

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

УТВЕРЖДЕНЫ
Генеральным директором
ООО «СК Екатеринбург»

29 мая 2016 г.
Приказ № 30 от 27 мая 2016 г.

Предыдущая редакция:
от 25 марта 2015 г. Приказ № 15 от 25.03.2015 г.

**ПРАВИЛА № 79
ДОБРОВОЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ
ИНОСТРАННЫХ ГРАЖДАН ИЛИ ЛИЦ БЕЗ ГРАЖДАНСТВА
ВРЕМЕННО ПРЕБЫВАЮЩИХ В РОССИЙСКУЮ
ФЕДЕРАЦИЮ ДЛЯ ТРУДОВОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ**

СОДЕРЖАНИЕ

1. Общие положения
2. Объект страхования
3. Страховой случай, программа страхования «Мигрант», порядок предоставления медицинских услуг
4. Страховая сумма
5. Франшиза
6. Страховая премия (страховые взносы). Страховой тариф
7. Срок страхования. Порядок заключения и исполнения договора страхования
8. Порядок прекращения договора страхования
9. Изменение страхового риска
10. Права и обязанности сторон
11. Порядок и условия осуществления страховой выплаты
12. Отказ в страховой выплате
13. Порядок разрешения споров

1. ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ

1.1. Настоящие Правила «Добровольного медицинского страхования иностранных граждан или лиц без гражданства временно пребывающих в Российскую Федерацию для трудовой деятельности» (далее по тексту Правила, Правила страхования) в соответствии с гражданским законодательством РФ, Законом РФ «Об организации страхового дела в Российской Федерации», нормативными документами органа страхового надзора, законодательством Российской Федерации в области правового положения иностранных граждан регулируют отношения, возникающие между Обществом с ограниченной ответственностью «Страховая компания Екатеринбург» (далее – Страховщик) и Страхователем по поводу организации и финансирования Застрахованным лицам (далее Застрахованные лица) медицинской помощи определенного объема и качества услуг по программам добровольного медицинского страхования иностранных граждан или лиц без гражданства временно пребывающих в Российскую Федерацию для трудовой деятельности (далее Программы страхования).

1.2. Основные термины, используемые в настоящих Правилах.

Страховщик – Общество с ограниченной ответственностью «Страховая компания Екатеринбург» страховая организация, созданная в соответствии с законодательством Российской Федерации для осуществления деятельности по страхованию, и получившая лицензию на осуществление соответствующих видов страховой деятельности в установленном законодательстве порядке.

Страхователи – дееспособные физические лица, индивидуальные предприниматели, юридические лица любой организационно-правовой формы, заключившие со Страховщиком договор добровольного медицинского страхования иностранных граждан или лиц без гражданства временно пребывающих в Российскую Федерацию для трудовой деятельности в пользу Застрахованного лица.

Застрахованные – иностранные граждане и лица без гражданства, прибывшие в Российскую Федерацию и намеревающиеся осуществлять или осуществляющие трудовую деятельность на основании разрешения на работу или патента.

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

Страховая премия (страховой взнос) – плата за страхование, которую Страхователь обязан уплатить Страховщику в порядке и сроки, определенные договором страхования.

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.

Страховой случай – совершившееся событие, предусмотренное договором страхования, с наступлением которого возникает обязанность Страховщика произвести страховую выплату.

Страховая выплата – денежная сумма, которая определена в порядке, установленном договором страхования, и выплачивается Страховщиком при наступлении страхового случая.

Выжидательный период – промежуток времени, по истечении которого свершившееся событие, предусмотренное договором страхования, может быть рассмотрено в качестве страхового случая.

Медицинские учреждения (организации) – имеющие лицензии лечебно-

профилактические учреждения, научно-исследовательские и медицинские институты, другие учреждения, оказывающие в соответствии с лицензией амбулаторно-поликлиническую и/или стационарную медицинскую помощь, а также лица, осуществляющие медицинскую деятельность как индивидуально, так и коллективно.

Конкретный перечень медицинских учреждений, в которые Застрахованный вправе обратиться за получением медицинской помощи, приводится в договоре страхования.

Программа добровольного медицинского страхования иностранных граждан или лиц без гражданства временно пребывающих в Российскую Федерацию для трудовой деятельности (программа страхования) – определяет виды, объёмы и перечень медицинских услуг, связанных с оказанием медицинской помощи, оказываемых Застрахованному по договору страхования, заключённому между Страховщиком и Страхователем, и которая является неотъемлемой частью договора страхования.

Иностраный гражданин – физическое лицо, не являющееся гражданином Российской Федерации и имеющее доказательства наличия гражданства (подданства) иностранного государства.

Лицо без гражданства – физическое лицо, не являющееся гражданином Российской Федерации и не имеющее доказательств наличия гражданства (подданства) иностранного государства.

Понятие «иностраный гражданин» включает в себя понятие «лицо без гражданства», за исключением случаев, когда федеральным законом для лиц без гражданства устанавливаются специальные правила, отличающиеся от правил, установленных для иностранных граждан.

Документами, удостоверяющими личность лица без гражданства в Российской Федерации, являются:

- 1) документ, выданный иностранным государством и признаваемый в соответствии с международным договором Российской Федерации в качестве документа, удостоверяющего личность лица без гражданства;
- 2) разрешение на временное проживание;
- 3) вид на жительство;
- 4) иные документы, предусмотренные федеральным законом или признаваемые в соответствии с международным договором Российской Федерации в качестве документов, удостоверяющих личность лица без гражданства.

Паспорт иностранного гражданина – документ, удостоверяющий личность иностранного гражданина в Российской Федерации либо иной документ, установленный федеральным законом или признаваемый в соответствии с международным договором Российской Федерации в качестве документа, удостоверяющего личность иностранного гражданина.

Миграционная карта – документ, содержащий сведения о въезжающих или прибывших в Российскую Федерацию иностранном гражданине или лице без гражданства и о сроке их временного пребывания в Российской Федерации, подтверждающий право иностранного гражданина или лица без гражданства, прибывших в Российскую Федерацию в порядке, не требующем получения визы, на временное пребывание в Российской Федерации, а также служащий для контроля за временным пребыванием в Российской Федерации иностранного гражданина или лица без гражданства.

Разрешение на временное проживание – подтверждение права иностранного гражданина или лица без гражданства временно проживать в Российской Федерации до получения вида на жительство, оформленное в виде отметки в документе, удостоверяющем личность иностранного гражданина или лица без гражданства, либо в виде документа установленной формы, выдаваемого в Российской Федерации лицу без гражданства, не имеющему документа, удостоверяющего его личность.

Разрешение на временное проживание не может быть выдано в форме электронного документа.

Вид на жительство – документ, выданный иностранному гражданину или лицу без гражданства в подтверждение их права на постоянное проживание в Российской Федерации, а также их права на свободный выезд из Российской Федерации и въезд в Российскую Федерацию. Вид на жительство, выданный лицу без гражданства, является одновременно и документом, удостоверяющим его личность. Вид на жительство не может быть выдан в форме электронного документа.

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

Иностраный работник – иностранный гражданин, временно прибывающий в Российской Федерации и осуществляющий в установленном порядке трудовую деятельность.

Разрешение на работу – документ, подтверждающий право иностранного гражданина, прибывшего в Российскую Федерацию в порядке, требующем получения визы на временное осуществление на территории Российской Федерации трудовой деятельности.

Патент – документ, подтверждающий право иностранного гражданина, прибывшего в Российскую Федерацию в порядке, не требующем получения визы на временное осуществление на территории субъекта Российской Федерации трудовой деятельности.

- 1.3. Страховщик не вправе разглашать полученные им в результате своей профессиональной деятельности сведения о Страхователе, Застрахованном, состоянии их здоровья и имущественном положении.
За нарушение тайны страхования Страховщик в зависимости от рода нарушенных прав и характера нарушения несет ответственность в порядке, предусмотренном гражданским законодательством Российской Федерации.
- 1.4. Договоры страхования заключаются в пользу граждан от 18 до 65 лет (если иное не предусмотрено договором). Договоры страхования могут заключаться как без предварительного медицинского освидетельствования, так и с предварительным медицинским освидетельствованием Застрахованных в целях определения их принадлежности к группам риска для применения поправочных коэффициентов при расчете размеров страховой премии (страхового взноса).
- 1.5. Не подлежат страхованию лица, которые на момент заключения договора страхования (если иное не предусмотрено договором страхования):
 - а) состоят на учете в наркологических, психоневрологических, туберкулезных, кожно-венерологических диспансерах;
 - б) ВИЧ-инфицированы;
 - в) имеют злокачественные новообразования, в том числе заболевания крови;
 - г) уже обратились за медицинской помощью и/или находятся в стационаре, госпитализированы;
 - д) больные системными и хроническими заболеваниями;
 - е) инвалиды I и II группы.
- 1.6. Страховая защита, предоставляемая в соответствии с настоящими Правилами, действует в пределах Российской Федерации (территория страхования).

2. ОБЪЕКТ СТРАХОВАНИЯ

- 2.1. Объектом страхования являются имущественные интересы Застрахованного, связанные с расходами по оказанию медицинской помощи при наступлении страхового случая в объеме и на условиях, указанных в Программе добровольного медицинского страхования иностранных граждан или лиц без гражданства временно пребывающих в Российскую Федерацию для трудовой деятельности.

3. СТРАХОВОЙ СЛУЧАЙ, ПРОГРАММА СТРАХОВАНИЯ «МИГРАНТ», ПОРЯДОК ПРЕДОСТАВЛЕНИЯ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ

- 3.1. Страховым риском является предполагаемое событие, на случай наступления которого проводится страхование. Событие, рассматриваемое в качестве страхового риска, должно обладать признаками вероятности и случайности его наступления.
- 3.2. Страховым случаем является совершившееся событие, предусмотренное договором страхования, с наступлением которого возникает обязанность Страховщика произвести страховую выплату.
- 3.3. В соответствии с настоящими Правилами страховым случаем является обращение Застрахованного (в течение периода действия договора страхования) в медицинское учреждение, предусмотренное договором страхования и в рамках Программы страхования иностранных граждан или лиц без гражданства временно пребывающих в Российскую Федерацию для трудовой деятельности за получением первичной медико-санитарной помощи и специализированной медицинской помощи в неотложной форме. Страховым случаем также признается обращение Застрахованного за получением медицинской помощи в течение срока действия договора страхования в соответствии с Программой и договором страхования в другие медицинские учреждения, помимо предусмотренных договором страхования, если это обращение согласовано и/или организовано Страховщиком с его письменного согласия.
- 3.4. По настоящим Правилам заключаются договоры страхования иностранных граждан или лиц без гражданства временно пребывающих в Российскую Федерацию для трудовой деятельности с целью покрытия их расходов на медицинские услуги в медицинских учреждениях в соответствии с программой «Мигрант», включающую в себя первичную медико-санитарную помощь и специализированную медицинскую помощь в неотложной форме в случаях заболеваний и состояний, входящих, согласно ч. 6 ст. 35 Федерального закона от 29 ноября 2010 года № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» в базовую программу обязательного медицинского страхования.
- 3.5. Страховщик оплачивает расходы на используемые медицинским персоналом при оказании медицинской помощи в неотложной форме в соответствии со стандартами первичной медико-санитарной помощи и специализированной медицинской помощи в рамках программы лекарственных препараты, включенные в утверждаемый Правительством Российской Федерации перечень жизненно необходимых и важнейших лекарственных препаратов для медицинского применения и медицинских изделий (в соответствии с п. 6 ст. 4 Федерального закона от 12 апреля 2010 года № 61-ФЗ «Об обращении лекарственных средств»), и медицинские изделия, включенные в утверждаемый Правительством Российской Федерации перечень медицинских изделий, имплантируемых в организм человека при оказании

медицинской помощи в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи (в соответствии с ч. 2.1 ст. 80 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. N 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»), в том числе оплату лечебного питания в стационаре и донорской крови и ее компонентов.

- 3.6. Программа «Мигрант» обеспечивает оказание первичной медико-санитарной помощи и специализированной медицинской помощи в неотложной и экстренной форме в амбулаторно-поликлинических и стационарных медицинских учреждениях, если необходимость в ней возникла в результате:
- острого (внезапного) заболевания;
 - обострения хронического заболевания, угрожающего жизни Застрахованного;
 - острого отравления, угрожающего жизни Застрахованного;
 - травмы (в том числе ожоге, обморожении) при наступлении несчастного случая в быту и на производстве;
 - иных внезапных острых состояний.
- 3.6.1. Экстренная и неотложная амбулаторно-поликлиническая помощь включает в себя: Врачебные консультации, диагностические исследования, медицинские манипуляции, лабораторные исследования (кроме иммунологических и аллергологических), функциональные методы исследования – ЭКГ, лучевую диагностику (рентгенография и рентгеноскопия), другие необходимые медицинские исследования в неотложной форме по медицинским показаниям (кроме КТ и МРТ, радиоизотопных исследований), экспертизу временной нетрудоспособности.
- 3.6.2. Экстренная и неотложная стационарная помощь включает в себя: Стационарное лечение предусматривает пребывание в многоместной палате, оплату расходов, связанных только с состоянием, послужившим причиной госпитализации.
- 3.7. Исключения из страхового покрытия.
- 3.7.1. Программа «Мигрант» не предусматривает предоставление и оплату медицинской помощи при:
- онкологических и психических заболеваниях, алкоголизме, токсикомании, наркомании; венерических заболеваниях, особо опасных инфекциях; других высококонтагиозных инфекциях, ВИЧ-инфекции, туберкулезе, саркоидозе; наследственных и врожденных заболеваниях; лучевой болезни; планировании семьи, беременности и родах;
 - демиелинизирующих болезнях, нарушениях обмена веществ, системных заболеваниях, заболеваниях кожи.
- 3.7.2. Программа «Мигрант» не предусматривает оплату медицинской помощи при:
- высокотехнологичной помощи: кардиохирургических и нейрохирургических операциях, коронарографии, операциях трансплантации органов и тканей, корректирующих операциях на магистральных сосудах, проведение гемодиализа, эндоскопических оперативных вмешательств, дистанционной литотрипсии и т.д.;
 - медицинской помощи на дому;
 - при протезировании, реконструктивных, восстановительных операциях,
 - при нарушениях здоровья, связанных с беременностью, родами, послеродовым периодом и абортами застрахованного лица.
- 3.7.3. Страховщик не несет страховой ответственности, если Застрахованное лицо обратилось в медицинское учреждение:
- по поводу травм или иного расстройства здоровья, наступившего в состоянии алкогольного, наркотического или токсического опьянения или психического заболевания, в связи с умышленным причинением себе телесных повреждений, в том числе с покушением на самоубийство, с совершением Застрахованным

действий, в которых судом установлены признаки умышленного преступления;

- в случае применения косметической или пластической хирургии;
- по поводу хирургической коррекции зрения, кроме факторов нарушения зрения в результате несчастного случая;
- по поводу сложных углубленных методов исследования (ЯМРТ, КТ, ПЭТ, аллергологического и иммунологического статуса, эндоваскулярные исследования, включая контрастное вещество, радионуклеидные исследования и др.);
- в связи с реабилитационным лечением, диспансерным наблюдением по поводу любых заболеваний;
- в связи с оплатой стоимости корректирующей оптики, слуховых аппаратов, ортопедической обуви, изделий медицинского назначения (костыли, ходунки и др.), полимерных фиксирующих повязок, оплаты эндопротезов, стимуляторов, стентов и т.п.

3.7.4. Страховщик не оплачивает медицинскую помощь, стоимость медикаментов и медицинских услуг и работ, полученных по инициативе Застрахованного, которые письменно не рекомендованы лечащим врачом Застрахованного как необходимые и разумные меры, и (или) не согласованные со Страховщиком.

3.8. Страховщик не несет ответственности по выплате страховой суммы и не оплачивает медицинские услуги:

- по оказанию медицинской помощи Застрахованному лицу, не назначенной врачом, оказывающим медицинскую помощь в рамках программы страхования;
- по оказанию 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 (в соответствии с ч. 2 ст. 43 Федерального закона от 21 ноября 2011 года N 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»), а также злокачественных новообразований, сахарного диабета, психического расстройства и расстройства поведения;
- по оказанию высокотехнологичной медицинской помощи;
- по оказанию медицинской помощи при патологических состояниях, отравлениях и травмах, возникших у Застрахованного лица в состоянии любой формы алкогольного опьянения или под воздействием иных психоактивных веществ и/или лекарственных препаратов, употребленных без назначения врача;
- по оказанию медицинской помощи при возникновении травматических повреждений или иных нарушений здоровья, наступивших в результате совершения Застрахованным лицом умышленных противоправных действий;
- по оказанию медицинской помощи при покушении Застрахованного лица на самоубийство, за исключением тех случаев, когда Застрахованное лицо было доведено до такого состояния противоправными действиями третьих лиц;
- по оказанию медицинской помощи при умышленном причинении себе телесных повреждений Застрахованным лицом;
- связанные с беременностью, родами, послеродовым периодом и абортами Застрахованного лица.

3.9. Страховщик не оплачивает расходы по приобретению лекарственных препаратов, и медицинских изделий, за исключением требований п. 3.5. настоящих Правил.

3.10. С учетом степени страхового риска (используя поправочные коэффициенты) и уплатой дополнительной страховой премии Страховщик вправе включить в программу «Мигрант» добровольного медицинского страхования иностранных граждан или лиц без гражданства временно пребывающих в Российскую Федерацию

для трудовой деятельности дополнительные услуги: «Стоматологическая экстренная помощь», «Репатриация», «Роды».

3.10.1. «Стоматологическая экстренная помощь» включает следующие услуги:

- диагностические стоматологические мероприятия (рентгенологическое обследование, реография и др.) по показаниям врачей – стоматологов;
 - консультативные услуги врачей – стоматологов;
 - лечебные хирургические мероприятия, проводимые по медицинским показаниям (обезболивание при удалении зуба, удаление зуба, цистэктомия, остановка кровотечения и др.);
 - дополнительные лечебные мероприятия, проводимые по медицинским показаниям.
- Медицинская помощь оказывается в амбулаторно-поликлиническом учреждении, располагающем стоматологической службой, либо в самостоятельном стоматологическом учреждении по поводу острого или обострения хронического заболевания зубов и/или полости рта.

3.10.2. «Репатриация» включает следующие услуги.

В случае смерти Застрахованного лица Страховщик и/или Сервисная компания организывает репатриацию тела и оплачивает согласованные и санкционированные Сервисной компанией или Страховщиком расходы по вскрытию и бальзамированию тела, пребыванию тела в морге, по приобретению гроба, требуемого для перевозки, оформлению необходимых для перевозки документов, перевозке тела самолетом в аэропорт столицы страны постоянного проживания Застрахованного.

3.10.3. Договор страхования при включении услуги «Роды» может быть заключен с 28 недель беременности Застрахованного лица, включая в себя:

- прием врача акушера-гинеколога;
- консультацию врачей-специалистов;
- функциональные методы исследования;
- оформление листков нетрудоспособности (больничных листов), ведение медицинской документации, включая оформление обменной карты беременной (при сроке от 28 недель беременности);
- наблюдение беременной с 36 недель и родовспоможение;
- использование современной наркозно-дыхательной аппаратуры;
- использование одноразового инструмента;
- анестезию;
- пребывание в многоместной палате.

Объем предоставляемых услуг определяется медицинскими показаниями.

3.11. Страховщик вправе на основе настоящих Правил разрабатывать конкретные условия (Программы, Акции и т.п.) страхования к отдельному Договору (Полису), заключаемому в соответствии с настоящими Правилами, ориентированные на конкретного Страхователя, группу Страхователей, при условии их соответствия законодательству Российской Федерации и настоящим Правилам.

Таким условиям (Программам, Акциям и т.п.) Страховщиком могут быть присвоены маркетинговые названия.

3.12. В договоре страхования может быть установлен выжидательный период – промежуток времени, в течение которого обращение Застрахованного за медицинской помощью не рассматривается в качестве страхового случая. При таком условии обязательства Страховщика по договору страхования возникают по окончании выжидательного периода.

3.13. Страховщик производит оплату медицинских услуг только по тем страховым

случаям, которые предусмотрены договором страхования, при предоставлении соответствующих документов, предусмотренных Разделом 11 настоящих Правил.

- 3.14. Страховщик освобождается от страховой выплаты, если обращение Застрахованного лица в медицинскую и/или иную организацию вызвано заболеваниями и травмами, возникшими в результате:
- воздействия ядерного взрыва, радиации или радиоактивного заражения;
 - военных действий, а также маневров или иных военных мероприятий;
 - гражданской войны, народных волнений всякого рода или забастовок.

4. СТРАХОВАЯ СУММА

- 4.1. Страховой суммой является денежная сумма, которая определена в порядке, установленном договором страхования при его заключении, и, исходя из которой устанавливаются размер страховой премии (страховых взносов) и размер страховой выплаты при наступлении страхового случая.
- 4.2. Страховая сумма устанавливается по соглашению между Страховщиком и Страхователем в соответствии с Программой «Мигрант» добровольного медицинского страхования иностранных граждан или лиц без гражданства временно пребывающих в Российскую Федерацию для трудовой деятельности, но в размере не менее суммы, предусмотренной законодательством РФ или нормативными актами органа страхового надзора в момент заключения договора страхования на каждое Застрахованное лицо на период страхования.
- 4.3. Страховая сумма является агрегатной (уменьшаемой), которая рассчитывается как разность страховой суммы на начало срока действия договора и суммы страхового возмещения, осуществленного Страховщиком в период действия договора по всем произошедшим страховым случаям.
- 4.3.1. Если агрегатная страховая сумма исчерпана полностью, обязательства Страховщика по договору страхования считаются исполненными. При этом договор страхования прекращается досрочно, а уплаченная Страховщику страховая премия не подлежит возврату Страхователю.
- 4.3.2. Страховщик обязан уведомить Страхователя (Застрахованное лицо) об уменьшении агрегатной страховой суммы до размера менее чем 10 000 (Десять тысяч) рублей в течение 5 рабочих дней с момента уменьшения.
- 4.4. При заключении Договора страхования в пределах общей страховой суммы могут устанавливаться лимиты ответственности по отдельным услугам в рамках Программы страхования, на одного Застрахованного или по группам Застрахованных и т.п.
- 4.5. Стоимость медицинских услуг, возмещаемых Страховщиком по договору страхования, не может превышать страховую сумму или соответствующего лимита ответственности.
- 4.6. В период действия договора страхования Страхователь по согласованию со Страховщиком вправе изменить страховую сумму, перечень медицинских услуг (Программы медицинского страхования), а также поменять медицинские учреждения, предоставляющие медицинскую помощь по договору страхования. Указанные изменения оформляются в письменном виде путем подписания дополнительного соглашения к договору страхования с соответствующим

перерасчетом страховой премии.

В этом случае Страхователь обязан уплатить дополнительный взнос (при коллективном страховании – в отношении всех Застрахованных лиц), соответствующий увеличению страховой суммы, пропорционально оставшемуся периоду действия договора страхования, а при расширении перечня медицинских услуг пропорционально увеличению объема ответственности Страховщика.

- 4.7. При заключении договора по нескольким условиям страхования одновременно Страховщик несет обязательства по оплате медицинских услуг в пределах страховой суммы по каждому из условий.

5. ФРАНШИЗА

- 5.1. Условиями договора страхования по соглашению сторон может устанавливаться франшиза – неоплачиваемая Страховщиком часть затрат, связанная с получением Застрахованными медицинскими услугами, предусмотренных соответствующей Программой медицинского страхования.
- 5.2. Франшиза – часть убытков, которая определена договором страхования, не подлежит возмещению Страховщиком Страхователю или иному лицу, интерес которого застрахован в соответствии с условиями договора страхования, и устанавливается в виде определенного процента от страховой суммы или в фиксированном размере.
- 5.2.1. В соответствии с условиями страхования франшиза может быть условной (Страховщик освобождается от возмещения убытка, если его размер не превышает размер франшизы, однако возмещает его полностью в случае, если размер убытка превышает размер франшизы) и безусловной (размер страховой выплаты определяется как разница между размером убытка и размером франшизы).
- 5.2.2. Франшиза может быть временной – период времени в течение действия договора страхования, когда Страховщик не несет ответственность по выплате страховой суммы при наступлении страхового события.
- 5.2.3. Договором страхования могут быть предусмотрены иные виды франшизы.
- 5.3. Размер и вид франшизы определяется по соглашению сторон при заключении договора страхования.

6. СТРАХОВАЯ ПРЕМИЯ (СТРАХОВЫЕ ВЗНОСЫ). 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 (страховые взносы) уплачивается Страхователем в валюте Российской Федерации.
- 6.2. Страховым тарифом является 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. При заключении конкретного договора страхования Страховщик применяет рассчитанные им базовые страховые тарифы (Приложение № 1 к настоящим Правилам), определяющие страховую премию, взимаемую с единицы страховой

суммы, с учетом условий договора страхования, Программы медицинского страхования, категории медицинского учреждения (в зависимости от цен на оказание медицинских услуг в медицинском учреждении, предусмотренном договором страхования), срока страхования.

Основываясь на базовых тарифных ставках, Страховщик, в каждом конкретном случае при заключении договора страхования, для определения реальной тарифной ставки, учитывающей степень страхового риска и особенности имущественных интересов Застрахованного лица, вправе применять к базовым тарифным ставкам повышающие и понижающие коэффициенты (Приложение № 1 к настоящим Правилам).

Наличие минимальных и максимальных значений повышающих/понижающих коэффициентов позволяет Страховщику более полно учитывать особенности объекта страхования, возможные факторы риска и определять наиболее реальную тарифную ставку по конкретному договору страхования, что является одним из условий обеспечения финансовой устойчивости Страховщика.

В связи с отсутствием какой-либо утвержденной методики (рекомендаций) экономического обоснования повышающих и понижающих коэффициентов, применяемых при определении конкретного страхового тарифа по конкретному договору добровольного страхования, их минимальные и максимальные значения, диапазоны применения, а также основные факторы риска, определены экспертным путем с учетом многолетней практики применения системы повышающих (понижающих) коэффициентов российскими страховыми организациями.

- 6.4. Основанием для применения Страховщиком повышающих или понижающих коэффициентов являются результаты проведенной им оценки страхового риска, осуществляемой на основании: информации и документов, представленных Страхователем с заявлением на страхование, как из числа указанных в настоящих Правилах, так и дополнительно запрошенных Страховщиком; информации, самостоятельно полученной Страховщиком и заключений экспертов, которые позволяют Страховщику в совокупности выявить факторы риска, повышающие или понижающие вероятность наступления страхового случая по каждому из условий, включаемых в договор страхования.

При наличии факторов риска увеличивающих вероятность наступления страхового события по конкретному страховому риску (рискам) Страховщик применяет к базовой тарифной ставке повышающие коэффициенты (конкретное значение определяется исходя из вида, количества и значимости факторов риска по своему воздействию на наступление страхового случая), а при отсутствии факторов риска или их незначительном влиянии на наступление страхового случая, Страховщик применяет к базовой тарифной ставке понижающие коэффициенты.

При этом Страховщик руководствуется правом, предоставленным ему Гражданским кодексом РФ и Законом РФ «Об организации страхового дела в Российской Федерации» на оценку страхового риска.

- 6.5. Конкретный размер страхового тарифа определяется договором страхования по соглашению сторон.
- 6.6. При заключении договора по нескольким Программам страхования размер страховой премии определяется путем суммирования премий по этим Программам.
- 6.7. Уплата страховой премии производится:
- 6.7.1. Наличными деньгами представителю Страховщика или в кассу Страховщика в день заключения договора страхования.

- 6.7.2. Путем безналичного перечисления на расчетный счет Страховщика в течение 5-ти банковских дней с даты подписания договора страхования, если условиями договора не предусмотрено иное.
- 6.8. При заключении договора страхования Страхователю может быть предоставлено право уплаты страховой премии в рассрочку по договорам, заключенным на срок не менее 12 месяцев. При этом первый страховой взнос не должен быть менее 50% от исчисленной страховой премии, а остальная часть должна быть уплачена не позднее половины срока, прошедшего с начала страхования. При заключении договора страхования стороны могут оговорить иной порядок и срок уплаты рассроченной страховой премии.
Страхователь обязан уплачивать рассроченные взносы в сроки, предусмотренные договором страхования, и в полном объеме. В договоре страхования указывается конкретный порядок уплаты страховой премии.
Страхователь вправе поручить оплату страховой премии или её части любому третьему лицу. В этом случае ответственность за действия такого лица несёт Страхователь (ответственность по договору страхования за неуплату в срок или неуплату в необходимом объёме).
- 6.9. Если договором страхования предусмотрено внесение страховой премии в рассрочку, то в договоре могут быть определены последствия неуплаты в установленные сроки остатка страховой премии.
- 6.10. В случае неуплаты Страхователем в установленный договором страхования срок страховой премии (при уплате страховой премии единовременно) или первого взноса (при уплате страховой премии в рассрочку) договор страхования считается не вступившим в силу.
При неуплате очередного взноса (при уплате страховой премии в рассрочку) договор страхования считается прекращенным со дня, следующего за днем уплаты очередного взноса, уплата которого просрочена, если стороны не договорились об отсрочке уплаты очередного взноса (договоренность об отсрочке страхового взноса оформляется дополнительным соглашением к договору страхования).
До момента зачисления суммы просроченного страхового взноса на расчетный счет Страховщика (уплаты в кассу или представителю Страховщика) медицинские услуги Застрахованному лицу не оказываются.
При этом стороны не вправе требовать возвращения того, что было исполнено ими по обязательству до момента прекращения договора.
О прекращении договора страхования Страховщик вправе поставить в известность Страхователя в письменной форме.

7. СРОК СТРАХОВАНИЯ. ПОРЯДОК ЗАКЛЮЧЕНИЯ И ИСПОЛНЕНИЯ ДОГОВОРА СТРАХОВАНИЯ

- 7.1. Договор страхования может быть заключен на срок до одного года, на год и более года.
- 7.2. Срок действия договора страхования определяется исходя из сообщенного Страхователем (Застрахованным лицом) предполагаемого срока действия разрешения на работу или патента.
Договор страхования может содержать условие о вступлении его в силу не ранее даты начала действия разрешения на работу или патента.

7.3. По договору страхования, заключенному на срок менее 1 года, страховая премия уплачивается в следующих размерах от суммы годовой страховой премии, при этом страховая премия за неполный месяц уплачивается как за полный: при страховании на срок до 1 месяца – 20%, 2 месяца – 30%, 3 месяца – 40%, 4 месяца – 50%, 5 месяцев – 60%, 6 месяцев – 70%, 7 месяцев – 75%, 8 месяцев – 80%, 9 месяцев – 85%, 10 месяцев – 90%, 11 месяцев – 95%.

При страховании на срок более одного года общая страховая премия по договору страхования в целом устанавливается как сумма страховых премий за каждый год. Если срок страхования устанавливается как год (несколько лет) и несколько месяцев, то страховая премия за указанные месяцы определяется как часть страхового взноса за год пропорционально полным месяцам последнего страхового периода.

7.4. Основанием для заключения договора страхования является устное или письменное заявление на страхование Страхователя (Приложение № 2 к настоящим Правилам).

7.4.1. Страховщик вправе потребовать от Страхователя заполнения письменного заявления, в этом случае там указываются следующие данные:

7.4.1.1. 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));

- иные данные.

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;
- иные данные.

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;
- иные данные;

7.4.1.2. Информация 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));
- иные данные.

7.4.1.3. К заявлению Страхователь – юридическое лицо должен приложить список Застрахованных лиц по форме, установленной Страховщиком (Приложение № 4 к настоящим Правилам).

В случае прекращения трудовых отношений между Страхователем и Застрахованным лицом, действие договора страхования в отношении такого

Застрахованного прекращается, если иное не предусмотрено условиями договора. Однако Страхователь имеет право по согласованию со Страховщиком включить вместо него в число Застрахованных лиц другого работника. Все изменения в списках Застрахованных лиц оформляются дополнительным соглашением к договору.

При желании увеличить число Застрахованных лиц по договору со Страхователем – юридическим лицом договор страхования может быть изменен путем внесения дополнений в список Застрахованных лиц с доплатой страховой премии за неистекший период действия договора. Страховая премия в этом случае уплачивается из расчета 1/12 части годовой премии за каждый полный и неполный месяц, оставшийся до конца срока действия основного договора страхования.

- 7.5. Договор страхования/Страховой полис (Приложение № 3 к настоящим Правилам) заключается на условиях организации оказания медицинской помощи и связанных с ней услуг, предоставляемых Застрахованным в рамках Программы «Мигрант» добровольного медицинского страхования иностранных граждан или лиц без гражданства временно пребывающих в Российскую Федерацию для трудовой деятельности.
- 7.6. Договор страхования может заключаться как без предварительного медицинского освидетельствования, так и с предварительным медицинским освидетельствованием Застрахованных в целях определения их принадлежности к группам риска для применения поправочных коэффициентов при расчете размеров страховой премии (страховых взносов).
- 7.7. В зависимости от результатов предварительного медицинского освидетельствования Застрахованному устанавливается соответствующая группа здоровья:
группа здоровья I – практически здоровые лица без отягощенной наследственности, имеющие в анамнезе детские болезни, простудные заболевания, аппендицит, грыжу; без вредных привычек или при их умеренной выраженности, не работающие на производстве с особо вредными условиями труда;
группа здоровья II – практически здоровые лица с повышенным риском заболевания, отягощенной наследственностью по диабету, сердечно-сосудистыми, почечно-желчнокаменными болезнями, психическими заболеваниями. В анамнезе – черепно-мозговые травмы, осложненные детские болезни, злоупотребление алкоголем, курение, работавшие или работающие на производстве с особо вредными условиями труда. Женщины детородного возраста;
группа здоровья III – лица трудоспособного возраста, имеющие хронические заболевания с тенденцией к обострению чаще двух раз в году, злоупотребляющие алкоголем, систематически употребляющие транквилизаторы, снотворные, страдающие выраженными невротами, психопатиями, гипертонической болезнью I и II степени, ИБС без выраженной стенокардии, перенесшие полостные операции.
- 7.8. Страховщик имеет право проверить достоверность указанных Страхователем сведений. В случае установления того, что Страхователь сообщил о себе или Застрахованном ложные сведения, Страховщик имеет право отказать Страхователю в заключении договора.
- 7.9. При заключении договора страхования Страхователь обязан сообщить Страховщику известные Страхователю обстоятельства, имеющие существенное значение для определения вероятности наступления страхового случая и размера возможных убытков от его наступления (страхового риска), если эти обстоятельства не известны

и не должны быть известны Страховщику. При этом существенными могут быть признаны обстоятельства определенно оговоренные Страховщиком в договоре страхования (страховом полисе) или в его письменном запросе.

Если договор страхования заключен при отсутствии ответов Страхователя на какие-либо вопросы Страховщика, Страховщик не может впоследствии требовать расторжения договора либо признания его недействительным на том основании, что соответствующие обстоятельства не были сообщены Страхователем.

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

- 7.10. Отношения между Страховщиком и Страхователем оформляются в письменной форме путем составления договора страхования, подписанного сторонами, и/или вручения Страхователю страхового полиса, подписанного Страховщиком, подтверждающего факт заключения договора страхования.
- 7.11. Условия, содержащиеся в настоящих Правилах страхования и не включенные в текст договора страхования (страхового полиса), обязательны для Страхователя (Застрахованного лица), если в договоре (страховом полисе) прямо указывается на применение таких Правил и сами Правила изложены в одном документе с договором (страховым полисом) или на его оборотной стороне либо приложены к нему. В последнем случае вручение Страхователю при заключении договора Правил страхования должно быть удостоверено записью в договоре.
- 7.12. Договор страхования вступает в силу с 00 часов дня, следующего за днем уплаты страховой премии или первого взноса страховой премии наличными деньгами представителю Страховщика или в кассу Страховщика, а при безналичном расчете – с даты поступления страховой премии или первого взноса страховой премии на расчетный счет Страховщика.
- Условиями конкретного договора может быть предусмотрен другой порядок вступления в силу и период ответственности Страховщика. Момент поступления (зачисления) средств на счет Страховщика определяется временем их зачисления на счет в соответствии с установленными законодательством правилами ведения банковских операций.
- При пролонгации договор вступает в силу с 00 часов дня, следующего за днем окончания действия предыдущего договора страхования при условии досрочного внесения страховой премии по новому договору, если условиями договора не предусмотрено иное.
- 7.13. В течение 5 (Пяти) дней с даты поступления (зачисления) на счет Страховщика страховой премии (взноса) Страховщик обязан выдать Страхователю договор страхования (полис) с указанием дат начала и окончания действия договора страхования, если иное не предусмотрено условиями договора страхования.
- удалено
- При наличном расчете договор (полис) вручается в момент уплаты страховой премии (взноса).
- 7.14. В случае утраты страхового договора (полиса) в период его действия Страхователю на

основании его письменного заявления выдается дубликат, после чего утраченный документ считается аннулированным и оплата медицинских услуг по нему не производится.

- 7.15. Право Застрахованного на получение и оплату медицинской помощи, предусмотренной договором страхования, наступает с даты, вступления договора страхования в силу, при условии выполнения обязательств Страхователя по уплате страховых взносов.
- 7.16. Предоставление медицинской помощи, обусловленной договором страхования, осуществляется путем обращения Застрахованного в медицинские учреждения, с которыми Страховщик состоит в договорных отношениях (Приложение № 5 к настоящим Правилам).
При обращении Застрахованного в медицинское учреждение предъявляется страховой полис, выданный Страховщиком, и паспорт либо другой документ, удостоверяющий личность Застрахованного.
В случае необходимости Застрахованный обращается по телефону, указанному в страховом полисе.
- 7.17. При отсутствии возможности оказания услуг, предусмотренных Программой страхования, в медицинском учреждении, определенном в договоре страхования, Страховщик вправе организовать их выполнение в ином медицинском учреждении либо Страхователь (Застрахованное лицо) самостоятельно обращается в медицинское учреждение.
- 7.18. Не оплачиваются Страховщиком расходы, возникшие по окончании срока действия договора страхования, за исключением расходов, связанных с госпитализацией Застрахованного, начавшейся в течение срока действия Договора страхования, до момента устранения угрозы жизни Застрахованного.
- 7.19. Подписанием договора страхования на основании настоящих Правил Страхователь (Застрахованное лицо) дает согласие на обработку Страховщиком сообщенных Страхователем (Застрахованным лицом) персональных данных. Страховщик (в соответствии с законодательством о персональных данных и с соблюдением тайны страхования) имеет право на автоматизированную и неавтоматизированную обработку (включая сбор, систематизацию, накопление, хранение, уточнение, удаление, использование, распространение, передачу) персональных данных, сообщенных Страхователем (Застрахованным лицом) при заключении и исполнении договора страхования, в целях осуществления страховой деятельности, предоставления информации о страховых продуктах, в том числе при непосредственном контакте или с помощью средств связи, в иных случаях, незапрещённых законодательством. Обработка и хранение персональных данных осуществляется в течение действия договора страхования и 5-ти лет с момента окончания его действия.

8. ПОРЯДОК ПРЕКРАЩЕНИЯ ДОГОВОРА СТРАХОВАНИЯ

- 8.1. Договор страхования прекращает действие и Застрахованный теряет право на получение медицинских услуг по договору в случаях:
- 8.1.1. Истечения срока его действия (в 24 часа 00 минут дня, определенного договором страхования в качестве даты окончания срока его действия).
- 8.1.2. Исполнения Страховщиком обязательств перед Страхователем по договору

страхования в полном объеме.

8.2. Договор страхования прекращается досрочно в случаях:

8.2.1. Неуплаты Страхователем очередного страхового взноса в установленный договором страхования срок, если стороны не договорились об отсрочке уплаты очередного взноса (с 00 часов 00 минут дня, следующего за днем, установленным в договоре как день уплаты очередного страхового взноса).

О прекращении договора страхования Страховщик вправе поставить в известность Страхователя в письменной форме.

8.2.2. Смерти Застрахованного (при заключении индивидуальных договоров);

8.2.3. Смерти Страхователя – физического лица, заключившего договор о страховании третьего лица, или ликвидации Страхователя – юридического лица, если Застрахованный или иное лицо в соответствии с действующим законодательством не приняли на себя исполнение обязанностей Страхователя по уплате страховой премии (страховых взносов);

8.2.4. Ликвидации Страховщика в порядке, установленном законодательными актами Российской Федерации, при отсутствии согласия Страхователя на передачу договора другому Страховщику (с момента принятия учредителями Страховщика решения о его ликвидации).

8.2.5. Расторжения договора страхования по соглашению сторон в порядке, предусмотренном Гражданским кодексом Российской Федерации (со дня, указанного сторонами в соглашении или заявлении о расторжении договора).

8.2.6. принятия судом решения о признании договора недействительным;

8.2.7. в других случаях, предусмотренных законодательством Российской Федерации и настоящими Правилами.

8.3. Договор страхования может быть прекращен до наступления срока, на который он был заключен, если после его вступления в силу 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.

Возврат части уплаченной Страхователем премии осуществляется на основании его заявления о досрочном прекращении договора страхования в течение десяти рабочих дней с момента прекращения договора страхования.

8.4. 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. Досрочное расторжение договора осуществляется на основании письменного заявления Страхователя на имя Страховщика.

В этом случае, уплаченная Страховщику страховая премия не подлежит возврату, если договором не предусмотрено иное (конкретный размер части страховой премии, подлежащей в данном случае возврату Страхователю, определяется Страховщиком в каждом конкретном случае с учетом срока действия договора, наличия или отсутствия в этот период выплат, расходов на ведение дела Страховщика).

8.5. Изменение и расторжение сторонами договора страхования осуществляется в письменном виде в соответствии с положениями, предусмотренными Гражданским кодексом Российской Федерации и настоящими Правилами.

- 8.6. Договор страхования может быть признан недействительным с момента его заключения по основаниям, предусмотренным Гражданским кодексом Российской Федерации.

Признание договора страхования недействительным осуществляется в соответствии с нормами гражданского законодательства Российской Федерации.

- 8.7. В случае отзыва лицензии Страховщик уведомляет Страхователя в соответствии с решением органа страхового надзора, об отзыве лицензии, о досрочном прекращении договора страхования и/или о передаче обязательств, принятых по договору страхования (страхового портфеля), с указанием Страховщика, которому данный портфель может быть передан.

Обязательства по договору страхования, по которому отношения сторон не урегулированы, в соответствии с решением органа страхового надзора, подлежат передаче другому Страховщику в порядке, установленном Законом РФ «Об организации страхового дела в Российской Федерации».

9. ИЗМЕНЕНИЕ СТРАХОВОГО РИСКА

- 9.1. В период действия договора страхования Страхователь (Застрахованное лицо) обязан 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.

- 9.2. Страховщик, уведомленный (Страхователем, Застрахованным, представителем медицинского учреждения и пр.) об обстоятельствах, влекущих увеличение страхового риска (в том числе в случае применения медицинским учреждением повышающих коэффициентов к стоимости медицинского обслуживания при наличии у Застрахованного хронического заболевания или группы инвалидности), вправе потребовать изменения условий договора страхования или уплаты дополнительной страховой премии соразмерно увеличению страхового риска.

Если Страхователь возражает против изменения условий договора страхования или доплаты страховой премии, Страховщик вправе потребовать расторжения договора страхования.

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

10. ПРАВА И ОБЯЗАННОСТИ СТОРОН

- 10.1. Страхователь / Застрахованный имеет право:

10.1.1. Проверять соблюдение Страховщиком требований условий договора страхования;

10.1.2. Обратиться в медицинские учреждения для получения медицинских услуг определенных в договоре страхования, в соответствии с условиями страхования и Программой медицинского страхования.

В случае непредоставления таких медицинских услуг, несвоевременного, неполного или некачественного их предоставления Страхователь, Застрахованный или другие уполномоченные им лица должны немедленно поставить в известность об этом Страховщика.

10.1.3. Изменить перечень медицинских услуг, гарантируемых по договору страхования, или изменить уровень страхового обеспечения, заключив дополнительное

соглашение к основному договору страхования и уплатив при этом дополнительный страховой взнос, если дополнительным соглашением не предусмотрено иное.

- 10.1.4. Получить дубликат страхового полиса в случае его утраты;
 - 10.1.5. Изменить список Застрахованных в соответствии с условиями, изложенными в настоящих Правилах;
 - 10.1.6. Прекратить досрочно договор страхования в порядке, предусмотренном настоящими Правилами страхования и гражданским законодательством РФ.
 - 10.1.7. Требовать предоставления медицинских услуг в соответствии с условиями договора страхования в перечисленных в нем медицинских учреждениях;
 - 10.1.8. Выбрать любую медицинскую организацию из числа, предложенных Страховщиком.
 - 10.1.9. Обращаться к Страховщику за разъяснениями по особенностям медицинского обеспечения, для получения медико-организационной помощи, а также при возникновении спорных ситуаций в связи с оказанием медицинской помощи;
 - 10.1.10. Принять на себя обязанности Страхователя, а также приобрести все его права в случае смерти Страхователя – физического лица, ликвидации Страхователя – юридического лица в порядке, предусмотренном законодательством.
- 10.2. Страховщик имеет право:
- 10.2.1. Проверять сообщенную Страхователем информацию, а также выполнение Страхователем и Застрахованным требований договора страхования;
 - 10.2.2. Отказать в оплате медицинских услуг при обстоятельствах, предусмотренных настоящими Правилами или договором страхования;
 - 10.2.3. Самостоятельно выяснять причины и обстоятельства страхового случая, включая направление запросов в соответствующие учреждения;
 - 10.2.4. Досрочно расторгнуть договор страхования в порядке, предусмотренном настоящими Правилами страхования и гражданским законодательством РФ;
 - 10.2.5. Отсрочить решение вопроса об оплате медицинских услуг или отказать в выплате в случае возбуждения административного или уголовного дела в отношении Застрахованного по факту событий, приведших к травматическому повреждению или иному расстройству здоровья Застрахованного, до момента принятия соответствующего решения компетентными органами.
Если у Страховщика имеются мотивированные сомнения в подлинности документов, подтверждающих страховой случай, страховая выплата может быть отсрочена до тех пор, пока не будет подтверждена подлинность таких документов.
 - 10.2.6. Защищать права Застрахованных в отношениях с медицинскими организациями в рамках договора добровольного медицинского страхования иностранных граждан или лиц без гражданства временно пребывающих в Российскую Федерацию для трудовой деятельности.
- 10.3. Страхователь / Застрахованный обязан:
- 10.3.1. Своевременно и в полном объеме оплатить обусловленную договором страхования страховую премию (страховые взносы);
 - 10.3.2. Заключение договора страхования до наступления страхового события;
 - 10.3.3. Предоставлять Страховщику необходимые для заключения договора страхования сведения, а также иную необходимую информацию, связанную с действием договора страхования;
 - 10.3.4. Довести до сведения каждого Застрахованного условия страхования, определенные договором страхования. Ознакомить Застрахованного с настоящими Правилами;
 - 10.3.5. Обеспечить сохранность документов по договору страхования;
 - 10.3.6. Пройти предварительное медицинское освидетельствование, если это предусмотрено условиями договора страхования;

- 10.3.7. Соблюдать предписания лечащего врача, полученные в ходе предоставления медицинской помощи, соблюдать распорядок, установленный медицинским учреждением;
- 10.3.8. Заботиться о сохранности страховых документов и не передавать их другим лицам с целью получения ими медицинских услуг.
Если будет установлено, что Застрахованный передал другому лицу страховой полис с целью получения им медицинских услуг по договору страхования, Страховщик досрочно прекращает действие договора страхования в отношении такого Застрахованного. Возврат страховых взносов в этом случае не производится.
- 10.4. Страховщик обязан:
- 10.4.1. Ознакомить Страхователя (Застрахованное лицо) с Правилами и Программами страхования;
- 10.4.2. Выдать договор страхования (полис) с приложением Правил (Выписки из Правил страхования) и Программ медицинского страхования;
- 10.4.3. При наступлении страхового события и признания его страховым случаем произвести медицинскому учреждению оплату за оказанные медицинские услуги;
- 10.4.4. Обеспечить конфиденциальность в отношениях со Страхователем (Застрахованным). Страховщик несет ответственность за разглашение его работниками сведений о договоре страхования, включая врачебную тайну, в соответствии с законодательством.
- 10.5. Страховщик, Страхователь, Застрахованное лицо вправе совершать другие действия, предусмотренные законодательством РФ, настоящими Правилами и договором страхования.

11. ПОРЯДОК И УСЛОВИЯ ОСУЩЕСТВЛЕНИЯ СТРАХОВОЙ ВЫПЛАТЫ

- 11.1. Выплатой страховой суммы по настоящим Правилам является плата за медицинские услуги, предусмотренные Программой медицинского страхования, оказанные по наступившим страховым случаям Застрахованному лицу.
- 11.2. Страховая выплата по договорам страхования производится в валюте Российской Федерации.
- 11.3. Страховая выплата осуществляется в пределах страховой суммы или соответствующего лимита ответственности в виде оплаты медицинских услуг, предусмотренных программой медицинского страхования.
- 11.4. Страховщик производит оплату медицинских услуг только по тем страховым случаям, которые предусмотрены договором страхования, при предоставлении соответствующих документов.
- 11.5. Для получения первичной медико-санитарной помощи и специализированной медицинской помощи в неотложной форме по программе «Мигрант», Застрахованное лицо обращается в медицинское учреждение, предъявляя страховой полис, выданный Страховщиком и документ, удостоверяющий личность.
- 11.6. О наступлении страхового события Страховщика информирует медицинское учреждение. Если Страховщик признает наступившее событие страховым случаем он, на основании документов, представленных медицинским учреждением, производит оплату стоимости услуг, оказанных медицинским учреждением, в

пределах страховой суммы, установленной по договору страхования, путем перечисления Страховщиком денежных средств на счет медицинского учреждения.

- 11.7. Перечисление производится после получения от медицинского учреждения счета и реестра с указанием диагноза, сроков лечения, перечня оказанных услуг, их стоимости и общей суммы расходов, понесенных по всем услугам, оказанным Застрахованному в пределах Программы медицинского страхования, предусмотренной договором страхования (Приложение № 6 к настоящим Правилам).

После получения всех необходимых документов от медицинского учреждения Страховщик составляет страховой акт (Приложение № 7 к настоящим Правилам), в котором указываются обстоятельства страхового случая, обоснование произведенных расчетов размера и выплаты страховой суммы.

- 11.8. Согласование услуг и оплата их стоимости, оказанных медицинским учреждением, производится в сроки, предусмотренные договором между Страховщиком и медицинским учреждением. В случае отсутствия такого договора согласование и оплата медицинских услуг происходит после заключения договора на предоставление таких услуг между Страховщиком и медицинским учреждением. При необходимости Страховщик вправе производить предоплату (авансирование) медицинскому учреждению в счет оплаты предоставленных медицинских услуг.

- 11.9. Застрахованный вправе самостоятельно обратиться в медицинское учреждение для получения медицинских услуг, предусмотренных Программой страхования.

В течение 3-х рабочих дней после получения медицинских услуг Застрахованный (его представители) обязаны обратиться к Страховщику предъявив страховой полис и документы из медицинского учреждения:

- а) врачебное заключение об установлении соответствующего диагноза, заверенное личной печатью врача и печатью лечебного учреждения;
- б) подтверждающие оказание Застрахованному соответствующих услуг (заключение о проведенном обследовании или лечении, выписку из истории болезни, результаты обследования, амбулаторную карту и т.д.);
- в) документы об оплате медицинских услуг;
- г) иные документы по запросу Страховщика, подтверждающие обращение Застрахованного в медицинское учреждение.

Медицинские услуги Застрахованному оказываются медицинскими учреждениями при условии предъявления им страхового полиса и документа, удостоверяющего его личность.

- 11.10. Страховой акт не составляется Страховщиком, если при проверке информации о страховом событии будет установлено, что наступившее событие не является страховым случаем. В этом случае Страховщиком в течение 10-ти рабочих дней с момента принятия такого решения направляет Страхователю (Застрахованному) в тот же срок письменное уведомление с указанием причин непризнания наступившего события страховым случаем и принятом решении об отказе в страховой выплате.

- 11.11. После страховой выплаты Страховщик несет обязательства по договору страхования в размере разности между страховой суммой и произведенными выплатами.

- 11.12. Выплата страховой суммы производится с учетом установленной договором

страхования франшизы.

- 11.13. Договором страхования может быть предусмотрен иной порядок осуществления страховой выплаты.

12. ОТКАЗ В СТРАХОВОЙ ВЫПЛАТЕ

- 12.1. Страховщик вправе отказать в выплате страховой суммы, если:
- 12.1.1. Установлен факт передачи Страхователем (Застрахованным) страхового полиса другому лицу для получения им медицинской услуги;
 - 12.1.2. Страхователь (Застрахованный) предоставил ложные сведения о Застрахованном лице при заключении договора страхования;
 - 12.1.3. Требование о выплате страховой суммы предъявлено по событиям, подпадающим под перечень исключений;
 - 12.1.4. Страхователем (Застрахованным) не выполнялись предписания лечащего врача или нарушался определенный лечащим врачом больничный режим, что привело к медицинским осложнениям;
 - 12.1.5. На момент страхового события Страхователь (Застрахованный) не получил патент (разрешение на работу) в установленном законодательстве РФ порядке при условии вступления в силу договора страхования не ранее даты начала действия патента (разрешения на работу);
 - 12.1.6. Страхователь (Застрахованный) заключил договор страхования (полис) на условиях п. 1.5. настоящих Правил.
- 12.2. Отказ Страховщика произвести страховую выплату может быть обжалован Страхователем в суде.

13. ПОРЯДОК РАЗРЕШЕНИЯ СПОРОВ

- 13.1. Споры, вытекающие из договоров страхования, заключенных на основе настоящих Правил, рассматриваются в порядке, предусмотренном законодательством Российской Федерации.

Базовый страховой тариф
(годовой в % от страховой суммы)

	Программа страхования	Страховой тариф, %
1	Программа «Мигрант»	1,0

При заключении конкретного договора страхования Страховщик имеет право применять к базовым тарифным ставкам повышающие и понижающие коэффициенты в зависимости от следующих факторов риска: включение дополнительных услуг по договору страхования (повышающие от 1,01 до 5,0 и понижающие от 0,1 до 0,99), специфика производственной деятельности предприятия на котором работает Застрахованное лицо и его профессия (повышающие от 1,01 до 5,0 и понижающие от 0,1 до 0,99), состояние здоровья Застрахованного лица (повышающие от 1,01 до 5,0 и понижающие от 0,1 до 0,99), занятий видами спорта (повышающие от 1,01 до 5,0 и понижающие от 0,1 до 0,99) и других обстоятельств, имеющих существенное значение для определения степени страхового риска (повышающий коэффициент от 1,01 до 5,0 или понижающие от 0,1 до 0,99).