

**ПУБЛИЧНОЕ АКЦИОНЕРНОЕ ОБЩЕСТВО
«СТРАХОВАЯ ГРУППА «ХОСКА»
(ПАО СГ «ХОСКА»)**

«УТВЕРЖДАЮ»



Генеральный директор
ПАО СГ «ХОСКА»

А.И. Зайцев

Приказ № 135 «29» сентября 2017 г.

П Р А В И Л А

добровольного медицинского страхования трудовых мигрантов

- Раздел 1. ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ
- Раздел 2. СУБЪЕКТЫ СТРАХОВАНИЯ
- Раздел 3. ОБЪЕКТ СТРАХОВАНИЯ
- Раздел 4. СТРАХОВЫЕ СЛУЧАИ. СТРАХОВЫЕ РИСКИ
- Раздел 5. СТРАХОВАЯ СУММА
- Раздел 6. СТРАХОВАЯ ПРЕМИЯ. СТРАХОВОЙ ТАРИФ
- Раздел 7. СТРАХОВАЯ ВЫПЛАТА
- Раздел 8. ОБЩИЕ ИСКЛЮЧЕНИЯ ИЗ ПРАВИЛ
- Раздел 9. СОБЫТИЯ, НЕ ЯВЛЯЮЩИЕСЯ СТРАХОВЫМИ СЛУЧАЯМИ;
РАСХОДЫ, НЕ ПОДЛЕЖАЩИЕ ВОЗМЕЩЕНИЮ
- Раздел 10. ДОГОВОР СТРАХОВАНИЯ
- Раздел 11. ПРАВА И ОБЯЗАННОСТИ СТОРОН
- Раздел 12. ДЕЙСТВИЯ СТОРОН ПРИ НАСТУПЛЕНИИ
СТРАХОВОГО СЛУЧАЯ
- Раздел 13. ИСКОВАЯ ДАВНОСТЬ. ПОРЯДОК РАЗРЕШЕНИЯ СПОРОВ

ПРИЛОЖЕНИЯ

- №1 Программа добровольного медицинского страхования трудовых мигрантов
- №2 Размер базовых тарифных ставок по добровольному медицинскому страхованию трудовых мигрантов
- №3 Страховой полис «добровольного медицинского страхования трудовых мигрантов»

1. ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ

1.1. В соответствии с действующим законодательством, Гражданским кодексом Российской Федерации, Законом РФ "Об организации страхового дела в Российской Федерации", настоящие Правила определяют общие условия и порядок осуществления страхования непредвиденных медицинских расходов иностранных граждан и лиц без гражданства, прибывших в Российскую Федерацию и намеревающихся осуществлять или осуществляющих трудовую деятельность на основании разрешения на работу или патента, связанных с необходимостью получать первичную медико-санитарную помощь, а также специализированную медицинскую помощь в неотложной форме.

1.2. Основные понятия, используемые в настоящих Правилах:

1.2.1. Период страхования – указанный в договоре страхования временной интервал, измеряемый в днях (сутках), в течение которого действует договор страхования.

1.2.2. Территория действия страхования – конкретно обозначенная и указанная в страховом полисе территория - субъект Российской Федерации, на территории которой Застрахованное лицо намеревается осуществлять трудовую деятельность, и в пределах которой Страховщик при наступлении страхового случая несет обязательства по выплате страхового возмещения.

1.2.3. Лимит выплат – максимально возможная сумма страховой выплаты по рискам, установленная договором страхования, по всем страховым случаям.

1.2.4. Хроническое заболевание – болезнь, уже существовавшая у Застрахованного лица до момента заключения договора страхования, которая может привести к ухудшению состояния здоровья и необходимости оказания неотложной медицинской помощи.

1.2.5. Под угрожающим жизни **обострением хронического заболевания** понимается острое состояние, развившееся вследствие существовавших ранее нарушений здоровья (хронических или рецидивирующих), представляющее собой без принятия экстренных мер по купированию данного состояния непосредственную угрозу жизни Застрахованного лица.

1.2.6. Внезапное острое заболевание – впервые диагностированное на территории страхования в указанный в договоре срок страхования нарушение состояния здоровья Застрахованного лица (не связанное с существовавшими ранее нарушениями здоровья (хроническими или рецидивирующими), диагноз которого поставлен в тот же период на основании известных медицинской науке объективных симптомов и которое требует неотложного лечения.

1.2.7. Амбулаторная помощь (амбулаторное лечение) – помощь, оказанная в условиях, не предусматривающих круглосуточного медицинского наблюдения и лечения.

1.2.8. Стационарная помощь (стационарное лечение) – помощь, оказываемая в условиях, обеспечивающих круглосуточное медицинское наблюдение и лечение.

1.2.9. Скорая, в том числе скорая специализированная, медицинская помощь оказывается гражданам при заболеваниях, несчастных случаях, травмах, отравлениях и других состояниях, требующих срочного медицинского вмешательства: внезапные острые заболевания, состояния, обострения хронических заболеваний, представляющие угрозу жизни пациента (ст. 32 и 35 № 323 ФЗ от 21.11.2011 в ред. 29.12.2015).

1.2.10. Неотложная медицинская помощь – помощь, оказываемая при внезапных острых заболеваниях, состояниях, обострении хронических заболеваний без явных признаков угрозы жизни пациента (ст. 32 № 323 ФЗ от 21.11.2011 в ред. 29.12.2015).

1.2.11. Экстренная медицинская помощь - помощь, оказываемая при внезапных острых заболеваниях, состояниях, обострении хронических заболеваний, представляющих угрозу жизни пациента (ст. 32 № 323 ФЗ от 21.11.2011 в ред. 29.12.2015).

1.2.12. Первичная медико-санитарная помощь является основой системы оказания медицинской помощи и включает в себя мероприятия по профилактике, диагностике, лечению заболеваний и состояний, медицинской реабилитации, наблюдению за

течением беременности, формированию здорового образа жизни и санитарно-гигиеническому просвещению населения (ст. 33 № 323 ФЗ от 21.11.2011 в ред. 29.12.2015).

1.2.13. Специализированная медицинская помощь оказывается врачами-специалистами и включает в себя профилактику, диагностику и лечение заболеваний и состояний (в том числе в период беременности, родов и послеродовой период), требующих использования специальных методов и сложных медицинских технологий, а также медицинскую реабилитацию. Специализированная медицинская помощь оказывается в стационарных условиях и в условиях дневного стационара (ст. 34 № 323 ФЗ от 21.11.2011 в ред. 29.12.2015).

1.2.14. Высокотехнологичная медицинская помощь, являющаяся частью специализированной медицинской помощи, включает в себя применение новых сложных и (или) уникальных методов лечения, а также ресурсоемких методов лечения с научно доказанной эффективностью, в том числе клеточных технологий, роботизированной техники, информационных технологий и методов геномной инженерии, разработанных на основе достижений медицинской науки и смежных отраслей науки и техники (ст. 34 № 323 ФЗ от 21.11.2011 в ред. 29.12.2015).

1.2.15. Несчастный случай – внезапное, непредвиденное, непреднамеренное, кратковременное внешнее событие или воздействие, характер, время и место которого могут быть однозначно определены и которое повлекло за собой телесное повреждение или иное нарушение функций организма или смерть Застрахованного лица, не являющееся следствием заболевания, произошедшее в указанный в договоре срок страхования и на территории страхования, независимо от воли Застрахованного лица и/или Страхователя

1.2.16. Трудовой мигрант - иностранный гражданин или лицо без гражданства, прибывшее в Российскую Федерацию и намеревающееся осуществлять или осуществляющее трудовую деятельность на основании разрешения на работу или патента.

1.2.17. Договор страхования - письменное соглашение Страхователя и Страховщика, определяющее порядок и условия страхования. Договор страхования заключается и оформляется в порядке, предусмотренном настоящими Правилами страхования. Правила страхования являются неотъемлемой частью Договора страхования и обязательны для исполнения Страхователем и Страховщиком.

1.2.18. Программа добровольного медицинского страхования - медицинская помощь, оплачиваемая Страховщиком по Договору страхования. Программа добровольного медицинского страхования является неотъемлемой частью Договора страхования.

1.2.19. Медицинское учреждение - лечебно-профилактическое учреждение, с которым Страховщиком заключен договор о предоставлении медицинских и иных услуг Застрахованным лицам.

1.2.20. Сервисная компания - специализированная организация, которая по поручению Страховщика обеспечивает организацию медицинских услуг Застрахованному лицу, а также услуг по репатриации останков тела Застрахованного лица.

1.3. В целях доведения до Страхователей, Выгодоприобретателей, лиц, имеющих намерение заключить договор страхования, Страховщик, в порядке, установленном органом страхового надзора, размещает на собственном сайте в информационно-телекоммуникационной сети интернет информацию о своей деятельности, содержание и необходимость опубликования которой предусмотрена законодательством Российской Федерации или вытекает из обычаев делового оборота.

2. СУБЪЕКТЫ СТРАХОВАНИЯ

2.1. Страховщик – ПАО СГ "ХОСКА", осуществляет страховую деятельность в соответствии с Лицензией, выданной органом страхового надзора.

2.2. Страхователи – дееспособные физические лица и юридические лица любых организационно-правовых форм, предусмотренных гражданским законодательством Российской Федерации, заключившие со Страховщиком договор страхования.

Страхователи вправе заключать договоры страхования в пользу третьих лиц - иностранных граждан и лиц без гражданства, прибывших в Российскую Федерацию и намеревающихся осуществлять или осуществляющих трудовую деятельность на основании разрешения на работу или патента, в целях защиты их имущественных интересов, связанных с непредвиденными медицинскими расходами из-за необходимости получать первичную медико-санитарную помощь, а также специализированную медицинскую помощь в неотложной форме.

Если Страхователь – физическое лицо, заключил договор страхования своих имущественных интересов, то он является Застрахованным лицом по данному договору.

2.3. Застрахованное лицо - трудовой мигрант.

При заключении договора страхования в отношении лиц в возрасте 50 лет и старше Страховщик вправе применить к установленной тарифной ставке повышающие коэффициенты.

Страховщик имеет право отказать в заключении договоров страхования инвалидам I и II группы.

3. ОБЪЕКТ СТРАХОВАНИЯ

Объектами страхования по Договорам, заключенным на условиях настоящих Правил, являются имущественные интересы Страхователя (Застрахованного лица), связанные с:

3.1. не противоречащими законодательству Российской Федерации имущественными интересами Страхователя (Застрахованного лица), связанными с оплатой организации и оказания первичной медико-санитарной и специализированной медицинской помощи в неотложной форме, лекарственной помощи и иных услуг вследствие расстройства здоровья физического лица или состояния физического лица, требующих организации и оказания таких услуг;

3.2. не противоречащими законодательству Российской Федерации имущественными интересами Страхователя (Застрахованного лица), связанными с риском возникновения непредвиденных расходов, не относящихся к предпринимательской деятельности, связанных со смертью Застрахованного и необходимостью осуществления расходов на транспортировку, репатриацию и/или оказание ритуальных услуг.

4. СТРАХОВЫЕ СЛУЧАИ. СТРАХОВЫЕ РИСКИ

4.1. Страховым случаем является совершившееся событие, предусмотренное договором страхования, с наступлением которого возникает обязанность Страховщика произвести страховую выплату Страхователю, Застрахованному лицу, Выгодоприобретателю или иным третьим лицам.

4.1.1. По настоящим Правилам страховым случаем является обращение Застрахованного лица в течение срока действия Договора за получением различных видов платной медицинской и иной помощи, включенных в Программу/Программы добровольного медицинского страхования (Приложение 1 к настоящим Правилам), в связи с внезапным заболеванием Застрахованного и/или несчастным случаем, произошедшим с Застрахованным, при условии, что указанные события произошли во время действия Договора страхования, во время пребывания Застрахованного на территории Российской Федерации, на территории страхования в период действия договора страхования и повлекли необходимость обращения за медицинскими и иными услугами, включенными в Программу (Приложение 1 к настоящим Правилам). В случае если это предусмотрено Договором, также признается страховым случаем возникновение непредвиденных расходов на посмертную **репатриацию тела** Застрахованного в объеме, предусмотренном Договором и выбранной Программой/Программами (Приложение 1 к настоящим Правилам).

4.2. 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.

4.3. Договор страхования может быть заключен по любому из рисков (набору рисков), предусмотренных настоящими Правилами, входящих в Программу страхования (Приложение 1 к настоящим Правилам), а именно:

4.3.1. Обращение Застрахованного лица за первичной медико-санитарной помощью и специализированной медицинской помощью в неотложной форме по направлению Страховщика, которые оказываются Застрахованному лицу при телефонном звонке на медицинский пулть Страховщика или в Сервисную компанию.

При этом Страховщик оплачивает медицинскую помощь в неотложной форме, оказываемую Застрахованному лицу на территории субъекта Российской Федерации, указанной в Договоре страхования, при наступлении страхового случая в связи с получением травмы, отравлением, внезапным острым заболеванием или обострением хронического заболевания, не представляющими угрозу жизни (в соответствии с ФЗ от 29.11.2010 N 326-ФЗ в ред. от 30.12.2015 "Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации", Указанием от 13 сентября 2015 г. N 3793-У ЦБ РФ, ФЗ от 21.11.2011 N 323-ФЗ в ред. От 29.12.2015 "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации").

При этом Страховщик покрывает расходы на используемые медицинским персоналом при оказании медицинской помощи в неотложной форме в соответствии со стандартами первичной медико-санитарной помощи и специализированной медицинской помощи в рамках Программы страхования трудовых мигрантов лекарственные препараты, включенные в утверждаемый Правительством Российской Федерации перечень жизненно необходимых и важнейших лекарственных препаратов для медицинского применения и медицинских изделий в соответствии с пунктом 6 статьи 4 Федерального закона от 12 апреля 2010 года N 61-ФЗ "Об обращении лекарственных средств"

4.3.2. Репатриация человеческих останков:

При этом Страховщик оплачивает расходы на оплату возвращения тела (останков) Застрахованного лица из Российской Федерации в страну постоянного проживания.

4.3.2.1 Расходы по посмертной репатриации (организуется только Сервисной компанией) тела или урны с прахом Застрахованного лица, смерть которого наступила вследствие страхового случая в течение срока страхования на территории страхования и оплату услуг, согласованные Сервисной компанией и Страховщиком;

4.3.2.2 Расходы по вскрытию и бальзамированию тела, пребыванию тела в морге, по приобретению гроба, требуемого для перевозки тела, оформлению необходимых документов для перевозки тела до транспортного узла на территории постоянного проживания трудового мигранта (аэропорта, вокзала, порта). При этом Страховщик не оплачивает расходы на ритуальные услуги. По согласованию с родственниками умершего Страхователя (Застрахованного) репатриация останков может быть заменена кремацией на территории страхования и транспортировкой урны с прахом до транспортного узла (аэропорта, вокзала, порта) на территории постоянного проживания Застрахованного лица.

Репатриация может быть осуществлена представителем Застрахованного при условии согласования всех расходов по репатриации с Сервисной Компанией.

4.4. Перечень страховых рисков, выбранных Страхователем из числа предусмотренных Правилами, входящих в Программу страхования (Приложение 1 к настоящим Правилам) указывается в договоре страхования.

4.5. Объем медицинской помощи, оказываемой Застрахованному лицу медицинским и иными учреждениями и оплачиваемый Страховщиком в лечебные и иные учреждения, определяется договором страхования и выбранной Страхователем Программой/Программами (Приложение 1 к настоящим Правилам).

5. СТРАХОВАЯ СУММА.

5.1. Страховой суммой является определенная договором страхования денежная сумма, исходя из которой устанавливаются размер страховой премии (страховых взносов) и

размер страховой выплаты при наступлении страхового случая. Страховая сумма устанавливается в российских рублях.

5.2. Страховая сумма может устанавливаться в виде уменьшаемой страховой суммы и рассчитывается на каждый момент как разность страховой суммы на начало срока действия договора ДМС трудовых мигрантов и суммы страхового возмещения, осуществленного Страховщиком в период действия договора ДМС трудовых мигрантов по всем произошедшим страховым случаям (далее - агрегатная страховая сумма). Если агрегатная страховая сумма исчерпана полностью, обязательства страховщика по договору ДМС трудовых мигрантов считаются исполненными, договор ДМС трудовых мигрантов прекращается. 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 рублей.

5.3. По желанию Страхователя страховая сумма может быть восстановлена до первоначальной величины или установлена в ином размере с уплатой соответствующей части страховой премии.

6. СТРАХОВАЯ ПРЕМИЯ. СТРАХОВОЙ ТАРИФ

6.1. Под страховой премией понимается плата за страхование, которую Страхователь обязан уплатить Страховщику в порядке и в сроки, установленные договором страхования.

Страховая премия уплачивается Страхователем в валюте Российской Федерации.

При заключении конкретного договора страхования Страховщик применяет рассчитанные им по каждому страховому риску базовые страховые тарифы (Приложение 2 к настоящим Правилам).

6.2. Страховой тариф – ставка страховой премии с единицы страховой суммы с учетом объекта страхования и характера страхового риска, а также других условий страхования, в том числе, наличия франшизы и ее размера в соответствии с условиями страхования.

6.3. Определение размера тарифной ставки. Основываясь на базовых тарифных ставках, Страховщик в каждом конкретном случае при заключении договора страхования для определения реальной тарифной ставки вправе применять к базовым тарифным ставкам повышающие и понижающие коэффициенты, указанные в Приложении 2 к настоящим Правилам.

Наличие минимальных и максимальных значений повышающих/понижающих коэффициентов позволяет Страховщику более полно определить риск возникновения у Страхователя расходов (убытков), возможные факторы риска (возраст и состояние здоровья Застрахованного лица, род занятий, а также иные факторы, влияющие на степень страхового риска) и определять наиболее реальную тарифную ставку по конкретному договору страхования, что является одним из условий обеспечения финансовой устойчивости Страховщика. При этом Страховщик руководствуется правом, предоставленным ему Гражданским кодексом РФ и Законом РФ "Об организации страхового дела в Российской Федерации", на оценку страхового риска.

6.4. Страховая премия уплачивается единовременно:

- наличными деньгами в кассу Страховщика или его уполномоченному представителю при подписании договора страхования;
- перечислением на расчетный счет Страховщика при безналичных расчетах в течение 5-ти рабочих дней со дня подписания договора страхования.

6.5. Страховая премия уплачивается в российских рублях. При страховании с валютным эквивалентом страховая премия в договоре страхования может быть указана в иностранной валюте, эквивалентом которой является соответствующая сумма в рублях по курсу Центрального банка РФ, установленному для иностранной валюты на день заключения договора страхования.

6.6. В случае неуплаты Страхователем в установленный договором страхования срок страховой премии, если стороны не договорились об отсрочке уплаты страховой премии, договор страхования считается не вступившим в силу.

7. СТРАХОВАЯ ВЫПЛАТА

Страховая выплата осуществляется в следующем порядке:

7.1. В случае если Застрахованное лицо пользовалось услугами, организованными Страховщиком или Сервисной компанией, Страховщик оплачивает выставленные лечебными учреждениями или Сервисной компанией счета по возмещению расходов, связанных с урегулированием страхового случая.

7.2. В случае получения не согласованных со Страховщиком/Сервисной компанией медицинских услуг, а также осуществления любых несогласованных расходов, Страховщик вправе отказать в возмещении расходов Застрахованного лица.

7.3. В случае если Застрахованное лицо самостоятельно оплатило предварительно согласованные со Страховщиком/Сервисной компанией расходы по страховому случаю, Страховщик возмещает эти расходы Застрахованному лицу.

7.4. Для получения страховой выплаты Страхователь (Застрахованное лицо, Выгодоприобретатель) в течение 30-ти календарных дней с момента получения медицинской услуги представляет Страховщику следующие документы: Договор (Полис) страхования (Приложение 3 к настоящим Правилам), документ, удостоверяющий личность.

7.5. Страховая выплата может быть произведена представителю Застрахованного лица (Выгодоприобретателя) по доверенности, оформленной в установленном законом порядке.

7.6. Страховщик вправе проводить проверку представленных Застрахованным лицом документов. Для получения более полной информации о наступившем событии Страховщик вправе потребовать предоставления Застрахованным лицом необходимой дополнительной информации о причинах и обстоятельствах страхового случая. Страховщик также вправе запрашивать сведения, связанные с наступившим страховым случаем, у медицинских учреждений и других организаций, располагающих информацией о наступившем событии, а также самостоятельно выяснять причины и обстоятельства, связанные с его возникновением, расходами и убытками Застрахованного лица, и проводить медицинское освидетельствование Застрахованного лица врачом Страховщика.

При необходимости к работе по определению причин страхового случая и размера убытков могут быть привлечены независимые эксперты, оплата услуг которых осуществляется требующей стороной.

7.7. При признании Страховщиком наступившего события страховым случаем и при отсутствии судебного спора между сторонами он, на основании заявления, документов, представленных Страхователем (Застрахованным лицом), а также дополнительно полученных им материалов, в течение 15-ти рабочих дней с момента принятия решения о выплате составляет страховой акт, в котором указываются обстоятельства страхового случая, обоснование произведенных расчетов размера причиненных убытков/фактически понесенных расходов Страхователя (Застрахованного лица)/, размер суммы страхового возмещения, подлежащей выплате Страхователю.

7.8. Если Страховщик признает наступившее событие не страховым случаем, Страховой акт не составляется. В этом случае Страховщиком Страхователю (Застрахованному лицу) в течение 15-ти рабочих дней с момента принятия такого решения (решение принимается в пределах срока, предусмотренного настоящими Правилами для составления страхового акта) направляет письменное уведомление с указанием причин непризнания наступившего события страховым случаем и принятия решения об отказе в страховой выплате.

7.9. Страховщик вправе отказать в страховой выплате, если Страхователь (Застрахованное лицо):

7.9.1. произвел расходы, не согласованные с Сервисной компанией/Страховщиком до начала лечения, за исключением чрезвычайных случаев, когда Застрахованное лицо не могло обратиться в Сервисную компанию по состоянию здоровья (нахождение без сознания и т.п.) или в связи с внешними чрезвычайными обстоятельствами (отсутствие или неисправность связи и т.п.), подтвержденными документально;

7.9.2. содействовал увеличению размера расходов, подлежащих возмещению Страховщиком в связи со страховым случаем, либо не принял разумных и доступных ему мер к их уменьшению;

7.9.3. получил соответствующее возмещение ущерба от лица, виновного в причинении этого ущерба.

8. ОБЩИЕ ИСКЛЮЧЕНИЯ ИЗ ПРАВИЛ

8.1. В соответствии с настоящими Правилами по Договорам страхования, если иное прямо не указано в Договоре страхования, не являются страховыми случаями события, при которых:

8.1.1. Страхователь (Застрахованное лицо) намеренно причинил вред своему здоровью, предпринял суицидальные попытки и иные умышленные действия, направленные на наступление страхового случая;

8.1.2. Страхователь (Застрахованное лицо) осознанно подверг свою жизнь и здоровье неоправданному/повышенному риску (за исключением случаев спасения жизни другому человеку, что должно быть подтверждено документами соответствующих органов);

8.1.3. Застрахованным лицом была допущена грубая неосторожность, в том числе, но, не ограничиваясь этим, нарушения правил поведения, безопасности или распорядка на территории/месте временного пребывания/трудовой деятельности;

8.1.4. Застрахованное лицо находилось в состоянии алкогольного (более 0,33 промилле алкоголя в крови), наркотического и/или токсического опьянения или под воздействием психотропных и токсических веществ.

8.2. В рамках настоящих Правил не подлежат возмещению расходы, если иное не предусмотрено Договором страхования, возникшие в результате наступления форс-мажорных обстоятельств, таких как война, военные действия, а также манёвры или иные военные мероприятия и их последствия, забастовки, революции, мятежи, восстания, гражданские волнения, народные волнения всякого рода и массовые беспорядки, акты терроризма и их последствия; стихийные бедствия и их последствия, эпидемии, метеоусловия, ядерный взрыв, прямое или косвенное воздействие радиации, радиоактивного или иного вида заражения, любые виды чрезвычайных ситуаций (катастроф и т.п.) и других обстоятельств непреодолимой силы, а также случаев, предусмотренных законодательством РФ.

9. СОБЫТИЯ, НЕ ЯВЛЯЮЩИЕСЯ СТРАХОВЫМИ СЛУЧАЯМИ; РАСХОДЫ, НЕ ПОДЛЕЖАЩИЕ ВОЗМЕЩЕНИЮ

В соответствии с настоящими Правилами, не являются страховыми случаями (если иное не предусмотрено Договором) обращения по следующим основаниям:

9.1. В случае заболевания или расстройства здоровья хронического и рецидивирующего характера, их осложнения, имевшиеся до начала срока страхования или начавшиеся до приезда на территорию страхования, не требующие экстренной или неотложной медицинской помощи.

9.2. В случае заболевания/состояния или несчастного случая, по которым уже проводилось лечение на территории страхования и в период действия полиса, не согласованное с Сервисным центром/Страховщиком.

9.3. В случае заболевания или расстройства здоровья, развившихся вследствие нарушений Застрахованным лицом правил профилактики заболеваний, невыполнения или ненадлежащего выполнения предписаний лечащего врача, а также вследствие самолечения и/или приема медицинских препаратов, не назначенных указанным врачом.

9.4. В случае приезда в РФ Застрахованного лица с намерением получить медицинскую помощь.

9.5. В соответствии с настоящими Правилами, не подлежат возмещению (если иное не предусмотрено Договором) следующие расходы:

9.5.1. Расходы по оказанию застрахованному лицу медицинской помощи в экстренной форме:

- по оказанию Застрахованному лицу медицинской помощи, не назначенной врачом, оказывающим медицинскую помощь в рамках программы страхования;

- по оказанию Застрахованному лицу медицинской помощи при особо опасных инфекционных болезнях (натуральная оспа, полиомиелит, малярия ТОРС), заболеваниях, включенных в утверждаемый Правительством Российской Федерации перечень заболеваний, представляющих опасность для окружающих, а также при злокачественных новообразованиях, сахарном диабете, психических расстройствах и расстройствах поведения в соответствии с частью 2 статьи 43 Федерального закона от 21 ноября 2011 года N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации".

- по оказанию Застрахованному лицу высокотехнологичной медицинской помощи;

- по оказанию Застрахованному лицу медицинской помощи 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;

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

- по оказанию Застрахованному лицу медицинской помощи при покушении застрахованного лица на самоубийство, за исключением тех случаев, когда застрахованное лицо было доведено до такого состояния противоправными действиями третьих лиц;

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

- связанных с беременностью, родами, послеродовым периодом и абортами Застрахованного лица.

9.5.2. Расходы на прочие услуги:

- уход и/или лечение Застрахованного лица родственниками и любыми лицами, не согласованными с Сервисной компанией или Страховщиком.

- расходы, связанные с предоставлением дополнительного комфорта (палаты типа «люкс», прочие услуги).

- любые услуги, не подтвержденные соответствующими документами (счет, квитанция, чек).

9.5.3. В соответствии с настоящими Правилами, не подлежат возмещению расходы Застрахованного лица в случае добровольного отказа:

- от назначенных Сервисным центром или Страховщиком схем организации помощи;

- от выполнения предписаний лечащего врача, полученных им в связи с обращением по поводу страхового случая;

- от эвакуации до транспортного узла (аэропорта, вокзала, порта) города, где Застрахованный постоянно проживает;

- от организации перевода в другое лечебное учреждение, предложенное Сервисной компанией.

10. ДОГОВОР СТРАХОВАНИЯ

10.1. По договору страхования, заключенному на основании настоящих Правил, Страховщик обязуется за обусловленную договором страхования плату (страховую премию) при наступлении предусмотренного в договоре страхования события (страхового случая)

произвести страховую выплату в соответствии с условиями настоящих Правил и Договора страхования.

10.2. Порядок заключения и исполнения договора страхования:

10.2.1. Для заключения договора страхования Страхователь обращается к Страховщику (или его представителю) с заявлением (устным или письменным).

10.2.2 Полис ДМС трудовых мигрантов должен содержать, в том числе, следующие сведения:

10.2.2.1 Сведения о Страхователе:

а) в случае если Страхователем является физическое лицо:

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

- пол;

- дата рождения;

- гражданство (при наличии);

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

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

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

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

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

- дата рождения;

- гражданство (при наличии);

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

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

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

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

в) в случае если страхователем является юридическое лицо:

- организационно-правовая форма;

- полное и (при наличии) сокращенное наименование, в том числе фирменное наименование, для коммерческих организаций на русском языке. В случае если в

учредительных документах юридического лица его наименование указано на одном из языков народов Российской Федерации и/или на иностранном языке, указывается также наименование юридического лица на этих языках;

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

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

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

10.2.2.2. Информацию о Застрахованном лице:

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

- пол;

- дата рождения;

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

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

- гражданство (при наличии);

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

10.2.2.3. 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.

10.2.2.4. Реквизиты полиса ДМС трудовых мигрантов:

- серия и номер бланка полиса ДМС трудовых мигрантов;

- номер средства визуального контроля.

10.2.2.5. Дату заполнения полиса ДМС трудовых мигрантов.

10.2.2.6. Срок действия договора ДМС трудовых мигрантов.

10.2.2.7. Территорию действия договора ДМС трудовых мигрантов.

10.2.2.8. Размер страховой суммы.

10.2.2.9. Подпись страхователя.

10.2.3. При заключении договора страхования Страхователь дает свое согласие на обработку (сбор, систематизацию, накопление, хранение, уточнение, обновление, изменение, распространение, передачу, обезличивание, блокирование и уничтожение) в течение срока действия договора страхования своих персональных данных, осуществляемую Страховщиком в целях заключения и исполнения договора страхования.

При этом такое согласие действует без ограничения срока и может быть отозвано в любой момент времени путем передачи Страховщику подписанного Страхователем письменного уведомления.

Страхователь несет персональную ответственность за предоставление согласия физических лиц – Застрахованных лиц и Выгодоприобретателей, указанных в договоре страхования, на обработку Страховщиком их персональных данных.

10.2.4. При заключении договора страхования Застрахованное лицо освобождает врачей от обязательств конфиденциальности перед Страховщиком.

10.2.5. Договор страхования заключается в письменной форме путем составления одного документа либо вручения Страховщиком Страхователю на основании его письменного или устного Заявления страхового полиса, подписанного Страховщиком или его уполномоченным представителем и Страхователем.

В соответствии Гражданским кодексом Российской Федерации (ст.160) страховой полис может быть удостоверен факсимильной печатью и подписью Страховщика.

Согласие Страхователя (Застрахованного лица) заключить договор страхования на предложенных Страховщиком условиях и с факсимильной подписью Страховщика подтверждается принятием от Страховщика страхового полиса, удостоверяется подписью Страхователя в Страховом полисе и/или уплатой страховой премии.

10.2.6. Договор страхования исполняется сторонами в соответствии с законами Российской Федерации, иными нормативными правовыми актами и настоящими Правилами страхования.

10.2.7. Вопросы, не урегулированные настоящими Правилами, определяются в соответствии с требованиями законодательства Российской Федерации.

Если после заключения договора принят закон, устанавливающий обязательные для сторон правила иные, чем те, которые действовали при заключении договора, условия заключенного договора сохраняют силу, кроме случаев, когда в законе установлено, что его действие распространяется на отношения, возникшие из ранее заключенных договоров.

10.3. Действие договора страхования.

10.3.1. Договор страхования заключается на срок не более одного года.

10.3.2. Договор страхования, если в нем не предусмотрено иное, вступает в силу со дня уплаты страховой премии. Договор страхования может содержать условие о вступлении его в силу не ранее даты начала действия разрешения на работу или патента.

10.4. Договор страхования прекращается досрочно в случаях:

10.4.1. ликвидации Страхователя, являющегося юридическим лицом, или смерти Страхователя, являющегося физическим лицом, кроме случаев правопреемства или замены Страхователя в договоре страхования с согласия Страховщика (с момента регистрации решения учредителей Страхователя в соответствующем органе исполнительной власти; со дня смерти Страхователя);

10.4.2. расторжения договора страхования по соглашению сторон в порядке, предусмотренном Гражданским кодексом Российской Федерации;

10.4.3. отказа Страхователя от замены Страховщика при передаче обязательств по договору страхования (страхового портфеля) другому Страховщику, осуществляемой по основаниям, предусмотренным действующим законодательством.

При досрочном прекращении договора страхования по обстоятельствам, иным, чем страховой случай, Страховщик имеет право не возвращать часть страховой премии пропорционально времени оставшегося периода страхования.

11. ПРАВА И ОБЯЗАННОСТИ СТОРОН

11.1. Страховщик имеет право:

11.1.1. проверять сообщаемую Страхователем информацию, а также выполнение условий договора страхования;

11.1.2. требовать изменений условий договора или доплаты страховой премии в случае увеличения страхового риска;

11.1.3. самостоятельно выяснять причины и обстоятельства события, имеющего признаки страхового случая; при необходимости запрашивать сведения у компетентных органов, проводить проверку предоставленных документов;

11.1.4. отсрочить принятие решения о страховой выплате (об отказе в страховой выплате) на срок не более 30-ти календарных дней (с обязательным письменным уведомлением об этом Страхователя/Застрахованного лица) в случаях:

- возникновения сомнений в достоверности предоставленных документов.

11.1.5. При форс-мажорных обстоятельствах отказаться от выполнения обязательств по договору страхования или изменить срок их выполнения, если иное не оговорено в договоре страхования.

11.2. Страховщик обязан:

11.2.1. по требованиям Страхователя (Выгодоприобретателя), а также лиц, имеющих намерение заключить договор страхования, разъяснять положения, содержащиеся в Правилах страхования и договорах страхования, предоставлять информацию о расчетах, производимых в случае изменения в течение срока действия договора страхования страховой суммы, о расчетах страховой выплаты; вручить ему один экземпляр Правил страхования, на основании которых заключается договор страхования;

11.2.2. обеспечить конфиденциальность в отношениях со Страхователем (Застрахованным лицом) за исключением случаев, предусмотренных действующим законодательством Российской Федерации;

11.2.3. соблюдать требования страхового законодательства, условия настоящих Правил и договора страхования.

11.3. Страхователь имеет право:

11.3.1. досрочно расторгнуть договор страхования в порядке, предусмотренном действующим законодательством Российской Федерации и настоящими Правилами, при наличии аннулированной визы иностранного государства, если такая виза выдавалась;

11.3.2. получить дубликат полиса в случае его утраты.

11.4. Страхователь обязан:

11.4.1. при заключении договора страхования сообщить Страховщику обо всех известных ему обстоятельствах, имеющих существенное значение для оценки страхового риска;

11.4.2. уплатить страховую премию в порядке и сроки, определенные договором страхования;

11.4.3. обеспечить своевременное вручение Застрахованным лицам страховых полисов и довести до сведения Застрахованных лиц положения настоящих Правил и условия договора страхования;

11.4.4. в период действия страхования незамедлительно сообщать Страховщику о ставших ему известными значительных изменениях в обстоятельствах, сообщенных Страховщику при заключении договора страхования, если эти изменения могут существенно повлиять на увеличение страхового риска;

11.4.5. при наличии аналогичных договоров страхования с другими страховыми компаниями незамедлительно сообщить об этом Страховщику.

11.5. Застрахованное лицо обязано:

11.5.1. принимать все возможные меры в целях предотвращения наступления страхового случая;

11.5.2. немедленно (как только появилась такая возможность) уведомить о страховом случае Сервисную компанию/Страховщика и строго следовать их указаниям;

11.5.3. приложить все усилия по уменьшению размера убытков, причиненных при наступлении события;

11.5.4. не принимать на себя никаких обязательств в отношении признания ответственности, не предлагать и не обещать оплату любых услуг без предварительного согласования с Сервисной компанией/Страховщиком;

11.5.5. при оказании медицинской помощи освободить лечащих врачей от обязанности хранить врачебную тайну перед Страховщиком; по требованию Страховщика представить всю необходимую медицинскую документацию в связи со страховым событием;

11.5.6. по требованию Страховщика пройти медицинское обследование;

11.5.7. обеспечить все возможные доказательства факта страхового случая, а также связанных с ним любых разумных и целесообразных расходов;

11.5.8. обеспечить сохранность договора (полиса) страхования и документов, связанных со страховым случаем.

12. ДЕЙСТВИЯ СТОРОН ПРИ НАСТУПЛЕНИИ СТРАХОВОГО СЛУЧАЯ

12.1. При наступлении страхового случая Застрахованное лицо (его представитель) обязано незамедлительно (до получения медицинской и/или иной необходимой помощи) связаться с Сервисной компанией и/или Страховщиком по указанному в страховом полисе телефону и проинформировать диспетчера о случившемся, сообщив при этом следующие данные:

- фамилию, имя Застрахованного лица;
- номер страхового полиса;
- сообщить о состоянии здоровья;
- местонахождение и номер телефона для обратной связи.

12.2. После получения информации о страховом случае Сервисная компания или Страховщик организует оказание необходимой помощи Застрахованному лицу и оплачивает связанные с этим расходы. При этом Застрахованное лицо (его представитель) обязано строго следовать указаниям Сервисной компании или Страховщика.

Расходы на первичный телефонный звонок в Сервисную компанию возмещаются Застрахованному лицу при предъявлении подтверждающих документов (оригинал счета за телефонный звонок, заверенный выдавшей его организацией).

13. ИСКОВАЯ ДАВНОСТЬ. ПОРЯДОК РАЗРЕШЕНИЯ СПОРОВ

13.1. Иск по требованиям, вытекающим из договора страхования, заключенного в соответствии с настоящими Правилами, может быть предъявлен в сроки, предусмотренные гражданским законодательством Российской Федерации.

13.2. Споры, возникающие при исполнении условий договора страхования, разрешаются сторонами в процессе переговоров. Если соглашения между сторонами не будет достигнуто, спор передается на рассмотрение суда в порядке, предусмотренном законодательством Российской Федерации.

Приложение № 1

к Правилам добровольного медицинского
страхования трудовых мигрантов,
утвержденным Приказом
№ _____ от «__» ____ 201_ г.

Программы добровольного медицинского страхования трудовых мигрантов

ПРОГРАММА № 1

«БАЗОВАЯ ПРОГРАММА»

1. ПЕРВИЧНАЯ МЕДИКО-САНИТАРНАЯ ПОМОЩЬ И СПЕЦИАЛИЗИРОВАННАЯ МЕДИЦИНСКАЯ ПОМОЩЬ В НЕОТЛОЖНОЙ ФОРМЕ

Все медицинские услуги оказываются при наступлении острых состояний, обострении хронических состояний, нуждающихся в оказании неотложной медицинской помощи в соответствии с ФЗ от 29.11.2010 N 326-ФЗ в ред. от 30.12.2015 "Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации", Указанием от 13 сентября 2015 г. N 3793-У ЦБ РФ.

Неотложная медицинская помощь - оказывается при внезапных острых заболеваниях, состояниях, обострении хронических заболеваний без явных признаков угрозы жизни пациента (ФЗ от 21.11.2011N 323-ФЗ в ред. от 29.12.2015 "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации")

1.1. Амбулаторная первичная медико-санитарная помощь:

- Включает в себя мероприятия по диагностике, лечению заболеваний.
- Первичная медико-санитарная помощь включает в себя первичные приемы врачей и необходимые исследования в неотложной форме по медицинским показаниям, выполняемые в амбулаторных условиях.

1.2. Стоматологическая первичная медико-санитарная помощь:

- Купирование острой боли.
- Удаление зубов в целях снятия острой зубной боли с использованием местной анестезии.

1.3. Специализированная медицинская помощь:

- Оказывается врачами-специалистами и включает в себя диагностику и лечение заболеваний и состояний требующих использования специальных методов
- Специализированная медицинская помощь оказывается в неотложной форме по медицинским показаниям в условиях стационара.

2. НЕ ОПЛАЧИВАЕТСЯ СТРАХОВЩИКОМ

2.1. Медицинские услуги при обращении Застрахованного в случае:

- заболевания или расстройства здоровья хронического и рецидивирующего характера, их осложнения, имевшиеся до начала срока страхования или начавшиеся до приезда на территорию страхования, не требующие экстренной или неотложной медицинской помощи;
- заболевания или несчастного случая, по которым уже проводилось лечение на территории страхования и в период действия полиса, не согласованное с Сервисным центром/Страховщиком;
- заболевания или расстройства здоровья, развившихся вследствие нарушений Застрахованным лицом правил профилактики заболеваний, невыполнения или ненадлежащего выполнения предписаний лечащего врача, а также вследствие самолечения и/или приема медицинских препаратов, не назначенных указанным врачом;
- поездки, осуществленной Застрахованным лицом с намерением получить медицинскую помощь.

2.2. Не подлежат возмещению следующие расходы по оказанию Застрахованному лицу медицинской помощи в экстренной форме:

- по оказанию Застрахованному лицу медицинской помощи, не назначенной врачом, оказывающим медицинскую помощь в рамках программы страхования;
- по оказанию Застрахованному лицу медицинской помощи при особо опасных инфекционных болезнях (натуральная оспа, полиомиелит, малярия ТОРС), заболеваниях, включенных в утверждаемый Правительством Российской Федерации перечень заболеваний,

представляющих опасность для окружающих, а также при злокачественных новообразованиях, сахарном диабете, психических расстройствах и расстройствах поведения в соответствии с частью 2 статьи 43 Федерального закона от 21 ноября 2011 года N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации".;

- по оказанию Застрахованному лицу высокотехнологичной медицинской помощи;
- по оказанию Застрахованному лицу медицинской помощи 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;
- по оказанию Застрахованному лицу медицинской помощи при возникновении травматических повреждений или иных нарушений здоровья, наступивших в результате совершения Застрахованным лицом умышленных противоправных действий;
- по оказанию Застрахованному лицу медицинской помощи при покушении Застрахованного лица на самоубийство, за исключением тех случаев, когда Застрахованное лицо было доведено до такого состояния противоправными действиями третьих лиц;
- по оказанию медицинской помощи при умышленном причинении себе телесных повреждений Застрахованным лицом;
- связанных с беременностью, родами, послеродовым периодом и абортами Застрахованного лица.

3. ПОРЯДОК ПОЛУЧЕНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

Полис действует на указанной в полисе территории страхования.

3.1. При необходимости получения медицинской помощи Застрахованный должен обратиться для согласования объема услуг в круглосуточную медицинскую диспетчерскую службу по телефону указанному в договоре/полисе страхования.

Диспетчеру необходимо назвать:

- номер полиса/сертификата;
- ФИО застрахованного.

3.2. При обращении за неотложной медицинской помощью Застрахованному необходимо предъявить:

- Полис;
- Паспорт или иное удостоверение личности с фотографией.

ВНИМАНИЕ:

Передавать документы незастрахованному лицу для получения им медицинской помощи запрещено! При выявлении факта передачи полиса незастрахованному лицу с целью получения им медицинской помощи Страховщик имеет право расторгнуть настоящий полис с соответствующим уведомлением миграционной службы региона.

ПРОГРАММА № 2

«ПРОГРАММА ОКАЗАНИЯ АМБУЛАТОРНО ПОЛИКЛИНИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ»

1. ПЕРВИЧНАЯ МЕДИКО-САНИТАРНАЯ ПОМОЩЬ В НЕОТЛОЖНОЙ ФОРМЕ

Все медицинские услуги оказываются при наступлении острых состояний, обострении хронических состояний, нуждающихся в оказании неотложной медицинской помощи в соответствии с ФЗ от 29.11.2010 N 326-ФЗ в ред. от 30.12.2015 "Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации", Указанием от 13 сентября 2015 г. N 3793-У ЦБ РФ.

Неотложная медицинская помощь - оказывается при внезапных острых заболеваниях, состояниях, обострении хронических заболеваний без явных признаков угрозы жизни пациента (ФЗ от 21.11.2011N 323-ФЗ в ред. От 29.12.2015 "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации")

1.1. Амбулаторная первичная медико-санитарная помощь:

- Включает в себя мероприятия диагностике, лечению заболеваний.

- Первичная медико-санитарная помощь включает в себя первичные приемы врачей и необходимые исследования в неотложной форме по медицинским показаниям, выполняемые в амбулаторных условиях.

2. НЕ ОПЛАЧИВАЕТСЯ СТРАХОВЩИКОМ

2.1. Медицинские услуги при обращении Застрахованного в случае:

- заболевания или расстройства здоровья хронического и рецидивирующего характера, их осложнения, имевшиеся до начала срока страхования или начавшиеся до приезда на территорию страхования, не требующие экстренной или неотложной медицинской помощи;
- заболевания или несчастного случая, по которым уже проводилось лечение на территории страхования и в период действия полиса, не согласованное с Сервисным центром/Страховщиком;
- заболевания или расстройства здоровья, развившихся вследствие нарушений Застрахованным лицом правил профилактики заболеваний, невыполнения или ненадлежащего выполнения предписаний лечащего врача, а также вследствие самолечения и/или приема медицинских препаратов, не назначенных указанным врачом;
- поездки, осуществленной Застрахованным лицом с намерением получить медицинскую помощь.

2.2. Не подлежат возмещению следующие расходы по оказанию Застрахованному лицу медицинской помощи в экстренной форме:

- по оказанию Застрахованному лицу медицинской помощи, не назначенной врачом, оказывающим медицинскую помощь в рамках программы страхования;
- по оказанию Застрахованному лицу медицинской помощи при особо опасных инфекционных болезнях (натуральная оспа, полиомиелит, малярия ТОРС), заболеваниях, включенных в утверждаемый Правительством Российской Федерации перечень заболеваний, представляющих опасность для окружающих, а также при злокачественных новообразованиях, сахарном диабете, психических расстройствах и расстройствах поведения в соответствии с частью 2 статьи 43 Федерального закона от 21 ноября 2011 года N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации";
- по оказанию Застрахованному лицу высокотехнологичной медицинской помощи;
- по оказанию Застрахованному лицу медицинской помощи 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;
- по оказанию Застрахованному лицу медицинской помощи при возникновении травматических повреждений или иных нарушений здоровья, наступивших в результате совершения Застрахованным лицом умышленных противоправных действий;
- по оказанию Застрахованному лицу медицинской помощи при покушении Застрахованного лица на самоубийство, за исключением тех случаев, когда Застрахованное лицо было доведено до такого состояния противоправными действиями третьих лиц;
- по оказанию медицинской помощи при умышленном причинении себе телесных повреждений Застрахованным лицом;
- связанных с беременностью, родами, послеродовым периодом и абортами Застрахованного лица.

3. ПОРЯДОК ПОЛУЧЕНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

Полис действует на указанной в полисе территории страхования.

3.1. При необходимости получения медицинской помощи Застрахованный должен обратиться для согласования объема услуг в круглосуточную медицинскую диспетчерскую службу по телефону указанному в договоре/полисе страхования.

Диспетчеру необходимо назвать:

- номер полиса/сертификата;
- ФИО Застрахованного.

3.2. При обращении за неотложной медицинской помощью Застрахованному необходимо предъявить:

- Полис;

- Паспорт или иное удостоверение личности с фотографией.

ВНИМАНИЕ:

Передавать документы незастрахованному лицу для получения им медицинской помощи запрещено! При выявлении факта передачи полиса незастрахованному лицу с целью получения им медицинской помощи Страховщик имеет право расторгнуть настоящий полис с соответствующим уведомлением миграционной службы региона.

ПРОГРАММА № 3

«ПРОГРАММА ОКАЗАНИЯ СПЕЦИАЛИЗИРОВАННОЙ ПОМОЩИ»

Все медицинские услуги оказываются при наступлении острых состояний, обострении хронических состояний, нуждающихся в оказании неотложной медицинской помощи в соответствии с ФЗ от 29.11.2010 N 326-ФЗ (ред. от 30.12.2015) "Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации", Указанием от 13 сентября 2015 г. N 3793-У ЦБ РФ.

Неотложная медицинская помощь - оказывается при внезапных острых заболеваниях, состояниях, обострении хронических заболеваний без явных признаков угрозы жизни пациента (ФЗ от 21.11.2011N323-ФЗ(ред.от29.12.2015) "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации")

1. СПЕЦИАЛИЗИРОВАННАЯ МЕДИЦИНСКАЯ ПОМОЩЬ В НЕОТЛОЖНОЙ ФОРМЕ

1.1. Специализированная медицинская помощь:

- Оказывается врачами-специалистами и включает в себя диагностику и лечение заболеваний и состояний требующих использования специальных методов.
- Специализированная медицинская помощь оказывается в неотложной форме по медицинским показаниям в условиях стационара.

2. НЕ ОПЛАЧИВАЕТСЯ СТРАХОВЩИКОМ

2.1. Медицинские услуги при обращении Застрахованного в случае:

- заболевания или расстройства здоровья хронического и рецидивирующего характера, их осложнения, имевшиеся до начала срока страхования или начавшиеся до приезда на территорию страхования, не требующие экстренной или неотложной медицинской помощи;
- заболевания или несчастного случая, по которым уже проводилось лечение на территории страхования и в период действия полиса, не согласованное с Сервисным центром/Страховщиком;
- заболевания или расстройства здоровья, развившихся вследствие нарушений Застрахованным лицом правил профилактики заболеваний, невыполнения или ненадлежащего выполнения предписаний лечащего врача, а также вследствие самолечения и/или приема медицинских препаратов, не назначенных указанным врачом;
- поездки, осуществленной Застрахованным лицом с намерением получить медицинскую помощь.

2.2 Не подлежат возмещению следующие расходы по оказанию Застрахованному лицу медицинской помощи в экстренной форме:

- по оказанию Застрахованному лицу медицинской помощи, не назначенной врачом, оказывающим медицинскую помощь в рамках программы страхования;
- по оказанию Застрахованному лицу медицинской помощи при особо опасных инфекционных болезнях (натуральная оспа, полиомиелит, малярия ТОРС), заболеваниях, включенных в утверждаемый Правительством Российской Федерации перечень заболеваний, представляющих опасность для окружающих, а также при злокачественных новообразованиях, сахарном диабете, психических расстройствах и расстройствах поведения в соответствии с частью 2 статьи 43 Федерального закона от 21 ноября 2011 года N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации";
- по оказанию Застрахованному лицу высокотехнологичной медицинской помощи;
- по оказанию Застрахованному лицу медицинской помощи 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;

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

- по оказанию Застрахованному лицу медицинской помощи при покушении застрахованного лица на самоубийство, за исключением тех случаев, когда Застрахованное лицо было доведено до такого состояния противоправными действиями третьих лиц;

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

- связанных с беременностью, родами, послеродовым периодом и абортами Застрахованного лица.

3. ПОРЯДОК ПОЛУЧЕНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

Полис действует на указанной в полисе территории страхования.

3.1. При необходимости получения медицинской помощи Застрахованный должен обратиться для согласования объема услуг и клиники в круглосуточную медицинскую диспетчерскую службу по телефону.

Диспетчеру необходимо назвать:

- номер полиса/сертификата;
- ФИО застрахованного.

3.2. При обращении за неотложной медицинской помощью Застрахованному необходимо предъявить:

- Полис;
- Паспорт или иное удостоверение личности с фотографией.

ВНИМАНИЕ:

Передавать документы незастрахованному лицу для получения им медицинской помощи запрещено! При выявлении факта передачи полиса незастрахованному лицу с целью получения им медицинской помощи Страховщик имеет право расторгнуть настоящий полис с соответствующим уведомлением миграционной службы региона.

ПРОГРАММА №4

ПРОГРАММА «РЕПАТРИАЦИЯ»

По программе «Репатриация» возмещению подлежат расходы на оплату возвращения тела (останков) Застрахованного лица из Российской Федерации в страну постоянного проживания:

- расходы по посмертной репатриации (организуется только Сервисной компанией) тела или урны с прахом Застрахованного лица, смерть которого наступила вследствие страхового случая в течение срока страхования на территории страхования;

- оплата согласованных Сервисной компанией и Страховщиком расходов по вскрытию и бальзамированию тела, пребыванию тела в морге, по приобретению гроба, требуемого для перевозки тела, оформлению необходимых документов для перевозки тела до транспортного узла на территории постоянного проживания трудового мигранта (аэропорта, вокзала, порта).

ОСОБЫЕ УСЛОВИЯ:

- Страховщик не оплачивает расходы на ритуальные услуги.

- По согласованию с родственниками умершего Страхователя (Застрахованного) репатриация останков может быть заменена кремацией на территории страхования и транспортировкой урны с прахом до транспортного узла (аэропорта, вокзала, порта) на территории постоянного проживания Застрахованного лица.

- Репатриация может быть осуществлена представителем Застрахованного при условии согласования всех расходов по репатриации с Сервисной Компанией

**РАЗМЕР БАЗОВЫХ ТАРИФНЫХ СТАВОК
по добровольному медицинскому страхованию трудовых мигрантов
(в % к страховой сумме)**

№ п/п	Программа страхования	Тариф (в %)
1	«БАЗОВАЯ ПРОГРАММА»*	1,661
2	«ПРОГРАММА ОКАЗАНИЯ АМБУЛАТОРНО ПОЛИКЛИНИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ»*	0,822
3	«ПРОГРАММА ОКАЗАНИЯ СПЕЦИАЛИЗИРОВАННОЙ ПОМОЩИ»*	1,112
4	«РЕПАТРИАЦИЯ»	0,79

** При заключении договора страхования в отношении лиц в возрасте 50 лет и старше Страховщик вправе применить к установленной тарифной ставке повышающий коэффициент - 2.*

Определение конкретного страхового тарифа осуществляется с помощью применения к базовым тарифным ставкам повышающих (от 1,01 до 5,0) и понижающих коэффициентов (0,99 до 0,1), при этом базовая тарифная ставка не может быть увеличена более чем в 5 раз и понижена более чем в 10 раз.

Обоснование необходимости применения к базовой тарифной ставке конкретных повышающих или понижающих коэффициентов, перечисление факторов риска, увеличивающих вероятность наступления страхового случая, и обстоятельств, понижающих вероятность наступления страхового случая, производится Страховщиком в конкретном договоре страхования после изучения и оценки информации и документов, представленных Страхователем, а именно:

- ценовая категория медицинских организаций, представленных в каждом конкретном субъекте РФ;
- соотношение количества коммерческих и государственных медицинских организаций, их общее количество в каждом конкретном субъекте РФ;
- характер трудовой деятельности Застрахованного лица;
- социально-бытовые условия проживания трудового мигранта;
- возраст, 50 лет и старше трудового мигранта.