный теряет право на получение услуг по Договору страхования:

7.18.1. В случае исполнения Страховщиком обязательств перед Страхователем (Застрахованным) по Договору страхования в полном объеме, в том числе, если страховая сумма исчерпана полностью - в отношении соответствующего Застрахованного лица, если договор заключен в отношении более чем одного Застрахованного;

7.18.2. По инициативе Страховщика при нарушении Страхователем условий договора страхования;

7.18.3. В случае неуплаты Страховщику страховой премии (очередного страхового взноса) в установленные договором срок и размере. При этом Договор страхования расторгается с 00 часов 00 минут дня, следующего за днем окончания, установленного Договором страхования срока уплаты страховой премии (первого, единовременного или очередного страхового взноса), которая не была уплачена полностью, если Договором страхования не установлено иное. Уплаченная Страховщику часть страховой премии не подлежит возврату, если Договором не предусмотрено иное;

7.18.4. В случае отзыва субъектом персональных данных, являющимся Страхователем, согласия на обработку персональных данных, при этом отзыв такого согласия считается отказом от договора страхования за исключением случаев, когда для исполнения договора согласия субъекта персональных данных для их обработки не требуется;

7.18.5. Если после вступления Договора страхования в силу возможность наступления страхового случая отпала, и существование страхового риска прекратилось по обстоятельствам иным, чем страховой случай, в частности, в случае смерти Застрахованного лица по причинам иным, чем страховой случай. Датой досрочного прекращения действия Договора страхования считается дата события, которое явилось основанием для его досрочного прекращения и возникновение которого подтверждено документами соответствующих государственных и иных органов;

7.18.6. В случае ликвидации Страхователя - юридического лица, а также в случае назначения арбитражного управляющего или временной администрации, достижения договоренности с кредиторами, установления контроля деятельности Страхователя со стороны какого-либо государственного органа - в 00 часов дня подписания документа о таком решении уполномоченными на то лицами;

7.18.7. В случае ликвидации Страховщика в порядке, установленном законодательными актами Российской Федерации - в 00 часов дня подписания документа о таком решении уполномоченными на то лицами;

7.18.8. В случае прекращения действия Договора страхования по решению суда – с момента вступления в силу решения суда;

7.18.9. По соглашению сторон;

7.18.10. В случае отказа Страхователя от Договора страхования;

7.18.11. В других случаях, предусмотренных настоящими Правилами страхования и законодательством РФ.

7.19. Если договором страхования не предусмотрено иное, то, в случае досрочного прекращения действия договора страхования по пунктам 7.18.1. -7.18.4. настоящих Правил, страховая премия по договору страхования возврату не подлежит.

7.20. При досрочном прекращении договора страхования по обстоятельствам, указанным в п.п. 7.18.5. Страховщик возвращает Страхователю часть страховой премии пропорционально времени, в течении которого действовало страхование, за вычетом выплаченных и (или) подлежащих выплате убытков по данному договору. Срок возврата страховой премии не должен превышать десяти рабочих дней со дня получения заявления Страхователя о прекращении договора страхования (если иное не установлено договором страхования).

7.21. При досрочном прекращении договора страхования по обстоятельствам, указанным в п.п. 7.18.6., 7.18.7., 7.18.9., 7.18.11. настоящих Правил, Страховщик имеет право на часть страховой премии пропорционально времени, в течение которого действовало страхование. При этом Страховщик возвращает Страхователю часть страховой премии пропорционально неистекшему сроку действия договора страхования, за вычетом расходов Страховщика на ведение дела, предусмотренных структурой тарифной ставки, если иное не предусмотрено договором или соглашением Сторон. Исчисление неистекшего срока действия договора начинается со дня, следующего за датой досрочного прекращения действия договора страхования. Срок возврата страховой премии не должен превышать десяти рабочих дней со дня получения заявления Страхователя о прекращении договора страхования (если иное не установлено договором страхования).

7.22. Страхователь вправе отказаться от Договора страхования в любое время, если к моменту отказа возможность наступления страхового случая не отпала по обстоятельствам, указанным в пункте 7.18.5. настоящих Правил страхования.

7.23. Страхователь-физическое лицо имеет право досрочного отказа от договора страхования в случае непредоставления Страховщиком информации о договоре страхования, предоставления неполной или недостоверной информации. При этом Страхователю возвращается часть фактически оплаченной страховой премии, исчисляемой пропорционально времени, в течении которого действовало страхование. В указанном случае срок возврата страховой премии не должен превышать семь рабочих дней со дня получения заявления Страхователя об отказе от договора страхования. Положения настоящего пункта действуют только при отсутствии событий, имеющих признаки страхового случая по Договору страхования.

7.24. При досрочном одностороннем отказе Страхователя (Выгодоприобретателя) от Договора страхования, за исключением случаев, указанных в п.п. 7.23. настоящих Правил, уплаченная Страховщику страховая премия не подлежит возврату, если Договором не предусмотрено иное.

7.25. Если на момент получения заявления на досрочное прекращение договора Страховщик обладает информацией о страховом событии по данному договору, не урегулированном на дату получения заявления о прекращении договора, принятие решения о возможности и условиях досрочного прекращения договора принимается после урегулирования страхового события.

7.26. Если по договору страхования осуществлялись страховые выплаты, то в случае досрочного прекращения договора страхования возврат страховой премии (ее части) не производится, если иное не предусмотрено договором страхования.

7.27. Условие досрочного прекращения договора страхования, указанное в п.7.26. не применяется при досрочном прекращении договора страхования по п. 7.18.5.

7.28. Все уведомления и извещения в связи с исполнением и прекращением Договора страхования направляются по адресам/номерам телефонов, которые указаны в Договоре страхования. Если сторона не была извещена об изменении адреса и/или реквизитов заблаговременно, то все уведомления и извещения, направленные по прежнему адресу, будут считаться полученными в дату их поступления по прежнему адресу. Страховщик вправе уведомлять об изменении своих контактных данных (в том числе адреса места нахождения, телефона) посредством размещения обновленной информации на своем сайте в информационно-телекоммуникационной сети «Интернет».

7.29. В случае расторжения договора страхования или отказа страхователя от договора добровольного страхования Страховщик обязан принять заявление Страхователя о возврате уплаченной страховой премии (части страховой премии). Страховщик обязан обеспечить прием заявления в офисе, в котором был заключен договор страхования, в ином указанном офисе Страховщика, посредством почтовой связи, через личный кабинет (при наличии), а также, если это предусмотрено условиями страхования, через третье лицо, действующее по поручению Страховщика при заключении договора страхования от его имени и за его счет, в случае если это предусмотрено договором Страховщика с указанным третьим лицом. Страховщик обязан обеспечить возврат Страхователю уплаченной страховой премии (части страховой премии) при расторжении договора страхования путем безналичного перечисления денежных средств на банковский счет Страхователя или наличными денежными средствами в офисе, в котором был заключен расторгаемый договор страхования и уплачена страховая премия (часть страховой премии), при наличии кассы в соответствующем офисе на момент расторжения договора страхования, или в ином указанном Страховщиком офисе. По запросу Страхователя Страховщик один раз по одному договору страхования бесплатно обязан предоставить ему заверенный Страховщиком расчет суммы страховой премии (части страховой премии), подлежащей возврату в связи с расторжением или досрочным прекращением договора страхования. К указанному расчету по запросу Страхователя прилагаются письменные или даются устные пояснения со ссылками на нормы права и (или) условия договора страхования и правил страхования, на основании которых произведен расчет.

8. СРОК ДЕЙСТВИЯ ДОГОВОРА СТРАХОВАНИЯ

8.1. Срок действия Договора страхования устанавливается по соглашению сторон и определяется, исходя из сообщенного Страхователем /Застрахованным предполагаемого срока действия разрешения на работу или патента. Даты начала и окончания срока действия Договора указываются в Договоре страхования.

8.2. Договор страхования, если в нем не предусмотрено иное, вступает в силу с 00:00 часов дня, следующего за днем уплаты страховой премии (первого страхового взноса).

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

8.4. Страхование, обусловленное Договором страхования, заключенным на условиях настоящих Правил, распространяется на страховые случаи, происшедшие после вступления договора в силу, если в договоре не предусмотрен иной срок начала действия страхования.

9. СТРАХОВАЯ ВЫПЛАТА

9.1. Для получения услуг по Договору страхования, Застрахованный должен обратиться в соответствии с порядком, предусмотренным Программой/Договором страхования, к Страховщику по указанным им телефонам. При организации медицинских услуг Страховщик имеет право запросить у Застрахованного лица действующий патент (разрешение на работу).

9.2. Страховщик организует и оплачивает оказанную Застрахованному в медицинских учреждениях, находящихся на территории действия страхования согласно условиям Договора страхования, медицинскую помощь в объеме, определенном Программой страхования, являющейся неотъемлемой частью Договора страхования.

9.3. Оказание услуг Застрахованному в медицинском учреждении, определенном Страховщиком при обращении Застрахованного лица за медицинской помощью, осуществляется при предъявлении им оригинала страхового полиса и документа, подтверждающего личность Застрахованного.

9.4. Страховая выплата определяется стоимостью медицинских и иных услуг, лекарственного обеспечения, оказываемых в соответствии с условиями договора добровольного медицинского страхования, и не может превышать установленной по данному Договору страховой суммы или страховой суммы по отдельным рискам.

9.5. Страховая выплата за оказанную Застрахованному лицу медицинскую помощь производится в следующем порядке:

9.5.1. В медицинскую или иную организацию в порядке, сроки и в соответствии со стоимостью, предусмотренными договором на организацию и/или оказание медицинских и иных услуг, заключенным между страховщиком и медицинской или иной организацией, либо, при наличии направления страховщика, на условиях, согласованных между страховщиком и медицинской и/или иной организацией. Оплата осуществляется на основании выставленных Страховщику счетов, с приложением реестра оказанных медицинских услуг;

9.5.2. В форме возмещения страховщиком расходов страхователя (Застрахованного лица) на оплату медицинских и иных услуг, если это прямо предусмотрено Программой/договором добровольного медицинского страхования.

9.6. Если Страховщик направляет Застрахованное лицо, для получения услуг, предусмотренных программой страхования в медицинскую и (или) аптечную организацию, имеющую договорные отношения со Страховщиком и не указанную в договоре страхования, то данное обращение Застрахованного лица является страховым случаем, даже если это не оговорено в договоре страхования.

9.7. Для осуществления выплаты в соответствии с п. 9.5.2. настоящих Правил Страхователь (Застрахованное лицо) должен предоставить Страховщику заявление с приложением оригинала оплаченного счета с указанием медицинского или иного учреждения, перечня оказанных услуг и их стоимости, квитанции или кассового чека, направления на лечение, выписки из медицинской карты Застрахованного или иной документ, подтверждающий факт и основание получения услуги, заверенный подписью и печатью медицинского или иного учреждения.

9.7.1. Кроме вышеперечисленных документов, предоставляются документы компетентных органов, свидетельствующие о произошедших событиях, на случай наступления которых осуществлялось страхование Застрахованного;

9.7.2. В случае если предоставленные документы не содержат информации, предусмотренной пунктом 9.6. настоящих Правил страхования, необходимой для принятия решения о страховой выплате или определении ее размера, а также содержат противоречивую информацию, Страховщик имеет право:

- запросить дополнительные документы, необходимые для принятия окончательного обоснованного решения;
- проводить обоснованную экспертизу предоставленных документов, самостоятельно выяснять причины и обстоятельства страхового случая;
- произвести страховую выплату в неоспариваемой подтвержденной документами части, предоставленными на момент выплаты, в случае отказа Страхователя (Застрахованного) от предоставления запрашиваемых документов;
- направить обоснованный отказ в страховой выплате;

9.7.3. Страховая выплата Страхователю (Застрахованному лицу), при осуществлении выплаты в соответствии с п. 9.5.2. Правил, производится на основании страхового акта, утвержденного Страховщиком.

Страховщик составляет и утверждает страховой акт в течение 20 (двадцати) рабочих дней после получения Страховщиком всех документов, необходимых и достаточных для установления факта, причин, обстоятельств страхового случая и размера убытка.

Страховая выплата производится Страхователю (Застрахованному лицу) в течение 15 (пятнадцати) рабочих дней после утверждения страхового акта.

9.7.4. В случае принятия решения об отказе в выплате страхового возмещения (в течение 20 рабочих дней с даты получения всех необходимых документов для принятия решения в соответствии с положениями настоящих Правил) сообщить об этом Страхователю в течение трех рабочих дней после принятия решения об отказе в письменном виде с мотивированным обоснованием причин отказа. Указанная информация предоставляется в том объеме, в каком это не противоречит действующему законодательству. Страховщик по письменному запросу Страхователя в срок, не превышающий тридцати дней, предоставляет документы (в том числе копии документов и (или) выписки из них), обосновывающие решение об отказе, бесплатно один раз по одному событию, за исключением документов, которые свидетельствуют о возможных противоправных действиях Страхователя, направленных на получение страховой выплаты.

9.8. При обращении в соответствии с пунктом 9.5.2. настоящих Правил если получателем страховой выплаты не является лицо, обратившееся к Страховщику с заявлением на страховую выплату, Страховщик устанавливает требование о предоставлении документа, удостоверяющего личность получателя выплаты. В этом случае срок принятия решения (единый срок урегулирования требования о страховой выплате) начинается не ранее получения Страховщиком данного документа в составе всех документов по страховой выплате.

9.9. Страховщик уведомляет Страхователя (Выгодоприобретателя) о приостановке срока осуществления страховой выплаты при предоставлении документов, недостаточных для принятия решения об осуществлении страховой выплаты, ненадлежащим образом оформленных документов, непредставлении сведений (в т. ч. банковских реквизитов), необходимых для осуществления выплаты, до получения указанных сведений. в сроки, не превышающие 15 рабочих дней с момента получения заявления.

9.10. Претензии Страхователя (Застрахованного лица) по страховой выплате должны быть представлены Страховщику в письменном виде, в порядке и сроки, установленные действующим законодательством РФ.

9.11. Требования о выплате страховой суммы могут быть предъявлены Страховщику в течении трех лет со дня страхового случая.

9.12. Документы на страховую выплату могут быть поданы Страхователем (Выгодоприобретателем):

- при личном обращении.
- почтовым отправлением
- в форме электронного документа.

При личном обращении Страховщик принимает документы на страховую выплату по описи, реестру или акту приема-передачи. Опись, реестр или акт приема-передачи подписывается Страховщиком и Страхователем (Выгодоприобретателем) с указанием даты приема документов.

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

В случае если документы на страховую выплату были направлены без сопроводительного письма, содержащего перечень представленных документов или опись, Страховщик не имеет права отказать в их приеме.

В случае выявления факта предоставления Страхователем (Выгодоприобретателем) документов, недостаточных для принятия Страховщиком решения об осуществлении страховой выплаты, и (или) ненадлежащим образом оформленных документов в соответствии с требованиями Правил страхования и (или) договора страхования, Страховщик обязан:

- принять их, при этом срок принятия решения или единый срок урегулирования требования о страховой выплате не начинается течь до предоставления последнего из необходимых и надлежащим образом оформленных документов;
- уведомить об этом Страхователя (Выгодоприобретателя) с указанием перечня недостающих и (или) ненадлежащим образом оформленных документов. Страховщик не имеет права отказать в страховой выплате по причине утраты им представленных документов на страховую выплату (какого-либо из них), если имеются доказательства получения страховщиком указанных документов.

В случае, если Страховщик утратил документы на страховую выплату, он не вправе повторно требовать их предоставления от подавшего лица.

10. ПРАВА И ОБЯЗАННОСТИ СТОРОН

10.1. Страхователь имеет право:

- 10.1.1. На получение информации о Страховщике, в соответствии с действующим законодательством Российской Федерации;
- 10.1.2. На получение консультаций Страховщика об условиях настоящих Правил и условиях действия Договора страхования;
- 10.1.3. На получение от Страховщика полной информации о предоставляемой ему услуге, о принципах расчета ущерба, причиненного Застрахованному лицу;
- 10.1.4. Запросить информацию о размере вознаграждения, выплачиваемого страховому агенту или страховому брокеру;
- 10.1.5. На досрочное прекращение Договора страхования в порядке и на условиях, предусмотренных настоящими Правилами;
- 10.1.6. На замену Застрахованного лица, указанного в Договоре страхования, другим лицом, с согласия Застрахованного и Страховщика;
- 10.1.7. По согласованию со Страховщиком, если это предусмотрено Договором/Программой страхования, изменять размер страховой суммы при условии заключения дополнительного соглашения и уплаты, при необходимости, дополнительной страховой премии;
- 10.1.8. Получить дубликат страхового полиса в случае его утраты в соответствии с п. 7.16. настоящих Правил;
- 10.1.9. Выбирать программы страхования, из числа предложенных Страховщиком и по согласованию с ним;
- 10.1.10. На получение страховой выплаты при признании события страховым случаем, в соответствии с условиями, на которых был заключен Договор страхования.

10.2. Страхователь обязан:

- 10.2.1. При заключении Договора страхования сообщить Страховщику обо всех обстоятельствах, о которых Страхователь знал или должен был знать на момент заключения договора, имеющих существенное значение для определения вероятности наступления страхового случая и размера возможных убытков от его наступления (страхового риска), при этом существенными признаются обстоятельства, определенно оговоренные Страховщиком в стандартной форме договора страхования (страхового полиса) и в его письменном запросе. Не позднее десяти рабочих дней с момента изменения вышеуказанных обстоятельств, известить Страховщика о произошедших изменениях (ухудшение здоровья, перевод на производство с вредными условиями труда и т.п.);
- 10.2.2. Своевременно и в полном объеме уплачивать обусловленные договором страхования страховую премию (страховые взносы);
- 10.2.3. Ознакомить Застрахованных лиц с условиями договора страхования и настоящими Правилами и выдать Застрахованным лицам переданные Страховщиком страховые полисы;
- 10.2.4. Обеспечить сохранность документов по договору страхования;
- 10.2.5. Следовать указаниям Страховщика при осуществлении действий, предпринимаемых в связи с урегулированием убытков по страховому случаю;
- 10.2.6. Предоставить Страховщику все необходимые документы, предусмотренные настоящими Правилами, а также дополнительно запрошенные Страховщиком, имеющие значение для определения обстоятельств, характера и размера убытка;
- 10.2.7. Известить Страховщика о непредоставлении, несвоевременном, неполном или некачественном предоставлении медицинских и иных услуг, предусмотренных договором страхования, в течение 3-х дней с момента возникновения указанных обстоятельств;
- 10.2.8. Получить от Застрахованных лиц и по первому требованию предоставить Страховщику и/или его представителю письменное согласие Застрахованного лица на использование и предоставление персональных данных Застрахованного лица и состояния его здоровья в медицинские и/или иные учреждения с целью исполнения обязательств Страховщика по Договору страхования;
- 10.2.9. Обеспечить конфиденциальность в отношениях со Страховщиком.

10.3. Застрахованное лицо имеет право:

- 10.3.1. Получать услуги в соответствии с объемом и порядком, предусмотренным Программой страхования;
- 10.3.2. Обращаться к Страховщику за разъяснениями по особенностям оказания медицинских и иных услуг, а также при возникновении спорных ситуаций в связи с оказанием таких услуг;
- 10.3.3. Исполнить обязанности Страхователя по оплате страховой премии (взноса) частично или полностью;
- 10.3.4. Сообщать Страховщику о случаях не предоставления, неполного или некачественного предоставления услуг по Договору страхования;
- 10.3.5. Принять на себя обязанности Страхователя, а также приобрести все его права в случае смерти Страхователя - физического лица, ликвидации Страхователя - юридического лица или индивидуального предпринимателя в порядке, предусмотренном законодательством;
- 10.3.6. Получить доступ к своим персональным данным, обрабатываемым Страховщиком.

10.4. Застрахованное лицо обязано:

- 10.4.1. При заключении договора страхования пройти предварительное медицинское освидетельствование, если на это есть требование Страховщика. В случае отказа Застрахованного лица от исполнения этой обязанности, Страховщик вправе отказаться от заключения договора страхования;
- 10.4.2. Заботиться о сохранении своего здоровья, выполнять предписания лечащего врача, полученные в ходе предоставления услуг по Договору страхования, соблюдать распорядок, установленный медицинскими и иными учреждениями;
- 10.4.3. Заботиться о сохранности страховых документов и не передавать их другим лицам с целью получения ими медицинских и иных услуг;
- 10.4.4. Незамедлительно известить Страховщика об утрате страхового полиса. Утраченный документ признается недействительным и не может являться основанием для получения медицинских и иных услуг в соответствии с договором страхования;
- 10.4.5. Своевременно сообщать Страховщику об изменении своей фамилии, иных паспортных данных или места жительства (регистрации);
- 10.4.6. Предоставлять Страховщику и/или его представителю право на ознакомление с медицинской документацией из любых медицинских и иных учреждений для решения вопросов, связанных с исполнением Договора страхования.

10.5. Страховщик имеет право:

- 10.5.1. При заключении договора страхования потребовать предоставления лицами, подлежащими страхованию, сведений, позволяющих судить о степени вероятности наступления страхового случая и(или) размера убытков от его наступления по заключаемому договору, в том числе о состоянии их здоровья. Требовать прохождения Застрахованным медицинского обследования при заключении Договора страхования, уведомив Страхователя о порядке его проведения;
- 10.5.2. Проверить достоверность сведений, предоставленных при заключении договора Страхователем или лицом, в отношении которого заключается договор страхования;
- 10.5.3. Отказать Страхователю в заключении договора страхования в случае предоставления Страхователем или лицом, в отношении которого заключается договор страхования, ложных, неточных или неполных сведений;
- 10.5.4. Ознакомиться с медицинской документацией Застрахованного лица, отражающей историю его заболевания, физическое и психическое состояние, диагноз, и ход лечения, а также использовать данную информацию для решения вопросов, связанных с реализацией Договора страхования, оплатой оказанных Застрахованному лицу медицинских и иных услуг, их организации, защитой прав Застрахованного лица;
- 10.5.5. Проводить экспертизу обоснованности, объема и качества оказанных медицинских услуг, включая экспертизу соответствия лекарственной помощи стандартам медикаментозного лечения;
- 10.5.6. Отказать в оплате медицинских и иных услуг, и их организации в случаях, предусмотренных настоящими Правилами или договором страхования;
- 10.5.7. Увеличить срок рассмотрения заявления о страховом событии, если:
 - по инициативе Страхователя или Страховщика назначена дополнительная экспертиза с целью определения причин возникновения или величины убытка, вызванного наступлением страхового случая. В этом

случае страховая выплата производится в срок, указанный в настоящих Правилах, считая с даты получения Страховщиком документов, связанных с результатами проведения дополнительной экспертизы;

- по факту страхового случая возбуждено уголовное дело, ведется гражданский или административный процесс. В этом случае страховая выплата производится в срок, указанный в настоящих Правилах, считая с даты вступления в силу решения суда или вынесения компетентными органами постановления о приостановлении предварительного следствия по уголовному делу;

- возникла необходимость в проверке представленных Страхователем документов, направлении дополнительных запросов в компетентные органы, иные учреждения и организации. В этом случае выплата страхового возмещения производится в срок, указанный в настоящих Правилах, считая с даты получения ответов на запросы и иных документов, необходимых Страховщику для принятия решения. При этом Страховщик обязан уведомить Страхователя о начале проведения такого расследования;

10.5.8. Досрочно прекратить действие договора страхования в отношении Застрахованного лица в случае выявления факта передачи им другому лицу страхового Полиса (договора страхования) с целью получения последним медицинских и иных услуг. Возврат страховых взносов в этом случае не производится;

10.5.9. Передавать полученную от Страхователя и/или Застрахованного лица информацию о персональных данных Застрахованного лица и состоянии его здоровья в медицинские и/или иные учреждения с целью исполнения своих обязательств по Договору страхования;

10.5.10. При организации и/или оплате медицинских услуг имеет право запросить у Застрахованного лица действующий патент (разрешение на работу) и/или необходимую медицинскую документацию и материалы в целях проведения соответствующей экспертизы и подтверждения страхового случая.

10.6. Страховщик обязан:

10.6.1. Ознакомить Страхователя с настоящими Правилами и при заключении Договора страхования вручить их Страхователю;

10.6.2. Обеспечить возможность взаимодействия со Страхователем любыми доступными способами: по телефону, факсу, электронной почте и/или почтовой связи;

10.6.3. Предоставить физическому лицу, имеющему намерение заключить договор страхования, информацию о договоре, в том числе о его условиях и рисках, связанных с его исполнением (в соответствии с Указанием ЦБ РФ от 29.03.2022 №6109-У);

10.6.4. При заключении Договора страхования проинформировать Страхователя об адресах мест приема документов при наступлении событий, имеющих признаки страхового случая, в том числе о возможности приема таких документов в электронной форме, если такая возможность предусмотрена условиями Договора, а также своевременно информировать Страхователя об изменениях таких адресов на официальном сайте, а также непосредственно Страхователя при его обращении;

10.6.5. Не разглашать сведения о Страхователе, Выгодоприобретателе, Застрахованных лицах, за исключением случаев, связанных с обязанностью Страховщика по договорам перестрахования, а также предусмотренных действующим законодательством Российской Федерации;

10.6.6. Выдать страховые полисы, Застрахованным (непосредственно или через Страхователя) при заключении Договора страхования;

10.6.7. Организовать предоставление медицинской помощи Застрахованным в соответствии с Договором страхования на базе учреждений соответствующего профиля, определенных по усмотрению Страховщика;

10.6.8. Контролировать объем, сроки и качество услуг, предоставленных Застрахованному в соответствии с условиями Договора страхования;

10.6.9. Произвести в установленном порядке оплату услуг, оказанных в соответствии с условиями заключенного Договора страхования при наступлении страхового случая;

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

10.6.11. В Договор страхования могут быть включены и иные права, и обязанности сторон, не противоречащие законодательству РФ.

11. ПОСЛЕДСТВИЯ ИЗМЕНЕНИЯ СТЕПЕНИ СТРАХОВОГО РИСКА

11.1. В период действия договора страхования Страхователь (Застрахованное лицо) обязан незамедлительно (как только это станет ему известно) уведомлять Страховщика любым доступным способом (с обязательным последующим письменным подтверждением сообщения) о ставших ему известными значительных изменениях в обстоятельствах, сообщенных Страховщику при заключении договора, если эти изменения могут существенно повлиять на увеличение степени страхового риска.

11.2. В случаях, если Страхователь (Застрахованное лицо) сомневается, являются ли произошедшие изменения значительными, он обязан уведомить Страховщика об этих изменениях. В общем случае значительными являются изменения в сведениях, указанных Страхователем при заключении договора страхования.

11.3. Изменение в обстоятельствах признается существенным, когда они изменились настолько, что, если бы стороны могли разумно это предвидеть, Договор вообще не был бы ими заключен или был бы заключен на значительно отличающихся условиях, в том числе:

- о смене профессиональной деятельности Застрахованного, связанной с повышенным риском и/или могущей привести к появлению профессиональных заболеваний;
- о переезде (командировке, поездке) в другую страну или в другой климатический пояс на срок свыше 6 мес.;
- о появлении увлечений, начале занятий травмоопасными видами спорта и отдыха, предполагающими участие в тренировках, соревнованиях объективно связанные с повышением вероятности возникновения несчастных случаев или болезней (включая ныряние с аквалангом, занятия парашютным спортом, планеризмом, скалолазание, состязание в скорости (за исключением бега), рафтинг, прыжки с помощью эластичного троса с высоты, спелеологию; авто- и мотоспорт, контактные единоборства, и т.п. виды спорта и отдыха);
- о смене пола Застрахованного, инфицировании Застрахованного ВИЧ (вирусом иммунодефицита человека) или заболевании Застрахованного СПИДом (синдромом приобретенного иммунодефицита) или другим аналогичным синдромом, а также изменение иных обязательств.

11.4. Письменное подтверждение сообщения об изменении обстоятельств риска должно быть направлено в адрес Страховщика (с учетом реквизитов Страховщика согласно информации, содержащейся в договоре страхования) посредством электронной почты, почтовой или телеграфной связи, современных средств быстрой связи или вручено представителю Страховщика непосредственно в течение 3 рабочих дней (если иной срок не предусмотрен условиями договора страхования) с даты, когда Страхователю стало известно об изменении соответствующих обстоятельств. Факт надлежащего исполнения данной обязанности, в случае возникновения спора, может быть подтвержден письменным доказательством (квитанцией, распиской, подтверждением получения сообщения по электронной почте и т.д.).

11.5. Страховщик, уведомленный об обстоятельствах, влекущих увеличение страхового риска, в том числе при первичном выявлении в течение срока действия Договора страхования, заболеваний из числа указанных в п.3.2.1 Правил, вправе потребовать изменения условий Договора страхования или уплаты дополнительной страховой премии соразмерно увеличению риска, что оформляется дополнительным соглашением к Договору страхования. Если Страхователь возражает против изменения условий Договора страхования или доплаты страховой премии, Страховщик вправе потребовать расторжения Договора страхования, и возмещения убытков, причиненных расторжением договора в соответствии с законодательством РФ.

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

11.7. При неисполнении Страхователем предусмотренной в пункте 11.1. настоящих Правил страхования обязанности Страховщик вправе потребовать расторжения Договора страхования и возмещения убытков, причиненных расторжением договора (пункт 5 статьи 453 ГК РФ).

11.8. Изменение условий Договора страхования производится по обоюдному согласию Страхователя и Страховщика на основании заявления одной из Сторон и оформляется дополнительным соглашением, которое становится неотъемлемой частью Договора страхования. Если какая-либо из Сторон не согласна

на внесение изменений в Договор страхования, то Сторонами решается вопрос о действии Договора страхования на прежних условиях или о его прекращении.

12. ОТВЕТСТВЕННОСТЬ СТОРОН

12.1. Ответственность Страховщика.

12.1.1. В случае необоснованного отказа медицинского учреждения, сервисной компании или иного учреждения в предоставлении Застрахованному услуг, предусмотренных Договором страхования, неполного или некачественного их выполнения, Страховщик, на основании письменного заявления Страхователя (Застрахованного лица), принимает меры для организации предоставления необходимых услуг в объеме, предусмотренном Договором и Программой страхования;

12.1.2. Обоснованность претензий Застрахованного лица определяется экспертной комиссией, состоящей из представителей Страховщика, Страхователя (Застрахованного) и медицинского учреждения (сервисной компании или иного учреждения), а в случае необходимости - независимой экспертной комиссией;

12.1.3. В случае причинения медицинским или иным учреждением вреда здоровью Застрахованного лица, Страховщик принимает возможные меры в соответствии с законодательством РФ по возмещению этим учреждением нанесенного ущерба Застрахованному;

12.1.4. Страховщик обязан обеспечить возможность взаимодействия со Страхователем любыми доступными способами: по телефону, факсу, электронной почте и/или почтовой связи.

12.2. Ответственность Страхователя/Застрахованного.

За необоснованный вызов Застрахованным лицом (Страхователем) среднего медицинского персонала, врача, нарушение лечебного режима, неявку без предварительного уведомления на заранее согласованные с медицинским или иным учреждением процедуры, приемы врачей и другие услуги Застрахованный (Страхователь) обязан возместить Страховщику связанные с этим расходы, в том числе на оплату соответствующих штрафных санкций медицинскому или иному учреждению.

12.3. Стороны освобождаются от ответственности за частичное или полное неисполнение обязательств по Договору страхования, если причиной такого неисполнения является действие непреодолимой силы, в результате наступления которой выполнение обязательств по этому Договору страхования становится невозможным.

12.4. При наступлении обстоятельств, предусмотренных п.12.3. настоящих Правил, каждая из Сторон обязана в течение семи рабочих дней письменно известить другую Сторону о случившихся обстоятельствах, подтвержденных уполномоченными организациями; а также принять все зависящие от нее меры к возможному выполнению обязательств по Договору страхования и согласовывает письменно изменение сроков или объема выполняемых услуг, то есть приемлемые альтернативные способы исполнения Договора страхования.

13. ПОРЯДОК РАЗРЕШЕНИЯ СПОРОВ

13.1. Все разногласия, возникающие между Страховщиком и Страхователем, Страховщиком и Застрахованным, вытекающие из договора страхования, а также разногласия по поводу обстоятельств, характера, размера ущерба и выплат страхового возмещения разрешаются сторонами путем переговоров в досудебном претензионном порядке.

13.2. При наличии спора между Страхователем (Застрахованным) физическим лицом и Страховщиком, если размер требований не превышает 500 тысяч рублей, спор разрешается в соответствии с Федеральным законом от 4 июня 2018 г. №123-ФЗ «Об уполномоченном по правам потребителей финансовых услуг».

13.2.1. До направления финансовому уполномоченному обращения Страхователь (Застрахованный) физическое лицо должен направить Страховщику заявление в письменной или электронной форме.

13.2.2. Страховщик обязан рассмотреть заявление Страхователя (Застрахованного) физического лица и направить ему мотивированный ответ об удовлетворении, частичном удовлетворении или отказе в удо-

влетворении предъявленного требования в порядке и сроки, предусмотренные п.2 ст. 16 123-ФЗ «Об уполномоченном по правам потребителей финансовых услуг».

13.3. При не достижении соглашения по требованиям физических лиц свыше 500 тысяч рублей и требованиям юридических лиц, спор разрешается в судебном порядке в соответствии с правилами о подсудности, установленными действующим законодательством Российской Федерации. Если Страхователем/Выгодоприобретателем является юридическое лицо или индивидуальный предприниматель иск подается по месту нахождения Страховщика или, в случае если спор вытекает из деятельности его обособленного подразделения, по месту нахождения такого обособленного подразделения.

13.4. Уступка права на получение страхового возмещения третьим лицами не допускается.

13.5. Право на предъявление к Страховщику претензий сохраняется в течение срока исковой давности, предусмотренного действующим законодательством Российской Федерации.

14. ПЕРСОНАЛЬНЫЕ ДАННЫЕ

На основании настоящих Правил, в соответствии с Федеральным законом «О персональных данных», Страхователь (Выгодоприобретатель) принимает решение о предоставлении его персональных данных Страховщику и дает согласие на их обработку в течение срока действия договора страхования, а также в сроки, установленные законодательством РФ в области персональных данных и ст. 6. Федерального закона от 27.11.1992 №4015-I «Об организации страхового дела в РФ» (с изменениями), если иное не предусмотрено федеральными законами.

В соответствии с Федеральным законом «О персональных данных» персональные данные - любая информация, относящаяся к прямо или косвенно определенному или определяемому физическому лицу (субъекту персональных данных), в том числе фамилия, имя, отчество, год, месяц, дата и место рождения, адрес, номер телефона, адрес электронной почты, семейное, социальное, имущественное положение, наличие детей, образование, профессия, доходы, номер основного документа, удостоверяющего его личность, сведения о дате выдачи указанного документа и выдавшем его органе.

Под обработкой персональных данных понимается - любое действие (операция) или совокупность действий (операций), совершаемых с использованием средств автоматизации или без использования таких средств с персональными данными, включая сбор, запись, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), извлечение, использование, передачу (распространение, предоставление, доступ), обезличивание, блокирование, удаление, уничтожение персональных данных в целях заключения, изменения, продления, досрочного прекращения, исполнения договора страхования, стороной которого является Страхователь (Выгодоприобретатель), продвижения услуг Страховщика на рынке путем осуществления прямых контактов со Страхователем (Выгодоприобретателем) с помощью средств связи, в статистических и иных исследовательских целях, в т.ч. в целях проведения анализа страховых рисков, а также в целях информирования о других продуктах и услугах Страховщика, получения рассылок, направленных на повышение уровня клиентоориентированности и лояльности, включая проведение исследований (опросов) в области сервисных услуг и их качества, предоставляемых Страховщиком по договору страхования, а также об условиях продления правоотношений со Страховщиком с соблюдением требований Федерального закона от 27.07.2006 г. №152-ФЗ «О персональных данных», иных федеральных законов, определяющих случаи и особенности обработки персональных данных.

Заключая договор страхования на основании настоящих Правил, Страхователь соглашается с передачей Страховщиком персональных данных Страхователя и данных о наличии других договоров страхования, необходимых для расчета суммы страховой премии, оценки рисков или иных целей, связанных с заключением или исполнением договора страхования, ставших ему известными в связи с заключением и исполнением договора страхования, третьим лицам, с которыми у Страховщика заключены соответствующие соглашения, обеспечивающие надежное хранение и предотвращение незаконного разглашения (конфиденциальность) персональных данных, включая третьих лиц, проводящих работу по передаче или записи информации в информационную систему Страховщика, при этом Страховщик обязуется обеспечивать сохранность и неразглашение персональных данных Страхователя.

Согласие на обработку персональных данных может быть отозвано субъектом персональных данных путем направления письменного заявления Страховщику способом, позволяющим достоверно установить дату получения, данного заявления Страховщиком.

В случае полного отзыва субъектом персональных данных своего согласия на обработку персональных данных, действие договора страхования в отношении такого лица прекращается, а в случае отзыва такого согласия субъектом персональных данных, являющимся Страхователем, договор страхования прекращается полностью, за исключением случаев, когда, согласно законодательству Российской Федерации, получение согласия субъекта персональных данных на их обработку не требуется. При этом действие договора страхования прекращается досрочно с даты получения Страховщиком соответствующего заявления об отзыве согласия на обработку персональных данных. После прекращения действия договора страхования (в том числе при его расторжении), а также в случае отзыва субъектом персональных данных согласия на обработку своих персональных данных, Страховщик обязуется уничтожить такие персональные данные в сроки, установленные законодательством РФ в области персональных данных, установленные ст. 6. Федерального закона от 27.11.1992 №4015-I «Об организации страхового дела в РФ» (с изменениями), если иное не предусмотрено федеральными законами.

Страхователь (выгодоприобретатель), заключая договор страхования на основании настоящих Правил страхования, в соответствии с Федеральным законом «О рекламе» выражает свое согласие на получение информации о специальных предложениях, акциях и рекламы Страховщика любыми способами (в том числе по сетям электросвязи, в частности посредством использования телефонной, факсимильной, подвижной радиотелефонной связи, путем направления сообщений на электронную почту и сообщений на мобильный телефон). Согласие может быть отозвано путем направления Страховщику соответствующего заявления в письменной форме, способом, позволяющим достоверно установить дату получения, данного заявления Страховщиком.

**Программа добровольного медицинского страхования (ДМС) трудовых мигрантов
«Стандарт» (далее - Программа)**

1. Настоящая Программа разработана Страховщиком в соответствии с «Правилами добровольного медицинского страхования трудовых мигрантов» в действующей редакции, определяет условия и порядок осуществления добровольного медицинского страхования (ДМС) иностранных граждан и лиц без гражданства, находящихся на территории Российской Федерации с целью осуществления трудовой деятельности (далее – трудовых мигрантов) и направлена на обеспечение получения трудовым мигрантом, являющимся Застрахованным лицом, первичной медико-санитарной помощи и специализированной медицинской помощи в неотложной форме в случаях заболеваний и состояний, входящих согласно части 6 статьи 35 Федерального закона от 29.11.2010 № 326-ФЗ "Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации" в базовую программу обязательного медицинского страхования с учетом особенностей, установленных пунктом 3 настоящей Программы.

2. Объем предоставляемых услуг:

ООО «Страховая компания «Гранта» организует и оплачивает, в пределах страховой суммы, следующие медицинские услуги:

2.1 Первичная медико-санитарная помощь оказывается в амбулаторных условиях по неотложным показаниям и включает в себя:

- приемы врачей специалистов: терапевта; гинеколога; невролога; кардиолога; отоларинголога; офтальмолога; уролога; хирурга; травматолога, пульмонолога, эндокринолога и других.

- лабораторные исследования по назначению врача по медицинским показаниям: общеклинические, биохимические;

- инструментальные исследования по назначению врача по медицинским показаниям: рентгенологическая диагностика, ультразвуковая, функциональная диагностика (ЭКГ), МРТ и КТ – строго по показаниям;

- выполнение неотложных вмешательств, проводимых в поликлинических условиях по медицинским показаниям, а также оказание медицинской помощи, оказываемой в условиях травмпункта (осмотр врача, наложение лангеты, гипса, обработка ран, вакцинация по показаниям, рентгенодиагностика);

- стоматологическая помощь по экстренным показаниям, включает в себя: прием врача стоматолога; купирование острого состояния: обезболива-

ж) по оказанию медицинской помощи Застрахованным при патологических состояниях, отравлениях и травмах, возникших у Застрахованного лица в состоянии любой формы алкогольного опьянения или под воздействием иных психоактивных веществ и/или лекарственных препаратов, употребленных без назначения врача;

з) по оказанию Застрахованному лицу медицинской помощи при возникновении травматических повреждений или иных нарушений здоровья, наступивших в результате совершения Застрахованным лицом умышленных противоправных действий;

и) по оказанию медицинской помощи при покушении Застрахованного лица на самоубийство, за исключением тех случаев, когда Застрахованное лицо было доведено до такого состояния противоправными действиями третьих лиц;

к) по оказанию медицинской помощи при умышленном причинении себе телесных повреждений Застрахованным лицом;

л) по оказанию Застрахованному лицу медицинской помощи, не назначенной врачом, оказывающим медицинскую помощь в рамках настоящих Правил и/или программы страхования, разработанной на их основе;

м) по оказанию Застрахованному лицу методов лечения, определенных Министерством здравоохранения РФ как Высокотехнологичная медицинская помощь;

н) лекарственных препаратов и медицинских изделий сверх перечня жизненно необходимых и важнейших лекарственных препаратов, и медицинских изделий, включенных в утверждаемый Правительством Российской Федерации перечень медицинских изделий, имплантируемых в организм человека при оказании медицинской помощи в неотложной форме;

о) лекарственных препаратов и медицинских изделий, не использованных медицинским персоналом при оказании первичной медико-санитарной помощи и /или специализированной медицинской помощи в неотложной форме;

п) связанных с беременностью, родами, послеродовым периодом и абортами Застрахованного лица;

р) в связи с оказанием Застрахованному Скорой медицинской помощи, Медицинской помощи в экстренной форме, Медицинской помощи в плановой форме;

с) в случае применения косметической или пла-

ние; удаление зубов по медицинским показаниям; вскрытие абсцесса (при покрытии стоматологии).

2.2. Специализированная медицинская помощь в неотложной форме – госпитализация застрахованного при остром заболевании, обострении хронических заболеваний, не представляющих угрозу жизни застрахованного лица и требующих оказания медицинской помощи в неотложной форме, в условиях стационара:

- пребывание в стандартной/общей палате;
- лабораторные и инструментальные обследования, МРТ и КТ – строго по показаниям;
- анестезиологическое пособие, пребывание в палате интенсивной терапии;
- консервативное и хирургическое лечение;
- назначение и применение лекарственных препаратов, анастетиков, кислорода, препаратов крови и ее компонентов;
- лечебное питание;
- уход медицинского персонала, за исключением индивидуального медицинского поста.

Госпитализация осуществляется при неотложных состояниях здоровья застрахованного, без явных признаков угрозы для жизни, при которых требуется оказание медицинской помощи в условиях стационара. ООО «СК «Гранта» оплачивает медицинские услуги стационара, оказанные по поводу тех случаев, которые явились непосредственной причиной госпитализации.

3. Исключения:

По настоящей Программе не оплачиваются (исключаются из объема страхового покрытия) следующие медицинские услуги:

- а) обращение Застрахованного лица за получением медицинских и иных услуг, лекарственным обеспечением по поводам, указанным в п. 3.2.1. Правил страхования;
- б) не предусмотренных Программой страхования или Договором добровольного медицинского страхования;
- в) расходов на оказание услуг трудовым мигрантам, не указанным в Договоре страхования как Застрахованные;
- г) если Застрахованное лицо обратилось за оказанием Медицинской помощи без предварительного обращения в Круглосуточный контакт - центр Страховщика по указанным в Договоре /Программе страхования телефонам;
- д) при оказании любых медицинских и иных услуг без согласования со Страховщиком;
- е) при оказании любых медицинских и иных услуг за пределами территории действия Про-граммы страхования;

стической хирургии, кроме необходимости ее использования после несчастного случая или других случаях, когда ее применение обусловлено прямыми медицинскими показаниями;

т) по коррекции зрения с целью назначения линз или очков, или их подбора, кроме факта нарушения зрения в результате несчастного случая или в других случаях, определенных прямыми медицинскими показаниями;

у) по коррекции слуха с целью назначения слуховых аппаратов или их подбора, кроме факта нарушения слуха в результате несчастного случая или в других случаях, определенных прямыми медицинскими показаниями;

ф) вызванных смертью Застрахованного лица (расходов на репатриацию, ритуальные услуги, организацию похорон и т.д.).

Из настоящей Программы исключено возмещение дополнительных расходов, не включенных в договор (полис) страхования. Исключения из страхового покрытия и отказы в выплате страхового возмещения согласно раздела 4 Правил страхования.

4. Порядок оказания Застрахованному лицу медицинских услуг (медицинской помощи):

4.1. Для организации первичной медикосанитарной и специализированной медицинской помощи в экстренной и неотложной форме Застрахованное лицо должно обратиться в контакт-центр Страховщика по телефонам, указанным в полисе.

Медицинская помощь организуется в медицинских организациях/ учреждениях, имеющих лицензию, выданную в порядке, установленном законодательством Российской Федерации, в режиме их работы, с которыми у Страховщика есть договорные отношения.

4.2. Для получения медицинской помощи Застрахованное лицо при обращении в медицинское учреждение по направлению Страховщика, должно предоставить действующий Полис, документ, удостоверяющий личность, действующий патент, разрешение на работу, трудовой договор (предоставляется в соответствии с законодательством РФ).

**Программа добровольного медицинского страхования (ДМС) трудовых мигрантов
«Максимум» (далее - Программа)**

1. Настоящая Программа разработана Страховщиком в соответствии с «Правилами добровольного медицинского страхования трудовых мигрантов» в действующей редакции, определяет условия и порядок осуществления добровольного медицинского страхования (ДМС) трудовых мигрантов и направлена на обеспечение получения трудовым мигрантом, являющимся Застрахованным лицом, первичной медико-санитарной помощи и специализированной медицинской помощи в неотложной форме в случаях заболеваний и состояний, входящих согласно части 6 статьи 35 Федерального закона от 29.11.2010 № 326-ФЗ "Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации" в базовую программу обязательного медицинского страхования с учетом особенностей, установленных пунктом 3 настоящей Программы.

В рамках Программы Страховщик оплачивает только застрахованные медицинские услуги (медицинскую помощь), оказанные Застрахованному лицу, то есть лишь те виды (разновидности) и формы полученных Застрахованным лицом медицинских услуг (медицинской помощи) и лишь на тех условиях, которые оговорены в Программе с учетом Приложений к ней.

2. Объем предоставляемых услуг:

ООО «Страховая компания «Гранта» организует и оплачивает, в пределах страховой суммы, следующие медицинские услуги:

2.1 Первичная медико-санитарная помощь оказывается в амбулаторных условиях по неотложным показаниям и включает в себя:

- приемы врачей специалистов: терапевта; гинеколога; невролога; кардиолога; отоларинголога; офтальмолога; уролога; хирурга; травматолога, пульмонолога, эндокринолога и других.
- лабораторные исследования по назначению врача по медицинским показаниям: общеклинические, биохимические;
- инструментальные исследования по назначению врача по медицинским показаниям: рентгенологическая диагностика, ультразвуковая, функциональная диагностика (ЭКГ), МРТ и КТ – строго по показаниям;
- выполнение неотложных вмешательств, проводимых в поликлинических условиях по медицинским показаниям, а также оказание медицинской помощи, оказываемой в условиях травмпункта (осмотр врача, наложение ланге-

(п. 2.3. продолжение) В части, касающейся посмертной репатриации в случае смерти Застрахованного лица, действуют следующие условия:

- Во всех случаях посмертной репатриации в случае смерти Застрахованного лица, возмещению подлежат расходы по транспортировке Застрахованного лица/тела (останков) Застрахованного лица до транспортного узла (аэропорта, железнодорожной, автобусной станции) на территории страны постоянного проживания Застрахованного, ближайшего к месту постоянного проживания Застрахованного.

- Выбор вида транспорта производится Страховщиком и осуществляется только прямыми маршрутами без пересадок.

- Репатриация не производится с территории республики Дагестан, республики Ингушетия, Чеченской республики.

- Порядок оказания дополнительных услуг определяется соглашением сторон.

В части дополнительных услуг размер страховой выплаты (страховой суммы или ее части) определяется стоимостью услуг из числа вышеперечисленных, оказанных Застрахованному лицу, и не может превышать страховой суммы (лимита ответственности), согласованной сторонами в Договоре страхования.

3. Исключения:

По настоящей Программе не оплачиваются (исключаются из объема страхового покрытия) следующие медицинские услуги:

- а) обращение Застрахованного лица за получением медицинских и иных услуг, лекарственным обеспечением по поводам, указанным в п. 3.2.1. Правил страхования;
- б) не предусмотренных Программой страхования или Договором добровольного медицинского страхования;
- в) расходов на оказание услуг трудовым мигрантам, не указанным в Договоре страхования как Застрахованные;
- г) если Застрахованное лицо обратилось за оказанием Медицинской помощи без предварительного обращения в Круглосуточный контакт - центр Страховщика по указанным в Договоре /Программе страхования телефонам;
- д) при оказании любых медицинских и иных услуг без согласования со Страховщиком;
- е) при оказании любых медицинских и иных услуг за пределами территории действия Программы

ты, гипса, обработка ран, вакцинация по показаниям, рентгенодиагностика);

- стоматологическая помощь по экстренным показаниям, включает в себя: прием врача стоматолога; купирование острого состояния: обезболивание; удаление зубов по медицинским показаниям; вскрытие абсцесса (при открытии стоматологии).

2.2. Специализированная медицинская помощь в неотложной форме – это госпитализация застрахованного при остром заболевании, обострении хронических заболеваний, не представляющих угрозу жизни застрахованного лица и требующих оказания медицинской помощи в неотложной форме, в условиях стационара:

- пребывание в стандартной/общей палате;
- лабораторные и инструментальные обследования, МРТ и КТ – строго по показаниям;
- анестезиологическое пособие, пребывание в палате интенсивной терапии;
- консервативное и хирургическое лечение;
- назначение и применение лекарственных препаратов, анестетиков, кислорода, препаратов крови и ее компонентов;
- лечебное питание;
- уход медицинского персонала, за исключением индивидуального медицинского поста.

Госпитализация осуществляется при неотложных состояниях здоровья застрахованного, без явных признаков угрозы для жизни, при которых требуется оказание медицинской помощи в условиях стационара. ООО «СК «Гранта» оплачивает медицинские услуги стационара, оказанные по поводу тех случаев, которые явились непосредственной причиной госпитализации.

2.3. Дополнительные услуги:

ООО «Страховая компания «Гранта» организует и оплачивает, в пределах страховой суммы, следующие дополнительные услуги (выбранные услуги отмечаются V):

- ☐ услуги по транспортировке (медицинской эвакуации), в том числе, по организации проезда, Застрахованного лица в медицинскую организацию и обратно, либо из одной организации в другую, включая необходимое медицинское сопровождение, если это требуется по состоянию его здоровья;
- ☐ сопровождение Застрахованного лица при проведении обследований и консультаций в медицинской организации персоналом медицинской организации;
- ☐ создание условий повышенной комфортности при оказании медицинских и иных услуг;
- ☐ не входящие в состав медицинской услуги, но требующиеся при оказании Застрахованно-

страхования;

ж) по оказанию медицинской помощи Застрахованным при патологических состояниях, отравлениях и травмах, возникших у Застрахованного лица в состоянии любой формы алкогольного опьянения или под воздействием иных психоактивных веществ и/или лекарственных препаратов, употребленных без назначения врача;

з) по оказанию медицинской помощи при возникновении травматических повреждений или иных нарушений здоровья, наступивших в результате совершения Застрахованным лицом умышленных противоправных действий;

и) по оказанию медицинской помощи при покушении Застрахованного лица на самоубийство, за исключением тех случаев, когда Застрахованное лицо было доведено до такого состояния противоправными действиями третьих лиц;

к) по оказанию медицинской помощи при умышленном причинении себе телесных повреждений Застрахованным лицом;

л) по оказанию Застрахованному лицу медицинской помощи, не назначенной врачом, оказывающим медицинскую помощь в рамках настоящих Правил и/или программы страхования, разработанной на их основе;

м) по оказанию Застрахованному лицу методов лечения, определенных Министерством здравоохранения РФ как Высокотехнологичная медицинская помощь;

н) лекарственных препаратов и медицинских изделий сверх перечня жизненно необходимых и важнейших лекарственных препаратов, и медицинских изделий, включенных в утверждаемый Правительством Российской Федерации перечень медицинских изделий, имплантируемых в организм человека при оказании медицинской помощи в неотложной форме;

о) лекарственных препаратов и медицинских изделий, не использованных медицинским персоналом при оказании первичной медико-санитарной помощи и /или специализированной медицинской помощи в неотложной форме;

п) связанных с беременностью, родами, послеродовым периодом и абортами Застрахованного лица;

р) в связи с оказанием Застрахованному Скорой медицинской помощи, Медицинской помощи в экстренной форме, Медицинской помощи в плановой форме;

с) в случае применения косметической или пластической хирургии, кроме необходимости ее использования после несчастного случая или других случаях, когда ее применение обусловлено прямыми медицинскими показаниями;

т) по коррекции зрения с целью назначения линз или очков, или их подбора, кроме факта наруше-

му лицу медицинских услуг, услуги по организации и предоставлению проживания и питания Застрахованного лица; □ услуги по репатриации тела в случае смерти Застрахованного лица.	ния зрения в результате несчастного случая или в других случаях, определенных прямыми медицинскими показаниями; у) по коррекции слуха с целью назначения слуховых аппаратов или их подбора, кроме факта нарушения слуха в результате несчастного случая или в других случаях, определенных прямыми медицинскими показаниями. Из настоящей Программы исключено возмещение дополнительных расходов, не включенных в договор (полис) страхования. Исключения из страхового покрытия и отказы в выплате страхового возмещения согласно раздела 4 Правил страхования 4. Порядок оказания Застрахованному лицу медицинских услуг (медицинской помощи): 4.1. Для организации первичной медико-санитарной и специализированной медицинской помощи Застрахованное лицо должно обратиться в контакт-центр Страховщика по телефонам, указанным в полисе. Медицинская помощь организуется в медицинских организациях/ учреждениях, имеющих лицензию, выданной в порядке, установленном законодательством Российской Федерации, в режиме их работы, с которыми у Страховщика есть договорные отношения. 4.2. Для получения медицинской помощи Застрахованное лицо при обращении в медицинское учреждение по направлению Страховщика, должно предоставить действующий полис; документ, удостоверяющий личность; действующий патент, разрешение на работу, трудовой договор (предоставляется в соответствии с законодательством РФ).
---	--

СТРАХОВЫЕ ТАРИФЫ

Базовый страховой тариф при сроке страхования 1 (один) год

Наименование	% от страховой суммы
Добровольное медицинское страхования трудовых мигрантов	3

Коэффициенты риска

№	Наименование коэффициента риска	Минимальное значение	Максимальное значение
1.	Вид деятельности застрахованных лиц и квалификация труда	0,8	3,0
2.	Характер предшествующей страховой истории	0,8	2,0
3.	Возраст и пол застрахованных лиц	0,8	3,0
4.	Результаты предварительного медицинского осмотра и (или) данных медицинской анкеты	0,7	3,0
4.1	При отсутствии медицинской анкеты	1,0	3,0
5.	Включение в договор страхования медицинских организаций в зависимости от их категорий, уровня сервиса предоставляемых медицинских услуг	0,6	3,0
6.	Порядок уплаты страхового взноса	1,0	1,2
7.	Срок страхования	1 месяц - 25%, 2 месяца - 35%, 3 месяца - 40%, 4 месяца - 50%, 5 месяцев - 60%, 6 месяцев - 70%, 7 месяцев - 75%, 8 месяцев - 80%, 9 месяцев - 85%, 10 месяцев - 90%, 11 месяцев - 95%.	
8	Коэффициент риска, применяемый при расширении перечня услуг	1,0	5,0
9	Коэффициент риска, применяемый при страховании группы лиц	0,8	1,0
10	Поправочный коэффициент, применяемый в случае снижения комиссионного вознаграждения	0,55	1,0
11	Коэффициент риска, применяемый при наличии важных факторов, влияющих на наступление страхового события	0,3	4,0
12	Коэффициент риска, применяемый в зависимости от региона страхования	0,6	3,0
13	Условия проживания Застрахованного	1,0	4,13

Согласие субъекта персональных данных на использование его персональных данных

паспортные данные: _____ (серия) _____ (номер) выдан «__» _____ г.
 _____ (кем выдан паспорт),

адрес регистрации: _____, выражаю **ООО «СК «Гранта» (ИНН 1655230261)** (далее – Страховщик либо Оператор персональных данных) свое безусловное согласие на обработку (включая получение от меня и/или от любых третьих лиц, с учетом требований действующего законодательства РФ) моих персональных данных (ФИО, год, месяц, дата и место рождения, адрес, номера телефонов, факсов, адреса электронной почты и иная контактная информация, информация о состоянии моего здоровья, семейное, социальное, имущественное положение, образование, профессия, доходы и любая иная информация, относящаяся к моей личности) для целей заключения договора страхования и его дальнейшего исполнения (урегулирования убытков, принятия решений или совершения иных действий, порождающих юридические последствия в отношении меня или других лиц, предоставления мне информации о действиях Страховщика).

Настоящее согласие даётся на любое действие (операция) или совокупность действий (операций), совершаемых с использованием средств автоматизации или без использования таких средств с персональными данными, включая сбор, запись, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), извлечение, использование, передачу (распространение, предоставление, доступ, в том числе передачу третьим лицам с правом обработки ими моих персональных данных, а также следующим видам обработчиков – субподрядчиков Оператора:

Ассистантские компании, экспертные организации, оценщики, сюрвейеры, детективы, и иные лица, принимающие участие в урегулировании убытков

с правом обработки ими моих персональных данных), обезличивание, блокирование, удаление, уничтожение персональных данных, трансграничную передачу персональных данных не дольше, чем этого требуют цели их обработки. Указанные выше лица вправе по своему усмотрению использовать при обработке моих персональных данных, автоматизированный, механический, ручной и любой иной способ.

При заключении договора страхования Застрахованное лицо освобождает врачей от обязательств хранить врачебную тайну (включая факт обращения за медицинской помощью) перед Страховщиком и соглашается на предоставление Страховщику информации, составляющей врачебную тайну (включая факт обращения за медицинской помощью), в полном объеме.

Застрахованное лицо также соглашается на передачу Страховщиком сведений, составляющих врачебную тайну (включая факт обращения за медицинской помощью) перестраховщику, любым организациям, действующим по поручению и в интересах Страховщика, а также государственным органам и учреждениям по их письменному запросу.

Срок действия моего согласия распространяется на 5 лет с момента окончания действия договора страхования. Отзыв моего согласия на обработку персональных данных может быть осуществлен только путем подачи мной письменного заявления оператору персональных данных не менее чем за 3 рабочих дня до даты отзыва согласия.

« » 20 Г.

_____ / _____
подпись расшифровка подписи

¹ В образец могут быть внесены изменения, не противоречащие Правилам и действующему законодательству РФ

**ПРИЛОЖЕНИЕ № 5 К ПРАВИЛАМ ДОБРОВОЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО
СТРАХОВАНИЯ ТРУДОВЫХ МИГРАНТОВ**

ОБРАЗЕЦ²

Застрахованному по договору ДМС трудовых мигрантов
№ _____ от «__» _____ 20__ г.,

(фамилия, имя, отчество)

УВЕДОМЛЕНИЕ

Настоящим ООО «СК «Гранта» уведомляет Вас, что остаток агрегатной страховой суммы по страховому полису № _____ от «__» _____ 20__ г. составляет _____ руб.

Рекомендуем обратиться в страховую компанию.

Предупреждаем, что в случае использования страховой суммы полностью, страховые выплаты по полису № _____ от «__» _____ 20__ г. производиться не будут.

Представитель ООО СК «Гранта»: _____ / _____
(подпись) ФИО

«_____» _____ 20__ г.

Уведомление получил:

Страхователь _____ / _____
(подпись) ФИО

«_____» _____ 20__ г.
_____ ч. _____ мин

² В образец могут быть внесены изменения, не противоречащие Правилам страхования и действующему законодательству РФ