

**ОБЩЕСТВО С ОГРАНИЧЕННОЙ ОТВЕТСТВЕННОСТЬЮ
СТРАХОВОЕ ОБЩЕСТВО «ГЕОПОЛИС»**

Утверждены приказом генерального
директора ООО СО «Геополис»
от 10.02.2020 № 4

ООО СО «ГЕОПОЛИС»

Лицензия Центрального Банка
Российской Федерации
СЛ № 2397 от 04.04.2019 г.

**П Р А В И Л А Д О Б Р О В О Л Ь Н О Г О
М Е Д И Ц И Н С К О Г О С Т Р А Х О В А Н И Я
Т Р У Д О В Ы Х М И Г Р А Н Т О В**

На основании настоящих Правил добровольного медицинского страхования трудовых мигрантов (далее - Правила) ООО СО «Геополис» заключает договоры страхования с физическими и юридическими лицами в пользу иностранных граждан и лиц без гражданства, прибывших в Российскую Федерацию и намеревающихся осуществлять трудовую деятельность на основании разрешения на работу или патента, а так же членов их семей, временно или постоянно проживающих на территории Российской Федерации.

1. ОПРЕДЕЛЕНИЯ

1.1. **Договор страхования (Полис):** письменное соглашение между Страхователем и Страховщиком, в силу которого Страховщик обязуется за обусловленную договором плату организовать и финансировать предоставление застрахованным лицам медицинской помощи определенного объема или иных услуг по страховым программам, а Страхователь обязуется уплатить страховую премию (страховые взносы) в установленные договором страхования сроки и в соответствующем размере. Договор страхования может быть коллективным или индивидуальным. Коллективный договор страхования предусматривает одновременное страхование нескольких застрахованных (группы людей) в одном полисе. Индивидуальный договор страхования предполагает страхование одного застрахованного.

1.2. **Врач** - специалист с законченным высшим медицинским образованием по соответствующему профилю, не являющийся родственником Страхователя (Застрахованного) и действующий в рамках своей лицензии (сертификата) согласно установленному законодательству Российской Федерации.

1.3. Медицинские услуги (медицинская помощь): **мероприятия или комплекс мероприятий, направленных на лечение и диагностику заболеваний, имеющих самостоятельное законченное значение и определенную стоимость. Медицинская помощь может быть лечебной, диагностической, консультативной, иммунопрофилактической, фармацевтической.**

1.4. **Лечение** - комплекс медицинских вмешательств, выполняемых по назначению медицинского работника, целью которых является устранение или облегчение проявлений заболевания или заболеваний либо состояний пациента, восстановление или улучшение его здоровья, трудоспособности и качества жизни.

1.5. **Неотложное медицинское состояние** - состояние здоровья, требующее оказания неотложной медицинской помощи, при отсутствии которой может наступить смерть, утрата трудоспособности Застрахованного или дальнейшее ухудшение состояния здоровья до состояния, нуждающегося в экстренной медицинской помощи.

1.6. **Экстренная госпитализация** - это госпитализация при срочной необходимости, проводимая непосредственно приемным отделением стационара (без направления) или по направлению учреждения скорой и неотложной медицинской помощи.

1.7. **Хроническое заболевание** - заболевание, которое имеет один или более из перечисленных далее признаков:

- имеет постоянное течение;
- возможно возникновение обострений, рецидивов;
- вызвано необратимыми, патологическими изменениями в организме;
- необходимы специальные навыки больного для того что бы жить с заболеванием;
- требуется реабилитационное лечение;
- требуется поддерживающее медикаментозное лечение;
- может повлечь частичную (остаточную) нетрудоспособность;
- может потребовать длительного периода наблюдения, попечения врача, обследования, ухода.

1.8. **Несчастный случай** - одномоментное, кратковременное, внезапное воздействие внешних (механических, термических, химических) факторов, которое может быть однозначно идентифицировано, произошедшее помимо воли Застрахованного / Страхователя и повлекшее возникновение травм, иных расстройств здоровья, либо смерть Застрахованного.

1.9. **Территория страхования** - Российская Федерация, в пределах которой Страховщик при наступлении страхового случая несет обязательства по осуществлению страховой выплаты.

1.10. **Регион постоянного проживания** - территория, расположенная в пределах

административной границы населённого пункта страны, гражданином которой является Застрахованный или в которой Застрахованный имеет вид на жительство.

1.11. **Медико-транспортная помощь** организуется Сервисным центром, с использованием специализированного медицинского или обычного видов транспорта, в том числе авиационного. Она организуется и проводится при отсутствии медицинских противопоказаний, после получения письменного разрешения из клиники, с указанием условий её проведения. Сервисный центр на основании медицинских документов принимает решение о возможности проведения медицинской репатриации / эвакуации, её дате, виде транспорта, положении Застрахованного при транспортировке, необходимости сопровождения и его виде (медицинское - врачом, фельдшером, либо гражданским лицом), необходимость использования переносного медицинского оборудования, лекарственных средств.

1.12. **Транспортировка** - перемещение застрахованного, необходимое ему по медицинским показаниям любым видом транспорта от места нахождения Застрахованного до лечебного учреждения.

1.13. **Медицинская эвакуация** - перемещение застрахованного из одного медицинского учреждения в другое, располагающее необходимым медицинским оборудованием / персоналом для оказания медицинской помощи застрахованному в соответствии с его диагнозом и тяжестью состояния.

1.14. **Медицинская репатриация** - медицинская транспортировка с территории Российской Федерации до ближайшего к региону постоянного проживания Застрахованного международного аэропорта, железнодорожного вокзала или порта.

1.15. **Посмертная репатриация** - транспортировка тела, посмертных останков до ближайшего к региону постоянного проживания Застрахованного международного аэропорта, железнодорожного вокзала или порта, если смерть Застрахованного наступила в результате страхового случая. Страхованием покрываются необходимые для международной транспортировки расходы на подготовку тела, в том числе расходы на приобретение гроба, оформление необходимых для этого документов, транспортные расходы. Вид транспорта, с использованием которого осуществляется посмертная репатриация и дата её проведения, определяются Сервисным центром. По желанию родственников, возможна кремация тела Застрахованного с транспортировкой урны в страну постоянного проживания. Расходы на ритуальные услуги в стране постоянного проживания не покрываются.

1.16. **Франшиза** - определенная условиями договора страхования часть расходов, связанных с оказанием Застрахованному медицинских и иных услуг, не подлежащая возмещению Страховщиком.

1.17. **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 медицинской помощью.

1.18. **Неиспользованная страховая премия** - это часть оплаченной Страхователем страховой премии, приходящейся на неистекший период страхования.

1.19. **Страховая программа** - виды обслуживания, медицинской помощи, страховые риски и возможные расходы, на которые распространяется страховой полис.

2. ОБЪЕКТ СТРАХОВАНИЯ

Объектом страхования является имущественный интерес застрахованного, связанный с оплатой организации и оказания медицинской и лекарственной помощи (медицинских услуг) и иных услуг вследствие расстройства здоровья застрахованного или состояния застрахованного, требующих организации и оказания таких услуг.

3. СТРАХОВЫЕ РИСКИ

Страховым риском признается предполагаемое событие, обладающее признаками случайности и вероятности, с наступлением которого (наступлением страхового случая) у Страховщика возникает обязанность произвести страховую выплату.

События, являющиеся в соответствии с настоящими Правилами страховыми случаями, до момента их наступления являются страховыми рисками.

4. СУБЪЕКТЫ СТРАХОВАНИЯ

4.1. Субъектами добровольного медицинского страхования выступают Страховщик, Страхователь и Застрахованные лица.

4.1.1. **Страховщик:** Общество с ограниченной ответственностью Страховое Общество «Геополис», юридическое лицо, созданное в соответствии с законодательством РФ и имеющее лицензию на осуществление страховой деятельности.

4.1.2. **Страхователь:** юридическое или дееспособное физическое лицо или индивидуальный предприниматель, заключивший со Страховщиком договор страхования.

4.1.3. **Застрахованное лицо:** физическое лицо – иностранный гражданин и лицо без гражданства, находящееся на территории Российской Федерации с целью осуществления трудовой деятельности на основании патента или разрешения на работу (трудовой мигрант), в пользу которого заключен договор добровольного медицинского страхования, и имущественные интересы которого являются объектом страхования по договору добровольного медицинского страхования, заключенному между Страхователем и Страховщиком.

Застрахованное лицо должно:

- быть в возрасте от 18 лет до 65 лет;
- осуществлять трудовую деятельность;
- не находиться на стационарном лечении в медицинских учреждениях;
- не иметь хронических заболеваний, указанных в п.5.5. Правил

4.2. Субъектами добровольного медицинского страхования могут выступать медицинские, сервисные (ассистанские) и иные организации, с которыми у Страховщика имеются договорные отношения с целью выполнения обязательств по Договору страхования

4.2.1. **Медицинские учреждения:** организации любой формы собственности (лечебно-профилактические и стационарные учреждения, научно-исследовательские и медицинские институты, реабилитационно-восстановительные учреждения и др.) и физические лица, осуществляющие медицинскую деятельность на территории Российской Федерации и имеющие лицензию на право осуществления медицинской деятельности, привлекаемые для оказания медицинских услуг Застрахованным.

4.2.2. **Сервисный центр** - круглосуточный центр Страховщика или Сервисной компании, которая по поручению Страховщика обеспечивает организацию услуг, предусмотренных Договором страхования и имеет соответствующие договорные отношения с медицинскими учреждениями, и телефон которой указан в Договоре страхования.

5. СТРАХОВОЙ СЛУЧАЙ

5.1. **Страховым случаем является** обращение Застрахованного лица в течение срока действия договора страхования в медицинское или иное учреждение при остром заболевании, обострении хронического заболевания, травме и других несчастных случаях за получением медицинской и иной помощи, требующей оказания медицинских услуг в пределах их перечня, предусмотренного договором страхования и в соответствии со страховой программой, на условиях которой заключен договор страхования.

5.2. **Страховым случаем не является** и Страховщик не возмещает стоимость медицинских и иных услуг, оказанных Застрахованному лицу:

5.2.1. в медицинских учреждениях, не предусмотренных в договоре страхования или выбор которых не был предварительно согласован со Страховщиком.

5.2.2. в связи с патологическими состояниями и травмами, возникшими или полученными:

5.2.2.1. в состоянии или вследствие алкогольного, наркотического, токсического и иного опьянения Застрахованного лица;

5.2.2.2. при управлении Застрахованным лицом транспортным средством в состоянии опьянения (алкогольного, наркотического, токсического или иного) или под воздействием лекарственных препаратов, ухудшающих реакцию и внимание, в болезненном или утомленном состоянии;

5.2.2.3. вследствие передачи Застрахованным лицом управления транспортным средством лицу, находящемуся в состоянии опьянения (алкогольного, наркотического, токсического или иного) или под воздействием лекарственных препаратов, ухудшающих реакцию и внимание, в болезненном или утомленном состоянии;

5.2.3. в связи с получением травматического повреждения или иного расстройства здоровья, наступившего в результате или при совершении Застрахованным умышленных противоправных действий;

5.2.4. в связи с умышленным причинением Застрахованным себе телесных повреждений, с покушением Застрахованного лица на самоубийство, за исключением тех случаев, когда Застрахованное лицо было доведено до такого состояния противоправными действиями третьих лиц;

5.2.5. не назначенных врачом или выполняемых по желанию Застрахованного;

5.2.6. в связи с обращением Застрахованного лица в медицинское учреждение за получением услуг, связанных с преодолением последствий травм, оперативных вмешательств, заболеваний и иных состояний (беременность, роды и т.д.), произошедших за пределами непрерывного периода добровольного медицинского страхования в ООО СО «Геополис»;

5.2.7. если оказанные медицинские услуги не предусмотрены договором страхования;

5.2.8. если Застрахованным лицом не выполнялись предписания лечащего врача или нарушался определенный лечащим врачом больничный режим;

5.2.9. если расходы возникли по окончании срока действия Договора страхования, за исключением расходов, связанных с экстренной госпитализацией Застрахованного, начавшейся в течение срока действия Договора страхования;

5.2.10. любые назначения без медицинских показаний, либо по плановым показаниям, либо без предварительного согласования со страховщиком;

5.2.11. высокотехнологичная медицинская помощь;

5.2.12. медицинская помощь на дому;

5.2.13. методы нетрадиционной диагностики, экспериментальные/авторские методики лечения и диагностики, в т.ч. не имеющие «Разрешения на применение новых медицинских технологий», выданного Росздравнадзором; фитотерапия, гомеопатия; диагностика по методу Фолля; ПЭТ, и т.д.;

5.2.14. услуги, оказываемые в профилактических, косметических, оздоровительных целях; массаж; специфическая иммунотерапия; тренажеры, водные процедуры, мониторинговая очистка кишечника, сауна, солярий, бальнеолечение и прочее;

5.2.15. экстракорпоральные методы лечения: лазеротерапия, озонотерапия, УФО крови, аутогемотерапия, плазмаферез, гемо-, лимфосорбция; гипер-, гипо- и нормобарическая оксигенация; манипуляции, выполняемые специалистами, с использованием аппаратных комплексов; роботизированные операции; криотерапия, прессотерапия и лимфодренаж, альфа-капсула, ударно-волновая терапия;

5.2.16. услуги психотерапевта, гипноз;

5.2.17. коррекция веса, речи; коррекция зрения с помощью методов лазерной хирургии;

5.2.18. контрацепция; искусственное оплодотворение; исследование и коррекция репродуктивной функции, в том числе лечение бесплодия и импотенции;

5.2.19. беременность и ее патология; роды, аборт, послеродовой период;

5.2.20. диагностика, лечение, процедуры, пластические операции, проводимые с эстетической / косметической целью или с целью улучшения психологического состояния Застрахованного в том числе по поводу заболеваний кожи (папилломы, бородавки, моллюски, невусы и пр.); лечение осложнений, вызванных проведенными косметическими процедурами/операциями.

5.2.21. в стоматологии: лечение зубов по плановым показаниям без острой боли; все виды протезирования и подготовка к нему;

5.2.21.1. хирургическое лечение заболеваний пародонта, ортодонтия; депоферез;

имплантация зубов;

5.2.22. госпитализация в маломестные палаты и палаты повышенной комфортности, надбавки за степени и должности врачей, услуги дневного стационара, стационара одного дня, подготовка к госпитализации и стационарзамещающие манипуляции/ технологии; госпитализация для получения попечительского ухода, либо реабилитационного лечения;

5.2.23. обследование с целью выдачи справок на вождение автомобиля, на право ношения оружия, для трудоустройства, для посещения спортивно-оздоровительных мероприятий; для поступления в учебные заведения; для оформления выезда за рубеж; для приобретения банковских и иных страховых продуктов, для военкоматов;

5.2.24. покрытие расходов на дорогостоящие лекарственные препараты, расходные материалы и медицинские изделия (кроме применяемых при реанимационных мероприятиях и перечисленных в страховой программе), лекарственные препараты, приобретаемые в аптеке за счет средств застрахованных, очки, контактные линзы, слуховые аппараты, импланты, протезы, дополнительные медицинские устройства и приспособления, в т.ч. требующиеся в ходе оперативного вмешательства; а также других корригирующих устройств и приспособлений, включая расходы на подгонку размеров;

5.2.25. лечение последствий наркотической и алкогольной интоксикаций;

5.2.26. услуги, связанные с подготовкой и проведением манипуляций, лечением заболеваний, перечисленных в пп.1, 2;

5.2.27. медицинские услуги, необходимость в которых возникла вследствие несоблюдения Застрахованным лицом предписаний и рекомендаций лечащего врача;

5.2.28. медицинские услуги, оказанные не в соответствии с Порядками оказания медицинской помощи и Стандартами медицинской помощи, закрепленным Федеральным законом от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»;

5.2.29. стационарное лечение, связанное с проведением: кардиохирургических операций, трансплантации органов и тканей, сложных реконструктивных операций (наложение анастомозов, шунтов, установка протезов и т.д.); пластических операций, нейрохирургических операций (кроме оперативного лечения острых травм); преодоление последствий оперативных вмешательств, произведенных не по полису ДМС от ООО СО «Геополис»; ангиографические исследования; лечение/ профилактика иных заболеваний, не явившихся причиной госпитализации;

5.2.30. расходы по медицинской или посмертной репатриации не организованной и/или не санкционированной Сервисным центром.

5.3. Не является страховым случаем и не подлежит возмещению стоимость медицинских услуг, оказанных Застрахованному лицу в связи с:

5.3.1. военными действиями, маневрами или иными военными мероприятиями, актами терроризма;

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

5.3.3. воздействием ядерного взрыва, радиации или радиоактивного заражения.

5.3.4. стихийными бедствиями.

5.3.5. беременностью, родами, послеродовым периодом и абортами.

5.4. Не является страховым случаем событие, произошедшее после увеличения страхового риска, если о таком увеличении Страхователь (Застрахованное лицо) не сообщил Страховщику в порядке и форме, установленной настоящими Правилами и/или условиями действующего договора страхования.

5.5. Страховым случаем не является обращение застрахованного лица в медицинское или иное учреждение при установлении следующих диагнозов:

- онкологические заболевания, злокачественные заболевания крови и лимфы, любые опухоли нервной системы, их осложнения и последствия;

- особо опасные инфекционные болезни (натуральная оспа, полиомиелит, малярия ТРОС, туберкулез, инфекции, передающиеся преимущественно половым путем, гепатит В и С, ВИЧ, злокачественные новообразования, сахарный диабет, психические расстройства и расстройства поведения;

- заболевания, включенные в утверждаемый Правительством РФ перечень заболеваний, представляющих опасность для окружающих (вирусные лихорадки, передаваемые членистоногими, и вирусные геморрагические лихорадки, гельминтозы, дифтерия, лепра,

малярия, педикулез, акариаз и другие инфекации, сеп и мелиоидоз);

- урогенитальные инфекции (обследование сверх указанного объема, повторное обследование и лечение);
- психические расстройства и их последствия; эпилепсия; наркомания, алкоголизм;
- саркоидоз, муковисцидоз, псориаз, глубокие микозы;
- хронические гепатиты, цирроз печени; почечная/печеночная недостаточность, требующая проведения гемодиализа;
- заболевания, требующие трансплантации, имплантации, протезирования, пластической хирургии и их осложнения, ортопедические операции и их осложнения;
- сахарный диабет I и II типов и его осложнения;
- врожденные аномалии и пороки развития; наследственные и генетические заболевания;
- системные заболевания соединительной ткани, ревматические заболевания и их последствия (в том числе воспалительные полиартриты);
- демиелинизирующие и дегенеративные заболевания нервной системы.

6. СТРАХОВАЯ СУММА, СТРАХОВАЯ ПРЕМИЯ, ФРАНШИЗА

6.1. Страховой суммой является предельный уровень страхового обеспечения по договору медицинского страхования, определяемый исходя из перечня и стоимости медицинских услуг, предусмотренных договором страхования.

6.2. Размер страховой суммы устанавливается Страховщиком по соглашению со Страхователем в договоре страхования. Страховая сумма устанавливается в виде уменьшаемой страховой суммы, рассчитываемой как разность страховой суммы на начало срока действия договора страхования и суммы страхового возмещения, осуществляемого Страховщиком в период действия договора страхования по всем произошедшим страховым случаям (агрегатная страховая сумма).

6.3. Страховой премией является плата за страхование, которую Страхователь обязан уплатить Страховщику в порядке и в сроки, установленные договором страхования. Часть страховой премии является страховым взносом.

6.4. Страховщик при определении размера страховой премии применяет разработанные страховые тарифы.

6.5. При определении размера страховой премии и оценки степени страхового риска Страхователю (лицу, принимаемому на страхование) может быть предложено заполнить Медицинскую анкету. Сведения, указанные в заявлении на страхование или в Медицинских анкетах, подтверждаются подписью Страхователя (лица, принимаемого на страхование). В случае необходимости, для уточнения указанных данных, Страховщик имеет право запросить от каждого лица, принимаемого на страхование:

6.5.1. Предоставление выписок из историй болезни и/или заключений лечащих врачей о заболеваниях и состояниях, существующих на момент обращения к Страховщику, и их нотариально заверенного перевода на русский язык;

6.5.2. Предоставление Удостоверения об инвалидности, при его наличии;

6.5.3. Предоставление справок из диспансеров о постановке/снятии с учета;

6.5.4. Предоставление результатов анализов, сданных застрахованным лицом не более чем 1 месяц назад в целях приобретения патента или получения разрешения на работу

6.5.5. Проведение за счет Страхователя (Застрахованного) предварительного медицинского обследования для оценки фактического состояния здоровья.

6.6. В случае отказа Страхователя (лица, принимаемого на страхование) от заполнения Медицинской анкеты, прохождения медицинского обследования или от предоставления вышеперечисленных документов, Страховщик имеет право отказать Страхователю в заключении Договора страхования.

6.7. Страховой тариф представляет собой ставку страховой премии с единицы страховой суммы или объекта страхования. Страховщик в каждом конкретном случае при заключении договора страхования, в зависимости от степени страхового риска и с учетом особенностей страхования конкретного лица (лиц) применяет к базовым страховым тарифам (тарифным

ставкам) повышающие или понижающие коэффициенты.

6.8. По соглашению Сторон, страховая премия в договоре страхования может быть указана в иностранной валюте, эквивалентом которой являются соответствующие суммы в рублях. В этом случае, страховая премия уплачивается в рублях по курсу иностранной валюты, установленному Центральным Банком РФ на день уплаты (перечисления).

6.9. При заключении договора страхования с применением нескольких страховых программ страховая премия определяется по каждой из включенных в договор страхования страховых программ. Размер страховой премии по договору страхования, включающему несколько страховых программ, определяется путем суммирования премий по этим программам.

6.10. Страховая премия по договорам страхования уплачивается единовременно либо в рассрочку в соответствии с условиями договора страхования и в оговоренные договором сроки.

6.11. Страховая премия уплачивается:

6.11.1. в безналичной форме путем перечисления на расчетный счет Страховщика;

6.11.2. в наличной форме в кассу Страховщика.

6.12. Моментом уплаты страховой премии считается:

6.12.1. при безналичной оплате - день зачисления денежных средств на расчетный счет Страховщика, либо день списания денежных средств с расчетного счета Страхователя (в случае, если Страхователем является физическое лицо, признаваемое потребителем в соответствии с положениями Закона РФ от 07.02.1992 №2300-1 «О защите прав потребителей»);

6.12.2. при оплате наличными средствами - день уплаты страховой премии в кассу Страховщика или их передачи представителю (агенту) Страховщика.

6.13. 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, т.е. у Страховщика не возникает обязательств по такому договору страхования.

6.14. В случае несвоевременной и (или) неполной оплаты очередного (рассроченного) взноса Страховщик направляет Страхователю письменное уведомление (составленное в произвольной форме) с требованием погасить задолженность к установленной в письменном уведомлении дате либо направляет Страхователю письменное уведомление о расторжении Договора страхования в связи с неисполнением/ненадлежащим исполнением обязанности по оплате страховой премии, уплачиваемой в рассрочку.

6.15. В Договоре страхования может быть установлена условная, безусловная или временная франшиза.

6.15.1. При условной франшизе Страховщик освобождается от оплаты расходов, связанных с оказанием Застрахованному медицинских и иных услуг, если их размер не превышает франшизу.

6.15.2. При безусловной франшизе обязательства Страховщика определяются размером расходов за минусом франшизы.

6.15.3. Франшиза определяется договором страхования по соглашению сторон в процентном отношении к страховой сумме или в абсолютной величине.

6.15.4. В Договоре страхования также может быть установлена временная франшиза - период времени с момента вступления Договора страхования в силу, в течение которого страховые выплаты при возникновении страхового случая или отдельно оговоренных заболеваний (состояний, травм, повреждений) не производятся.

6.16. Если договором страхования предусмотрена франшиза, но не указаны условия ее применения (условная или безусловная), то считается, что франшиза является безусловной.

7. ЗАКЛЮЧЕНИЕ, СРОК ДЕЙСТВИЯ И ПРЕКРАЩЕНИЕ ДОГОВОРА СТРАХОВАНИЯ

7.1. Основанием для заключения договора страхования является устное или письменное заявление Страхователя. При заключении договора страхования Страховщику должны быть предоставлены письменные согласия на обработку персональных данных от каждого Застрахованного лица.

В случае необходимости (по усмотрению Страховщика), помимо документов, предусмотренных в настоящем пункте Правил, Страховщик вправе потребовать от Страхователя предоставления документов и сведений, указанных в п. 6.5 Правил.

7.2. Договор страхования заключается в письменной форме путем составления одного документа, подписанного обеими сторонами, либо вручения Страховщиком Страхователю страхового полиса, подписанного Страховщиком.

7.3. Договор страхования должен содержать следующие сведения.

7.3.1. Сведения о Страхователе.

7.3.1.1. в случае если Страхователем является физическое лицо:

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

- пол;

- дата рождения;

- гражданство (при наличии);

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

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

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

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

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

- дата рождения;

- гражданство (при наличии);

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

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

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

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

7.3.1.3. Если Страхователем выступает юридическое лицо:

- организационно-правовая форма;

- полное и (при наличии) сокращенное наименование, в том числе фирменное наименование, для коммерческих организаций на русском языке. В случае если в учредительных документах юридического лица его наименование указано на одном из языков народов Российской Федерации и (или) на иностранном языке, указывается также наименование юридического лица на этих языках;

- адрес (место нахождения) постоянно действующего исполнительного органа

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

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

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

7.3.2. Информацию о застрахованном лице:

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

- пол;

- дата рождения;

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

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

- гражданство (при наличии);

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

7.3.3. Сведения о Страховщике:

- организационно-правовая форма и полное фирменное наименование;

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

- адрес (место нахождения);

- телефон (факс);

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

- банковские реквизиты;

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

7.3.4. Реквизиты полиса ДМС трудовых мигрантов:

- серия и номер бланка полиса ДМС трудовых мигрантов;

- номер средства визуального контроля;

- дату заполнения полиса ДМС трудовых мигрантов.

- срок действия договора ДМС трудовых мигрантов.

- территорию действия договора ДМС трудовых мигрантов.

- размер страховой суммы.

- подпись страхователя.

7.4. Страховая программа формируется по выбору Страхователя, согласованному со Страховщиком. Договор страхования может содержать различные страховые программы как из числа страховых программ, являющихся приложением к Правилам страхования, так и содержать программу, составленную из перечня медицинских и иных услуг.

7.4.1. Перечень медицинских и иных услуг по Договору страхования в рамках конкретной страховой программы, а также любое сочетание страховых программ может иметь оригинальное название.

7.4.2. Страховая программа, являющаяся приложением к договору страхования, может иметь текстовое изложение, отличное от текстового изложения программ, являющихся приложением к Правилам страхования.

7.5. Одновременно с Договором страхования Страхователю (Застрахованным) может

вручаться сертификат, являющийся именованным документом, удостоверяющим право Застрахованного лица на получение медицинских услуг по договору страхования.

7.5.1. Сертификат содержит уникальный номер, ФИО застрахованного, срок страхования.

7.5.2. Страхователю (Застрахованному) запрещается передавать сертификат другому лицу с целью получения им услуг по Договору страхования. Страховщик не возмещает расходы на оказание услуг лицам, не указанным в Договоре страхования как Застрахованный.

7.6. Договор страхования вступает в силу в сроки, установленные в договоре страхования, но не ранее даты уплаты страховой премии или первого ее взноса, если иное не указано в Договоре страхования.

7.7. Предоставление медицинских услуг, предусмотренных договором страхования, осуществляется при обращении Застрахованного лица в медицинские учреждения, предусмотренные в договоре страхования или в Сервисный центр Страховщика. При обращении Застрахованного лица в медицинское учреждение предъявляется страховой полис либо сертификат, паспорт или иной документ, удостоверяющий личность Застрахованного лица.

7.8. Договор страхования может быть заключен на любой срок. Срок страхования устанавливается исходя из предполагаемого срока действия патента/разрешения на работу или пребывания на территории РФ.

7.9. При заключении договора сроком менее одного года, а так же при дополнительном страховании лиц на срок менее одного года в рамках действующего договора, размер страховой премии составляет:

Срок страхования, мес.	Процент от годовой страховой премии по страховой программе
до 1 месяца -	30 %
от 1 до 2 месяцев -	40 %
от 2 до 3 месяцев -	50 %
от 3 до 4 месяцев -	60 %
от 4 до 5 месяцев -	65 %
от 5 до 6 месяцев -	70 %
от 6 до 7 месяцев -	75 %
от 7 до 8 месяцев -	80 %
от 8 до 9 месяцев -	85 %
от 9 до 10 месяцев -	90 %
от 10 до 11 месяцев -	95 %

При исчислении страховой премии неполный месяц учитывается как полный.

При заключении договора страхования со сроком страхования более года сумма страховой премии исчисляется исходя из величины годового страхового тарифа и равняется сумме годовой страховой премии и доле премии за количество месяцев неполного года, при этом неполный месяц считается за полный.

7.10. Договор страхования прекращается, и Застрахованное лицо утрачивает право на получение медицинских услуг в случаях:

7.10.1. истечения срока действия;

7.10.2. исполнения Страховщиком обязательств по договору в полном объеме (исчерпания страховой суммы);

7.10.3. неуплаты Страхователем очередного страхового взноса в установленные договором страхования сроки и в определенном размере (в порядке, предусмотренном п. 6.13 Правил);

7.10.4. смерти Страхователя - физического лица или Застрахованного лица;

7.10.5. ликвидации Страховщика в установленном законодательством Российской Федерации порядке;

7.10.6. признания судом договора страхования недействительным;

7.10.7. в других случаях, предусмотренных действующим законодательством Российской Федерации и настоящими правилами.

7.11. Страхователь вправе отказаться от договора страхования в любое время. При досрочном отказе Страхователя от договора страхования уплаченная Страховщику страховая премия не подлежит возврату.

7.12. В случае досрочного прекращения действия коллективного Договора страхования в части одного или нескольких застрахованных лиц по инициативе Страхователя, неиспользованная страховая премия за этих лиц возврату не подлежит, но может быть зачтена с согласия Страховщика при последующем страховании новых лиц в рамках этого же действующего коллективного Договора страхования и/или учтена им при уплате последующих страховых взносов по тому же Договору.

7.13. О намерении досрочного расторжения договора страхования стороны обязаны уведомить друг друга не менее чем за 10 дней до предполагаемой даты прекращения договора страхования, если договором страхования не предусмотрено иное.

7.14. В случае прекращения договора страхования Страхователь (Застрахованное лицо) обязан в течение 3-х рабочих дней вернуть Страховщику страховой полис и/или сертификат.

7.15. В случае прекращения договора страхования по требованию Страховщика, последний возвращает Страхователю неиспользованную страховую премию за неистекший срок договора за вычетом понесенных расходов. Возврат неиспользованной страховой премии производится только в отношении оплаченной части суммы страховой премии, предусмотренной Договором, исходя из следующих параметров:

$$\text{НСП} = \frac{\sum_{i=1}^n B_{\text{з}} \times (1 - K_{\text{рвд}})}{D_{\text{опл}}} \times D_{\text{к}}$$

где

НСП	- неиспользованная страховая премия
n	- количество оплаченных страховых взносов
D _к	- число дней до окончания оплаченного периода
B _з	- сумма фактически оплаченных страховых взносов
K _{рвд}	- коэффициент расходов на ведение дела
D _{опл}	- число дней оплаченного периода

7.16. Если после заключения договора страхования будет установлено, что Страхователь сообщил Страховщику недостоверные (заведомо ложные) сведения о состоянии здоровья застрахованных им лиц, или иные сведения, имеющие существенное значение для определения вероятности наступления страхового случая, Страховщик вправе потребовать признания недействительным договора страхования в отношении этих лиц.

7.17. Если в течение срока действия договора страхования у Застрахованных лиц выявляются заболевания, указанные в Договоре как не являющиеся страховым случаем, то Страховщик имеет право прекратить организацию и оплату медицинской и иной помощи, направленной на преодоление (лечение) данных заболеваний, их последствий и осложнений.

7.18. Договор страхования признается не действительным, если Застрахованное лицо:

- на момент наступления страхового события не осуществляет трудовую деятельность (не работает);
- на момент заключения Договора страхования моложе 18 лет или старше 65 лет;
- имеет хронические заболевания, о которых ему было известно или должно быть известно до заключения Договора страхования (п.5.5. Правил);
- на момент заключения Договора страхования находилось на стационарном лечении;
- при заключении Договора страхования (и/или Страхователь) намеренно умолчали или исказили информацию о состоянии здоровья Застрахованного лица, что привело либо могло привести к необоснованным выплатам по Договору страхования.

8. ПОСЛЕДСТВИЯ ИЗМЕНЕНИЯ СТЕПЕНИ РИСКА

8.1. В период действия договора страхования Страхователь (Застрахованное лицо) обязан незамедлительно в письменной форме сообщать Страховщику о ставших ему известными значительных изменениях в обстоятельствах, сообщенных Страховщику при заключении договора, если эти изменения могут существенно повлиять на увеличение страхового риска.

Значительными изменениями признаются изменения в обстоятельствах, оговоренных в письменном заявлении и/или определенно оговоренные Страховщиком в Договоре страхования.

8.2. Страховщик, уведомленный об обстоятельствах, влекущих увеличение страхового риска, вправе потребовать изменения условий договора страхования или уплаты дополнительной страховой премии соразмерно увеличению риска.

8.3. Если Страхователь возражает против изменения условий договора страхования или уплаты дополнительной страховой премии в соответствии с п. 8.2 Правил, то, в соответствии с Гражданским Кодексом Российской Федерации, Страховщик вправе потребовать расторжения договора и возмещения убытков, причиненных расторжением договора.

9. ПРАВА И ОБЯЗАННОСТИ СТОРОН

9.1. **Страхователь (Застрахованное лицо)** имеет право:

9.1.1. выбирать страховые программы в любом их сочетании и наполнении медицинскими и иными услугами, медицинские и иные учреждения, оказывающие услуги по Договору страхования, из числа предложенных Страховщиком и по согласованию с ним;

9.1.2. осуществлять контроль за выполнением условий договора страхования;

9.1.3. получать медицинские услуги в соответствии с условиями договора страхования;

9.1.4. отказаться на основании письменного заявления Страховщику от Договора страхования в любое время, если к моменту отказа возможность наступления страхового случая отпала по обстоятельствам иным, чем страховой случай.

9.1.5. в случае неудовлетворенности качеством оказанных медицинских или сервисных услуг, направить в адрес Страховщика письменную жалобу по электронной почте, факсу или на бумажном носителе;

9.1.6. получить доступ к своим персональным данным, обрабатываемым Страховщиком, с правом совершения действий в отношении этих персональных данных, предусмотренных действующим законодательством Российской Федерации.

В соответствии с настоящим пунктом Правил право на получение доступа к персональным данным Застрахованного лица, обрабатываемым Страховщиком, с правом совершения действий в отношении этих персональных данных, предусмотренных действующим законодательством Российской Федерации, имеет Застрахованное лицо или его законный представитель.

9.1.7. Получать информацию об объеме услуг, порядке получения медицинской помощи, условиях Договора страхования и другую информацию по страхованию по телефону, электронной почте, почтовой связи, на сайте Страховщика.

9.2. **Страхователь (Застрахованное лицо) обязан:**

9.2.1. своевременно уплачивать страховую премию (страховые взносы) в размерах и порядке, предусмотренных договором страхования;

9.2.2. при заключении договора страхования предоставить Страховщику запрошенные им достоверные документы и сведения, влияющие на степень страхового риска.

9.2.2.1. При предварительном анкетировании: достоверные ответы на вопросы анкеты о лицах, принимаемых на страхование, в том числе о показателях здоровья этих лиц;

9.2.2.2. При отсутствии анкетирования сообщить о следующих фактах состояния здоровья лиц, принимаемых на страхование (при условии, что Страхователь располагает данной информацией):

- наличие I-ой или II-ой группы инвалидности;
- наличие онкологических заболеваний, особо опасных инфекций, ВИЧ-инфекции, туберкулеза, сахарного диабета
- наличие наркозависимости, алкоголизма.

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

9.2.4. довести до сведения Застрахованных лиц условия предоставления медицинской помощи;

9.2.5. соблюдать предписания лечащего врача;

9.2.6. обеспечить сохранность страхового полиса и/или сертификата, и не передавать их

другим лицам для получения медицинских услуг;

9.2.7. соблюдать порядок, установленный в медицинском учреждении;

9.2.8. соблюдать морально-этические нормы поведения при общении с врачами и иным персоналом медицинских учреждений и сотрудниками Страховщика;

9.2.9. возместить Страховщику понесенные им затраты за предоставленные услуги, указанные в п.9.4.7 Правил в течение 5-ти банковских дней с даты получения соответствующего счета от Страховщика.

9.2.10. получить от Застрахованных лиц, а в случае, если Страхователем заключается договор в отношении себя, предоставить самостоятельно письменное(ые) согласие(я) на обработку Страховщиком его (их- Застрахованных лиц) персональных данных, в соответствии с требованиями действующего законодательства Российской Федерации.

9.2.11. по запросу Страховщика незамедлительно (в течение 1 (одного) рабочего дня с момента получения соответствующего запроса Страховщика) предоставить ему указанные в п.9.2.10 Правил письменные согласия Застрахованных лиц.

9.3. Страховщик обязан:

9.3.1. ознакомить Страхователя с Правилами;

9.3.2. выдать страховой полис и/или сертификат Страхователю;

9.3.3. организовать предоставление Застрахованным лицам медицинских услуг в соответствии со страховой программой;

9.3.4. в случае невозможности оказания медицинским учреждением помощи, предусмотренной Страховой программой, организовать медицинскую помощь в другом медицинском учреждении соответствующего профиля и ценовой категории, определенном по своему усмотрению. При этом объем медицинской помощи по Страховым программам ограничивается рамками возможностей медицинских учреждений, сотрудничающих со Страховщиком в соответствующем Субъекте Российской Федерации.

9.3.5. не разглашать персональные данные Страхователя (Застрахованного лица);

9.3.6. контролировать объем и сроки услуг, предоставленных Застрахованному в соответствии с условиями Договора страхования;

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

9.3.8. соблюдать тайну страхования;

9.3.9. при поступлении жалобы от Страхователя (Застрахованного лица), направленной в адрес Страховщика в соответствии с п.9.1.5 Правил страхования предпринимать все необходимые меры по изучению и урегулированию ситуации, и в течение 15 рабочих дней с момента получения жалобы направить ему письменный ответ.

9.3.10. предоставлять Страхователю/застрахованному информацию об объеме услуг, порядке получения медицинской помощи, условиях Договора страхования и другую информацию по страхованию по телефону, электронной почте, почтовой связи, на сайте Страховщика

9.3.11. по запросу Страхователя/ застрахованного, полученному Страховщиком после заявления о событии, имеющем признаки страхового случая, ознакомить с положениями Разделов 10, 11 настоящих Правил страхования

9.4. Страховщик имеет право:

9.4.1. требовать от Страхователя предоставления достоверной информации, необходимой для заключения договора страхования;

9.4.2. досрочно расторгнуть договор страхования в случае нарушения Страхователем (Застрахованным лицом) условий договора или п.9.2 Правил, если это предусмотрено действующим законодательством;

9.4.3. выяснять причины и обстоятельства страхового случая, включая направление запросов в соответствующие учреждения о факте и причинах страхового случая;

9.4.4. организовывать экстренную медицинскую помощь Застрахованным по жизненным показаниям с привлечением муниципальной медицины (скорая медицинская помощь «03»; госпитализация в ближайший муниципальный стационар и пр.);

9.4.5. по согласованию со Страхователем изменять страховую программу в случае прекращения взаимоотношений с медицинским учреждением, предусмотренным Договором страхования;

9.4.6. в случае отсутствия возможности предоставления медицинских и иных услуг Застрахованному в медицинских и иных учреждениях, определенных Договором страхования, организовать предоставление необходимых и соответствующих по объему услуг Застрахованному на базе иных учреждений соответствующего профиля, определенных по усмотрению Страховщика;

9.4.7. предъявить Страхователю счет на возмещение затрат, возникших и понесенных Страховщиком при исполнении обязательств по договору, при условии, что:

9.4.7.1. эти затраты явились следствием ложного вызова скорой медицинской помощи или ложного вызова врача на дом Страхователем (Застрахованным лицом); неявки Застрахованного лица на прием к врачу или диагностическое исследование, либо

9.4.7.2. предоставленные услуги, выходя за рамки страхового покрытия, имели характер жизненных медицинских показаний, и неоказание таких услуг в экстренном порядке могло повлечь существенное ухудшение состояния здоровья Застрахованного (оплата расходных материалов и/или дорогостоящих лекарственных средств при стационарной помощи; оказание экстренной помощи по нестраховому заболеванию или в ситуациях, указанных в пп.5.2, 5.3 Правил)

9.4.8. самостоятельно принимать решение о признании или непризнании услуг, указанных в п.9.4.7.2 Правил, необходимыми.

9.4.9. рассматривать действия Застрахованного лица как действия самого Страхователя.

9.4.10. в случае утраты Страхователем (Застрахованным лицом) страхового полиса или страхового сертификата потребовать возмещения затрат, возникших и понесенных Страховщиком при изготовлении дубликата полиса/сертификата.

9.5. В случае увеличения численности Застрахованных лиц по коллективному договору страхования, Страхователь представляет Страховщику дополнительный список застрахованных установленной формы и уплачивает дополнительную страховую премию за неистекший период страхования в соответствии с условиями договора страхования.

10. ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ О ДЕЙСТВИЯХ СТОРОН ПРИ НАСТУПЛЕНИИ СТРАХОВОГО СЛУЧАЯ

10.1. Сервисный центр, при наступлении страхового случая, содействует в организации медицинской и иной помощи Застрахованному, информирует его о порядке предоставления этой помощи, даёт рекомендации по дальнейшим действиям.

10.2. Для получения медицинской помощи и иных услуг, предусмотренных настоящими Правилами и Договором страхования, Застрахованный (его Представитель) обязан:

10.2.1. Обратится в Сервисный центр по круглосуточным телефонам, указанным в Договоре страхования и сообщить следующую информацию:

- фамилию Имя Отчество Застрахованного;
- дату рождения Застрахованного;
- номер страхового полиса (Сертификата);
- описать возникшую проблему, обстоятельства, жалобы, характер требуемой

медицинской или иной помощи;

- сообщить точное местонахождение Застрахованного - адрес, название учреждение, контактный телефон;

- сообщить о месте работы;

- ответить на иные вопросы специалиста Сервисного центра.

10.2.2. Строго следовать инструкциям сотрудника Сервисного центра, согласовывать все свои действия.

10.2.3. Предъявить в медицинском учреждении страховой Полис, паспорт или иной документ удостоверяющий личность с фотографией при получении услуг, организованных Сервисным центром.

10.2.4. Не давать в залог паспорт и иные документы; не давать расписки и не брать на себя обязательства по оплате медицинских услуг без согласования с Сервисным центром.

10.2.5. Оплатить сумму франшизы, если она предусмотрена Договором страхования.

10.2.6. Соблюдать предписания лечащего врача и порядок, установленный в медицинском учреждении.

10.2.7. При наступлении страхового случая дать согласие на медицинскую репатриацию в регион страны постоянного проживания, если, по мнению врача Сервисного центра, основанному на данных медицинских документов из медицинского учреждения, она возможна и необходима. Отказ Застрахованного дать это согласие, влечет утрату прав Застрахованного на покрытие Страховщиком дальнейших расходов на его лечение и пребывание в клинике на территории временного пребывания. Страховщик не оплачивает и не возмещает расходы, возникшие с даты предложенной медицинской репатриации в случае отказа Застрахованного от медицинской репатриации.

10.2.8. Подписать по указанию Сервисного центра документы, подтверждающие согласие Застрахованного на доступ Страховщика или его представителя к любой информации о состоянии его здоровья, оказанных медицинских услугах, ознакомление с медицинской документацией, получение копий этих документов. Форма согласия представляется клиникой и/или Сервисным центром.

10.2.9. В отдельных случаях, когда невозможно организовать медицинские и иные услуги без оплаты на месте, и/или при которых лечение не может быть осуществлено в медицинских учреждениях, сотрудничающих со Страховщиком, Застрахованный сам оплачивает услуги, организованные Сервисным центром или предварительно согласованные с ним. После чего подаёт Страховщику документы для рассмотрения вопроса о страховом возмещении, в порядке определённым Правилами и Договором страхования.

10.2.10. Застрахованный (его Представитель), при невозможности обратиться в Сервисный центр в момент наступления страхового события (или носящим признаки такого) должен сделать это при первой возможности.

10.3. Страховщик не несёт ответственности за качество оказанных медицинских услуг.

10.4. В случае самостоятельного обращения Застрахованного в медицинское учреждение для получения медицинских услуг без согласования с Сервисным центром Страховщик оставляет за собой право принять решение о степени участия последнего в урегулировании убытков по данному случаю.

10.5. В случае выявления у Застрахованного заболеваний и состояний, не предусмотренных договором страхования и/или при которых лечение не может быть осуществлено в медицинских учреждениях, сотрудничающих со Страховщиком, Страховщик оказывает содействие в направлении Застрахованного в специализированное медицинское учреждение. При этом Страховщик не компенсирует расходы по оплате медицинских услуг, оказанных Застрахованному в этих медицинских учреждениях.

11. ПОРЯДОК ОСУЩЕСТВЛЕНИЯ СТРАХОВОЙ ВЫПЛАТЫ

11.1. Право Застрахованного лица на получение медицинских услуг, предусмотренных договором страхования, наступает с момента вступления договора в силу.

11.2. Страховщик при наступлении страхового случая, производит страховую выплату путём оплаты и/или возмещения расходов за медицинские и иные услуги только в пределах их перечня, предусмотренного договором страхования и в соответствии со страховой программой, на условиях которой заключен договор страхования, организованные или предварительно согласованные и санкционированные Сервисным центром:

11.2.1. Напрямую медицинскому учреждению или иной организации либо Сервисной организации, организовавшей или оказавшей услуги по поручению Страховщика. Страховщик оплачивает Счет, выставленный в соответствии с данными им гарантиями за организацию и оказание медицинской и иной помощи, путём перечисления денежных средств безналичным путём.

11.2.2. Застрахованному путём возмещения понесённых расходов, если он сам оплатил эти услуги организованные Сервисным центром или санкционированные им, и предоставил Страховщику все необходимые документы, предусмотренные настоящими Правилами и Договором страхования для рассмотрения вопроса о страховой выплате. Возмещение понесенных расходов осуществляется путём безналичного перечисления денежных средств на счет Застрахованного.

11.3. Для рассмотрения вопроса о возмещении понесенных расходов Застрахованный/Страхователь должен предоставить Страховщику следующие документы (оригиналы или их копии, заверенные выдавшим органом или его должностным лицом либо нотариусом), подтверждающие факт наступления события, если Договором страхования не установлен иной перечень документов:

11.3.1. Письменное заявление о случившемся, в том числе с обоснованием причин не обращения в Сервисный центр;

11.3.2. Страховой полис

11.3.3. Справка с места работы.

11.3.4. Медицинская выписка Застрахованного из медицинского учреждения с указанием:

Фамилии, Имени, Отчества Застрахованного, даты рождения, истории заболевания, жалоб, диагноза при поступлении, перечня и результатов проведенных инструментальных и лабораторных обследований, проведенного лечения, динамики состояния, сроков лечения, рекомендациями, при стоматологической помощи необходимо указать какие именно зубы подверглись лечению;

11.3.5. Выписанные врачом рецепты на приобретение лекарственных препаратов, с указанием Фамилии Имени Отчества Застрахованного и врача, название лекарственного препарата, количества, дозы и порядка применения, даты оформления рецепта;

11.3.6. Направление на прохождение лабораторных исследований с указанием дат, наименований и стоимости услуг;

11.3.7. Счета медицинских и иных учреждений за оказанные услуги (на фирменном бланке с соответствующим штампом), с указанием Фамилии Имени Отчества пациента, даты рождения, даты обращения, диагноза, продолжительности лечения, перечня оказанных услуг с детализацией по дате и стоимости, а так же общей суммы к оплате. Для рассмотрения вопроса о страховом возмещении от Застрахованного принимаются только оплаченные счета;

11.3.8. Счета транспортных и иных компаний, услугами которых пользовался Застрахованный для организации медицинской помощи;

11.3.9. Счета организаций, занимавшихся репатриацией (в том числе, посмертной) Застрахованного с указанием дат, наименований и стоимости услуг;

11.3.10. Документы, подтверждающие факт оплаты предоставленных счетов;

11.3.11. Посадочные талоны;

11.3.12. Проездные документы;

11.3.13. Полицейский протокол и/или иной документ его заменяющий, с указанием обстоятельств произошедшего события (ДТП, причинение вреда здоровью / смерти третьим лицам, смерть Застрахованного вне медицинского учреждения);

11.3.14. Информационную карту с указанием лицевого счета в случае получения страхового возмещения безналичным путём;

11.3.15. Документы, подтверждающие родство с Застрахованным;

11.3.16. Свидетельство о рождении, документ об опекунстве при представлении интересов несовершеннолетнего / недееспособного лица;

11.3.17. Документы, подтверждающие причину не обращения в Сервисный центр;

11.3.18. Подтверждение об обстоятельствах смерти (месте, причине и дате), месте захоронения;

11.3.19. Выписка (эпикриз) из стационара в случае, если смерть наступила при нахождении в стационаре или в течение 10 дней после госпитализации, и заверенный подписью и печатью медицинского учреждения;

11.3.20. Медицинское заключение о смерти, свидетельство о смерти;

11.3.21. Договор с похоронной организацией на подготовку и транспортировку тела умершего (груз-200) /урны, квитанции/чеки об оплате;

11.3.22. Грузовая накладная и заявка отправителя о транспортировке тела (груза-200)/урны;

11.3.23. Документальное подтверждение о проведении бальзамирования/кремирования, стоимости услуги, квитанции/чеки об оплате;

11.3.24. Документальное подтверждение о необходимости приобретения гроба/урны и иных расходных материалов для транспортировки тела/праха;

11.3.25. Обоснование необходимости осуществления перевода паспорта Застрахованного на русский язык, квитанции/чеки об оплате перевода.

11.4. Прилагаемые медицинские и финансовые документы из медицинских и иных учреждений должны быть подлинными, оформленными на фирменном бланке учреждения, с указанием его названия, адреса, контактов, с соответствующими подписями и печатями.

11.5. В случае, если оригиналы документов, указанных в п.11.3 составлены на иностранном языке, то Страхователь/застрахованный предоставляет нотариально заверенный перевод документов на русский язык.

11.6. В случае выявления факта предоставления получателем страховых услуг документов, недостаточных для принятия Страховщиком решения об осуществлении страховой выплаты, и (или) ненадлежащим образом оформленных документов, страховщик обязан:

- принять их, но при этом срок принятия решения или единый срок урегулирования требования о страховой выплате не начинает течь до предоставления последнего из необходимых и надлежащим образом оформленных документов;

- уведомить об этом подавшее заявление на страховую выплату лицо с указанием перечня недостающих и (или) ненадлежащим образом оформленных документов. Срок уведомления физических лиц - получателей страховых услуг о выявлении факта предоставления получателем страховых услуг документов, недостаточных для принятия страховщиком решения об осуществлении страховой выплаты, и (или) ненадлежащим образом оформленных документов не должен превышать 15 (пятнадцать) рабочих дней.

11.7. Страховщик в течение 15 (пятнадцати) рабочих дней с момента получения всех необходимых документов, рассматривает заявление на страховую выплату и по истечении этого срока:

- либо принимает решение о полной страховой выплате;
- либо принимает решение о частичной страховой выплате (с письменным уведомлением Застрахованного / его Представителя);

- либо отказывает в выплате страхового возмещения (с письменным уведомлением Застрахованного / его Представителя);

- либо отсрочивает срок выплаты для проведения дополнительного расследования, в том числе сделав запросы на получение дополнительных документов, информации (с письменным уведомлением Застрахованного / его представителя)

11.8. В случае принятия Страховщиком решения о полной или частичной страховой выплате в соответствии с п.11.7, Страховщик производит выплату в течение 5-ти (пяти) рабочих дней.

11.9. Если получателем страховой выплаты не является лицо, обратившееся к Страховщику с заявлением, Страховщик вправе требовать предоставления документа, удостоверяющего личность получателя выплаты, а так же доверенность от заявителя на получение страховой выплаты. В этом случае, срок принятия решения начинается течь не ранее получения страховщиком данного документа.

11.10. Застрахованный самостоятельно осуществляет действия по получению медицинских и иных документов, уточнению информации, имеющей отношение к страховому случаю.

11.11. Решение об отказе (частичном, полном) в страховом возмещении, а так же об отсрочке принятия решения по данному случаю принимается Страховщиком на основании Правил и Договора страхования и сообщается Застрахованному/его Представителю в письменной форме с обоснованием причин отказа.

11.12. Заявление о возмещении понесенных Застрахованным расходов на оплату оказанной медицинской помощи принимается в срок не позднее 90 календарных дней после получения им медицинских услуг;

11.13. Оплата стоимости медицинских услуг, оказанных Застрахованному лицу медицинскими учреждениями, производится исходя из фактических затрат на оказание медицинских услуг по ценам, согласованным между Страховщиком и медицинским учреждением, после выставления медицинским учреждением Страховщику счета по оказанным услугам.

11.14. Страховщик оплачивает счет, выставленный медицинским учреждением в течение 15-ти дней с даты его получения, если договором страхования или договором с медицинским учреждением не установлено иное.

11.15. Во всех случаях Страховщик оплачивает услуги медицинских учреждений только в

пределах страховой суммы.

11.15.1. При необходимости оказания Застрахованному лицу медицинских услуг сверх страховой суммы, эти услуги могут быть оказаны Застрахованному только после увеличения страховой суммы по договору с соответствующим увеличением страховой премии. Размер дополнительной страховой премии определяется Страховщиком и отражается в соответствующем дополнительном соглашении к договору страхования

11.15.2. При отказе Страхователя в оплате дополнительной страховой премии решение вопроса о возможности получения Застрахованным лицом медицинских услуг в медицинских учреждениях, определенных в договоре страхования, за счет личных средств решается Застрахованным лицом индивидуально.

11.16. Страховщик производит страховые выплаты за следующие виды услуг:

11.16.1. за простые, сложные и комплексные медицинские услуги,

11.16.2. за сервисные услуги, связанные с организацией медицинской помощи, транспортировкой, эвакуацией или репатриацией, в том числе, посмертной, а так же, с предоставлением самих медицинских услуг;

11.16.3. за лекарственные средства и расходные материалы, полученные в лечебном учреждении, стоимость которых является отдельной медицинской услугой

11.16.4. за койко-день при стационарном лечении, в стоимость которого могут входить все или отдельные медицинские и иные услуги;

11.16.5. по душевому нормативу за комплексное непрерывное и продолжительное медицинское обслуживание, предоставляемое медицинским учреждением Застрахованному в течение определенного периода времени.

12. ПЕРСОНАЛЬНЫЕ ДАННЫЕ

12.1. Заключая договор страхования на основании настоящих Правил, Страхователь должен предоставить согласия Застрахованных лиц на обработку их персональных данных.

12.2. В случае отзыва согласия на обработку своих персональных данных:

12.2.1. Застрахованным лицом - действие договора страхования в отношении такого лица прекращается;

12.2.2. Страхователем - физическим лицом, договор страхования прекращается полностью.

12.3. Действие договора страхования (полностью или частично) досрочно прекращается с даты получения Страховщиком соответствующего заявления об отзыве согласия на обработку персональных данных. В этом случае Страховщик обязуется уничтожить такие персональные данные в сроки, установленные действующим законодательством Российской Федерации.

12.4. Отзыв Застрахованным лицом или Страхователем согласия на обработку своих персональных данных, признается Страховщиком в качестве волеизъявления Застрахованного лица или Страхователя о досрочном отказе от договора страхования, в связи с чем, уплаченная Страховщику страховая премия за лиц, в отношении которых прекращается действие договора страхования, не подлежит возврату Страхователю или зачету при последующем страховании новых лиц.

13. ПРОЧИЕ УСЛОВИЯ

13.1. Все иные, не оговоренные настоящими правилами условия, регулируются действующим законодательством Российской Федерации.

13.2. Положения конкретных договоров страхования имеют преимущественную силу над положениями настоящих Правил.

13.3. Внесение изменений и дополнений в условия Договора страхования возможно по соглашению сторон и оформляется в письменной форме.

13.4. Страхование иностранных граждан для целей получения патента/разрешения на работу осуществляется с учетом норм и правил действующего законодательства.

14. ПОРЯДОК РАЗРЕШЕНИЯ СПОРОВ

14.1. Все споры по договору страхования между Страховщиком и Страхователем

разрешаются путем переговоров, а при недостижении согласия - в судебном порядке.

15. ДОСУДЕБНОЕ УРЕГУЛИРОВАНИЕ СПОРОВ В ДОГОВОРАХ С ФИЗИЧЕСКИМИ ЛИЦАМИ

15.1. Все разногласия, возникающие между Страховщиком и Страхователем/застрахованным, разрешаются в порядке, предусмотренном законодательством Российской Федерации.

15.2. При наличии разногласий между Страхователем/Застрахованным и Страховщиком относительно исполнения последним своих обязательств по договору страхования до предъявления к Страховщику иска, Страхователь/застрахованный направляет Страховщику претензию с документами, приложенными к ней и обосновывающими заявленные требования.

15.3. К претензии должны быть приложены документы, соответствующие требованиям законодательства Российской Федерации к их оформлению и содержанию, предусмотренные Правилами страхования (условиями договора страхования) и подтверждающие обоснованность требований Страхователя/ Застрахованного.

15.4. Претензия Страхователя/Застрахованного с приложенными к ней документами подается или направляется в адрес Страховщика по месту принятия от Страхователя/Застрахованного заявления о страховом случае.

15.5. Претензия Страхователя/Застрахованного с приложенными к ней документами подлежит рассмотрению страховщиком в течение 15 (пятнадцати) рабочих дней со дня поступления.

15.6. В случае, если возникшее разногласие на момент обращения к Страховщику в досудебном порядке подлежит рассмотрению финансовым уполномоченным в соответствии с Федеральным закон от 04.06.2018 № 123-ФЗ «Об уполномоченном по правам потребителей финансовых услуг» (далее - Закон об уполномоченном по правам потребителей финансовых услуг), Страхователь/ Застрахованный должен до направления финансовому уполномоченному обращения направить Страховщику претензию с документами, приложенными к ней и обосновывающими свое требование в письменной или электронной форме.

15.7. Страховщик обязан рассмотреть заявление Страхователя/Застрахованного и направить ему мотивированный ответ об удовлетворении, частичном удовлетворении или отказе в удовлетворении предъявленного требования:

- в течение пятнадцати рабочих дней со дня получения претензии в случае, если она направлена в электронной форме по стандартной форме, которая утверждена Советом Службы финансового уполномоченного, и если со дня нарушения, по существу которого идет спор, прошло не более ста восьмидесяти дней;

- в течение тридцати дней со дня получения претензии в иных случаях.

В случаях, предусмотренных Законом об уполномоченном по правам потребителей финансовых услуг, Страхователь/Застрахованный вправе заявлять в судебном порядке требования к Страховщику только после получения от финансового уполномоченного решения по обращению.