

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

УТВЕРЖДАЮ

Генеральный директор

ООО СК «Гранта»



Д. В. Алякина

22 » февраля 2017 г.

**ПРАВИЛА ДОБРОВОЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ
ТРУДОВЫХ МИГРАНТОВ**

СОДЕРЖАНИЕ

1. ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ	4
2. ОБЪЕКТЫ И СУБЪЕКТЫ СТРАХОВАНИЯ.....	10
3. СТРАХОВЫЕ СЛУЧАИ.....	11
4. ИСКЛЮЧЕНИЯ.....	14
5. СТРАХОВАЯ СУММА	16
6. ПОРЯДОК ОПРЕДЕЛЕНИЯ СТРАХОВОГО ТАРИФА, СТРАХОВОЙ ПРЕМИИ, СТРАХОВОГО ВЗНОСА.....	17
7. ПОРЯДОК ЗАКЛЮЧЕНИЯ ДОГОВОРА СТРАХОВАНИЯ. ПРЕКРАЩЕНИЕ ДОГОВОРА СТРАХОВАНИЯ.	21
8. СРОК ДЕЙСТВИЯ ДОГОВОРА СТРАХОВАНИЯ.....	28
9. СТРАХОВАЯ ВЫПЛАТА.....	29
10. СЛУЧАИ ОТКАЗА В СТРАХОВОЙ ВЫПЛАТЕ.....	31
11. ПРАВА И ОБЯЗАННОСТИ СТОРОН	32
12. ПОСЛЕДСТВИЯ ИЗМЕНЕНИЯ СТЕПЕНИ СТРАХОВОГО РИСКА	36
13. НЕДЕЙСТВИТЕЛЬНОСТЬ ДОГОВОРА СТРАХОВАНИЯ	37
14. ОТВЕТСТВЕННОСТЬ СТОРОН	38
15. ПОРЯДОК РАЗРЕШЕНИЯ СПОРОВ.....	39
ПРИЛОЖЕНИЕ 1.....	40
ПРИЛОЖЕНИЕ 2.....	41
ПРИЛОЖЕНИЕ 3.....	43
ПРИЛОЖЕНИЕ 4.....	44
ПРИЛОЖЕНИЕ 5.....	50
ПРИЛОЖЕНИЕ 6.....	52
ПРИЛОЖЕНИЕ 7	53
ПРИЛОЖЕНИЕ 8	54

ООО «СК «Гранта»

Правила добровольного медицинского страхования трудовых мигрантов

ПРИЛОЖЕНИЕ 9	55
ПРИЛОЖЕНИЕ 10	56

1. ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ

1.1. Общество с ограниченной ответственностью «Страховая компания «Гранта» (сокращенное наименование – ООО «СК «Гранта» (ИНН 1655230261)) заключает договоры добровольного медицинского страхования иностранных граждан и лиц без гражданства, находящихся на территории Российской Федерации с целью осуществления трудовой деятельности (далее – трудовых мигрантов) на основании настоящих Правил, в соответствии с действующим законодательством Российской Федерации.

1.2. Основные термины, используемые в настоящих Правилах.

1.2.1. Страховщик - ООО «СК «Гранта» – юридическое лицо, осуществляющее деятельность по добровольному медицинскому страхованию в соответствии с лицензией, выданной органом государственного страхового надзора.

1.2.2. Страхователь - заключает Договор страхования со Страховщиком в свою пользу или в пользу третьих лиц (далее по тексту Застрахованные). Страхователями могут являться:

- физические лица - граждане РФ, иностранные граждане и лица без гражданства, обладающие гражданской дееспособностью.
- российские или иностранные юридические лица любой организационно-правовой формы, зарегистрированные и действующие в соответствии с законодательством РФ;

1.2.3. Застрахованное лицо - иностранные граждане и лица без гражданства, прибывшие в Российскую Федерацию и намеревающиеся осуществлять или осуществляющие трудовую деятельность на основании разрешения на работу или патента (далее – Трудовые мигранты);

1.2.4. Страховая сумма - определенная договором страхования денежная сумма, в пределах которой Страховщик обязуется осуществить страховую выплату и, исходя из которой, определяется размер страховой премии.

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

1.2.6. 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.

1.2.7. Страховой риск - предполагаемое событие, на случай наступления которого проводится страхование.

1.2.8. Страховой случай - совершившееся событие, предусмотренное договором страхования (или программой страхования), с наступлением которого возникает обязанность Страховщика произвести страховую выплату.

ООО «СК «Гранта»

Правила добровольного медицинского страхования трудовых мигрантов

1.2.9. Страховая выплата - денежная сумма, которую Страховщик в соответствии с договором страхования обязан выплатить при наступлении страхового случая.

Общая сумма страховых выплат по всем страховым случаям, происшедшим в период действия договора страхования не может превышать страховой суммы.

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

1.2.11. Договор страхования – соглашение Страховщика и Страхователя о добровольном медицинском страховании, заключенное между Страховщиком и Страхователем в соответствии с настоящими Правилами. Договор страхования может быть заключен путем составления одного документа либо вручения Страховщиком Страхователю, на основании его письменного или устного заявления, страхового полиса, подписанного Страховщиком.

В последнем случае согласие Страхователя заключить договор на предложенных Страховщиком условиях подтверждается принятием от Страховщика указанных в абзаце первом настоящего пункта документов.

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

1.2.13. Медицинские, аптечные и сервисные организации.

Медицинская организация - юридическое лицо независимо от организационно-правовой формы, осуществляющее в качестве основного (уставного) вида деятельности медицинскую деятельность на основании лицензии, выданной в порядке, установленном законодательством Российской Федерации, а также иные юридические лица независимо от организационно-правовой формы, осуществляющие наряду с основной (уставной) деятельностью медицинскую деятельность.

К медицинским организациям в частности относятся российские и иностранные медицинские организации: стационары, клиники, диспансеры, амбулаторно-поликлинические организации, организации скорой медицинской помощи, организации охраны материнства и детства, санаторно-курортные, лечебно-реабилитационные организации и другие.

К медицинским организациям приравниваются индивидуальные предприниматели, осуществляющие медицинскую деятельность.

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

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

ООО «СК «Гранта»

Правила добровольного медицинского страхования трудовых мигрантов

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

1.2.15. Декларация здоровья (медицинская анкета) – сведения о состоянии здоровья лица, подлежащего страхованию, составленные в форме вопросов Страховщика и ответов на них или предоставляемые иными документами.

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

1.2.17. Медицинская документация – комплект документов, оформленный в соответствии с приказом Министерства здравоохранения СССР от 4 октября 1980 г. № 1030 (с последующими изменениями), касающихся наступления страхового случая: листки нетрудоспособности, выписные эпикризы, заключение о проведенном обследовании или лечении, выписка из истории болезни, результаты обследования, амбулаторная карта, рецепты и назначения лечащего врача и т.д.

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

1.2.19. Медицинские и иные услуги

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

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

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

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

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

- в страну постоянного проживания при заболеваниях/состояниях, требующих сопровождения квалифицированным медицинским персоналом, с применением методов непрерывного интенсивного наблюдения и аппаратного управления жизненно-важными функциями организма, из места пребывания адекватным состоянию здоровья транспортным средством до

ООО «СК «Гранта»

Правила добровольного медицинского страхования трудовых мигрантов

транспортного узла, ближайшего к месту постоянного проживания Застрахованного, с которым есть прямое международное сообщение от места пребывания Застрахованного.

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

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

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

Лекарственное обеспечение - расходы на используемые медицинским персоналом при оказании медицинской помощи в неотложной форме в соответствии со стандартами первичной медико-санитарной помощи и специализированной медицинской помощи в рамках Программы добровольного медицинского страхования Трудовых мигрантов лекарственные препараты, включенные в утверждаемый Правительством Российской Федерации перечень жизненно необходимых и важнейших лекарственных препаратов для медицинского применения и медицинских изделий, и медицинские изделия, включенные в утверждаемый Правительством Российской Федерации перечень медицинских изделий, имплантируемых в организм человека при оказании медицинской помощи в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи, в том числе лечебное питание в стационаре и донорская кровь и ее компоненты.

Формами оказания медицинской помощи являются:

1) экстренная - медицинская помощь, оказываемая при внезапных острых заболеваниях, состояниях, обострении хронических заболеваний, представляющих угрозу жизни пациента;

2) неотложная - медицинская помощь, оказываемая при внезапных острых заболеваниях, состояниях, обострении хронических заболеваний без явных признаков угрозы жизни пациента;

3) первичная медико-санитарная помощь - включает в себя мероприятия по диагностике и лечению заболеваний и состояний и оказывается в амбулаторных условиях и в условиях дневного стационара.

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

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

ООО «СК «Гранта»

Правила добровольного медицинского страхования трудовых мигрантов

1.2.22. Страхование покрытие - совокупность страховых случаев, предусмотренных договором страхования, при наступлении которых возникает обязанность Страховщика произвести страховую выплату.

1.2.23. Страховой взнос – часть страховой премии.

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

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

1.2.26. Франшиза - часть убытков, определенная договором страхования и не подлежащая возмещению Страховщиком. Франшиза устанавливается в виде определенного процента от страховой суммы или в фиксированном размере.

Договором могут быть предусмотрены иные виды франшизы (например, франшиза, установленная в виде процента от стоимости медицинских услуг).

Франшиза может быть условная или безусловная.

При условной франшизе Страховщик освобождается от возмещения убытка, если его размер не превышает размер франшизы, однако возмещает его полностью в случае, если размер убытка превышает размер франшизы

При безусловной франшизе размер страховой выплаты определяется как разница между размером убытка и размером франшизы

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

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

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

1.2.30. Термины, для которых в настоящих Правилах и(или) договоре страхования нет специальных определений, используются в общепринятых значениях.

ООО «СК «Гранта»

Правила добровольного медицинского страхования трудовых мигрантов

1.3. По договору страхования одна сторона (Страховщик) обязуется за обусловленную договором плату (страховую премию), уплачиваемую другой стороной (Страхователем), при наступлении страхового случая, организовать оказание Застрахованному лицу медицинской помощи в медицинском учреждении, а также оплатить оказанные медицинские и иные услуги, указанные в Программе добровольного медицинского страхования и оказанные в Медицинском учреждении в порядке и на условиях, предусмотренных настоящими Правилами и Договором страхования

1.4. Условия, содержащиеся в настоящих Правилах страхования и не включенные в текст договора страхования, обязательны для Страхователя, если в договоре прямо указывается на применение таких правил и сами правила изложены в одном документе с договором или на его оборотной стороне, либо приложены к нему.

2. ОБЪЕКТЫ И СУБЪЕКТЫ СТРАХОВАНИЯ

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

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

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

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

3. СТРАХОВЫЕ СЛУЧАИ.

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

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

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

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

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

- не предусмотренных Программой страхования или Договором добровольного медицинского страхования;
- расходов на оказание услуг трудовым мигрантам, не указанным в Договоре страхования как Застрахованные;

ООО «СК «Гранта»

Правила добровольного медицинского страхования трудовых мигрантов

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

3.3. При наступлении страхового случая, страховщик оплачивает расходы на используемые медицинским персоналом при оказании медицинской помощи в неотложной форме, в соответствии со стандартами первичной медико-санитарной помощи и специализированной медицинской помощи, лекарственные препараты, включенные в утверждаемый Правительством Российской Федерации перечень жизненно необходимых и важнейших лекарственных препаратов для медицинского применения и медицинских изделий, и медицинские изделия,

ООО «СК «Гранта»

Правила добровольного медицинского страхования трудовых мигрантов

включенные в утверждаемый Правительством Российской Федерации перечень медицинских изделий, имплантируемых в организм человека при оказании медицинской помощи в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи, в том числе оплату лечебного питания в стационаре и донорской крови и ее компонентов.

4. ИСКЛЮЧЕНИЯ

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

4.1.1. если медицинские или иные услуги, оказанные Застрахованному, не согласованы со Страховщиком;

4.1.2. если медицинские или иные услуги оказаны Застрахованному в медицинских учреждениях, не согласованных со Страховщиком;

4.1.3. при оказании Застрахованному лицу высокотехнологичной медицинской помощи;

4.1.4. при получении травматического повреждения и/или иного расстройства здоровья в связи с участием Застрахованного в военных действиях, гражданских волнениях, беспорядках, несанкционированных митингах и демонстрациях, если это не сопряжено с исполнением Застрахованным его служебных обязанностей;

4.1.5. если лицо, предъявившее требование о страховой выплате, не является Страхователем/Застрахованным или законным представителем кого-либо из этих лиц при условии документального подтверждения;

4.1.6. если договор страхования является недействительным в соответствии с законодательством Российской Федерации;

4.1.7. если заявленное событие (убыток) в действительности не имело места или не подтверждено соответствующими документами;

4.1.8. если наступившие событие и (или) убыток исключены из страхования (в соответствии с условиями настоящих Правил и/или договора страхования);

4.1.9. если имеются основания для освобождения Страховщика от страховой выплаты, предусмотренные законодательством Российской Федерации;

4.1.10. если не выполнены какие-либо условия по осуществлению страховой выплаты, предусмотренные настоящими Правилами;

4.1.11. если убыток возмещен третьими лицами;

4.1.12. в случае непредставления Страхователем/Застрахованным документов по факту заявленного события, в той части страховой выплаты, которая не подтверждена документально.

4.1.13. если Застрахованный не предоставил патент (разрешение на работу) или у Застрахованного на момент оказания медицинской или иной услуги отсутствует действующий патент (разрешение на работу).

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

ООО «СК «Гранта»

Правила добровольного медицинского страхования трудовых мигрантов

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

5. СТРАХОВАЯ СУММА

5.1. Страховой суммой является денежная сумма, определённая в порядке, установленном Договором страхования при его заключении, исходя из которой, устанавливаются размер страховой премии (страхового взноса) и максимально возможный размер страховой выплаты при наступлении страхового случая.

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

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

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

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

6. ПОРЯДОК ОПРЕДЕЛЕНИЯ СТРАХОВОГО ТАРИФА, СТРАХОВОЙ ПРЕМИИ, СТРАХОВОГО ВЗНОСА

6.1. При определении размера страховой премии, подлежащей уплате по договору страхования, Страховщик применяет разработанные им базовые тарифные ставки (Приложение № 3 к настоящим Правилам).

6.2. При заключении договора страхования в соответствии с настоящими Правилами Страховщик осуществляет комплекс последовательных действий, направленных на определение степени страхового риска, а именно: анализируется информация и изучаются документы, представленные Страхователем вместе с заявлением на страхование, как из числа указанных в настоящих Правилах, так и дополнительно запрошенных Страховщиком, характеризующих степень принимаемого на страхование риска; привлекает экспертов для оценки вероятности наступления страхового события по каждому из страховых рисков, включаемых в договор страхования; самостоятельно получает дополнительную информацию, статистические данные в организациях, располагающих такой информацией, о Страхователе; на основе полученных результатов делает вывод о степени страхового риска (вероятности наступления страхового события), принимает решение о страховании/ отказе в страховании, применении к базовой тарифной ставке повышающих или понижающих коэффициентов.

6.3. Наличие повышающих / понижающих коэффициентов позволяет Страховщику детально учитывать особенности объекта (деятельности) Страхователя, возможные факторы риска (существенные обстоятельства, создающие или увеличивающие вероятность наступления страхового случая) и определять наиболее реальную тарифную ставку по конкретному договору страхования, что является одним из условий обеспечения финансовой устойчивости Страховщика.

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 из открытых источников; с учетом набора и уровня медицинских и иных услуг, медицинских учреждений, сервисных компаний и иных учреждений, зон покрытия, региона пребывания, характера производственной деятельности Застрахованных, которые позволяют Страховщику в совокупности выявить факторы риска, повышающие или понижающие вероятность наступления страхового случая по каждому из страховых рисков, включаемых в договор страхования.

6.5. При наличии факторов риска, увеличивающих вероятность наступления страхового события либо степень ущерба 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 степень ущерба или вероятность наступления страхового случая, Страховщик применяет к базовой тарифной ставке понижающие коэффициенты. Если степень влияния фактора в той же мере отражена в базовом тарифе, коэффициент риска не применяется.

6.6. Обоснование необходимости применения к базовой тарифной ставке повышающих или понижающих коэффициентов, их конкретный размер в установленных настоящими Правилами диапазонах применения, перечисление факторов риска, увеличивающих вероятность наступления страхового случая, и обстоятельств, понижающих вероятность наступления страхового случая, производится Страховщиком в конкретном договоре страхования с учетом оценки страхового риска. При этом Страховщик руководствуется правом, предоставленным ему Гражданским кодексом РФ и Законом РФ «Об организации страхового дела в Российской Федерации» на оценку страхового риска.

6.7. Конкретный размер страхового тарифа определяется договором страхования по соглашению сторон.

6.8. При заключении договора страхования на условии включения в него всех или части рисков, предусмотренных настоящими Правилами, тарифная ставка определяется как сумма базовых тарифных ставок по каждому из рисков, включаемых в договор. К полученной тарифной ставке Страховщик вправе применять повышающие или понижающие коэффициенты, указанные в Приложении № 3 к настоящим Правилам, в зависимости от результатов оценки страхового риска Страховщиком.

6.9. Страховая премия по договору страхования, заключенному на срок один год, может уплачиваться единовременно или в рассрочку. Порядок уплаты страховой премии определяется в договоре страхования. Порядок рассрочки определяется по соглашению сторон.

6.10. По договорам, заключенным на срок менее одного года, страховая премия уплачивается единовременно в следующих размерах от суммы годовой страховой премии: за 1 месяц - 25%, 2 месяца - 35%, 3 месяца - 40%, 4 месяца - 50%, 5 месяцев - 60%, 6 месяцев - 70%, 7 месяцев - 75%, 8 месяцев - 80%, 9 месяцев - 85%, 10 месяцев - 90%, 11 месяцев - 95%.

6.11. При рассрочке уплаты страховой премии, если иное не предусмотрено соглашением Сторон, неуплата Страхователем страховой премии (страхового взноса) в установленные договором сроки и в согласованном Сторонами размере приравнивается к досрочному отказу Страхователя от договора страхования. В этом случае действие договора прекращается со дня, следующего за датой надлежущего срока уплаты страховой премии. Оплаченная часть страховой премии при этом не возвращается.

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

6.13. Моментом уплаты страховой премии (взноса) считается:

ООО «СК «Гранта»

Правила добровольного медицинского страхования трудовых мигрантов

при уплате безналичным расчетом - день поступления денежных средств на расчетный счет Страховщика;

при уплате наличным расчетом - день уплаты премии (взноса) наличными деньгами в кассу Страховщика.

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

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

6.16. Если размер страховой премии по заключенному договору страхования подлежит увеличению (в связи с увеличением степени страхового риска, срока страхования и т.д.), сумма дополнительной страховой премии рассчитывается по следующей формуле:

$$\text{ДСП} = \text{СП}_n - \text{СП}_c, \text{ где:}$$

ДСП — сумма дополнительной страховой премии,

СП_с — страховая премия по договору страхования, исчисленная Страховщиком до внесения в него изменений,

СП_н — страховая премия, подлежащая уплате Страхователем по договору страхования после внесения в него изменений, — исчисляется по следующей формуле:

$$\text{СП}_n = \sum_{i=1}^n \left(\text{СП}_i \times \frac{M_i}{N} \right), \text{ где:}$$

СП_н — размер страховой премии, подлежащей уплате Страхователем по договору страхования,

N — срок действия договора страхования (в сутках),

n — количество частей срока действия договора страхования с различными условиями страхования,

M_i — *i*-тая часть срока действия договора страхования (в сутках), в течение которой

условия договора страхования неизменны ($\sum_{i=1}^n M_i = N$),

СП_i — страховая премия, которая должна была бы быть уплачена, если бы договор страхования был заключен на срок страхования *N* и на условиях, действующих в течение *i*-той части срока действия договора страхования.

В частности, при необходимости увеличения страхового тарифа (например, в связи с увеличением степени страхового риска, оговоренной при заключении договора страхования) сумма дополнительной страховой премии рассчитывается по следующей формуле:

$$\text{ДСП} = 0,01 * \text{СС} * \text{УСТ} * M/N, \text{ где:}$$

ДСП — сумма дополнительной страховой премии,

СС — размер страховой суммы,

УСТ — размер увеличения страхового тарифа в абсолютном выражении (%) в сравнении с ранее установленным значением;

N — срок действия договора страхования (в сутках),

M — оставшийся срок действия договора страхования, считая с даты увеличения страхового тарифа (в сутках).

ООО «СК «Гранта»

Правила добровольного медицинского страхования трудовых мигрантов

6.17. При увеличении (или восстановлении) в течение действия договора страхования страховой суммы сумма дополнительной страховой премии рассчитывается по следующей формуле:

$$\text{ДСП} = 0,01 * \text{УСС} * \text{СТ} * (M/N) * Kв, \quad \text{где:}$$

ДСП — сумма дополнительной страховой премии,

УСС — размер увеличения страховой суммы,

СТ — страховой тариф в %, исчисленный на срок страхования N ,

N — срок действия договора страхования (в сутках),

M — оставшийся срок действия договора страхования, считая с предполагаемой даты увеличения страховой суммы (в сутках);

$Kв$ - повышающий коэффициент, применяемый Страховщиком при восстановлении страховой суммы после страховой выплаты (при увеличении страховой суммы по иным причинам $Kв = 1$).

6.18. При увеличении срока страхования Страховщик вправе исчислить сумму дополнительной страховой премии пропорционально увеличению срока страхования, исходя из размера суммы годовой страховой премии:

$$\text{ДСП} = \text{СП}_{\text{год}} * N / 365 = \text{СП}_{\text{год}} * n/12, \quad \text{где:}$$

ДСП — сумма дополнительной страховой премии,

$\text{СП}_{\text{год}} = 0,01 * \text{СС} * \text{Ти}_{\text{год}}$ — сумма годовой страховой премии, где СС — страховая сумма,

$\text{Ти}_{\text{год}}$ — годовой страховой тариф в %;

N — увеличение срока страхования в абсолютном выражении (в сутках);

n — увеличение срока страхования в абсолютном выражении (в месяцах).

7. ПОРЯДОК ЗАКЛЮЧЕНИЯ ДОГОВОРА СТРАХОВАНИЯ. ПРЕКРАЩЕНИЕ ДОГОВОРА СТРАХОВАНИЯ.

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

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

7.3. В соответствии с договором страхования Страховщик принимает на себя обязательство организовать и оплатить медицинские и иные услуги, оказанные Застрахованным лицам в соответствии с программой страхования в медицинских и (или) аптечных организациях, и оплатить организацию их оказания, в пределах обусловленной в договоре страхования страховой суммы.

7.4. Для заключения договора страхования Страхователь представляет Страховщику устное или письменное заявление (письменное заявление может быть оформлено в произвольной письменной форме или на бланке Страховщика) о своем желании заключить договор страхования. При заключении договора страхования Страхователь должен сообщить Страховщику следующие сведения для обязательного внесения их в полис страхования:

7.4.1. Сведения о Страхователе:

а) при заключении договора медицинского страхования с юридическим лицом:

- 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;

ООО «СК «Гранта»

Правила добровольного медицинского страхования трудовых мигрантов

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

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

б) при заключении договора медицинского страхования с физическим лицом:

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

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

в) 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);

ООО «СК «Гранта»

Правила добровольного медицинского страхования трудовых мигрантов

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

7.4.2. Информацию о застрахованном лице:

- фамилия, имя, отчество (последнее - при наличии) на русском языке (для трудовых мигрантов такие сведения дополнительно указываются с помощью букв латинского алфавита на основании сведений, содержащихся в документе, предусмотренном федеральным законом или признаваемом в соответствии с международным договором Российской Федерации в качестве документа, удостоверяющего личность иностранного гражданина или лица без гражданства);
- пол;
- дата рождения;
- вид и данные документа, предусмотренного федеральным законом или признаваемого в соответствии с международным договором Российской Федерации в качестве документа, удостоверяющего личность трудового мигранта;
- адрес места жительства (регистрации) или адрес места пребывания на территории Российской Федерации;
- гражданство (при наличии);
- контактная информация (телефон, адрес электронной почты (при наличии)).

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

7.5.1. Сведения о Страховщике:

- организационно-правовая форма и полное фирменное наименование;

ООО «СК «Гранта»

Правила добровольного медицинского страхования трудовых мигрантов

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

- адрес (место нахождения);

- телефон (факс);

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

- банковские реквизиты;

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

7.5.2. Иные существенные условия: дата заключения Договора, территория действия, срок действия Договора страхования; страховая сумма; размер страховой премии (страховых взносов), подлежащей уплате по Договору страхования; сроки и порядок ее внесения; условия и сроки вступления Договора страхования в силу, а также его прекращения и иные, не противоречащие законодательству РФ, условия.

7.6. Подписывая Договор страхования, Страхователь подтверждает, что Застрахованное лицо соответствует требованиям пунктов 1.2.2, 1.2.3, 2.3 настоящих Правил страхования, предъявляемым к Застрахованным. 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 (страхового риска), Страховщик вправе потребовать признания Договора недействительным и применения последствий, предусмотренных законодательством РФ.

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

7.8. При заключении договора страхования до получения ответов Страхователя на поставленные Страховщиком вопросы, последний не может впоследствии требовать расторжения договора либо признания его недействительным на том основании, что соответствующие обстоятельства не были сообщены Страхователем.

ООО «СК «Гранта»

Правила добровольного медицинского страхования трудовых мигрантов

7.9. Факт заключения Договора страхования трудовых мигрантов удостоверяется путем подписания одного документа - Договора страхования (Приложение № 4) и/или путем выдачи Страховщиком Страхователю и/или Застрахованному лицу страхового Полиса добровольного медицинского страхования (далее - страхового полиса) установленной формы (Приложение № 5), подписанного Страховщиком.

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

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

7.12. В случае утраты Страхователем (Застрахованным) страхового полиса Страховщик по письменному заявлению Страхователя (Застрахованного лица) выписывает его дубликат. При этом Страховщик вправе потребовать оплатить стоимость дубликата страхового полиса. На дубликате делается соответствующая надпись. Утраченный страховой полис считается недействующим со дня подачи заявления об утрате и не может являться основанием для получения услуг в соответствии с Договором страхования.

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

7.14. Заключая договор страхования на основании настоящих Правил, Страхователь подтверждает получение согласия Застрахованных лиц на обработку их персональных данных Страховщиком, медицинскими и аптечными организациями, врачами-экспертами в целях исполнения договора страхования, в том числе для решения вопросов, связанных с оплатой услуг, контролем качества медицинских услуг и защитой прав застрахованного. Порядок подтверждения определяется по согласованию между Страхователем и Страховщиком, с учетом действующего законодательства РФ. При указанном подтверждении может использоваться

ООО «СК «Гранта»

Правила добровольного медицинского страхования трудовых мигрантов

письменная форма подтверждения, образец которой приведен в Приложении № 7 к настоящим Правилам.

7.15. В случае отзыва Застрахованным лицом своего согласия на обработку персональных данных действие договора страхования в отношении такого лица прекращается, а уплаченная Страховщику страховая премия за данное Застрахованное лицо не подлежит возврату Страхователю или зачету при последующем страховании новых лиц.

7.16. Договор страхования прекращается, и Застрахованный теряет право на получение услуг по Договору страхования:

7.16.1. при истечении срока действия Договора страхования;

7.16.2. в случае смерти Застрахованного (за исключением оплаты услуг, предоставляемых в связи со смертью Застрахованного) - в отношении соответствующего Застрахованного лица, если договор заключен в отношении более чем одного Застрахованного;

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

7.16.4. если после вступления договора страхования в силу возможность наступления страхового случая отпала, и существование страхового риска прекратилось по обстоятельствам иным, чем страховой случай;

7.16.5. при ликвидации Страхователя, являющегося юридическим лицом, с момента вступления в силу соответствующего решения;

7.16.6. в случае ликвидации Страховщика в порядке, установленном законодательными актами Российской Федерации;

7.16.7. в случае отзыва лицензии Страховщика в порядке, установленном законодательством РФ.

7.16.8. по требованию Страхователя в любое время, если к моменту отказа возможность наступления страхового случая не отпала по обстоятельствам иным, чем страховой случай;

7.16.9. по соглашению Сторон;

7.16.10. в других случаях, предусмотренных настоящими Правилами страхования и законодательством РФ.

7.17. При досрочном прекращении договора страхования по обстоятельствам, указанным в п.п.7.16.2, 7.16.4 – 7.16.7, 7.16.9. настоящих Правил, Страховщик возвращает Страхователю часть страховой премии (за оставшийся до окончания действия договора срок, за вычетом расходов Страховщика), если договором страхования не предусмотрено иное.

Под расходами Страховщика в рамках понимаются расходы на ранее оплаченное по договору страховое покрытие и расходы на ведение дел, понесенные Страховщиков в период действия договора.

ООО «СК «Гранта»

Правила добровольного медицинского страхования трудовых мигрантов

Расчет суммы подлежащей возврату производится с учетом даты расторжения по формуле:

$C_{\text{возвр}} = (C_{\text{спр}} - PВД) * n/T$, где

$C_{\text{возвр}}$ – размер страховой премии, подлежащей возврату;

$C_{\text{спр}}$ – страховая премия по договору;

$PВД$ – расходы на ведение дела;

n – число календарных дней до окончания срока действия договора;

T – период страхования (в днях).

7.18. Если договором страхования не предусмотрено иное, в случае досрочного прекращения действия договора страхования Страхователем (физическим лицом) по обстоятельству, указанному в п. 7.16.8. настоящих Правил, уплаченная страховая премия по договору страхования возврату не подлежит.

7.19. Не подлежит возврату остаток страховой премии по истечении 10-ти месяцев с начала действия договора страхования, за исключением случаев, предусмотренных п.1. ст.958 ГК РФ.

7.20. Возврат страховой премии производится по выбору Страхователя наличными деньгами или в безналичном порядке в течение 10 рабочих дней с даты получения письменного заявления Страхователя (если иной срок не установлен договором страхования).

7.21. Территория действия страхования определяется в Договоре страхования и включает в себя территорию субъекта РФ, где застрахованное лицо намеревается осуществлять трудовую деятельность.

8. СРОК ДЕЙСТВИЯ ДОГОВОРА СТРАХОВАНИЯ

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

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

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

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

9. СТРАХОВАЯ ВЫПЛАТА

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

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

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

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

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

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

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

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

9.7. Для осуществления выплаты в соответствии с п. 9.5.2. настоящих Правил Страхователь (Застрахованное лицо) должен предоставить Страховщику заявление с приложением оригинала оплаченного счета с указанием медицинского или иного учреждения, перечня оказанных услуг и

ООО «СК «Гранта»

Правила добровольного медицинского страхования трудовых мигрантов

их стоимости, квитанции или кассового чека, направления на лечение, выписки из медицинской карты Застрахованного или иной документ, подтверждающий факт и основание получения услуги, заверенный подписью и печатью медицинского или иного учреждения.

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

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

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

9.7.3. Страховая выплата Страхователю (Застрахованному лицу) производится на основании страхового акта, утвержденного Страховщиком.

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

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

10. СЛУЧАИ ОТКАЗА В СТРАХОВОЙ ВЫПЛАТЕ

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

10.1.1. Установлен факт передачи страхового полиса Застрахованного лица другому лицу для получения им медицинских и иных услуг;

10.1.2. Страхователь предоставил ложные или искаженные сведения о Застрахованном лице при заключении договора страхования;

10.1.3. Требование выплаты предъявлено по событиям, подпадающим под перечень исключений, установленных настоящими Правилами, договором и программами страхования.

10.1.4. Застрахованное лицо нарушало установленный медицинской организацией, из числа предусмотренных договором страхования, лечебный режим.

10.1.5. Застрахованное лицо отказывает Страховщику в праве ознакомиться с медицинской документацией, отражающей его историю заболевания, физическое и психическое состояние, диагноз и ход лечения.

10.1.6. Страхователь (Застрахованное лицо), медицинская организация или аптечная организация не предоставили Страховщику документы, необходимые для осуществления страховой выплаты.

10.1.7. если Застрахованный не предоставил патент (разрешение на работу) или у Застрахованного на момент оказания медицинской или иной услуги отсутствует действующий патент (разрешение на работу).

10.1.8. если заявленное событие (убыток) в действительности не имело места или не подтверждено соответствующими документами;

10.1.9. если наступившие событие и (или) убыток исключены из страхования (в соответствии с условиями настоящих Правил и/или договора страхования).

10.2. Решение об отказе в страховой выплате сообщается в письменной форме с мотивированным обоснованием причин отказа в течение 20-ти рабочих дней после предоставления Страхователем (Застрахованным лицом), медицинской или аптечной организацией всех необходимых документов.

11. ПРАВА И ОБЯЗАННОСТИ СТОРОН

11.1. Страхователь имеет право:

11.1.1. выбирать программы страхования, из числа предложенных Страховщиком и по согласованию с ним;

11.1.2. по согласованию со Страховщиком, если это предусмотрено Договором/Программой страхования, изменять размер страховой суммы при условии заключения дополнительного соглашения и уплаты, при необходимости, дополнительной страховой премии;

11.1.3. вносить изменения, если это предусмотрено Договором страхования, в список Застрахованных путем подписания дополнительного соглашения к Договору страхования с предоставлением Страховщику необходимых сведений;

11.1.4. получить дубликат страхового полиса в случае его утраты;

11.2. Страхователь обязан:

11.2.1. Своевременно и в полном объеме уплачивать обусловленные договором страхования страховую премию (страховые взносы).

11.2.2. Ознакомить Застрахованных лиц с условиями договора страхования и настоящими Правилами и выдать Застрахованным лицам переданные Страховщиком страховые полисы.

11.2.3. Обеспечить сохранность документов по договору страхования.

11.2.4. При заключении договора страхования сообщить Страховщику известные Страхователю обстоятельства, имеющие существенное значение для определения вероятности наступления страхового случая и (или) размера возможных убытков от его наступления. Не позднее десяти рабочих дней с момента изменения вышеуказанных обстоятельств, известить Страховщика о произошедших изменениях (ухудшение здоровья, перевод на производство с вредными условиями труда и т.п.).

11.2.5. Известить Страховщика о непредоставлении, несвоевременном, неполном или некачественном предоставлении медицинских и иных услуг, предусмотренных договором страхования, в течение 3-х дней с момента возникновения указанных обстоятельств.

11.2.6. Получить от Застрахованных лиц и по первому требованию предоставить Страховщику и/или его представителю письменное согласие Застрахованного лица на использование и предоставление персональных данных Застрахованного лица и состояния его здоровья в медицинские и/или иные учреждения с целью исполнения обязательств Страховщика по Договору страхования.

11.2.7. Обеспечить конфиденциальность в отношениях со Страховщиком.

11.3. Застрахованное лицо имеет право:

ООО «СК «Гранта»

Правила добровольного медицинского страхования трудовых мигрантов

11.3.1. Получать услуги в соответствии с объемом и порядком, предусмотренным Программой страхования.

11.3.2. Обращаться к Страховщику за разъяснениями по особенностям оказания медицинских и иных услуг, а также при возникновении спорных ситуаций в связи с оказанием таких услуг.

11.3.3. Исполнить обязанности Страхователя по оплате страховой премии (взноса) частично или полностью.

11.3.4. Сообщать Страховщику о случаях не предоставления, неполного или некачественного предоставления услуг по Договору страхования.

11.3.5. Принять на себя обязанности Страхователя, а также приобрести все его права в случае смерти Страхователя - физического лица, ликвидации Страхователя - юридического лица или индивидуального предпринимателя в порядке, предусмотренном законодательством.

11.3.6. Получить дубликат страхового Полиса в случае его утраты. При утрате Полиса (или его дубликата) Застрахованное лицо оплачивает Страховщику стоимость изготовления дубликата Полиса. Стоимость изготовления дубликата Полиса устанавливается внутренними распорядительными документами Страховщика.

11.3.7. Получить доступ к своим персональным данным, обрабатываемым Страховщиком.

11.4. Застрахованное лицо обязано:

11.4.1. При заключении договора страхования пройти предварительное медицинское освидетельствование, если на это есть требование Страховщика. В случае отказа Застрахованного лица от исполнения этой обязанности, Страховщик вправе отказаться от заключения договора страхования.

11.4.2. Заботиться о сохранении своего здоровья, выполнять предписания лечащего врача, полученные в ходе предоставления услуг по Договору страхования, соблюдать распорядок, установленный медицинскими и иными учреждениями.

11.4.3. Заботиться о сохранности страховых документов и не передавать их другим лицам с целью получения ими медицинских и иных услуг.

11.4.4. Незамедлительно известить Страховщика об утрате страхового полиса. Утраченный документ признается недействительным и не может являться основанием для получения медицинских и иных услуг в соответствии с договором страхования.

11.4.5. Своевременно сообщать Страховщику об изменении своей фамилии, иных паспортных данных или места жительства (регистрации).

11.4.6. Предоставлять Страховщику и/или его представителю право на ознакомление с медицинской документацией из любых медицинских и иных учреждений для решения вопросов, связанных с исполнением Договора страхования.

11.5. Страховщик имеет право:

11.5.1. При заключении договора страхования потребовать предоставления лицами, подлежащими страхованию, сведений, позволяющих судить о степени вероятности наступления страхового случая и(или) размера убытков от его наступления по заключаемому договору, в том числе о состоянии их здоровья.

11.5.2. Проверить достоверность сведений, предоставленных при заключении договора Страхователем или лицом, в отношении которого заключается договор страхования.

11.5.3. Отказать Страхователю в заключении договора страхования в случае предоставления Страхователем или лицом, в отношении которого заключается договор страхования, ложных, неточных или неполных сведений.

11.5.4. Ознакомиться с медицинской документацией Застрахованного лица, отражающей историю его заболевания, физическое и психическое состояние, диагноз, и ход лечения, а также использовать данную информацию для решения вопросов, связанных с реализацией Договора страхования, оплатой оказанных Застрахованному лицу медицинских и иных услуг, их организации, защитой прав Застрахованного лица.

11.5.5. Проводить экспертизу обоснованности, объема и качества оказанных медицинских услуг, включая экспертизу соответствия лекарственной помощи стандартам медикаментозного лечения.

11.5.6. Отказать в оплате медицинских и иных услуг, и их организации в случаях, предусмотренных настоящими Правилами или договором страхования.

11.5.7. При наличии обоснованных сомнений в подлинности документов, подтверждающих наступление страхового случая, отложить решение вопроса о страховой выплате до установления подлинности указанных документов.

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

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

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

11.6. Страховщик обязан:

11.6.1. До заключения договора страхования ознакомить Страхователя с Правилами и программами страхования.

ООО «СК «Гранта»

Правила добровольного медицинского страхования трудовых мигрантов

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

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

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

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

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

11.6.7. Соблюдать тайну страхования. Страховщик несет ответственность за разглашение тайны страхования, включая врачебную тайну, его работниками в соответствии с законодательством Российской Федерации.

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

12. ПОСЛЕДСТВИЯ ИЗМЕНЕНИЯ СТЕПЕНИ СТРАХОВОГО РИСКА

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

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

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

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

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

12.6. Изменение условий Договора страхования производится по обоюдному согласию Страхователя и Страховщика на основании заявления одной из Сторон и оформляется дополнительным соглашением, которое становится неотъемлемой частью Договора страхования. Если какая-либо из Сторон не согласна на внесение изменений в Договор страхования, то Сторонами решается вопрос о действии Договора страхования на прежних условиях или о его прекращении.

13. НЕДЕЙСТВИТЕЛЬНОСТЬ ДОГОВОРА СТРАХОВАНИЯ

13.1. Договор страхования может быть признан недействительным с момента его заключения по основаниям, предусмотренным Гражданским Кодексом Российской Федерации.

13.2. При недействительности договора страхования каждая из сторон обязана возвратить другой все полученное по нему, если иные последствия недействительности договора не предусмотрены законом.

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

14. ОТВЕТСТВЕННОСТЬ СТОРОН

14.1. Ответственность Страховщика.

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

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

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

14.2. Ответственность Страхователя/Застрахованного.

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

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

14.4. При наступлении обстоятельств, предусмотренных п.14.3. настоящих Правил, каждая из Сторон обязана в течение семи рабочих дней письменно известить другую Сторону о случившихся обстоятельствах, подтвержденных уполномоченными организациями; а также принять все зависящие от нее меры к возможному выполнению обязательств по Договору страхования и согласовывает письменно изменение сроков или объема выполняемых услуг, то есть приемлемые альтернативные способы исполнения Договора страхования.

15. ПОРЯДОК РАЗРЕШЕНИЯ СПОРОВ

15.1. Качество оказания медицинских и иных услуг, соответствие их условиям, предусмотренным в договоре страхования, контролируется Страховщиком.

15.2. В случае отказа медицинской и (или) аптечной организации от оказания медицинских и иных услуг, некачественного оказания таких услуг, Застрахованное лицо (Страхователь) может обратиться к Страховщику с заявлением о нарушении его прав по договору страхования. Заявление Застрахованного лица (Страхователя) рассматривается в соответствии с локальными нормативными документами Страховщика. При недостижении согласия по результатам рассмотрения заявления может быть создана согласительная комиссия из представителей Страховщика и медицинской и(или) аптечной организации. По требованию одной из сторон к участию в рассмотрении заявления могут быть привлечены независимые эксперты.

15.3. В других случаях споры, связанные с исполнением договора страхования, разрешаются в порядке, установленном действующим законодательством Российской Федерации.

15.4. Иск по требованиям, вытекающим из договора страхования, может быть предъявлен Страховщику в сроки, предусмотренные гражданским законодательством Российской Федерации.

Базовый страховой тариф при сроке страхования 1 (один) год

Наименование	% от страховой суммы
Добровольное медицинское страхования трудовых мигрантов	3

Страховщик имеет право применять к настоящей тарифной ставке понижающие от 0,25 до 0,99 и повышающие от 1,01 до 10,00 коэффициенты в зависимости от различных обстоятельств, влияющих на степень риска.

Приложение № 1 к Правилам добровольного медицинского страхования трудовых мигрантов от 22.02.2017г.

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

1. Настоящая Программа разработана Страховщиком в соответствии с «Правилами добровольного медицинского страхования трудовых мигрантов» от 22.02.2017 г., определяет условия и порядок осуществления добровольного медицинского страхования (ДМС) иностранных граждан и лиц без гражданства, находящихся на территории Российской Федерации с целью осуществления трудовой деятельности (далее – трудовых мигрантов) и направлена на обеспечение получения трудовым мигрантом, являющимся Застрахованным лицом, первичной медико-санитарной помощи и специализированной медицинской помощи в неотложной форме в случаях заболеваний и состояний, входящих согласно части 6 статьи 35 Федерального закона от 29.11.2010 № 326-ФЗ "Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации" в базовую программу обязательного медицинского страхования с учетом особенностей, установленных пунктом 3 настоящей Программы.

2. Объем предоставляемых услуг:

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

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

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

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

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

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

- Стоматологическая помощь по экстренным показаниям: прием врача стоматолога; купирование острого состояния: обезболивание; удаление зубов по медицинским показаниям; вскрытие абсцесса.

2.2 Скорая медицинская помощь оказывается только в случаях необходимости оказания медицинской помощи в экстренной форме и включает в себя:

- вызов бригады скорой и неотложной помощи;
- проведение необходимой диагностики, лечебных манипуляций;
- транспортировка в стационар по медицинским показаниям.

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

- пребывание в стандартной/общей палате;
- лабораторные и инструментальные обследования, МРТ и КТ – строго по показаниям;

- анестезиологическое пособие, пребывание в палате интенсивной терапии;

- консервативное и хирургическое лечение;
- назначение и применение лекарственных препаратов, анестетиков, кислорода, препаратов крови и ее компонентов;

- лечебное питание;
- уход медицинского персонала, за исключением индивидуального медицинского поста.

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

3. Исключения:

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

а) по оказанию Застрахованному лицу услуг, не соответствующих критериям неотложной формы медицинской помощи;

б) по оказанию Застрахованному лицу медицинской помощи, не назначенной врачом, оказывающим медицинскую помощь в рамках Программы;

в) по оказанию Застрахованному лицу медицинской помощи при особо опасных инфекционных болезнях (натуральная оспа, полиомиелит, малярия ТОРС);

г) по оказанию Застрахованному лицу медицинской помощи при заболеваниях, включенных в утверждаемый Правительством Российской Федерации перечень заболеваний, представляющих опасность для окружающих;

д) по оказанию Застрахованному лицу медицинской помощи при злокачественных новообразованиях, сахарном диабете, психических расстройствах и расстройствах поведения;

е) по оказанию Застрахованному лицу высокотехнологичной медицинской помощи;

ж) 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;

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

и) по оказанию 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;

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

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

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

н) связанных с беременностью, родами, послеродовым периодом и абортными Застрахованного лица.

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

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

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

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

4.2. Для получения медицинской помощи Застрахованное лицо при обращении в медицинское учреждение по направлению Страховщика, должно предоставить действующий Полис и документ, удостоверяющий личность.

Приложение № 2 к Правилам добровольного медицинского страхования трудовых мигрантов от 22.02.2017г.

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

<p>1. Настоящая Программа разработана Страховщиком в соответствии с «Правилами добровольного медицинского страхования трудовых мигрантов» от 22.02.2017 г., определяет условия и порядок осуществления добровольного медицинского страхования (ДМС) трудовых мигрантов и направлена на обеспечение получения трудовым мигрантом, являющимся Застрахованным лицом, первичной медико-санитарной помощи и специализированной медицинской помощи в неотложной форме в случаях заболеваний и состояний, входящих согласно части 6 статьи 35 Федерального закона от 29.11.2010 № 326-ФЗ "Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации" в базовую программу обязательного медицинского страхования с учетом особенностей, установленных пунктом 3 настоящей Программы .</p> <p>В рамках Программы Страховщик оплачивает только застрахованные медицинские услуги (медицинскую помощь), оказанные Застрахованному лицу, то есть лишь те виды (разновидности) и формы полученных Застрахованным лицом медицинских услуг (медицинской помощи) и лишь на тех условиях, которые оговорены в Программе с учетом Приложений к ней.</p> <p>2. Объем предоставляемых услуг: ООО «Страховая компания «Гранта» организует и оплачивает, в пределах страховой суммы, следующие медицинские услуги:</p> <p>2.1 Первичная медико-санитарная помощь оказывается в амбулаторных условиях по неотложным показаниям и включает в себя:</p> <ul style="list-style-type: none">- приемы врачей специалистов: терапевта; гинеколога; невролога; кардиолога; отоларинголога; офтальмолога; уролога; хирурга; травматолога, пульмонолога, эндокринолога и других.- лабораторные исследования по назначению врача по медицинским показаниям: общеклинические, биохимические;- инструментальные исследования по назначению врача по медицинским показаниям: рентгенологическая диагностика, ультразвуковая, функциональная диагностика (ЭКГ), МРТ и КТ – строго по показаниям;- выполнение неотложных вмешательств, проводимых в поликлинических условиях по медицинским показаниям, а также оказание медицинской помощи, оказываемой в условиях травмпункта (осмотр врача, наложение лангеты, гипса, обработка ран, вакцинация по показаниям, рентгенодиагностика);- Стоматологическая помощь по экстренным показаниям: прием врача стоматолога; купирование острого состояния: обезболивание; удаление зубов по медицинским показаниям; вскрытие абсцесса. <p>2.2 Скорая и неотложная медицинская помощь:</p> <ul style="list-style-type: none">- по экстренным показаниям вызов бригады скорой и неотложной помощи;- проведение необходимой диагностики, лечебных манипуляций;- транспортировка в стационар по медицинским показаниям. <p>2.3 Специализированная медицинская помощь в неотложной форме – это госпитализация застрахованного при остром заболевании, обострении хронических заболеваний, не представляющих угрозу жизни застрахованного лица и требующих оказания медицинской помощи в неотложной форме, в условиях стационара:</p> <ul style="list-style-type: none">- пребывание в стандартной/общей палате;- лабораторные и инструментальные обследования, МРТ и КТ – строго по показаниям;- анестезиологическое пособие, пребывание в палате интенсивной терапии;- консервативное и хирургическое лечение;- назначение и применение лекарственных препаратов, анастетиков, кислорода, препаратов крови и ее компонентов;- лечебное питание;- уход медицинского персонала, за исключением индивидуального медицинского поста. <p>Госпитализация осуществляется при неотложных состояниях здоровья застрахованного, без явных признаков угрозы для жизни, при которых требуется оказание медицинской помощи в условиях стационара. ООО «СК «Гранта» оплачивает медицинские услуги стационара, оказанные по поводу тех случаев, которые явились непосредственной причиной госпитализации.</p> <p>2.4. Дополнительные услуги: ООО «Страховая компания «Гранта» организует и оплачивает, в пределах страховой суммы, следующие дополнительные услуги (выбранные услуги отмечаются V):</p>	<ul style="list-style-type: none">□ услуги по транспортировке (медицинской эвакуации), в том числе, по организации проезда, Застрахованного лица в медицинскую организацию и обратно, либо из одной организации в другую, включая необходимое медицинское сопровождение, если это требуется по состоянию его здоровья;□ сопровождение Застрахованного лица при проведении обследований и консультаций в медицинской организации персоналом медицинской организации;□ создание условий повышенной комфортности при оказании медицинских и иных услуг;□ не входящие в состав медицинской услуги, но требующиеся при оказании Застрахованному лицу медицинских услуг, услуги по организации и предоставлению проживания и питания Застрахованного лица;□ услуги по репатриации тела в случае смерти Застрахованного лица. <p>В части, касающейся посмертной репатриации в случае смерти Застрахованного лица, действуют следующие условия:</p> <ul style="list-style-type: none">• Во всех случаях посмертной репатриации в случае смерти Застрахованного лица, возмещению подлежат расходы по транспортировке Застрахованного лица/тела (останков) Застрахованного лица до транспортного узла (аэропорта, железнодорожной, автобусной станции) на территории страны постоянного проживания Застрахованного, ближайшего к месту постоянного проживания Застрахованного.• Выбор вида транспорта производится Страховщиком и осуществляется только прямыми маршрутами без пересадок.• Репатриация не производится с территории республики Дагестан, республики Ингушетия, Чеченской республики.• Порядок оказания дополнительных услуг определяется соглашением сторон. <p>В части дополнительных услуг размер страховой выплаты (страховой суммы или ее части) определяется стоимостью услуг из числа вышеперечисленных, оказанных Застрахованному лицу, и не может превышать страховой суммы (лимита ответственности), согласованной сторонами в Договоре страхования.</p> <p>3. Исключения: По настоящей Программе не оплачиваются (исключаются из объема страхового покрытия) следующие медицинские услуги:</p> <ul style="list-style-type: none">а) по оказанию Застрахованному лицу услуг, не соответствующих критериям неотложной формы медицинской помощи;б) по оказанию Застрахованному лицу медицинской помощи, не назначенной врачом, оказывающим медицинскую помощь в рамках Программы;в) по оказанию Застрахованному лицу медицинской помощи при особо опасных инфекционных болезнях (натуральная оспа, полиомиелит, малярия ТОРС);г) по оказанию Застрахованному лицу медицинской помощи при заболеваниях, включенных в утверждаемый Правительством Российской Федерации перечень заболеваний, представляющих опасность для окружающих;д) по оказанию Застрахованному лицу медицинской помощи при злокачественных новообразованиях, сахарном диабете, психических расстройствах и расстройствах поведения;е) по оказанию Застрахованному лицу высокотехнологичной медицинской помощи;ж) 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;з) по оказанию Застрахованному лицу медицинской помощи при возникновении травматических повреждений или иных нарушений здоровья, наступивших в результате совершения Застрахованным лицом умышленных противоправных действий;и) по оказанию 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;к) по оказанию медицинской помощи при умышленном причинении себе телесных повреждений Застрахованным лицом;л) применение лекарственных препаратов и медицинских изделий сверх перечня жизненно необходимых и важнейших лекарственных
--	--

препаратов, и медицинских изделий, включенных в утверждаемый

4. Порядок оказания Застрахованному лицу медицинских услуг (меди-

<p>Правительством Российской Федерации перечень медицинских изделий, имплантируемых в организм человека при оказании медицинской помощи в неотложной форме;</p> <p>м) лекарственных препаратов и медицинских изделий, не использованных медицинским персоналом при оказании первичной медико-санитарной помощи и /или специализированной медицинской помощи в неотложной форме;</p> <p>н) связанных с беременностью, родами, послеродовым периодом и абортами Застрахованного лица.</p> <p>Также из настоящей Программы исключено возмещение дополнительных расходов, не включенных в программу страхования.</p>	<p>цинской помощи):</p> <p>4.1. Для организации первичной медико-санитарной и специализированной медицинской помощи в экстренной и неотложной форме Застрахованное лицо должно обратиться в контакт-центр Страховщика по телефонам, указанным в полисе.</p> <p>Медицинская помощь организуется в медицинских организациях/учреждениях, имеющих лицензию, выданной в порядке, установленном законодательством Российской Федерации, в режиме их работы, с которыми у Страховщика есть договорные отношения.</p> <p>4.2. Для получения медицинской помощи Застрахованное лицо при обращении в медицинское учреждение по направлению Страховщика, должно предоставить действующий Полис и документ, удостоверяющий личность.</p>
--	---

