УТВЕРЖДЕНЫ
Приказом № 29
от «06» февраля 2023 г.

ПРАВИЛА ДОБРОВОЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ ТРУДОВЫХ МИГРАНТОВ

(номер по классификатору 99, редакция 5)

г. Ханты-Мансийск, 2023

СОДЕРЖАНИЕ

1. Общие положения 3
2. Субъекты страхования. Термины и определения. 3
3. Объект страхования 5
4. Страховой риск. Страховой случай 6
5. Страховая сумма. Страховой тариф, страховая премия. Форма и порядок уплаты страховой премии 7
6. Договор страхования. Порядок заключения и оформления 8
7. Срок действия договора страхования. Период страхования. Территория действия договора 14
8. Прекращение действия договора страхования 14
9. Изменение страхового риска 15
10. Права и обязанности Сторон 16
11. Порядок и условия осуществления страховой выплаты 20
12. Ответственность сторон 22
13. Особые условия 22
14. Разрешение споров 23
15. Почтовые уведомления 23

1. Общие положения

1.1. Настоящие «Правила добровольного медицинского страхования трудовых мигрантов» (далее – Правила) разработаны в соответствии с законодательством Российской Федерации (далее так же – РФ), в том числе, Указанием Центрального Банка РФ № 3793-У от «13» сентября 2015 г. «О минимальных (стандартных) требованиях к условиям и порядку осуществления медицинского страхования в части добровольного медицинского страхования иностранных граждан и лиц без гражданства, находящихся на территории Российской Федерации с целью осуществления ими трудовой деятельности» и содержат в себе стандартные условия, ФЗ «О правовом положении иностранных граждан в РФ» № 115-ФЗ от «25» июля 2002 г., на которых Акционерное общество «Группа страховых компаний «Югория» заключает, исполняет и прекращает договоры добровольного медицинского страхования иностранных граждан и лиц без гражданства, находящихся на территории РФ с целью осуществления ими трудовой деятельности (далее также Застрахованные лица).

2. Субъекты страхования. Термины и определения.

2.1. В настоящих Правилах применяются следующие понятия и определения:

2.1.1. **Страховщик** – Акционерное общество «Группа страховых компаний «Югория».

2.1.2. **Страхователь** – юридическое и дееспособное физическое лицо, заключившее со Страховщиком договор страхования и уплатившее страховую премию. Страхователями могут выступать российские, иностранные юридические и физические лица, а также лица без гражданства, а также физические лица, зарегистрированные в установленном законодательством РФ порядке в качестве индивидуального предпринимателя.

2.1.3. **Застрахованное лицо (Застрахованный)** – иностранный гражданин или лицо без гражданства, прибывшее в РФ и намеревающееся осуществлять или осуществляющее трудовую деятельность на основании разрешения на работу/патента (далее – трудовой мигрант).

2.1.4. В случае если договор заключен Страхователем – физическим лицом в отношении себя лично, на него распространяются права и обязанности Застрахованного лица. Страхователи – юридические лица заключают договор страхования в отношении физических лиц, указанных в договоре.

2.1.5. **Трудовая деятельность иностранного гражданина** – работа иностранного гражданина в РФ на основании трудового договора или гражданско-правового договора на выполнение работ (оказание услуг).

2.1.6. **Разрешение на работу** – документ, подтверждающий право иностранного гражданина, прибывшего в РФ в порядке, требующем получения визы, и других категорий иностранных граждан в случаях, предусмотренных законодательством РФ, на временное осуществление на территории РФ трудовой деятельности.

2.1.7. **Патент** – документ, подтверждающий в соответствии с законодательством РФ право иностранного гражданина, прибывшего в РФ в порядке, не требующем получения визы, за исключением отдельных категорий иностранных граждан в случаях, предусмотренных законодательством, на временное осуществление на территории субъекта РФ трудовой деятельности;

2.1.8. **Договор добровольного медицинского страхования трудовых мигрантов** (далее – договор, договор страхования, договор ДМС трудовых мигрантов) – соглашение между Страхователем и Страховщиком (далее совместно именуемыми «Стороны»), согласно которому Страховщик обязуется за обусловленную договором плату (страховую премию) при наступлении предусмотренного договором события (страхового случая) организовать и оплатить медицинские и иные услуги, предусмотренные договором страхования в рамках Программы ДМС трудовых мигрантов в пределах обусловленной договором страховой суммы.

Программа добровольного медицинского страхования (далее – Программа, Программа страхования, Программа ДМС) – объем медицинской помощи, составленный Страховщиком с учетом Указания Центрального Банка РФ № 3793-У от «13» сентября 2015 г., а также порядок её оказания.

2.1.9. **Медицинские учреждения** – организации любой формы собственности (лечебно-профилактические учреждения и другие медицинские учреждения) и физические лица, осуществляющие медицинскую деятельность на территории РФ / отдельных субъектов РФ, имеющие лицензии на право осуществления медицинской деятельности в соответствии с законодательством РФ, привлекаемые для оказания медицинских услуг Застрахованным лицам вследствие расстройства здоровья или состояния здоровья, требующих организации и оказания таких услуг.

2.1.10. **Медицинские услуги (медицинская помощь)** – комплекс мероприятий, направленных на диагностику и лечение заболеваний, имеющих самостоятельное законченное значение и определенную стоимость.

2.1.11. **Медицинская репатриация** - экстренная медицинская транспортировка Застрахованного лица до ближайшего к его постоянному месту жительства аэропорта или вокзала, или порта (далее - транспортного узла) в стране постоянного проживания, при условии отсутствия на территории страхования возможностей для предоставления требуемой медицинской помощи, а также в случае, когда лечение может быть осуществлено или продолжено в месте постоянного проживания или в случае, когда расходы по пребыванию в стационаре на территории страхования могут превысить установленный договором страхования (полисом) и/или Правилами лимит возмещения по медицинской помощи.

Медицинская репатриация проводится только при отсутствии медицинских противопоказаний и способом, согласованным со Страховщиком.

2.1.12. **Услуги по репатриации** - репатриация останков, санкционированная (согласованная в письменном порядке) Сервисной компанией до международного транспортного узла, ближайшего к месту, где постоянно проживало Застрахованное лицо, в случае его смерти в случае обращения в порядке, предусмотренном настоящими Правилами за медицинской и иной помощью

При этом Страховщик не оплачивает расходы на хранение тела и ритуальные услуги.

2.1.13. В рамках настоящих Правил Страховщик организует оказание первичной медико-санитарной помощи и специализированной медицинской помощи в неотложной форме по поводу заболеваний и состояний, входящих согласно части шестой статьи 35 Федерального закона от 29 ноября 2010 года № 326-ФЗ "Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации" в базовую программу обязательного медицинского страхования с учетом п. 2.1.14. настоящих Правил и Программы ДМС трудовых мигрантов (Приложение № 1-5 к настоящим Правилам) и условий.

2.1.14. Если иное не предусмотрено законом или договором, Страховщик не организует оказание / не оплачивает услуги по оказанию Застрахованному лицу медицинской помощи:

– не назначенной врачом, оказывающим медицинскую помощь в рамках Программы страхования;

– при особо опасных инфекционных болезнях (натуральная оспа, полиомиелит, малярия ТОРС), заболеваниях, включенных в утверждаемый Правительством РФ перечень заболеваний, представляющих опасность для окружающих, а также при злокачественных новообразованиях, сахарном диабете, психических расстройствах и расстройствах поведения;

– определенной как высокотехнологичная медицинская помощь;

– при патологических состояниях, отравлениях и травмах, возникших у Застрахованного лица в состоянии алкогольного опьянения или под воздействием иных

психоактивных веществ и (или) лекарственных препаратов, употребленных без назначения врача;

– при возникновении травматических повреждений или иных нарушений здоровья, наступивших в результате совершения Застрахованным лицом умышленных противоправных действий;

– при покушении Застрахованного лица на самоубийство, за исключением тех случаев, когда Застрахованное лицо было доведено до такого состояния противоправными действиями третьих лиц;

– при умышленном причинении себе телесных повреждений Застрахованным лицом;

– связанной с беременностью, родами, послеродовым периодом и абортами Застрахованного лица.

2.1.15. Страховщик обеспечивает организацию оказания медицинских услуг как непосредственно, так и через сервисные компании (компания ассистанс).

2.1.16. **Сервисная компания (компания ассистанс)** – специализированная организация, указанная в договоре страхования, которая по поручению Страховщика круглосуточно обеспечивает организацию услуг, предусмотренных настоящими Правилами и договором страхования Застрахованному лицу.

2.1.17. Франшиза – определенная условиями договора страхования часть расходов, связанных с оказанием Застрахованному медицинских и иных услуг, не подлежащая возмещению Страховщиком. Франшиза может быть условная, безусловная или временная.

При условной франшизе Страховщик освобождается от оплаты расходов, связанных с оказанием медицинских и иных услуг, если их размер не превышает франшизу, однако возмещает его полностью в случае, если размер убытка превышает размер франшизы.

При безусловной франшизе расходы по каждому страховому случаю возмещаются за вычетом франшизы.

При временной франшизе устанавливается период времени с момента вступления договора страхования в силу, в течение которого выплаты при возникновении события, имеющего признаки страхового случая, не производятся.

В любом случае при установлении франшизы общий размер страховой суммы на каждое Застрахованное лицо не может стать меньше страховой суммы, минимально установленной законодательством РФ о добровольном медицинском страховании трудовых мигрантов.

2.2. Страховщик вправе на основании настоящих Правил формировать полисные условия страхования, программы страхования к отдельному договору страхования или отдельной группе договоров страхования (далее – страховой продукт), ориентированные на конкретного Страхователя или сегмент Страхователей / Застрахованных лиц, территорию или вид деятельности трудовых мигрантов. Такие условия страхования, программы страхования прилагаются к договору страхования и являются его неотъемлемой частью.

2.3. Страховщик вправе присваивать маркетинговые названия страховым продуктам, заключенным на основе настоящих Правил.

3. Объект страхования

3.1. Объектом страхования являются имущественные интересы Страхователя (Застрахованного), связанные с оплатой организации и оказания медицинской и лекарственной помощи (медицинских услуг) и иных услуг, из числа предусмотренных Программой ДМС вследствие расстройства здоровья физического лица или состояния Застрахованного физического лица, требующих организации и оказания таких услуг.

3.2. По договору страхования Застрахованный имеет право на получение медицинских и иных услуг, предусмотренных договором страхования, в медицинских учреждениях, указанных в договоре страхования, либо иным образом оговоренных (установленных) Страховщиком.

3.3. По договору страхования Страхователь, родственник Застрахованного лица медицинская или иная организация, в которой Застрахованное лицо проходило лечение или получало иные услуги, предусмотренные договором страхования, имеет право обратиться за оказанием услуг по репатриации тела Застрахованного в Сервисную компанию или к Страховщику за организацией оказания таких услуг в случае смерти Застрахованного лица при обращении в порядке, предусмотренном настоящими Правилами за медицинской и иной помощью.

4. Страховой риск. Страховой случай

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

4.2. По договору страхования, заключаемому на условиях настоящих Правил, подлежит страхованию риск обращения Застрахованного лица в медицинское учреждение за медицинскими и иными услугами, входящими в Программу ДМС, либо к Страховщику за организацией оказания таких услуг, в связи с расстройством здоровья или состоянием Застрахованного лица, требующих организации и оказания таких услуг.

Если это отдельно оговорено договором и предусмотрено Программой ДМС, подлежит страхованию риск обращения Страхователя в Сервисную компанию или иным способом, согласованным Страховщиком, за услугами по репатриации тела Застрахованного лица, в связи со смертью Застрахованного лица при обращении за медицинской помощью в порядке, предусмотренном настоящими Правилами. В случае, если Страхователь является Застрахованным лицом, за организацией оказания услуг по репатриации его тела (останков) вправе обратиться его родственники, а также медицинская или иная организация, в которой Застрахованное лицо проходило лечение или получало иные услуги, предусмотренные договором страхования.

4.3. Страховым случаем является документально подтвержденное обращение Застрахованного лица в течение обусловленного договором страхования периода в порядке, предусмотренном договором в медицинское учреждение / сервисную компанию, за получением / организацией получения Застрахованным лицом первичной медико-санитарной помощи и специализированной медицинской помощи в неотложной форме по поводу заболеваний и состояний или иных услуг, входящих в Программу ДМС, являющуюся неотъемлемой частью договора страхования, а в случае его смерти при оказании такой медицинской помощи или иных услуг – обращение Страхователя (в случае его смерти родственников, медицинской или иной организации) за организацией репатриации тела (останков) Застрахованного лица.

4.4. Страховым случаем не является, Страховщик не оплачивает медицинские и иные услуги, оказанные Застрахованному лицу (если иное не определено соглашением сторон или законодательством РФ):

4.4.1. в медицинских и иных учреждениях, не предусмотренных договором страхования и/или выбор которых не был согласован со Страховщиком;

4.4.2. не предусмотренные договором страхования и/или не согласованные со Страховщиком;

4.4.3. при обращении в медицинское учреждение в связи с:

4.4.3.1. военными действиями, маневрами или иными военными мероприятиями;

4.4.3.2. гражданской войной, народными волнениями всякого рода или забастовками;

4.4.3.3. воздействием ядерного взрыва, радиации или радиоактивного заражения.

4.4.3.4. случаями, предусмотренными п. 2.1.14. настоящих Правил.

5. Страховая сумма. Страховой тариф, страховая премия. Форма и порядок уплаты страховой премии

5.1. Страховой суммой является денежная сумма, определенная договором страхования, исходя из которой устанавливается размер страховой премии и размер страховой выплаты при наступлении страхового случая.

5.2. Страховая сумма устанавливается в российских рублях и определяется при заключении договора страхования по соглашению Сторон, но не может быть менее суммы, установленной в качестве минимальной страховой суммы на каждое Застрахованное лицо на период действия договора ДМС трудовых мигрантов.

5.3. Страховая сумма, указанная п.5.2. Правил, является уменьшаемой и рассчитываемой как разность страховой суммы на начало срока действия договора ДМС трудовых мигрантов и сумм(ы) произведенного страхового возмещения, осуществляемого Страховщиком в период действия договора ДМС трудовых мигрантов по всем произошедшим страховым случаям (далее – агрегатная страховая сумма).

Страховщиком, по согласованию со Страхователем, в рамках общей страховой суммы, установленной в соответствии с п.5.2. Правил, может быть установлена агрегатная страховая сумма отдельно по каждому виду медицинской помощи, указанному в Программе ДМС, либо иные лимиты на отдельные виды услуг.

5.4. Если агрегатная страховая сумма исчерпана полностью, обязательства Страховщика по договору ДМС трудовых мигрантов считаются исполненными, договор ДМС трудовых мигрантов прекращается.

5.5. Страховщик обязан уведомить Страхователя и Застрахованное лицо об уменьшении агрегатной страховой суммы в течение пяти рабочих дней с момента уменьшения размера страховой суммы до размера менее чем 10 000 (десять тысяч) российских рублей.

5.6. Страховая премия – это плата за страхование, которую Страхователь обязан уплатить Страховщику в соответствии с договором страхования.

Страховой взнос – часть страховой премии при ее уплате в рассрочку.

5.7. Страховая премия исчисляется из размера установленной страховой суммы и страхового тарифа.

5.8. Страховые тарифы дифференцируются в зависимости от видов медицинской помощи, перечня и уровня медицинских и иных услуг, медицинских учреждений, сервисных компаний, срока страхования, территории страхования, характера производственной деятельности Застрахованных, а так же информации, указанной Застрахованным (Страхователем) в анкете, результатов предварительного медицинского освидетельствования, периодичности уплаты страховых взносов, количества Застрахованных лиц, а так же иных факторов, влияющих на вероятность наступления страхового случая.

5.9. Страховой тариф определяется по соглашению Сторон при заключении договора страхования.

5.10. Уплата страховой премии производится единовременно. Стороны вправе договориться об уплате страховой премии в рассрочку. Порядок уплаты страховых взносов при уплате страховой премии в рассрочку определяется в договоре страхования. Страховая премия (страховые взносы) уплачивается наличными деньгами или путем безналичного перечисления на расчетный счет Страховщика (его уполномоченного представителя).

5.11. Если договором страхования не предусмотрено иное, то днем уплаты страховой премии (страхового взноса) считается:

– в случае уплаты в безналичном порядке – день перечисления суммы страховой премии (страхового взноса) на банковский счет Страховщика (уполномоченного представителя Страховщика);

– в случае уплаты наличными деньгами – день получения суммы страховой премии (страхового взноса) уполномоченным представителем Страховщика или внесения суммы страховой премии (страхового взноса) в кассу Страховщика.

5.12. Если договором страхования не предусмотрено иное, в случае неуплаты Страхователем страховой премии или первого страхового взноса (при оплате страховой премии в рассрочку) в размере и в срок, установленный договором страхования, договор страхования считается не вступившим в силу, не влечет каких-либо правовых последствий для его Сторон и выплата страхового возмещения по нему не осуществляется, а уплаченные частично денежные средства (при наличии) подлежат возврату Страхователю на основании его письменного обращения (составляется в свободной форме с указанием всех необходимых для перечисления реквизитов, если возврат денежных средств будет производиться в безналичном порядке) в течение 15 (пятнадцати) рабочих дней с даты получения Страховщиком указанного письменного обращения Страхователя.

5.13. Если договором страхования не предусмотрено иное, в случае если страховое событие наступило ранее, чем Страхователь полностью оплатил страховую премию, предусмотренную договором страхования (если договором страхования предусмотрена рассрочка уплаты страховой премии, но при этом отсутствует просрочка по уплате очередных взносов), порядок уплаты страховой премии изменяется, а именно: неуплаченная часть премии подлежит уплате Страхователем в течение 5 (пяти) рабочих дней с момента получения от Страховщика уведомления о признании случая страховым.

При неуплате Страхователем премии в срок, предусмотренный настоящим пунктом, Страховщик вправе при определении размера, подлежащего выплате страхового возмещения по договору страхования зачесть подлежащие уплате страховые взносы.

Если договором страхования не предусмотрено иное, в случае неуплаты Страхователем очередного (второго или последующего) страхового взноса в сумме и сроки, установленные договором страхования, договор страхования прекращает свое действие с 00.00 часов дня, следующего за датой, указанной в договоре страхования как срок оплаты очередного страхового взноса и у Страховщика не возникает обязательств выплаты страхового возмещения по страховым случаям, произошедшим после наступления указанного срока.

5.15. Стороны при заключении договора страхования могут предусмотреть иные последствия неуплаты страховой премии (ее взносов) в установленный договором срок.

5.16. О факте просрочки уплаты страховой премии (страхового взноса) или его уплаты в неполном объеме и последствиях неуплаты, Страховщик информирует Страхователя в порядке и сроки, предусмотренные договором страхования, а если они не предусмотрены, то в разумные сроки одним из следующих способов: путем рассылки SMS сообщения на имеющийся у Страховщика телефонный номер или путем письменного уведомления, в том числе с помощью официального сайта Страховщика через личный кабинет Страхователя (при наличии), путем электронного документооборота/взаимодействия.

6. Договор страхования. Порядок заключения и оформления

6.1. При обращении Страхователя с намерением заключить договор страхования Страховщик предоставляет Страхователю следующую информацию:

- об условиях, на которых может быть заключен договор страхования, включающих: объект страхования, страховые риски, размер страховой премии, а также порядок осуществления страховой выплаты, в том числе перечень документов, которые необходимо предоставить вместе с заявлением о наступлении события, имеющего признаки страхового случая;

- об обстоятельствах, влияющих на размер страховой премии, о способах и сроках уплаты страховой премии, последствиях неуплаты, уплаты не в полном размере или несвоевременной уплаты страховой премии (страховых взносов);

- о применяемых страховщикам франшизах и исключениях из перечня страховых событий, а также о действиях Страхователя (Застрахованного лица, Выгодоприобретателя), совершение которых может повлечь отказ Страховщика в страховой выплате или сокращение ее размера;

- о наличии дополнительных условий для заключения договора страхования, в том числе о перечне документов и информации, необходимых для заключения договора страхования;

- о размере (примерном расчете) страховой премии на основании представленного Страхователем заявления на страхование с уведомлением Страхователя о возможном изменении размера страховой премии, страховой суммы или иных условий страхования по результатам оценки страхового риска;

- о наличии условия возврата страхователю уплаченной страховой премии в случае отказа страхователя от договора страхования в течение определенного срока со дня его заключения или о его отсутствии в соответствии с действующим законодательством;

- о сроках рассмотрения обращений Страхователей (Выгодоприобретателей) относительно страховой выплаты, а также о случаях продления таких сроков в связи с необходимостью получения информации от компетентных органов и (или) сторонних организаций, непосредственно связанной с возможностью принятия страховой организацией решения о признании события страховым случаем или о размере страховой выплаты.

По требованию Страхователя (Застрахованного лица, Выгодоприобретателю) Страховщик бесплатно разъясняет положения, содержащиеся в информации, предоставляемой при заключении договора страхования.

При заключении договора страхования между Страхователем и Страховщиком должно быть достигнуто соглашение:

– о Застрахованном лице (Застрахованных лицах и их численности);

– о страховом случае, порядке обращения Застрахованного лица за получением медицинских и иных услуг;

– о размере страховой суммы;

– о размере, сроках и порядке внесения страховой премии;

– о сроке действия договора.

6.2. Договор страхования может заключаться путем составления одного документа и/или вручения Страхователю на основании его устного или письменного заявления страхового полиса ДМС трудовых мигрантов, подписанного Страховщиком. В последнем случае согласие Страхователя заключить договор на предложенных Страховщиком условиях подтверждается принятием Страхователем от Страховщика страхового полиса и оплатой страховой премии в полном объеме.

Бланк полиса ДМС трудовых мигрантов является защищенной полиграфической продукцией уровня "В" и изготавливается в соответствии с Техническими требованиями и условиями изготовления защищенной от подделок полиграфической продукции, утвержденными приказом Министерства финансов РФ от 29 сентября 2020 года № 217н «Об утверждении Технических требований и условий изготовления защищенной от подделок полиграфической продукции».

Бланк полиса ДМС трудовых мигрантов изготавливается на бумаге с эксклюзивным водяным знаком или с водяным знаком ограниченного распространения.

6.3. Для заключения договора страхования Страхователь предоставляет, кроме заявления на страхование (если заполнялось), Страховщику следующие сведения и документы (их заверенные копии):

6.3.1. для физического лица и/или индивидуального предпринимателя:

6.3.1.1. документы, удостоверяющие личность Страхователя и Застрахованного (документ, удостоверяющий личность гражданина; для иностранных граждан и лиц без гражданства указываются вид и данные документа, предусмотренного федеральным законом или признаваемого в соответствии с международным договором РФ в качестве документа, удостоверяющего личность иностранного гражданина или лица без гражданства);

6.3.1.2. документы, подтверждающие право иностранного гражданина или лица без гражданства на пребывание (проживание) на территории РФ;

6.3.1.3. медицинскую анкету, анкету физического лица;

6.3.1.4. следующие сведения о страхователе – физическом лице: пол, дата рождения; гражданство (при наличии); адрес места жительства (регистрации) или адрес места пребывания на территории РФ, дата регистрации; контактная информация (телефон, адрес электронной почты (при наличии); для физических лиц, зарегистрированных в соответствии с законодательством РФ в качестве индивидуальных предпринимателей –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;

6.3.1.5. согласие на обработку персональных данных в случаях, предусмотренных действующим законодательством РФ;

6.3.2. для юридического лица:

6.3.2.1. учредительные документы;

6.3.2.2.документы о государственной регистрации юридического лица;

6.3.2.3.выписку из Единого государственного реестра юридических лиц (ЕГРЮЛ);

6.3.2.4.выписку из реестра юридических лиц страны происхождения, а также сертификат об инкорпорации иностранной компании;

6.3.2.5. поименный список лиц, подлежащих страхованию (с указанием паспортных данных, места жительства, даты рождения, адреса фактического проживания, контактного телефона), подписанный уполномоченным лицом Страхователя – юридического лица;

6.3.2.6. анкету юридического лица.

6.3.2.7. следующие сведения о Страхователе: 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.

6.3.2.8. согласие на обработку персональных данных Застрахованного в случаях, предусмотренных действующим законодательством РФ.

6.4. При заключении договора страхования, Страхователь обязан сообщить Страховщику все известные Страхователю обстоятельства, имеющие существенное значение для определения степени риска в отношении принимаемого на страхование лица (лиц).

Существенными обстоятельствами, имеющими значение для оценки страхового риска, признаются сведения о Застрахованном лице, состоянии его здоровья, о его профессии, сведения о действующем разрешении на работу (патенте) трудового мигранта (дата, номер, срок действия, территория и пр.) или предполагаемом сроке действия разрешения на работу или патента и предполагаемой территории действия патента.

6.5. В целях оценки страхового риска, Страховщик вправе потребовать проведения за счет Страхователя предварительного медицинского обследования лиц, подлежащих страхованию.

6.6. На основании предоставленных документов Застрахованного лица, результатов проведенного обследования и/или анкетирования, Страховщиком определяется принадлежность Застрахованного к определенной группе риска, с учетом которой Страховщик определяет страховой тариф для расчета суммы страховой премии:

1 группа	Практически здоровые лица без отягощенной наследственности, имеющие в анамнезе простудные заболевания, травмы, аппендицит, грыжу, с умеренной выраженностью вредных привычек, не работающие на производстве с особо вредными условиями труда, у которых при обследовании впервые выявлено

	(при анкетировании определено) острое или хроническое заболевание легкого течения, требующее консервативного лечения.
2 группа	Лица с повышенным риском наступления осложнения имеющегося заболевания или его неблагоприятного течения, с отягощенной наследственностью по диабету, онкологическим, сердечно-сосудистым, почечным и психическим заболеваниям, перенесшие черепно-мозговые травмы, злоупотребляющие алкоголем и курением, работающие на производстве с особо вредными условиями труда, у которых имеется острое или хроническое заболевание с рецидивирующим течением, не требующее хирургического лечения.
3 группа	Больные с рецидивирующими (не менее 2 раз в году) или осложненными заболеваниями (лица трудоспособного возраста, с тяжелыми заболеваниями в анамнезе, злоупотребляющие алкоголем, транквилизаторами, снотворными средствами, работающие на производстве с особо вредными условиями труда), течение которых носит взаимоотягощающий характер.
4 группа	Больные с травмами, тяжелыми острыми или хроническими заболеваниями, требующими сложных методов обследования или лечения, в том числе, хирургического.

6.7. При отказе Застрахованного лица от прохождения предварительного медицинского освидетельствования Страховщик вправе самостоятельно отнести Застрахованное лицо к той или иной группе риска, исходя из имеющихся у Страховщика документов и сведений.

6.8. Страховщик имеет право проверить достоверность указанных Страхователем данных. В случае установления факта сообщения Страхователем о себе или Застрахованном заведомо ложных сведений, Страховщик имеет право отказать Страхователю в заключении договора страхования.

6.9. Если недостоверность данных, сообщенных при заключении договора страхования и влияющих на степень риска, будет обнаружена после вступления договора страхования в силу, Страховщик имеет право потребовать признания Договора недействительным и применения последствий, предусмотренных ст. 179 Гражданского кодекса РФ.

6.10. Полис ДМС трудовых мигрантов должен содержать в том числе следующие сведения.

6.10.1. Сведения о Страхователе:

6.10.1.1. 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 РФ 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 РФ, 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 РФ в качестве документа, удостоверяющего личность иностранного гражданина или лица без гражданства);
- контактная информация (телефон, адрес электронной почты (при наличии));

6.10.1.2. в случае если Страхователем является физическое лицо, зарегистрированное в установленном законодательством РФ 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 РФ в качестве документа, удостоверяющего личность иностранного гражданина или лица без гражданства);
- дата рождения;
- гражданство (при наличии);
- место жительства в РФ (указывается адрес, по которому индивидуальный предприниматель зарегистрирован по месту жительства в установленном законодательством РФ 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 РФ 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;

6.10.1.3. 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 РФ 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.

6.10.2. Информацию о Застрахованном лице:

- фамилия, имя, отчество (последнее – при наличии) на русском языке, а также дополнительно с помощью букв латинского алфавита на основании сведений, содержащихся в документе, предусмотренном федеральным законом или признаваемом в соответствии с международным договором РФ в качестве документа, удостоверяющего личность иностранного гражданина или лица без гражданства;
- пол;
- дата рождения;
- вид и данные удостоверяющего личность трудового мигранта документа, предусмотренного федеральным законом или признаваемого в соответствии с международным договором РФ в качестве документа, удостоверяющего личность иностранного гражданина или лица без гражданства;

- адрес места жительства (регистрации) или адрес места пребывания на территории РФ, дата регистрации;

- гражданство (при наличии);

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

6.10.3. Сведения о Страховщике:

- организационно-правовая форма и полное фирменное наименование;

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

- адрес (место нахождения);

- телефон (факс);

- адрес официального сайта в информационно-телекоммуникационной сети Интернет;

- банковские реквизиты;

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

6.10.4. Реквизиты полиса ДМС трудовых мигрантов:

- серия и номер полиса ДМС трудовых мигрантов;

- дата заполнения полиса ДМС трудовых мигрантов;

6.10.5. Срок действия договора ДМС трудовых мигрантов.

6.10.6. Территорию действия договора ДМС трудовых мигрантов.

6.10.7. Размер страховой суммы.

6.10.8. Подпись Страхователя.

6.11. Застрахованный не имеет права передавать полис ДМС другим лицам с целью получения ими медицинских и иных услуг по договору страхования. Если будет установлено, что Застрахованный передал другому лицу полис ДМС с целью получения им медицинских и иных услуг по договору страхования, Страховщик имеет право исключить данное лицо из числа Застрахованных в одностороннем порядке, направив Страхователю письменное уведомление. Возврат страховой премии в этом случае производится в порядке, аналогичном предусмотренному в пункте 8.2. В том случае, если Страховщик оплатит услуги, оказанные лицу, которому Застрахованный передал свой полис ДМС, Застрахованный обязан возместить Страховщику стоимость таких услуг.

6.12. При утрате Застрахованным полиса ДМС, он должен незамедлительно известить об этом Страховщика. Утраченный полис ДМС признается недействительным и не может являться основанием для получения медицинских услуг в соответствии с договором страхования. В таком случае Застрахованному выдается новый полис ДМС, при этом Страховщик имеет право потребовать от Страхователя уплаты платежа в размере фактической стоимости его изготовления.

6.13. Подписанием договора страхования на основании настоящих Правил, Страхователь (физическое лицо), в соответствии с Федеральным законом Российской Федерации от 27.07.2006 №152-ФЗ «О персональных данных» и ст.946 Гражданского кодекса Российской Федерации, выражает свое согласие на обработку своих персональных данных, содержащихся в заявлении на страхование, договоре страхования, полисе ДМС в целях заключения/сопровождения/исполнения Договора страхования. Обработка персональных данных осуществляется посредством сбора, систематизации, накопления, хранения, уточнения (обновления, изменения), использования, передачи, уничтожения персональных данных, как на бумажных, так и на электронных носителях.

Согласие действительно в течение срока действия договора страхования и в течение 5 (пять) лет после окончания срока действия договора страхования. Согласие может быть отозвано в любой момент при предоставлении Страховщику заявления в простой письменной форме в соответствии с требованиями законодательства Российской Федерации.

7. Срок действия договора страхования. Период страхования. Территория действия договора

7.1. Срок действия договора может определяться путем указания моментов времени и/или календарных дат, которые определяют его начало и окончание, либо путем указания интервала времени и момента, который определяет его начало.

7.2. Период страхования – период, определенный договором страхования, в течение которого Застрахованное лицо имеет право обратиться за получением / организацией получения медицинских и иных услуг по договору ДМС трудовых мигрантов.

7.3. Период страхования и срок действия договора ДМС трудовых мигрантов определяется исходя из сообщенного Страхователем (Застрахованным лицом) предполагаемого срока действия разрешения на работу или патента.

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

7.5. При страховании на срок менее одного года размер страховой премии устанавливается в зависимости от срока страхования, если иное не предусмотрено соглашением сторон:

Срок страхования (мес.)	Процент от размера годовой страховой премии
1	20
2	30
3	40
4	50
5	60
6	70
7	75
8	80
9	85
10	90
11	95

7.6. Страхование, обусловленное договором, распространяется на страховые случаи, наступившие в течение срока действия договора, но не ранее 00 часов дня, следующего за днем оплаты страховой премии (первого страхового взноса), если договором страхования не предусмотрен иной период страхования.

7.7. Договор страхования действовует на всей территории Российской Федерации, если иное не предусмотрено соглашением сторон.

8. Прекращение действия договора страхования

8.1. Договор страхования прекращает действие и Застрахованный теряет право на получение медицинских и иных услуг по договору в случае:

8.1.1. истечения срока действия договора страхования (действие договора страхования заканчивается в 24 часа 00 минут дня, указанного в договоре страхования как дата его окончания);

8.1.2. исполнения Страховщиком обязательств перед Страхователем по договору страхования в полном объеме. При этом договор страхования прекращается без составления дополнительного соглашения к договору страхования;

8.1.3. при отказе Страхователя от договора страхования. Страхователь вправе отказаться от договора страхования в любое время, если к моменту отказа возможность наступления страхового случая не отпала по обстоятельствам, иным, чем страховой случай;

К случаям отказа от договора страхования, в частности относится:

- полный отзыв согласия Страхователя (физического лица) на обработку персональных данных.

При досрочном отказе Страхователя от договора страхования уплаченная Страховщику страховая премия не подлежит возврату, если иное не предусмотрено договором;

8.1.4. ликвидации Страховщика в порядке, установленном действующим законодательством Российской Федерации;

8.1.5. ликвидации Страхователя, являющегося юридическим лицом (кроме случаев правопреемства) или смерти Страхователя – физического лица, с момента вступления в силу соответствующего решения;

8.1.6. признания судом договора страхования недействительным;

8.1.7. если после вступления в силу договора страхования возможность наступления страхового случая отпала, и существование страхового риска прекратилось по обстоятельствам иным, чем страховой случай. При досрочном прекращении договора страхования по обстоятельствам, иным, чем страховой случай, Страховщик имеет право на часть страховой премии, пропорционально времени, в течение которого действовало страхование.

8.1.8. в других случаях, предусмотренных действующим законодательством РФ, настоящими Правилами или договором страхования.

8.2. Договор страхования может быть расторгнут досрочно по обоюдному соглашению Сторон в любое время (при этом порядок возврата части страховой премии определяется соглашением Сторон).

8.3. Договор страхования может быть расторгнут досрочно по требованию Страховщика, в случае если Страхователь возражает против изменения условий страхования или доплаты страховой премии при увеличении степени риска (ст.959 Гражданского кодекса РФ), а также в других случаях, предусмотренных настоящими Правилами или действующим законодательством Российской Федерации. При этом возврат части уплаченной Страхователем премии не производится, если договором страхования не предусмотрено иное.

.

8.. Во всех случаях прекращения договора страхования Страхователь обязан вернуть Страховщику полисы ДМС.

8.. В случае досрочного прекращения срока действия договора страхования, возврат страховой премии (части страховой премии) Страховщик производит в безналичной форме путем перечисления на счет, указанный Страхователем, в течение 10 (десять) рабочих дней со дня получения письменного заявления Страхователя (за исключением случаев, когда заявление Страхователя не предоставляется) о досрочном расторжении или об отказе от Договора страхования.

Возврат страховой премии производится в рублях РФ.

8.6. По запросу Страхователя Страховщик один раз бесплатно предоставляет ему заверенный Страховщиком расчет суммы части страховой премии, подлежащей возврату при досрочном прекращении договора страхования. К указанному расчету по запросу Страхователя прилагаются письменные или даются устные пояснения со ссылками на нормы права и(или) условия настоящих Правил и/или договора страхования.

8.7. Расторжение Сторонами договора страхования осуществляется в порядке, предусмотренном Гражданским кодексом Российской Федерации (глава 29 Гражданского кодекса Российской Федерации).

8.8. Досрочное прекращение действия договора страхования не освобождает Стороны от исполнения обязательств по нему, возникших в период действия договора страхования до момента досрочного прекращения его действия.

9. Изменение страхового риска

9.1. В период действия договора страхования Страхователь обязан незамедлительно письменно уведомлять Страховщика о ставших ему известными значительных изменениях в обстоятельствах, сообщенных Страховщику при заключении или изменении договора.

9.2. Значительными изменениями в обстоятельствах признаются любые изменения в состоянии здоровья Застрахованного лица, образе его жизни, профессии по сравнению с тем, как они были определены при заключении договора страхования.

9.3. Страховщик, уведомленный об обстоятельствах, влекущих увеличение страхового риска, вправе потребовать изменения условий договора страхования и/или уплаты дополнительной суммы страховой премии соразмерно увеличению степени страхового риска.

Дополнительный страховой взнос подлежит уплате в рублях РФ в порядке, предусмотренном договором страхования, в срок не позднее 5 (пять) рабочих дней с даты получения соответствующего требования Страховщика и рассчитывается на основании страховых тарифов, на основании которых заключен договор страхования.

9.4. В случае изменения условий договора страхования, предполагающих возврат Страхователю части ранее уплаченной по договору страхования страховой премии, Страховщик производит возврат части премии, рассчитанный пропорционально времени, в течение которого действовало страхование на прежних условиях, за вычетом расходов на ведение дела, предусмотренных структурой тарифной ставки, в безналичной форме путем перечисления на счет, указанный Страхователем, в течение 10 (десять) рабочих дней со дня подписания дополнительного соглашения.

9.5. Изменения вступают в силу с 00 часов 00 минут дня, следующего за днем уплаты дополнительной страховой премии, при условии подписания дополнительного соглашения между Страховщиком и Страхователем, которое становится неотъемлемой частью договора страхования.

9.6. Если Страхователь возражает против изменения условий договора страхования или уплаты дополнительной суммы страховой премии, то Страховщик вправе потребовать расторжения договора и возмещения убытков в соответствии с действующим законодательством РФ.

10. Права и обязанности Сторон

10.1. Страхователь (Застрахованное лицо) имеет право:

10.1.1. проверять соблюдение Страховщиком условий договора страхования;

10.1.2. требовать предоставления Застрахованному в медицинских и иных учреждениях медицинских и иных услуг, определенных в договоре страхования, в соответствии с условиями страхования;

10.1.3. в случае неудовлетворенности качеством оказанных медицинских и иных услуг, направить в адрес Страховщика письменную жалобу;

10.1.4. в течение срока действия договора страхования по согласованию со Страховщиком повысить размер страховой суммы, или внести другие изменения в условия договора страхования, не противоречащие действующим нормативным актам, заключив со Страховщиком дополнительное соглашение к договору страхования и уплатив при этом, в случае необходимости, дополнительный страховой взнос;

10.1.5. отказаться от договора страхования в любое время;

10.1.6. отозвать свое согласие (если Страхователь (Застрахованное лицо) – физическое лицо) на обработку персональных данных в любой момент при предоставлении Страховщику заявления в простой письменной форме в соответствии с требованиями законодательства Российской Федерации. При этом, полный отзыв согласия Страхователя (физического лица, индивидуального предпринимателя) на обработку его персональных данных, считается отказом Страхователя от договора страхования с даты получения Страховщиком указанного выше заявления. При этом, ранее уплаченная страховая премия возврату не подлежит, если договором страхования не будет установлено иное;

10.1.7. получать от Страховщика документы, подтверждающие внесение Страхователем очередного страхового взноса (при уплате страховой премии в рассрочку);

10.1.8. запросить у Страховщика информацию о размере вознаграждения, выплачиваемого страховому агенту или страховому брокеру.

10.2. Страховщик имеет право:

10.2.1. проверять сообщенную Страхователем (Застрахованным) информацию, а также выполнение Страхователем (Застрахованным) требований и условий договора;

10.2.2. передавать полученную от Страхователя и/или Застрахованного лица информацию о персональных данных Застрахованного лица и состоянии его здоровья в медицинские учреждения с целью исполнения своих обязательств по договору страхования;

10.2.3. отказать в оплате медицинских и иных услуг в случаях, предусмотренных настоящими Правилами;

10.2.4. требовать от Страхователя обеспечить прохождение медицинского освидетельствования/анкетирования Застрахованным лицом в любое время, а также требовать в случае выявления обстоятельств, влекущих увеличение страхового риска, уплаты дополнительного страхового взноса соразмерно увеличению страхового риска или изменений условий договора, а в случае отказа Страхователя – также досрочного расторжения договора страхования; а в случае выявления фактов представления недостоверных сведений, в том числе, влияющих на степень риска (например, возраста, Застрахованных, состояния их здоровья), сообщенных при заключении Договора – требовать признания его недействительным. При этом Страхователь обязан возместить Страховщику понесенные расходы по оплате оказанных медицинских и иных услуг Застрахованному лицу;

10.2.5. досрочно расторгнуть договор страхования или исключить лицо из числа Застрахованных в случаях, предусмотренных условиями настоящих Правил и договора с письменным уведомлением Страхователя об этом;

10.2.6. требовать от Застрахованного/Страхователя компенсации расходов Страховщика, возникших в связи с неявкой Застрахованного на заранее согласованные с медицинским учреждением процедуры, приемы и исследования, необоснованным или ложным вызовом скорой медицинской помощи, нарушением лечебного режима, получением медицинской помощи иным лицом, чем указано в полисе ДМС, получением медицинских и иных услуг, не предусмотренных Программой страхования;

10.2.7. при организации и/или оплате медицинских услуг, запросить у Застрахованного лица действующий патент (разрешение на работу) и/или необходимую медицинскую документацию и материалы в целях проведения соответствующей экспертизы и подтверждения наступления страхового случая;

10.2.8. запрашивать у Страхователя (Застрахованного лица), компетентных органов и иных организаций информацию, необходимую для квалификации заявленного события (решения вопроса о наличии или отсутствии страхового случая), а также установления размера подлежащего выплате страхового возмещения, включая сведения, составляющие коммерческую тайну, если это не противоречит действующему законодательству Российской Федерации, а также самостоятельно выяснять причины, обстоятельства наступления страхового случая;

10.2.9. отсрочить принятие решения о признании заявленного события страховым случаем и выплате страхового возмещения или об отсутствии страхового случая (отсрочить составление страхового акта (иного документа о выплате по форме страховщика) или мотивированного отказа в выплате страхового возмещения):

а) если по факту, связанному с наступлением страхового случая, в соответствии с действующим законодательством назначена дополнительная проверка, возбуждено уголовное дело, дело об административном правонарушении, или начат судебный процесс - до вынесения приговора судом или прекращения уголовного дела, уголовного преследования;

б) если Страхователь (Застрахованное лицо) предоставил ненадлежащим образом оформленные документы (в частности, незаверенные копии документов; документы, подписанные лицом, не имеющим на это полномочий и т.п.), или документы, не содержащие необходимую для квалификации события информацию - до предоставления документов, оформленных надлежащим образом и/или содержащих все необходимые сведения;

в) при возникновении споров в правомочности Страхователя (Застрахованного лица) на получение страховой выплаты – до тех пор, пока не будут представлены необходимые доказательства, но на срок не более 90 (девяносто) дней с момента получения заявления о страховом событии;

г) если у Страховщика имеются мотивированные сомнения в подлинности документов, а равно и достоверности содержащейся в них информации, подтверждающих страховой случай – до тех пор, пока не будет подтверждена подлинность таких документов / достоверность информации специализированной организацией;

д) в случае необходимости проведения независимой экспертизы – на время ее проведения;

е) в случае обжалования (опротестования) судебного решения в установленном действующим законодательством Российской Федерации порядке - до момента вступления в законную силу решения суда;

ж) до получения ответов компетентных органов на запросы по факту наступления события, имеющего признаки страхового случая;

з) в случае не предоставления документа, удостоверяющего личность получателя страховой выплаты – до получения указанного документа, оформленного надлежащим образом;

10.2.10. продлить (приостановить) срок выплаты страхового возмещения, предусмотренный договором страхования, в случае непредоставления сведений, необходимых для осуществления страховой выплаты - до получения указанных сведений/документов, оформленных надлежащим образом;

В случае продления/приостановки Страховщиком срока выплаты страхового возмещения, Страховщик уведомляет обратившееся за страховой выплатой лицо о факте приостановки и запрашивает у него недостающие сведения/документы;

10.2.11. отказать в выплате страхового возмещения при отсутствии страхового случая, а также в случаях, предусмотренных действующим законодательством Российской Федерации и настоящими Правилами;

10.2.12. по устному или письменному запросу Страхователя (Застрахованного лица), в том числе полученному в электронной форме, в срок, не превышающий 30 (тридцать) календарных дней с момента получения такого запроса, при условии возможности идентификации получателя страховых услуг в соответствии с требованиями Федерального закона от 27 июня 2006 года №152-ФЗ «О персональных данных», предоставить бесплатно:

- информацию о расчете суммы страховой выплаты;

- исчерпывающую информацию и документы (в том числе копии документов и (или) выписки из них), на основании которых Страховщиком было принято решение о страховой выплате (за исключением документов, которые свидетельствуют о возможных противоправных действиях получателя страховых услуг, направленных на получение страховой выплаты);

- документы (в том числе копии документов и (или) выписки из них), обосновывающие решение об отказе в выплате страхового возмещения (за исключением документов, которые свидетельствуют о возможных противоправных действиях получателя страховых услуг, направленных на получение страховой выплаты).

10.3. Страхователь обязан:

10.3.1. своевременно и в полном размере уплачивать обусловленную договором страхования страховую премию (страховые взносы);

10.3.2. представить Страховщику необходимые для заключения договора страхования сведения;

10.3.3. получить от Застрахованных лиц и по первому требованию представить Страховщику и/или его представителю письменное согласие Застрахованного лица на использование и предоставление персональных данных Застрахованного лица и состояния его здоровья в медицинские учреждения с целью исполнения обязательств Страховщика по договору страхования;

10.3.4. обеспечить сохранность документов по договору страхования;

10.3.5. обеспечить прохождение медицинского освидетельствования и/или анкетирования Застрахованным лицом в любое время в течение действия договора по требованию Страховщика;

10.4. Застрахованный обязан:

10.4.1. соблюдать предписания лечащего врача, полученные в ходе предоставления медицинской помощи, соблюдать распорядок, установленный медицинским учреждением;

10.4.2. заботиться о сохранности полиса ДМС и не передавать его другим лицам с целью получения ими медицинских и иных услуг;

10.4.3. пройти медицинское освидетельствование и/или анкетирование в любое время в течение действия договора по требованию Страховщика;

10.4.4. в максимально короткие сроки сообщить Страховщику об обстоятельствах, влекущих увеличение степени страхового риска, а также об изменении персональных данных (фамилии, имени, отчества, места жительства);

10.4.5. представлять Страховщику право на ознакомление с медицинской документацией из любых медицинских и иных учреждений для решения вопросов, связанных с реализацией договора страхования и оплатой оказанных Застрахованному услуг.

10.5. Страховщик обязан:

10.5.1. выдать/направить Страхователю договор страхования (полис ДМС), Правила и иные документы, являющиеся неотъемлемой частью договора страхования (программы, планы, дополнительные условия страхования и другие документы в соответствии с условиями, указанными в договоре страхования), и разъяснить Страхователю основные положения, содержащиеся в Правилах и договоре страхования (полисе ДМС). При направлении вышеперечисленных документов в рамках соглашения об электронном взаимодействии или в рамках соглашения об электронном документообороте, Страховщик обязан предоставить по требованию Страхователя текст документов на бумажном носителе;

10.5.2. не разглашать сведения о Страхователе и его имущественном положении, за исключением случаев, предусмотренных действующим законодательством Российской Федерации;

10.5.3. потребовать изменения условий договора страхования или уплаты дополнительной страховой премии соразмерно увеличению степени риска при существенном изменении обстоятельств, по сравнению с оговоренными в договоре страхования;

10.5.4. по поступившему запросу проинформировать Страхователя (Застрахованное лицо) обо всех предусмотренных договором страхования и (или) Правилами необходимых действиях, которые он должен предпринять, и обо всех документах, предоставление которых обязательно для рассмотрения вопроса о признании события страховым случаем и определения размера страхового возмещения, а также о сроках проведения указанных действий и представления документов;

10.5.5. обеспечивать соблюдение требований к идентификации Страхователей (Застрахованных лиц), их представителей, иных лиц в целях противодействия легализации (отмыванию) доходов, полученных преступным путем, и финансированию терроризма при заключении договора страхования и/или при урегулировании требований о страховой выплате;

10.5.6. при оплате страховой премии в рассрочку, проинформировать Страхователя о факте просрочки уплаты очередного страхового взноса или факте его уплаты не в полном объеме, а также о последствиях таких нарушений одним из следующих способов: путем рассылки SMS сообщения на имеющийся у Страховщика телефонный номер или путем письменного уведомления, в том числе с помощью официального сайта Страховщика через личный кабинет Страхователя (при наличии) путем электронного взаимодействия/документооборота;

10.5.7. уведомить Страхователя о дополнительных условиях для заключения договора страхования (в т.ч. о перечне документов и информации, необходимых для заключения договора страхования и т.п.);

10.5.8. по запросу Страхователя предоставить ему копии договора страхования (полиса ДМС) и копии иных документов, являющихся неотъемлемой частью договора страхования (Правил, программ, планов, дополнительных условий страхования и других документов в соответствии с условиями, указанными в договоре страхования), за исключением информации, не подлежащей разглашению (персональные данные других застрахованных лиц, данные об уплаченных премиях по коллективным договорам страхования, условия страхования других категорий застрахованных лиц и пр.). При этом, Страховщик обязан предоставить Страхователю копии указанных документов по действующим договорам страхования бесплатно один раз;

10.5.9. по запросу Страхователя предоставить ему информацию о размере вознаграждения, выплачиваемого страховому агенту или страховому брокеру;

10.5.10. по поступившему запросу проинформировать Страхователя (Застрахованное лицо) о предусмотренных договором страхования и (или) Правилами форме и способах осуществления страховой выплаты, и порядке их изменения, направленных на обеспечение прав получателя страховых услуг на получение выплаты;

10.5.11. при наступлении страхового события организовать и оплатить медицинские и иные услуги в порядке, установленном в договоре страхования;

10.5.12. обеспечить конфиденциальность в отношениях со Страхователем (Застрахованным);

10.5.13. контролировать объем, сроки и качество медицинской и иной помощи, оказанной Застрахованному в медицинских и иных учреждениях, медицинская и иная помощь в которых была организована Страховщиком;

10.5.14. уведомить Страхователя и Застрахованного об уменьшении размера страховой суммы до размера менее 10 000 (Десяти тысяч) рублей;

10.5.15. в случае принятия решения об отказе в выплате страхового возмещения, в течение 3 (трех) рабочих дней после принятия решения об отказе, если иной срок не установлен действующим законодательством и нормативными актами Банка России, направить Страхователю (Застрахованному лицу) письменное уведомление с мотивированным обоснованием причин отказа в выплате страхового возмещения (в том числе с помощью официального сайта Страховщика в информационно-телекоммуникационной сети «Интернет» через личный кабинет Страхователя, путем электронного взаимодействия/документооборота) со ссылками на нормы права и (или) условия договора страхования и Правил, на основании которых принято решение об отказе.

10.6. Страховщик и Страхователь также обладают иными правами и обязанностями, предусмотренными договором страхования и действующим законодательством Российской Федерации.

11. Порядок и условия осуществления страховой выплаты

11.1. Страховая выплата осуществляется в виде оплаты медицинских и иных услуг, предусмотренных договором страхования или оплаты организации их оказания Застрахованному лицу.

11.2 Для получения медицинских и иных услуг Страхователь, Застрахованный в порядке, предусмотренном договором страхования обращается:

11.2.1. в медицинские учреждения, предусмотренные договором страхования;

11.2.2. к Страховщику по контактным телефонам, указанным в страховых документах;

11.2.3. в специализированную сервисную компанию, обеспечивающую организацию медицинской и иной помощи в соответствии с условиями договора страхования, по контактным телефонам, указанным в полисе ДМС.

При этом Страхователь, Застрахованное лицо обязаны указать достоверные сведения о дате начала действия разрешения на работу (патента) при обращении в медицинское учреждение, к Страховщику или в сервисную компанию.

11.3. Оплата стоимости медицинских и иных услуг, оказанных Застрахованному лицу, производится исходя из фактических затрат на оказание таких услуг по ценам и в сроки, которые согласованы между Страховщиком, медицинским учреждением, сервисной компанией, после выставления последними Страховщику счета по оказанным услугам.

11.4. Во всех случаях Страховщик оплачивает услуги медицинских и иных учреждений только в пределах страховой суммы, установленной договором страхования и/или в пределах страховой суммы, установленной по отдельному виду медицинской помощи, указанному в Программе ДМС (иных лимитов на отдельные виды услуг).

11.5. При необходимости оказания Застрахованному лицу медицинских и иных услуг сверх страховой суммы (лимита ответственности), эти услуги могут быть оказаны Застрахованному только после увеличения страховой суммы по договору с соответствующим увеличением страховой премии. Размер страховой премии, подлежащей доплате, срок и порядок ее уплаты определяется Страховщиком и отражается в дополнительном соглашении к договору (п.9.3. Правил).

11.6. При отказе Страхователя в оплате страховой премии согласно п. 11.5. Правил, решение вопроса о возможности получения Застрахованным лицом медицинских услуг в медицинских учреждениях, определенных в договоре страхования, за счет личных средств принимается Застрахованным лицом индивидуально.

11.7. В отдельных случаях Страховщик может рассмотреть вопрос о возмещении расходов, понесенных Страхователем (Застрахованным) по оплате медицинских и иных услуг, оказанных по согласованию со Страховщиком и в соответствии с условиями договора страхования, непосредственно Страхователю (Застрахованному) наличными деньгами или перечислением на его счет.

11.8. Для возмещения понесенных расходов Страхователь (Застрахованный) обязан в течение 30 (тридцать) дней после оплаты медицинских и иных услуг обратиться к Страховщику с письменным заявлением и предоставить:

– договор страхования;

– документы, подтверждающие получение Застрахованным лицом услуги (заключение о проведенном обследования или лечении, выписка из истории болезни, амбулаторная карта, рецепт и пр.);

– документ, подтверждающий факт оплаты полученной услуги (счет, кассовый чек, квитанция

– разрешение на работу/патент.

11.9. Страховщик не оплачивает медицинские услуги, оказанные после окончания срока действия договора, либо оказанные до начала действия разрешения на работу (патента) (если иное не предусмотрено соглашением сторон).

11.10. Страховая выплата не производится, если произошедшее событие не является страховым случаем (исключено из страхового риска) в соответствии с настоящими Правилами, или если Страховщик освобожден от страховой выплаты в соответствии с действующим законодательством РФ.

11.11. Если договором страхования не предусмотрено иное, Страховщик освобождается от выплаты страхового возмещения, когда страховой случай наступил вследствие умысла Страхователя (Застрахованного лица), направленного на наступление страхового случая.

12. Ответственность сторон

12.1. Ответственность Страховщика:

12.1.1. в случае необоснованного отказа медицинского учреждения в предоставлении Застрахованному услуг, предусмотренных условиями договора страхования, неполного или некачественного оказания услуг, Страховщик на основании письменного заявления Застрахованного принимает меры, направленные на предоставление Застрахованному предусмотренных Договором страхования услуг в полном объеме. Обоснованность претензий Застрахованного определяется Страховщиком;

12.1.2. в случае причинения медицинским учреждением вреда здоровью Застрахованного, Страховщик принимает возможные меры в соответствии с законодательством по возмещению этим учреждением нанесенного ущерба Застрахованному;

12.1.3. во всех случаях Страховщик не несет ответственности при изменении по желанию Застрахованного (вопреки рекомендациям врача) медицинских и иных технологий, используемых при лечении как основного заболевания, так и его осложнений, а также оздоровительных и иных применяемых процедур или методов оказания услуг.

12.2. Ответственность Застрахованного (Страхователя):

12.2.1. в случае нарушения Застрахованным медицинских предписаний и рекомендаций врачебного персонала, а также несоблюдения правил внутреннего распорядка, установленных в медицинском и ином учреждении, учреждение вправе прекратить обслуживание Застрахованного, в том числе, выписать его из стационара, сделав соответствующую отметку в медицинских документах;

12.2.2. при необоснованном вызове Застрахованным на дом врача, скорой или неотложной медицинской помощи и использовании санитарных транспортных средств не по медицинским показаниям, или ином использовании медицинских и иных услуг в нарушение настоящих Правил и договора страхования, Страховщик вправе требовать досрочного расторжения Договора страхования в отношении данного Застрахованного, направив Страхователю письменное уведомление.

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

12.2.2.1. вызов осуществлен Застрахованным для медицинского обслуживания незастрахованного лица;

12.2.2.2. при вызове, осуществленном Застрахованным или лицом, действующим в его интересах, преднамеренно представлена искаженная информация, касающаяся необходимости медицинского и иного обслуживания и/или места пребывания Застрахованного;

12.2.2.3. вызов осуществлен не в медицинских целях;

12.2.2.4. вызов осуществлен к Застрахованному, находящемуся в состоянии алкогольного или наркотического опьянения, а также при попытке самоубийства, если иного не предусмотрено законодательством РФ.

13. Особые условия

13.1. Настоящие Правила регламентируют основные условия страхования. По соглашению Сторон в договор могут быть внесены дополнения и изменения к настоящим Правилам, не противоречащие действующим нормативным актам, исходя из конкретных условий страхования.

13.2. В случае внесения изменений в документы, послужившие основанием для утверждения настоящих Правил, Правила подлежат применению в той мере, в которой они соответствуют таким изменениям.

13.3. Страховщик гарантирует соблюдение врачебной тайны в соответствии с действующим законодательством РФ.

13.4. Вся необходимая медицинская документация: листки нетрудоспособности, рецепты (кроме льготных и бесплатных), выписные эпикризы и др. – выдается Застрахованным на общих основаниях согласно действующему законодательству РФ.

13.5. Страховщик имеет право на ознакомление с медицинской и иной документацией Застрахованного, отражающей его историю заболевания, физическое и психическое состояние, диагноз, ход и прогноз результатов лечения, условия оказания Застрахованному лицу медицинских и иных услуг, а также использовать данную информацию для решения вопросов, связанных с реализацией договора страхования, оплатой оказанных Застрахованному услуг, защитой прав Застрахованного.

14. Разрешение споров

14.1. По спорам, вытекающим из договора страхования, обязателен следующий досудебный порядок урегулирования, состоящий из двух обязательных этапов:

- проведение переговоров - при этом лицо, считающее, что его права нарушены, обязано направить письменное уведомление о проведении переговоров, обеспечив вручение адресату уведомления о дате, времени и месте переговоров за 7 (семь) дней до дня переговоров;
- при недостижении соглашения по предмету спора в процессе переговоров обязательным является направление письменной претензии (заявления) (в т.ч. с помощью официального сайта Страховщика в информационно-телекоммуникационной сети «Интернет» путем электронного взаимодействия/документооборота), с указанием причин несогласия с действиями (бездействием) оппонента, мотивированных доводов по предъявляемым требованиям.

14.2. Срок рассмотрения претензий (заявлений) и подсудность:

14.2.1. Для юридических лиц, иных лиц, не являющихся потребителями согласно Закона РФ от 07.02.1992 №2300-1 «О защите прав потребителей» (в отношении лиц, упомянутых в ч.3 ст.2 Федерального закона РФ от 04.06.2018 №123-ФЗ «Об уполномоченном по правам потребителей финансовых услуг», данные вопросы определены в п.14.2.2 настоящих Правил), срок рассмотрения претензии составляет 30 (тридцать) дней со дня получения претензии. В случае неудовлетворения претензии споры с лицами, указанными в настоящем пункте Правил, разрешаются в судебном порядке в Арбитражном суде по подсудности, предусмотренной действующим законодательством Российской Федерации.

14.2.2. Для физических лиц, являющихся потребителями согласно Закона РФ от 07.02.1992 №2300-1 «О защите прав потребителей», а также для иных лиц, которым перешли права требования потребителя финансовых услуг к финансовой организации (ч.3 ст.2 Федерального закона РФ от 04.06.2018 №123-ФЗ «Об уполномоченном по правам потребителей финансовых услуг») срок рассмотрения претензий (электронного заявления в соответствии с положениями Федерального закона РФ от 04.06.2018 №123-ФЗ «Об уполномоченном по правам потребителей финансовых услуг») составляет:

- в случаях, подлежащих рассмотрению в порядке ч.1 ст.15 и п.1 ч.2 ст.16 Федерального закона РФ от 04.06.2018 №123-ФЗ «Об уполномоченном по правам потребителей финансовых услуг»,
- 15 (пятнадцать) рабочих дней с момента получения претензии (электронного заявления в соответствии с положениями Федерального закона РФ от 04.06.2018 №123-ФЗ «Об уполномоченном по правам потребителей финансовых услуг»), при этом со дня нарушения прав Страхователя должно пройти не более 180 календарных дней;
- в иных случаях 30 (тридцать) дней.

В случае неудовлетворения претензий/заявлений лиц, указанных в настоящем пункте Правил, споры разрешаются в судебном порядке в суде по установленной подсудности.

15. Почтовые уведомления

15.1. Вся переписка между Страховщиком и Страхователем осуществляется по почтовым адресам (в т.ч. адресу электронной почты), указанным в договоре страхования (полисе). Каждая из Сторон обязана известить другую Сторону об изменении таких адресов в течении 3 (трех) дней с даты его изменения в письменной форме, при этом риски неполучения корреспонденции в связи с неуведомлением о таком изменении лежат на Стороне, не исполнившей данную обязанность.

15.2. Уведомление, направленное по почтовому адресу (в т.ч. адресу электронной почты), указанному в договоре страхования (полисе), считается доставленным и полученным адресатом по истечении 10 (десять) дней после его отправки, дата которой подтверждается штемпелем на конверте, либо ином документе о направлении такого уведомления, в том числе, в случае возврата почтовой корреспонденции с указанием, что сторона по адресу, указанному в договоре, не значится («выбыл») или за окончанием срока хранения.

15.3. Иной срок, по истечении которого направленное уведомление считается доставленным и полученным адресатом, а также порядок такого уведомления может быть изменен по соглашению сторон в договоре страхования.

Приложение № 1
к Правилам добровольного медицинского
страхования трудовых мигрантов

ПРОГРАММА ДМС «ТРУДОВОЙ МИГРАНТ» вариант «Эконом»

Программа добровольного медицинского страхования «Трудовой мигрант» вариант «Эконом» (далее-Программа ДМС) предусматривает организацию и оказание первичной медико-санитарной помощи и специализированной медицинской помощи в неотложной форме по поводу заболеваний и состояний, входящих, согласно части шестой статьи 35 Федерального закона № 326-ФЗ от 29.11.2010 «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации», в базовую программу обязательного медицинского страхования на нижеуказанных условиях:

1. Перечень услуг, оплачиваемых Страховщиком, оказываемых по медицинским показаниям и организуемых в рамках Программы ДМС:

1.1. *При оказании первичной медико-санитарной помощи в неотложной форме* (по поводу одного состояния/заболевания/травмы (далее-заболевания) за весь срок действия договора страхования):

1.1.1. первичные и контрольные осмотры, выполняемые по медицинским показаниям следующими врачами в соответствии с лицензиями медицинских организаций с назначением обследования и лечения: врачами - терапевтами, врачами - терапевтами участковыми, врачами общей практики (семейными врачами); по одному первичному и одному повторному осмотру врачами -специалистами в течение действия договора страхования: неврологом, акушером-гинекологом, хирургом, травматологом-ортопедом, оториноларингологом, офтальмологом, урологом; экспертиза временной нетрудоспособности (кроме стоматологических заболеваний; перечень стоматологических вмешательств, подлежащих оплате, установлен в подпункте 1.1.4. настоящей Программы ДМС);

1.1.2. диагностические услуги, оказанные по поводу заболевания, послужившего причиной обращения за медицинской помощью в соответствии с медицинскими показаниями: рентгенологические исследования: рентгенография, ЭКГ, УЗИ органов брюшной полости и забрюшинного пространства, УЗИ органов малого таза; эндоскопические исследования: эзофагогастродуоденоскопия, колоноскопия; лабораторная диагностика: общие клинические анализы крови и мочи, общетерапевтический биохимический анализ крови (кроме стоматологических заболеваний; перечень стоматологических вмешательств, подлежащих оплате, установлен в подпункте 1.1.4. настоящей Программы ДМС);

1.1.3. лечебные вмешательства, выполняемые при оказании первичной медико-санитарной помощи: инъекции, оперативные вмешательства при травмах мягких тканей и при гнойно-септических заболеваниях, репозиции при переломах, вправления при вывихах, серопрофилактика столбняка, выполняемая по медицинским показаниям при травмах (кроме стоматологических заболеваний; перечень стоматологических вмешательств, подлежащих оплате, установлен в подпункте 1.1.4. настоящей Программы ДМС);

1.1.4. стоматологические услуги, оказываемые по поводу острой зубной боли (один случай за время действия договора страхования) при пульпитах, периодонтитах, травмах зубов и тканей ротовой полости: первичные осмотры стоматологом-терапевтом, стоматологом-хирургом, назначение лечения; прицельная рентгенография, местная анестезия (проводниковая, инфильтрационная); оказание услуг по стоматологии хирургической: удаление зуба по медицинским показаниям, вскрытие абсцессов, выполнение послабляющих разрезов.

1.2. *При оказании специализированной медицинской помощи в неотложной форме* (по поводу одного состояния/заболевания/травмы (далее-заболевания) за весь срок действия договора страхования):

1.2.1. пребывание в стандартной (общей) палате;

1.2.2. оказание диагностических услуг;

1.2.3. оказание лечебных услуг: выполнение анестезиологических пособий, оперативных вмешательств, выполнение консервативного лечения, в том числе в условиях интенсивной терапии, с применением назначенных врачами лекарственных средств, перевязочных материалов, средств иммобилизации (гипсовых повязок), имплантируемых в организм человека медицинских изделий в соответствии с установленным настоящей Программой ДМС перечнем.

1.3. Настоящая Программа ДМС предусматривает оплату используемых медицинским персоналом при оказании первичной медико-санитарной помощи в неотложной форме лекарственных препаратов, включенных в утверждаемый Правительством Российской Федерации перечень жизненно необходимых и важнейших лекарственных препаратов для медицинского применения и медицинских изделий, и медицинских изделий, включенных 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.

2. Исключения из Программы ДМС

Не признаются страховым случаем и не подлежат оплате случаи и медицинские расходы, определенные пп.2.1.14. и 4.4. Правил страхования.

3. Порядок организации и оказания услуг, предусмотренных Программой ДМС:

При необходимости получения медицинской помощи Застрахованный (его представитель) обязан обратиться к Страховщику/в Сервисную компанию по указанным в полисе телефонам и сообщить оператору о случившемся, сообщив при этом данные полиса, место нахождения, контактный телефон, характер травмы (заболевания), а также данные патента Застрахованного лица и следовать указаниям специалиста Страховщика/Сервисной компании.

Медицинская помощь предоставляется в соответствии с перечнем услуг, указанных в п.1 и с учетом положений п. 2. настоящей Программы ДМС в соответствии с лечебно-диагностическими возможностями медицинских организаций, в которые Застрахованного направляет Страховщик/Сервисная компания и с которыми у Страховщика/Сервисной компании установлены договорные отношения.

При обращении за медицинской помощью в медицинское учреждение, определенное Страховщиком/Сервисной компанией, Застрахованный обязан предъявить документ, удостоверяющий личность, страховой полис, патент на осуществление трудовой деятельности или разрешение на работу для проверки соответствия периода страхования страхового полиса срокам действия документов, разрешающих трудовую деятельность в РФ.

В случае утери полиса, изменения персональных данных (фамилии, адреса проживания, номеров контактных телефонов), необходимо довести данную информацию до Страховщика.

Условия и порядок урегулирования страховых событий определяется Правилами добровольного медицинского страхования трудовых мигрантов АО «ГСК «Югория».

Страховщик
_____/_____/
МП

Страхователь
_____/_____/

Приложение № 2
к Правилам добровольного медицинского
страхования трудовых мигрантов

ПРОГРАММА ДМС «ТРУДОВОЙ МИГРАНТ» вариант «Эконом Плюс»

Программа добровольного медицинского страхования «Трудовой мигрант» вариант «Эконом Плюс» (далее-Программа ДМС) предусматривает организацию и оказание первичной медико-санитарной помощи и специализированной медицинской помощи в неотложной форме по поводу заболеваний и состояний, входящих, согласно части шестой статьи 35 Федерального закона № 326-ФЗ от 29.11.2010 «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации», в базовую программу обязательного медицинского страхования на нижеуказанных условиях:

1. Перечень услуг, оплачиваемых Страховщиком, оказываемых по медицинским показаниям и организуемых в рамках Программы ДМС:

1.1. *При оказании первичной медико-санитарной помощи в неотложной форме* (по поводу одного состояния/заболевания/травмы (далее-заболевания) за весь срок действия договора страхования):

1.1.1. первичные и контрольные осмотры, выполняемые по медицинским показаниям следующими врачами в соответствии с лицензиями медицинских организаций с назначением обследования и лечения: врачами - терапевтами, врачами - терапевтами участковыми, врачами общей практики (семейными врачами); по одному первичному и одному повторному осмотру врачами -специалистами в течение действия договора страхования: неврологом, акушером-гинекологом, хирургом, травматологом-ортопедом, оториноларингологом, офтальмологом, урологом; экспертиза временной нетрудоспособности (кроме стоматологических заболеваний; перечень стоматологических вмешательств, подлежащих оплате, установлен в подпункте 1.1.4. настоящей Программы ДМС);

1.1.2. диагностические услуги, оказанные по поводу заболевания, послужившего причиной обращения за медицинской помощью в соответствии с медицинскими показаниями: рентгенологические исследования: рентгенография, ЭКГ, УЗИ органов брюшной полости и забрюшинного пространства, УЗИ органов малого таза; эндоскопические исследования: эзофагогастродуоденоскопия, колоноскопия; лабораторная диагностика: общие клинические анализы крови и мочи, общетерапевтический биохимический анализ крови (кроме стоматологических заболеваний; перечень стоматологических вмешательств, подлежащих оплате, установлен в подпункте 1.1.4. настоящей Программы ДМС);

1.1.3. лечебные вмешательства, выполняемые при оказании первичной медико-санитарной помощи: инъекции, оперативные вмешательства при травмах мягких тканей и при гнойно-септических заболеваниях, репозиции при переломах, вправления при вывихах, серопрофилактика столбняка, выполняемая по медицинским показаниям при травмах (кроме стоматологических заболеваний; перечень стоматологических вмешательств, подлежащих оплате, установлен в подпункте 1.1.4. настоящей Программы ДМС);

1.1.4. стоматологические услуги, оказываемые по поводу острой зубной боли (один случай за время действия договора страхования) при пульпитах, периодонтитах, травмах зубов и тканей ротовой полости: первичные осмотры стоматологом-терапевтом, стоматологом-хирургом, назначение лечения; прицельная рентгенография, местная анестезия (проводниковая, инфильтрационная); оказание услуг по стоматологии хирургической: удаление зуба по медицинским показаниям, вскрытие абсцессов, выполнение послабляющих разрезов.

1.2. *При оказании специализированной медицинской помощи в неотложной форме* (по поводу одного состояния/заболевания/травмы (далее-заболевания) за весь срок действия договора страхования):

1.2.1. пребывание в стандартной (общей) палате;

1.2.2. оказание диагностических услуг;

1.2.3. оказание лечебных услуг: выполнение анестезиологических пособий, оперативных вмешательств, выполнение консервативного лечения, в том числе в условиях интенсивной терапии, с применением назначенных врачами лекарственных средств, перевязочных материалов, средств иммобилизации (гипсовых повязок), имплантируемых в организм человека медицинских изделий в соответствии с установленным настоящей Программой ДМС перечнем.

1.3. Настоящая Программа ДМС предусматривает оплату используемых медицинским персоналом при оказании первичной медико-санитарной помощи в неотложной форме лекарственных препаратов, включенных в утверждаемый Правительством Российской Федерации перечень жизненно необходимых и важнейших лекарственных препаратов для медицинского применения и медицинских изделий, и медицинских изделий, включенных 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.

1.4. Настоящая Программа ДМС включает в себя услуги по репатриации, предоставляемые в соответствии с перечнем услуг, указанных в п.2.1.12 Правил, в пределах страховой суммы 50 000 руб., включенной в общую страховую сумму по полису.

2. Исключения из Программы ДМС

Не признаются страховым случаем и не подлежат оплате случаи и медицинские расходы, определенные пп.2.1.14. и 4.4. Правил страхования.

3. Порядок организации и оказания услуг, предусмотренных Программой ДМС:

При необходимости получения медицинской помощи Застрахованный (его представитель) обязан обратиться к Страховщику/в Сервисную компанию по указанным в полисе телефонам и сообщить оператору о случившемся, сообщив при этом данные полиса, место нахождения, контактный телефон, характер травмы (заболевания), а также данные патента Застрахованного лица и следовать указаниям специалиста Страховщика/Сервисной компании.

Медицинская помощь предоставляется в соответствии с перечнем услуг, указанных в п.1 и с учетом положений п. 2. настоящей Программы ДМС в соответствии с лечебно-диагностическими возможностями медицинских организаций, в которые Застрахованного направляет Страховщик/Сервисная компания и с которыми у Страховщика/Сервисной компании установлены договорные отношения.

При обращении за медицинской помощью в медицинское учреждение, определенное Страховщиком/Сервисной компанией, Застрахованный обязан предъявить документ, удостоверяющий личность, страховой полис, патент на осуществление трудовой деятельности или разрешение на работу для проверки соответствия периода страхования страхового полиса срокам действия документов, разрешающих трудовую деятельность в РФ.

В случае утери полиса, изменения персональных данных (фамилии, адреса проживания, номеров контактных телефонов), необходимо довести данную информацию до Страховщика.

Условия и порядок урегулирования страховых событий определяется Правилами добровольного медицинского страхования трудовых мигрантов АО «ГСК «Югория».

Страховщик _____/_____/
МП

Страхователь _____/_____/

Приложение № 3
к Правилам добровольного медицинского
страхования трудовых мигрантов

ФОРМА

ПРОГРАММА ДМС «ТРУДОВОЙ МИГРАНТ» вариант «Стандарт»

Программа добровольного медицинского страхования «Трудовой мигрант» вариант «Стандарт» (далее-Программа ДМС) предусматривает организацию и оказание первичной медико-санитарной помощи и специализированной медицинской помощи в неотложной форме по поводу заболеваний и состояний, входящих, согласно части шестой статьи 35 Федерального закона № 326-ФЗ от 29.11.2010 «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации», в базовую программу обязательного медицинского страхования на нижеуказанных условиях:

1. Перечень услуг, оплачиваемых Страховщиком, оказываемых по медицинским показаниям и организуемых в рамках Программы ДМС:

1.1. *При оказании первичной медико-санитарной помощи в неотложной форме*:

1.1.1. первичные и контрольные осмотры, выполняемые по медицинским показаниям врачами в соответствии с лицензиями медицинских организаций с назначением обследования и лечения, экспертиза временной нетрудоспособности (кроме стоматологических заболеваний; перечень стоматологических вмешательств, подлежащих оплате, установлен в подпункте 1.1.4. настоящей Программы ДМС);

1.1.2. диагностические услуги, оказанные по поводу заболевания, послужившего причиной обращения за медицинской помощью в соответствии с медицинскими показаниями: рентгенологические исследования, магнитно- резонансная томография, ЭКГ, УЗИ, эндоскопические исследования; лабораторная диагностика: общие клинические анализы крови и мочи, общетерапевтический биохимический анализ крови (кроме стоматологических заболеваний; перечень стоматологических вмешательств, подлежащих оплате, установлен в подпункте 1.1.4. настоящей Программы ДМС);

1.1.3. лечебные вмешательства, выполняемые при оказании первичной медико-санитарной помощи: инъекции, оперативные вмешательства, репозиции при переломах, вправления при вывихах, серопрофилактика столбняка, выполняемая по медицинским показаниям при травмах (кроме стоматологических заболеваний; перечень стоматологических вмешательств, подлежащих оплате, установлен в подпункте 1.1.4. настоящей Программы ДМС);

1.1.4. стоматологические услуги, оказываемые по поводу острой зубной боли при пульпитах, периодонтитах, травмах зубов и тканей ротовой полости: первичные осмотры стоматологом-терапевтом, стоматологом-хирургом, назначение лечения; прицельная рентгенография, местная анестезия (проводниковая, инфильтрационная); оказание услуг по стоматологии терапевтической: вскрытие полости зуба, наложение лекарственной повязки, наложение временной пломбы; оказание услуг по стоматологии хирургической: удаление зуба по медицинским показаниям, вскрытие абсцессов, выполнение послабляющих разрезов.

1.2. *При оказании специализированной медицинской помощи в неотложной форме*:

1.2.1. пребывание в стандартной (общей) палате;

1.2.2. оказание диагностических услуг;

1.2.3. оказание лечебных услуг и выполнение оперативных вмешательств, выполнение консервативного лечения, в том числе в условиях интенсивной терапии, с применением назначенных врачами лекарственных средств, перевязочных материалов, средств иммобилизации (гипсовых повязок), имплантируемых в организм человека медицинских изделий в соответствии с установленным настоящей Программой ДМС перечнем.

1.3. Настоящая Программа ДМС предусматривает оплату используемых медицинским персоналом при оказании первичной медико-санитарной помощи в неотложной форме лекарственных препаратов, включенных в утверждаемый Правительством Российской

Федерации перечень жизненно необходимых и важнейших лекарственных препаратов для медицинского применения и медицинских изделий, и медицинских изделий, включенных 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.

2. Исключения из Программы ДМС

Не признаются страховым случаем и не подлежат оплате случаи и медицинские расходы, определенные пп. 2.1.14. и 4.4. Правил страхования.

3. Порядок организации и оказания услуг, предусмотренных Программой ДМС:

При необходимости получения медицинской помощи Застрахованный (его представитель) обязан обратиться к Страховщику/в Сервисную компанию по указанным в полисе телефонам и сообщить оператору о случившемся, сообщив при этом данные полиса, место нахождения, контактный телефон, характер травмы (заболевания), а также данные патента Застрахованного лица и следовать указаниям специалиста Страховщика/Сервисной компании.

Медицинская помощь предоставляется в соответствии с перечнем услуг, указанных в п.1 и с учетом положений п. 2. настоящей Программы ДМС в соответствии с лечебно-диагностическими возможностями медицинских организаций, в которые Застрахованного направляет Страховщик/Сервисная компания и с которыми у Страховщика/Сервисной компании установлены договорные отношения.

При обращении за медицинской помощью в медицинское учреждение, определенное Страховщиком/Сервисной компанией, Застрахованный обязан предъявить документ, удостоверяющий личность, страховой полис, патент на осуществление трудовой деятельности или разрешение на работу для проверки соответствия периода страхования страхового полиса срокам действия документов, разрешающих трудовую деятельность в РФ.

В случае утери полиса, изменения персональных данных (фамилии, адреса проживания, номеров контактных телефонов), необходимо довести данную информацию до Страховщика.

Условия и порядок урегулирования страховых событий определяется Правилами добровольного медицинского страхования трудовых мигрантов АО «ГСК «Югория».

Страховщик
_____/_____/
МП

Страхователь
_____/_____/

Приложение № 4
к Правилам добровольного медицинского
страхования трудовых мигрантов

ФОРМА

ПРОГРАММА ДМС «ТРУДОВОЙ МИГРАНТ» вариант «Стандарт Плюс»

Программа добровольного медицинского страхования «Трудовой мигрант» вариант «Стандарт Плюс» (далее-Программа ДМС) предусматривает организацию и оказание первичной медико-санитарной помощи и специализированной медицинской помощи в неотложной форме по поводу заболеваний и состояний, входящих, согласно части шестой статьи 35 Федерального закона № 326-ФЗ от 29.11.2010 «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации», в базовую программу обязательного медицинского страхования на нижеуказанных условиях:

1. Перечень услуг, оплачиваемых Страховщиком, оказываемых по медицинским показаниям и организуемых в рамках Программы ДМС:

1.1. *При оказании первичной медико-санитарной помощи в неотложной форме*:

1.1.1. первичные и контрольные осмотры, выполняемые по медицинским показаниям врачами в соответствии с лицензиями медицинских организаций с назначением обследования и лечения, экспертиза временной нетрудоспособности (кроме стоматологических заболеваний; перечень стоматологических вмешательств, подлежащих оплате, установлен в подпункте 1.1.4. настоящей Программы ДМС);

1.1.2. диагностические услуги, оказанные по поводу заболевания, послужившего причиной обращения за медицинской помощью в соответствии с медицинскими показаниями: рентгенологические исследования, магнитно- резонансная томография, ЭКГ, УЗИ, эндоскопические исследования; лабораторная диагностика: общие клинические анализы крови и мочи, общетерапевтический биохимический анализ крови (кроме стоматологических заболеваний; перечень стоматологических вмешательств, подлежащих оплате, установлен в подпункте 1.1.4. настоящей Программы ДМС);

1.1.3. лечебные вмешательства, выполняемые при оказании первичной медико-санитарной помощи: инъекции, оперативные вмешательства, репозиции при переломах, вправления при вывихах, серопрофилактика столбняка, выполняемая по медицинским показаниям при травмах (кроме стоматологических заболеваний; перечень стоматологических вмешательств, подлежащих оплате, установлен в подпункте 1.1.4. настоящей Программы ДМС);

1.1.4. стоматологические услуги, оказываемые по поводу острой зубной боли при пульпитах, периодонтитах, травмах зубов и тканей ротовой полости: первичные осмотры стоматологом-терапевтом, стоматологом-хирургом, назначение лечения; прицельная рентгенография, местная анестезия (проводниковая, инфильтрационная); оказание услуг по стоматологии терапевтической: вскрытие полости зуба, наложение лекарственной повязки, наложение временной пломбы; оказание услуг по стоматологии хирургической: удаление зуба по медицинским показаниям, вскрытие абсцессов, выполнение послабляющих разрезов.

1.2. *При оказании специализированной медицинской помощи в неотложной форме*:

1.2.1. пребывание в стандартной (общей) палате;

1.2.2. оказание диагностических услуг;

1.2.3. оказание лечебных услуг и выполнение оперативных вмешательств, выполнение консервативного лечения, в том числе в условиях интенсивной терапии, с применением назначенных врачами лекарственных средств, перевязочных материалов, средств иммобилизации (гипсовых повязок), имплантируемых в организм человека медицинских изделий в соответствии с установленным настоящей Программой ДМС перечнем.

1.3. Настоящая Программа ДМС предусматривает оплату используемых медицинским персоналом при оказании первичной медико-санитарной помощи в неотложной

форме лекарственных препаратов, включенных в утверждаемый Правительством Российской Федерации перечень жизненно необходимых и важнейших лекарственных препаратов для медицинского применения и медицинских изделий, и медицинских изделий, включенных 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.

1.4. Настоящая Программа ДМС включает в себя услуги по репатриации, предоставляемые в соответствии с перечнем услуг, указанных в п.2.1.12 Правил, в пределах страховой суммы 50 000 руб., включенной в общую страховую сумму по полису.

2. Исключения из Программы ДМС

Не признаются страховым случаем и не подлежат оплате случаи и медицинские расходы, определенные пп. 2.1.14. и 4.4. Правил страхования.

3. Порядок организации и оказания услуг, предусмотренных Программой ДМС:

При необходимости получения медицинской помощи Застрахованный (его представитель) обязан обратиться к Страховщику/в Сервисную компанию по указанным в полисе телефонам и сообщить оператору о случившемся, сообщив при этом данные полиса, место нахождения, контактный телефон, характер травмы (заболевания), а также данные патента Застрахованного лица и следовать указаниям специалиста Страховщика/Сервисной компании.

Медицинская помощь предоставляется в соответствии с перечнем услуг, указанных в п.1 и с учетом положений п. 2. настоящей Программы ДМС в соответствии с лечебно-диагностическими возможностями медицинских организаций, в которые Застрахованного направляет Страховщик/Сервисная компания и с которыми у Страховщика/Сервисной компании установлены договорные отношения.

При обращении за медицинской помощью в медицинское учреждение, определенное Страховщиком/Сервисной компанией, Застрахованный обязан предъявить документ, удостоверяющий личность, страховой полис, патент на осуществление трудовой деятельности или разрешение на работу для проверки соответствия периода страхования страхового полиса срокам действия документов, разрешающих трудовую деятельность в РФ.

В случае утери полиса, изменения персональных данных (фамилии, адреса проживания, номеров контактных телефонов), необходимо довести данную информацию до Страховщика.

Условия и порядок урегулирования страховых событий определяется Правилами добровольного медицинского страхования трудовых мигрантов АО «ГСК «Югория».

Страховщик
_____/_____/
МП

Страхователь
_____/_____/

Приложение №5
к Правилам страхования

ДОПОЛНИТЕЛЬНАЯ ПРОГРАММА ДМС
«РЕПАТРИАЦИЯ ЗАСТРАХОВАННОГО ЛИЦА»

Программа добровольного медицинского страхования «Репатриация застрахованного лица» (далее-Программа ДМС) заключается дополнительно к основной программе ДМС «Трудовой мигрант» и предусматривает организацию и оказание услуг по репатриации в связи с заболеваниями и состояниями, входящими в основную программу ДМС «Трудовой мигрант», а также смертью застрахованного лица, причиной которой являются застрахованные риски по основной программе.

1. Перечень услуг:

1.1.Медицинская репатриация - экстренная медицинская транспортировка Застрахованного лица до ближайшего к его постоянному месту жительства аэропорта или вокзала, или порта (далее - транспортного узла) в стране постоянного проживания, при условии отсутствия на территории страхования возможностей для предоставления требуемой медицинской помощи, а также в случае, когда лечение может быть осуществлено или продолжено в месте постоянного проживания или в случае, когда расходы по пребыванию в стационаре на территории страхования могут превысить установленный договором страхования (полисом) и/или Правилами страхования лимит возмещения по медицинской помощи.

Медицинская репатриация проводится только при отсутствии медицинских противопоказаний и способом, согласованным со Страховщиком.

1.2. Услуги по репатриации - репатриация останков, санкционированная (согласованная в письменном порядке) Сервисной компанией до международного транспортного узла, ближайшего к месту, где постоянно проживало Застрахованное лицо, в случае его смерти в случае обращения в порядке, предусмотренном Правилами страхования за медицинской и иной помощью

При этом Страховщик не оплачивает расходы на хранение тела и ритуальные услуги.

2. Порядок организации и оказания услуг, предусмотренных Программой ДМС:

По Договору страхования Страхователь, родственник Застрахованного лица медицинская или иная организация, в которой Застрахованное лицо проходило лечение или получало иные услуги, предусмотренные договором страхования , имеет право обратиться за оказанием услуг по репатриации тела Застрахованного в Сервисную компанию или к Страховщику за организацией оказания таких услуг в случае смерти Застрахованного лица при обращении в порядке, предусмотренном Правилами страхования за медицинской и иной помощью.

Услуга предоставляется в соответствии с перечнем услуг, указанных в п.1 с учетом положений абзаца второго п.п.1.2. настоящей Программы ДМС в соответствии с возможностями медицинских и иных организаций, с которыми у Страховщика/Сервисной компании установлены договорные отношения.

В случае утери полиса, изменения персональных данных (фамилии, адреса проживания, номеров контактных телефонов), необходимо довести данную информацию до Страховщика.

Условия и порядок урегулирования страховых событий определяется Правилами добровольного медицинского страхования трудовых мигрантов АО «ГСК «Югория».

Страховщик
_____/_____/
МП

Страхователь
_____/_____/