ОБЩЕСТВО С ОГРАНИЧЕННОЙ ОТВЕТСТВЕННОСТЬЮ

“СТРАХОВОЕ МЕДИЦИНСКОЕ ОБЩЕСТВО “СПАСЕНИЕ”

Утверждены

Правила добровольного медицинского страхования ООО «СМО «Спасение» в новой редакции приказом Генерального директора ООО «СМО «Спасение»
№ 55 от «07» сентября 2023 г.

Генеральный директор

_____ /И.Г. Глушков/

М.П.

П Р А В И Л А
добровольного медицинского страхования трудовых мигрантов

Казань – 2023

СОДЕРЖАНИЕ

1. **ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ И ТЕРМИНЫ. СУБЪЕКТЫ СТРАХОВАНИЯ**
2. **ОБЪЕКТ СТРАХОВАНИЯ**
3. **ОБЪЕМ СТРАХОВОГО ПОКРЫТИЯ. СТРАХОВЫЕ РИСКИ, СТРАХОВЫЕ СЛУЧАИ. СТРАХОВАЯ СУММА И СРОК (ПЕРИОД) СТРАХОВАНИЯ**
4. **СТРАХОВАЯ ПРЕМИЯ И СТРАХОВЫЕ ТАРИФЫ**
5. **ПРЕКРАЩЕНИЕ ДЕЙСТВИЯ ДОГОВОРА СТРАХОВАНИЯ**
6. **ПОРЯДОК ИСПОЛНЕНИЯ ДОГОВОРА СТРАХОВАНИЯ И СТРАХОВАЯ ВЫПЛАТА, СЛУЧАИ ОТКАЗА В СТРАХОВОЙ ВЫПЛАТЕ**
7. **ПРАВА И ОБЯЗАННОСТИ СТОРОН**
8. **ПЕРСОНАЛЬНЫЕ ДАННЫЕ**
9. **ФОРС-МАЖОРНЫЕ ОБСТОЯТЕЛЬСТВА**
10. **ПОРЯДОК РАЗРЕШЕНИЯ СПОРОВ**

Приложение № 1 Программа добровольного медицинского страхования (ДМС) трудовых мигрантов

Приложение № 2 Базовые тарифные ставки по добровольному медицинскому страхованию трудовых мигрантов

Приложение № 3 Форма полиса (договора) добровольного медицинского страхования трудовых мигрантов

Приложение № 4 Форма заявления на заключение договора добровольного медицинского страхования трудовых мигрантов

Приложение № 5 Структура страхового тарифа

1. ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ И ТЕРМИНЫ. СУБЪЕКТЫ СТРАХОВАНИЯ

1.1. На основании настоящих Правил добровольного медицинского страхования трудовых мигрантов (далее - Правила страхования, Правила ДМС трудовых мигрантов или Правила) общество с ограниченной ответственностью «Страховое медицинское общество «Спасение» (ООО «СМО «Спасение», далее также - Страховщик) осуществляет добровольное медицинское страхование трудовых мигрантов (далее - ДМС трудовых мигрантов) в соответствии с Программой добровольного медицинского страхования трудовых мигрантов (далее также - Программа ДМС трудовых мигрантов, Программа ДМС или Программа страхования, Приложение № 1 к Правилам) и условиями заключаемых со Страхователями договоров страхования.

1.2. Настоящие Правила и Программа ДМС трудовых мигрантов разработаны Страховщиком в соответствии с Гражданским Кодексом Российской Федерации (далее - *ГК РФ*), Законом Российской Федерации от 27.11.1992 № 4015-1 от «Об организации страхового дела в Российской Федерации», Федеральным законом от 25.07.2002 №115-ФЗ «О правовом положении иностранных граждан в Российской Федерации», Федеральным законом от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», Федеральным законом от 29.11.2010 № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации», Постановлением Правительства Российской Федерации от 06.03.2013 № 186 «Об утверждении Правил оказания медицинской помощи иностранным гражданам на территории Российской Федерации», Указанием Банка России от 13.09.2015 № 3793-У «О минимальных (стандартных) требованиях к условиям и порядку осуществления медицинского страхования в части добровольного медицинского страхования иностранных граждан и лиц без гражданства, находящихся на территории Российской Федерации с целью осуществления ими трудовой деятельности» и иными нормативно-правовыми актами Российской Федерации, применимыми к ДМС трудовых мигрантов (далее в целом - применимое действующее законодательство РФ).

1.3. По договору ДМС трудового мигранта Страховщик за предусмотренную договором плату (страховую премию) обязуется при наступлении в оговоренный договором страхования период (период страхования) предусмотренных программой страхования и договором событий (страховых случаев) организовать и оплатить в соответствии с условиями договора и в пределах установленной договором страховой суммы предусмотренные программой страхования и договором медицинские и иные услуги, застрахованному трудовому мигранту медицинскими организациями из числа оговоренных договором.

На условиях настоящих Правил заключаются договоры страхования трудовых мигрантов в возрасте от 18 до 75 лет.

Договор ДМС заключается в отношении и в пользу трудового мигранта (далее - Застрахованное лицо или Застрахованный) в письменной форме - в виде Полиса ДМС трудового мигранта (далее - *Полис*, Приложение № 2 к Правилам) с приложением к нему Программы ДМС трудовых мигрантов и Правил. Программа и Полис могут содержать Приложения, являющиеся их неотъемлемыми частями.

Внесение необходимых изменений в условия договора ДМС трудового мигранта осуществляется путем заключения Страховщиком и Страхователем (далее - Стороны) соответствующих Дополнительных соглашений к Полису.

Условия договора ДМС трудового мигранта определяются в совокупности условиями Полиса, Программы с приложениями к ней, имеющихся Дополнительных соглашений к Полису, а также Правил. Договор ДМС трудового мигранта представляет собой совокупность вышеперечисленных документов.

1.3.1. Факт получения Страхователем Правил и Программы ДМС трудовых мигрантов удостоверяется в договоре страхования (Полисе) подписью Страхователя; при этом изложенные в Правилах и Программе условия становятся обязательными к исполнению Сторонами, а сами Правила и программы становятся неотъемлемой частью договора страхования - в соответствии с положениями пункта 1.3 Правил.

В части, не нашедшей отражения в Полисе, Правилах и Программе, Стороны договора страхования руководствуются нормами действующего законодательства.

1.4. Страхователями по договорам ДМС трудовых мигрантов могут выступать трудовые мигранты (при заключении ими договора в свою пользу) или иные физические лица, в том числе зарегистрированные в качестве индивидуального предпринимателя в установленном законодательством Российской Федерации порядке, а также юридические лица - в соответствии с возможностями,

предусмотренными применимым действующим законодательством РФ.

Если Страхователь - физическое лицо заключил договор страхования в отношении себя (в свою пользу), Страхователь является также Застрахованным лицом (на него распространяются права и обязанности Застрахованного).

При получении Страховщиком от Страхователя устного или письменного заявления на страхование нескольких трудовых мигрантов Страховщик заключает отдельные договоры ДМС в отношении каждого из указанных Страхователем лиц.

При необходимости письменного подтверждения своего намерения заключить договоры ДМС в отношении нескольких трудовых мигрантов Стороны могут заключить договор соответствующего содержания в рамках возможностей, предоставленных действующим законодательством (договор о сотрудничестве, о намерениях (предварительный договор) и т.д.).

Страхователь не вправе заменять Застрахованных лиц в течение срока действия договора страхования.

1.5. Под трудовыми мигрантами понимаются иностранные граждане и лица без гражданства, прибывшие в Российскую Федерацию и намеревающиеся осуществлять или осуществляющие трудовую деятельность на основании разрешения на работу или патента.[1]

Если применимым действующим законодательством РФ установлено иное определение термина «трудовые мигранты», Страховщик вправе осуществлять ДМС трудовых мигрантов в рамках настоящих Правил и прилагаемой к ним Программы с учетом такого определения; при необходимости соответствующие изменения вносятся в заключаемые Страховщиком договоры страхования (Полисы и/или Программу).

1.6. Страховщик организует оказание и оплачивает оказанные Застрахованным лицам медицинские и иные услуги, предусмотренные Программой ДМС трудовых мигрантов.

1.7. Содержание специальных терминов, применяемых в рамках настоящих Правил, Программы и заключаемых в соответствии с ними договоров страхования, определяется исходя из норм применимого действующего законодательства (в частности, в соответствии с Федеральным законом от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в РФ» и Федеральным законом от 29.11.2010 № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации», Указанием Банка России от 13.09.2015 № 3793-У «О минимальных (стандартных) требованиях к условиям и порядку осуществления медицинского страхования в части добровольного медицинского страхования иностранных граждан и лиц без гражданства, находящихся на территории Российской Федерации с целью осуществления ими трудовой деятельности»).

1.8. Под получателем страховых услуг понимается физическое лицо (в том числе зарегистрированное в качестве индивидуального предпринимателя) или юридическое лицо, обратившееся в страховую организацию с намерением заключить договор страхования (потенциальный получатель страховой услуги), а также страхователь, застрахованное лицо по заключенному договору страхования.

1.9. Заявление о заключении договора страхования может быть как устным так и письменным. Если заявление изложено в письменной форме, оно является неотъемлемой частью договора страхования.

В случаях, предусмотренных законодательством, неотъемлемым приложением к письменному заявлению либо договору страхования является Анкета (опросник) клиента, разработанная в соответствии с Правилами внутреннего контроля в целях противодействия легализации (отмыванию) доходов, полученных преступным путем, и финансированию терроризма и финансирования распространения оружия массового уничтожения ООО «СМО «Спасение».

2. ОБЪЕКТ СТРАХОВАНИЯ

2.1. Объектом страхования в рамках настоящих Правил являются имущественные интересы

---

[1] в соответствии с Указанием Банка России от 13.09.2015 № 3793-У «О минимальных (стандартных) требованиях к условиям и порядку осуществления медицинского страхования в части добровольного медицинского страхования иностранных граждан и лиц без гражданства, находящихся на территории Российской Федерации с целью осуществления ими трудовой деятельности»

Страхователей и/или Застрахованных лиц, связанные с оплатой организации и оказания Застрахованным лицам медицинской и лекарственной помощи (медицинских услуг) и иных услуг, в неотложной форме вследствие расстройства здоровья (состояния) Застрахованного лица, а именно 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 пунктов 3 Указания Банка России от 13.09.2015 № 3793-У «О минимальных (стандартных) требованиях к условиям и порядку осуществления медицинского страхования в части добровольного медицинского страхования иностранных граждан и лиц без гражданства, находящихся на территории Российской Федерации с целью осуществления ими трудовой деятельности».

В связи с прямой заинтересованностью любого застрахованного лица в поддержании/восстановлении своего здоровья, а также заинтересованности Страхователя – юридического лица или индивидуального предпринимателя в сохранении работоспособности и снижении заболеваемости сотрудников, имущественный интерес получателя страховых услуг при заключении договора страхования, а также при принятии решения о страховой выплате считается наличествующим.

2.2. Оказываемые застрахованным лицам медицинские и иные услуги приведены в Программе ДМС трудовых мигрантов (Приложение № 1 к Правилам).

3. ОБЪЕМ СТРАХОВОГО ПОКРЫТИЯ. СТРАХОВЫЕ РИСКИ, СТРАХОВЫЕ СЛУЧАИ. СТРАХОВАЯ СУММА И СРОК (ПЕРИОД) СТРАХОВАНИЯ

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

Страховым риском по настоящим Правилам является риск обращения в период страхования застрахованного по ДМС трудового мигранта (Застрахованного лица) в медицинскую организацию, предусмотренную прилагаемым к его Полису Перечнем медицинских организаций, за получением в соответствии с условиями договора ДМС трудового мигранта предусмотренных Программой медицинских и иных услуг в неотложной форме.

3.2. Страховым случаем является совершившееся событие, предусмотренное договором страхования, с наступлением которого возникает обязанность Страховщика произвести страховую выплату в установленном законодательством и договором страхования порядке и объеме.

Страховым случаем по договору ДМС трудового мигранта - с учетом всех положений, определений и исключений, предусмотренных данным договором (п.1.3 Правил) - является оказание в период страхования (п.3.5 Правил) Застрахованному лицу медицинскими организациями из числа указанных в договоре застрахованных медицинских и иных услуг в соответствии с условиями данного договора, в том числе с оговоренным в договоре (в Программе ДМС трудовых мигрантов) порядком обращения Застрахованного лица за оказанием медицинских и иных услуг, предусмотренных Программой.

3.3. Под страховым покрытием понимается совокупность всех вероятных (случайных) событий, при наступлении любого из которых у Страховщика возникает обязанность произвести страховую выплату на условиях и в суммах, предусмотренных договором страхования.

Объем страхового покрытия по договору (Полису) ДМС трудового мигранта определяется условиями страхования - с учетом всех документов, на основании которых определяется объем обязательств Страховщика по конкретному Полису (п.1.3 Правил).

3.4. В рамках настоящих Правил под страховой суммой понимается денежная сумма, которая определена в порядке, установленном применимым действующим законодательством[2] и договором страхования при его заключении, в пределах которой Страховщик обязуется осуществить страховые выплаты при наступлении страхового случая и, исходя из которой, определяется размер страховой премии.

По настоящим Правилам страховая сумма устанавливается в Полисе ДМС трудового мигранта в

[2] в соответствии с Указанием Банка России от 13.09.2015 № 3793-У «О минимальных (стандартных) требованиях к условиям и порядку осуществления медицинского страхования в части добровольного медицинского страхования иностранных граждан и лиц без гражданства, находящихся на территории Российской Федерации с целью осуществления ими трудовой деятельности»

размере не менее 100 000 рублей на Застрахованное лицо и уменьшается с каждым страховым случаем, то есть текущая страховая сумма рассчитывается как разность страховой суммы на начало срока действия договора ДМС трудового мигранта и суммы страхового возмещения, произведенного Страховщиком в период действия договора ДМС трудового мигранта по всем произошедшим страховым случаям (далее также - агрегатная страховая сумма).

Если агрегатная страховая сумма исчерпана полностью, обязательства Страховщика по договору ДМС трудового мигранта считаются исполненными в полном объеме, договор ДМС трудового мигранта прекращает свое действие.

Страховщик обязан уведомить Страхователя и Застрахованное лицо об уменьшении агрегатной страховой суммы в течение 5 (пяти) рабочих дней с момента уменьшения размера страховой суммы до размера менее чем 10 000 рублей.

3.5. Срок действия договора ДМС трудового мигранта устанавливается исходя из сообщенного Страхователем (Застрахованным лицом) предполагаемого срока действия разрешения на работу или патента.

Договор ДМС трудового мигранта вступает в силу (вариант вступления в силу отражается в Полисе):

- со дня, следующего за днем уплаты Страхователем единовременной страховой премии по данному договору (или первого страхового взноса - при уплате в рассрочку) в порядке и на условиях, предусмотренных в разделе 4 Правил;
- с даты начала действия разрешения на работу или патента;
- с иной согласованной Сторонами даты.

Период с момента вступления договора в силу и до момента окончания срока его действия именуется периодом страхования.

Даты начала и окончания периода страхования (срока действия договора страхования) указываются в Полисе.

3.6. При заключении договора (дополнительного соглашения к действующему договору страхования) на срок менее 1 года размер страховой премии (дополнительного страхового взноса) составляет (в процентах от исчисленной на 1 год страховой премии):

Срок страхования	Процент от годовой премии
менее 1 месяца	0,75% за каждый день
1 месяц	20%
2 месяца	30%
3 месяца	40%
4 месяца	50%
5 месяцев	60%
6 месяцев	70%
7 месяцев	75%
8 месяцев	80%
9 месяцев	85%
10 месяцев	90%
11 месяцев	95%
более 11 месяцев и менее 12 месяцев	100%

При этом, при сроке страхования 1 месяц и более, страховой взнос за неполный месяц уплачивается как за полный.

4. СТРАХОВАЯ ПРЕМИЯ И СТРАХОВЫЕ ТАРИФЫ

4.1. Страховая премия - плата за страхование, которую Страхователь обязан уплатить Страховщику в порядке и сроки, определенные договором страхования.

При определении размера страховой премии Страховщик применяет разработанные им базовые тарифные ставки (Приложение № 2 к настоящим Правилам). Страховая премия определяется исходя из величины страховой суммы и периода страхования. Страховая премия (страховые взносы) указываются в рублях РФ.

4.2. Под страховым тарифом понимается ставка страховой премии с единицы страховой суммы с учетом объекта страхования и характера страхового риска, а также иных условий страхования.

4.3. Страховая премия по договору страхования может быть уплачена Страхователем единовременно - разовым платежом за весь срок страхования или уплачиваться периодически в течение

срока страхования (страховые взносы). Порядок уплаты страховой премии (страховых взносов) определяется в договоре страхования.

4.4. Страховой взнос может быть уплачен наличными деньгами представителю Страховщика, в кассу Страховщика или путем перечисления на расчетный счет Страховщика. Порядок проведения оплаты страховой премии (взносов) определяется в договоре страхования.

4.5. Датой уплаты страховой премии (страхового взноса) признается:

- дата уплаты денежных средств в кассу Страховщика или уполномоченному представителю Страховщика по квитанции - при наличных расчетах;

- дата поступления (зачисления) денежных средств на расчетный счет Страховщика - при безналичных расчетах.

4.5. Полис выдается Страховщиком Страхователю одновременно с уплатой единовременной страховой премии/первого страхового взноса (при уплате наличными денежными средствами) или в течение 3-х рабочих дней после уплаты единовременной страховой премии/первого страхового взноса (при уплате безналичным способом).

При выдаче Полиса до срока уплаты страховой премии в полном объеме, согласованный Сторонами порядок и сроки уплаты страховых взносов указываются в Полисе или ином письменном соглашении Сторон.

4.6. Страховщик информирует Страхователя о факте просрочки уплаты очередного страхового взноса или факте его уплаты не в полном объеме, а также о последствиях таких нарушений. Способ информирования указывается в заключенном договоре страхования.

5. ПРЕКРАЩЕНИЕ ДЕЙСТВИЯ ДОГОВОРА СТРАХОВАНИЯ

5.1. Договор страхования прекращает свое действие:

5.1.1. по истечении срока его действия (одновременно с окончанием периода страхования);

5.1.2. в случае исполнения Страховщиком обязательств по договору страхования в полном объеме, с учетом всех его условий (п.1.3 Правил) (в частности, если страховые выплаты достигли размера агрегатной страховой суммы, оговоренной Полисом, то есть агрегатная страховая сумма исчерпана (п.3.4 Правил)); в этом случае договор страхования прекращает свое действие с момента выполнения Страховщиком своих обязательств в полном объеме, а уплаченная Страховщику страховая премия (ее часть за неистекший срок действия договора страхования) не подлежит возврату;

5.1.3. в случае смерти Застрахованного лица (при индивидуальном договоре страхования);

5.1.4. в случае смерти Страхователя – физического лица, являющегося одновременно Застрахованным лицом;

5.1.5. в случае смерти Страхователя – физического лица, заключившего договор о страховании третьего лица, если Застрахованное или иное лицо не приняли на себя исполнение обязанностей Страхователя по уплате страховых взносов;

5.1.6. в случае ликвидации Страхователя – юридического лица или индивидуального предпринимателя, если Застрахованное или иное лицо не приняли на себя исполнение обязанностей Страхователя по уплате страховых взносов;

5.1.7. в случае ликвидации Страховщика;

5.1.8. в случае отказа Страхователя от уплаты дополнительной страховой премии при увеличении вероятности наступления страхового случая и(или) размера убытков от его наступления;

5.1.9. в случае признания договора страхования недействительным по основаниям и в порядке, установленными ГК РФ;

5.1.10. при уплате страховой премии в рассрочку (п. 4.3 Правил) - в случае неуплаты Страхователем очередного страхового взноса в установленные договором страхования или иным письменным соглашением Сторон размере и срок, при этом:

- действие договора страхования прекращается со дня, следующего за датой, установленной договором ДМС как дата уплаты очередного страхового взноса;

- уже уплаченные Страховщику страховые взносы не подлежит возврату, если договором страхования или письменным соглашением Сторон по данному договору не установлено иное.

Договором страхования или иным письменным соглашением Сторон по данному договору могут быть предусмотрены иные последствия нарушения сроков уплаты страховой премии.

5.1.11. по соглашению Сторон;

5.1.12. по требованию одной из Сторон;

5.1.13. при отказе Страхователя от добровольного страхования в случае непредоставления Страховщиком информации о договоре добровольного страхования, предоставления неполной или недостоверной информации.

5.1.14. в других случаях, предусмотренных законодательством Российской Федерации и

настоящими Правилами.

5.2.Действие договора страхования прекращается до наступления срока, на который он был заключен, если после его вступления в силу возможность наступления страхового случая отпала, и существование страхового риска прекратилось по обстоятельствам иным, чем страховой случай.

5.3. Прекращение действия договора страхования влечет за собой одновременное прекращение действия страхования, но не влечет прекращение обязательств Сторон, вытекающих из договора и возникших до момента его прекращения, в том числе не освобождает Страховщика от обязанности произвести страховую выплату по произошедшим в период действия страхования страховым случаям.

5.4. При досрочном прекращении действия договора страхования по основаниям, указанным в п.п. 5.1.3., 5.1.6., 5.1.7., 5.1.11., 5.1.12., 5.1.13., 5.2. Страховщик возвращает Страхователю часть страховой премии (за оставшийся до окончания действия договора срок, за вычетом расходов Страховщика), если договором страхования не предусмотрено иное.

5.5. При досрочном прекращении действия договора страхования по основаниям, указанным в п.п. 5.1.4, 5.1.5. Страховщик возвращает часть страховой премии (за оставшийся до окончания действия договора срок, за вычетом расходов Страховщика) законным наследникам Страхователя, если это предусмотрено договором страхования. Действие договора страхования прекращается с даты получения Страховщиком уведомления о смерти Страхователя с приложением копии свидетельства о смерти или иного аналогичного документа, подтверждающего факт смерти.

5.6. Во всех случаях прекращения договора страхования Страхователь обязан вернуть Страховщику страховые полисы.

5.7. Страхователь имеет право на возврат Страховщиком страховой премии (за вычетом части страховой премии, исчисляемой пропорционально времени, в течение которого действовало страхование) при отказе Страхователя от добровольного страхования в случае, указанном в п.5.1.13. В указанном случае срок возврата страховой премии составляет семь рабочих дней со дня получения заявления Страхователя об отказе от добровольного страхования.

6. ПОРЯДОК ИСПОЛНЕНИЯ ДОГОВОРА СТРАХОВАНИЯ И СТРАХОВАЯ ВЫПЛАТА, СЛУЧАИ ОТКАЗА В СТРАХОВОЙ ВЫПЛАТЕ

6.1. Для получения медицинских и иных услуг Застрахованное лицо обращается в медицинские организации, предусмотренные договором страхования, или к Страховщику в порядке, указанном в Полисе ДМС.

6.2. Медицинская организация, с которой Страховщик заключил соответствующий договор на оказание Застрахованным лицам услуг, в случае отсутствия у него по прейскуранту и (или) роду деятельности (специализации) соответствующих услуг может организовать оказание их в других медицинских организациях. При этом письменное согласие Страховщика является обязательным, если иное не предусмотрено договором между Страховщиком и медицинской организацией.

6.3.Если Застрахованному лицу показаны лечебно-диагностические мероприятия, выходящие за рамки программы страхования, обусловленной договором, Страховщик не несет обязанностей по решению вопросов их назначения и финансирования.

6.4.Вся медицинская документация выдается медицинскими организациями Застрахованным лицам на общих основаниях согласно действующему законодательству Российской Федерации.

6.5.Под страховой выплатой понимается денежная сумма, которую Страховщик в соответствии с договором страхования обязан выплатить при наступлении страхового случая.

6.6.Размер страховой выплаты равен стоимости медицинских и иных услуг, оказанных в соответствии с программой страхования, и стоимости организации их оказания, но в любом случае не может превышать страховой суммы.

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

6.8.Страховая выплата осуществляется в пределах страховой суммы в виде оплаты медицинских и иных услуг, оказанных при наступлении страхового случая и предусмотренных Программой и (или) договором страхования, и оплаты организации их оказания, медицинским организациям, перечисленным в Программе ДМС трудовых мигрантов;

6.9.Порядок и условия осуществления страховых выплат медицинским организациям определяются соответствующими договорами, заключенными Страховщиком с ними.

6.10.При первичном выявлении заболеваний, указанных в списке исключений из страхового покрытия, в течение срока действия договора страхования, Страховщик оплачивает стоимость

медицинских и иных услуг, оказанных Застрахованному лицу до момента установления диагноза. В дальнейшем, оказание медицинских и иных услуг по выявленному заболеванию исключается Страховщиком из страхового покрытия в отношении данного Застрахованного лица.

6.11.Если срок действия договора страхования закончился, а лечение по текущему заболеванию Застрахованного лица не завершено, Страховщик оплачивает стоимость оказанных медицинских и иных услуг в неотложной форме, и организации их оказания: при амбулаторном лечении – до окончания острого периода заболевания; при госпитализации – до стабилизации состояния застрахованного лица, но не более чем в течение 5-ти дней.

6.12.Страховая выплата производится в течение 20-ти рабочих дней после получения Страховщиком необходимых документов (если договором страхования не установлен иной срок).

6.13.Если страховая выплата не осуществлена в установленный срок по вине Страховщика, для него наступают последствия, предусмотренные законодательством Российской Федерации.

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

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

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

6.14.3 Требование выплаты предъявлено по событиям, подпадающим под перечень исключений, установленных настоящими Правилами, полисом и программой страхования.

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

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

6.14.6 Медицинская организация не предоставила Страховщику документы, необходимые для осуществления страховой выплаты.

6.15. Решение об отказе в страховой выплате сообщается медицинской организации в письменной форме с мотивированным обоснованием причин отказа в течение 20-ти рабочих дней после предоставления медицинской организацией всех необходимых документов.

6.16. Страховщик не имеет права отказать в страховой выплате по причине утраты им представленных документов на страховую выплату (какого-либо из них), если имеются доказательства получения Страховщиком указанных документов.

В случае если Страховщик утратил документы на страховую выплату, он не вправе повторно требовать их предоставления от подавшего лица.

7. ПРАВА И ОБЯЗАННОСТИ СТОРОН

7.1. **Страхователь имеет право:**

7.1.1. Требовать предоставления Застрахованному медицинских и иных услуг в медицинских организациях, определенных договором страхования, в соответствии с условиями договора страхования и Программой страхования.

7.1.2. При наступлении страхового случая требовать осуществления страховой выплаты в порядке, предусмотренном договором страхования.

7.1.3. Проверять соблюдение Страховщиком условий договора страхования.

7.1.4. Досрочно расторгнуть договор страхования, обратившись с письменным заявлением к Страховщику.

7.1.5. Получить экземпляр Правил страхования.

7.1.6. Получить новый страховой полис в случае его утраты. При утрате полиса Страхователь оплачивает Страховщику стоимость изготовления нового полиса. Стоимость изготовления нового полиса устанавливается внутренними распорядительными документами Страховщика.

7.1.7. Изменить условия договора страхования в течение срока его действия по согласованию со Страховщиком.

7.2. **Застрахованный имеет право:**

7.2.1. Требовать предоставления медицинских и иных услуг в медицинских организациях, определенных договором страхования, в соответствии с условиями договора страхования и Программой страхования.

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

7.2.3. Исполнить обязанности Страхователя по оплате страховой премии (взноса) частично или полностью, а также обязанности, предусмотренные п.7.4.6 Правил.

7.2.4. 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.

7.2.5. Требовать проведения экспертизы при наличии претензий к качеству и объему полученной медицинской помощи, а также в случае отказа в предоставлении медицинских и иных услуг, предусмотренных договором страхования и Программой страхования в медицинских организациях, определенных договором страхования.

7.2.6. Получить новый страховой полис в случае его утраты. С момента подачи Застрахованным заявления об утере Полиса, Страховщик не несет обязательств по утерянному Полису. При утрате полиса Застрахованное лицо оплачивает Страховщику стоимость изготовления нового полиса. Стоимость изготовления нового полиса устанавливается внутренними распорядительными документами Страховщика.

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

7.3. **Страховщик имеет право:**

7.3.1. При заключении договора страхования потребовать представления 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.

7.3.2. Проверять сообщенную Страхователем (Застрахованным) информацию, а также выполнение Страхователем (Застрахованным) требований и условий договора страхования.

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

7.3.4. Если после заключения договора страхования будет установлено, что Страхователь (Застрахованное лицо) при заключении договора сообщил Страховщику заведомо ложные сведения, Страховщик вправе потребовать признания договора недействительным и применения последствий его недействительности, за исключением случая, когда обстоятельства, о которых умолчал Страхователь (Застрахованное лицо), уже отпали.

7.3.5. 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 исполнением Договора страхования, оплатой оказанных Застрахованному лицу медицинских и иных услуг, их организации, защитой прав Застрахованного лица.

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

7.3.7. Потребовать изменения условий договора страхования или уплаты дополнительной страховой премии при получении уведомления об обстоятельствах, влекущих увеличение вероятности наступления страхового случая и(или) размера убытков от его наступления. Если Страхователь возражает против изменения условий договора страхования или доплаты страховой премии, Страховщик вправе потребовать расторжения договора и возмещения убытков, причиненных его расторжением и увеличением степени риска.

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

7.3.9. Отложить решение вопроса о произведении или отказе в страховой выплате в случае возбуждения уголовного дела в отношении Застрахованного лица по факту событий, приведших к травматическому повреждению или иному расстройству здоровья Застрахованного лица, до принятия решения органами государственной власти.

7.3.10. Представлять интересы Застрахованных лиц в рамках договора страхования всеми предусмотренными законодательством способами.

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

7.3.12. Расторгнуть договор страхования в случае неисполнения Страхователем (Застрахованным лицом) обязанности по сообщению Страховщику сведений об обстоятельствах, влекущих увеличение вероятности наступления страхового случая и (или) размера убытков от его

наступления. Страховщик не вправе требовать расторжения договора, если вышеуказанные обстоятельства уже отпали.

7.3.13. В случае отсутствия возможности предоставления медицинских и иных услуг Застрахованному лицу в медицинских организациях, определенных договором страхования, организовать предоставление Застрахованному лицу необходимых и соответствующих по объему и качеству услуг на базе иных медицинских организаций соответствующего профиля, по усмотрению Страховщика.

7.4. **Страхователь обязан:**

7.4.1. Обеспечить своевременную в полном размере уплату установленной договором страхования страховой премии (взносов).

7.4.2. Предоставить Страховщику необходимые для заключения договора страхования сведения, а также иную необходимую информацию, связанную с действием договора страхования.

7.4.3. 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.

7.4.4. Ознакомить Застрахованных лиц с условиями договора страхования, их правами и обязанностями и настоящими Правилами и выдать Застрахованным лицам переданные Страховщиком страховые полисы.

7.4.5. Обеспечить сохранность страховых документов.

7.4.6. Известить Страховщика о непредоставлении, несвоевременном, неполном или некачественном предоставлении медицинских и иных услуг, предусмотренных Программой страхования и договором страхования, в течение 3-х дней с момента возникновения указанных обстоятельств. При отсутствии у Страхователя возможности сообщить об этом Страховщику, известить может любое уполномоченное лицо или сам Застрахованный.

7.4.7. Возместить по требованию Страховщика расходы, понесенные Страховщиком в случае оплаты счетов за медицинские и иные услуги, оказанные незастрахованному лицу по вине Страхователя или Застрахованного лица.

7.4.8. Получить от Застрахованных лиц письменные согласия на обработку их персональных данных в целях исполнения договора страхования, в соответствии с пунктом 8.1. настоящих Правил и требованиями действующего законодательства Российской Федерации.

7.4.9. Обеспечить конфиденциальность в отношениях со Страховщиком.

7.5. **Застрахованный по договору страхования обязан:**

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

7.5.2. Соблюдать предписания лечащего врача, полученные в ходе предоставления медицинских и иных услуг, и распорядок, установленный в медицинской организации.

7.5.3. Соблюдать морально-этические нормы поведения при общении с врачами и иным персоналом медицинских организаций и сотрудниками Страховщика.

7.5.4. Заботиться о сохранности Полиса и не передавать его другим лицам с целью получения ими медицинских и иных услуг.

7.5.5. 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.

7.5.6. Немедленно сообщить Страхователю или непосредственно Страховщику о непредоставлении медицинских и иных услуг, предусмотренных Программой страхования и договором страхования.

7.5.7. Исполнить обязанности Страхователя, предусмотренные п.п. 7.4.3, 7.4.6, если они возложены на него договором страхования.

7.6. **Страховщик обязан:**

7.6.1. При заключении договора страхования ознакомить Страхователя с Правилами и Программой страхования.

7.6.2. Выдать Страхователю одновременно с уплатой единовременной страховой премии/первого страхового взноса (при уплате наличными денежными средствами) или в течение 3-х рабочих дней после уплаты единовременной страховой премии/первого страхового взноса (при уплате безналичным способом) на каждое Застрахованное лицо страховой полис с приложением Правил и программы страхования, списка медицинских организаций, в которые Застрахованное лицо может обратиться за получением медицинских и иных услуг.

7.6.3. При наступлении страхового случая организовать получение Застрахованным медицинских и иных услуг и произвести страховую выплату в порядке, установленном в договоре страхования.

7.6.4. При получении заявления Страхователя или Застрахованного об утере Полиса незамедлительно известить медицинские организации о недействительности утерянного документа.

7.6.5. Защищать интересы Застрахованных, контролировать объем и качество медицинских и иных услуг, оказываемых Застрахованным, в соответствии с условиями Программы страхования и договора страхования.

7.6.6. В случае отсутствия возможности предоставления Застрахованному лицу медицинских и иных услуг, предусмотренных Программой страхования в медицинской организации, определенной Договором страхования, организовать предоставление необходимых и соответствующих по объему и качеству услуг Застрахованному лицу на базе иных медицинских организаций соответствующего профиля, имеющих договорные отношения со Страховщиком и определенных по усмотрению Страховщика.

7.6.7. Уведомить Страхователя и Застрахованное лицо об уменьшении агрегатной страховой суммы в течение 5 (пяти) рабочих дней с момента уменьшения размера страховой суммы до размера менее, чем 10 000 рублей.

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

8. ПЕРСОНАЛЬНЫЕ ДАННЫЕ

8.1. Заключая договор страхования на основании настоящих Правил страхования, Страхователь - физическое лицо, а также Застрахованные лица подтверждают свое согласие на обработку (включая все действия, перечисленные в ст.3 Федерального закона от 27.07.2006 г. № 152-ФЗ «О персональных данных») своих персональных данных (фамилия, имя, отчество (при наличии), дата и место рождения, гражданство (при наличии), адрес регистрации по месту пребывания (жительства), паспортные данные или данные документа его заменяющего, ИНН, СНИЛС, социальное положение, данные о состоянии здоровья, заболеваниях, случаях обращения за медицинской помощью, место работы и иные персональные данные) Страховщиком, медицинскими организациями, врачами-экспертами в целях исполнения договора страхования, в том числе для решения вопросов, связанных с осуществлением страховых выплат, контролем качества медицинских услуг и защитой прав застрахованных лиц.

8.2.Согласие на обработку персональных данных с использованием средств автоматизации и без использования таких средств действительно в течение срока действия договора страхования и в течение 5 (Пяти) лет после окончания действия договора страхования.

8.3.Согласие на обработку персональных данных может быть отозвано посредством направления соответствующего письменного уведомления в адрес Страховщика.

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.

9. ФОРС-МАЖОРНЫЕ ОБСТОЯТЕЛЬСТВА

9.1. Все субъекты, участвующие в добровольном медицинском страховании (Страховщик, Страхователь, Застрахованные лица), освобождаются от ответственности за частичное или полное неисполнение обязательств, если это неисполнение явилось следствием наступления событий непреодолимой силы, т.е. чрезвычайных и непредотвратимых при данных условиях обстоятельств (например: стихийные бедствия, военные действия, принятие компетентными государственными органами решений, выполнение которых является обязательным для указанных субъектов и делает невозможным выполнение ранее принятых на себя обязательств).

10. ПОРЯДОК РАЗРЕШЕНИЯ СПОРОВ

10.1. Качество оказания медицинских и иных услуг, соответствие их условиям, предусмотренным договором страхования, контролируется Страховщиком.

10.2. В случае отказа медицинской 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 и действующим законодательством Российской Федерации. При недостижении согласия по результатам рассмотрения заявления может быть создана согласительная комиссия из представителей Страховщика и медицинской организации. По требованию одной из сторон к участию в рассмотрении заявления могут быть привлечены независимые эксперты.

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

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

Приложение № 1
к Правилам добровольного медицинского страхования трудовых мигрантов

Программа добровольного медицинского страхования (ДМС) трудовых мигрантов (далее – *Программа страхования*)

Застрахованные лица: в рамках данной программы страхования могут быть застрахованы 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) в возрасте от 18 до 75 лет.

1. Настоящая Программа страхования разработана Страховщиком в соответствии с Правилами ДМС трудовых мигрантов (далее - *Правила* или *Правила страхования*), **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[3].

Перечень медицинских и иных услуг, оплачиваемых Страховщиком по настоящей Программе страхования, установлен пунктами 2 и 3 настоящей Программы.

2. По настоящей Программе страхования Страховщик, с учетом исключений из страхового покрытия, установленных пунктом 3 настоящей Программы страхования, оплачивает оказанные Застрахованному лицу медицинские и иные услуги, обеспечивающие получение Застрахованным лицом в неотложной форме:

- первичной медико-санитарной помощи,
- специализированной медицинской помощи, исключая высокотехнологичную медицинскую помощь

в случаях следующих заболеваний и состояний:

1) инфекционные и паразитарные болезни, за исключением заболеваний, передаваемых половым путем, туберкулеза, ВИЧ-инфекции и синдрома приобретенного иммунодефицита;
2) новообразования;
3) болезни эндокринной системы;
4) расстройства питания и нарушения обмена веществ;
5) болезни нервной системы;
6) болезни крови, кроветворных органов;
7) отдельные нарушения, вовлекающие иммунный механизм;
8) болезни глаза и его придаточного аппарата;
9) болезни уха и сосцевидного отростка;
10) болезни системы кровообращения;
11) болезни органов дыхания;
12) болезни органов пищеварения;
13) болезни мочеполовой системы;
14) болезни кожи и подкожной клетчатки;
15) болезни костно-мышечной системы и соединительной ткани;
16) травмы, отравления и некоторые другие последствия воздействия внешних причин;

---

[3] на основании пункта 3 Указания Банка России от 13.09.2015 № 3793-У «О минимальных (стандартных) требованиях к условиям и порядку осуществления медицинского страхования в части добровольного медицинского страхования иностранных граждан и лиц без гражданства, находящихся на территории Российской Федерации с целью осуществления ими трудовой деятельности»

17) врожденные аномалии (пороки развития);
18) деформации и хромосомные нарушения.

Объем предоставляемых медицинских и иных услуг:

Первичная медико-санитарная помощь в неотложной форме, оказываемая амбулаторно, которая включает следующие медицинские услуги:

1. Приемы, консультации и другие профессиональные услуги врачей и иных медицинских работников различных специальностей (по медицинским показаниям): аллерголог, гастроэнтеролог, гинеколог, дерматолог, иммунолог, инфекционист, кардиолог, невролог, отоларинголог, офтальмолог, проктолог, пульмонолог, ревматолог, терапевт, травматолог, уролог, хирург, эндокринолог, маммолог, нефролог, сердечно-сосудистый хирург, вертеброневролог и др.;
2. Лабораторная диагностика по медицинским показаниям: общеклинические исследования, биохимические исследования, бактериологические исследования, цитологические исследования;
3. Инструментальная диагностика по медицинским показаниям: ультразвуковая диагностика; функциональная диагностика (ЭКГ); лучевая диагностика (в том числе рентгеновская компьютерная томография); ядерно-магнитно-резонансные исследования, эндоскопические методы исследования;
4. Неотложные лечебные мероприятия и медицинские манипуляции: купирование неотложных состояний, введение лекарственных препаратов, перевязка, иммобилизация и наложение гипсовой лангеты, обработка и ушивание ран и раневых каналов, вправление вывихов суставов, измерение артериального давления, температуры тела, вскрытие и дренирование гнойных образований и др., предусмотренные стандартами оказания первичной медико-санитарной помощи в неотложной форме;
5. Первичная медико-санитарная помощь на дому: вызов врача на дом;
6. Стоматологические услуги, которые включают в себя следующий объем: оказание неотложной стоматологической помощи при острой зубной боли (удаление зубов и др.) или остром состоянии ротовой полости (вскрытие абсцессов, первая помощь при лечении стоматита);
7. Иные услуги: медико-социальные, медико-транспортные, сервисные услуги и др.

Специализированная медицинская помощь, оказываемая в стационарных условиях, в неотложной форме которая включает в себя следующие медицинские услуги:

8. Неотложная госпитализация (при наличии показаний) для стационарного лечения в профильных больницах, клиниках, отделениях: гинекологических; гастроэнтерологических; кардиологических; реанимации (или кардиореанимации); терапевтических; нефрологических; урологических; пульмонологических; эндокринологических; хирургических; проктологических; инфекционных; неврологических; офтальмологических; ЛОР; аллергологических; гематологических; травматологических и др.
9. Лечение в круглосуточном стационаре;
10. Диагностические, инструментальные, лабораторные исследования в рамках стандартов оказания неотложной медицинской помощи по соответствующей нозологии;
11. Ведение палатным врачом, необходимые консультации специалистов по профилю заболевания и другие профессиональные услуги врачей;
12. Реанимационные мероприятия, лечение в отделении интенсивной терапии по показаниям;
13. Проведение любых видов анестезии, необходимых для лечения заболевания, включая общую;
14. Назначение и применение лекарственных препаратов, анестетиков, кислорода, препаратов крови, других необходимых для лечения средств;
15. Физиотерапевтическое лечение по медицинским показаниям: гальванизация, электрофорез, фонофорез, магнитотерапия, лазеротерапия, СВЧ-терапия, УЗ-терапия, теплолечение, УВЧ-терапия, УФО-терапия;

А также:

16. Использование медицинским персоналом при оказании медицинской помощи в неотложной форме в соответствии со стандартами первичной медико-санитарной помощи и специализированной медицинской помощи в рамках Программы страхования лекарственных препаратов, включенных в утверждаемый Правительством Российской Федерации перечень жизненно необходимых и важнейших лекарственных препаратов для медицинского применения и медицинских изделий[4], и медицинских изделий, включенных в утверждаемый Правительством Российской Федерации перечень медицинских изделий, имплантируемых в организм человека при оказании медицинской помощи в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи[5], лечебное питание в стационаре и донорскую кровь и ее компоненты.
17. Выдача листков нетрудоспособности, медицинских справок.
18. Иные медицинские услуги в соответствии со стандартами оказания первичной медико-санитарной помощи и специализированной медицинской помощи в неотложной форме.

3. Исключения из страхового покрытия. По настоящей Программе не рассматриваются в качестве страхового случая и не оплачиваются следующие медицинские и иные услуги:

а) оказанные Застрахованному лицу в медицинской организации, не предусмотренной договором страхования;
б) оказанные Застрахованному лицу за пределами территории (указанного в полисе субъекта РФ) действия договора ДМС трудовых мигрантов;
в) оказанные Застрахованному лицу, не соответствующие критериям неотложной формы оказания медицинской помощи;
г) оказанные Застрахованному лицу, не назначенные врачом, оказывающим медицинскую помощь в рамках Программы страхования;
д) оказанные Застрахованному лицу при особо опасных инфекционных болезнях (натуральная оспа, полиомиелит, малярия ТОРС), при заболеваниях, включенных в утверждаемый Правительством Российской Федерации перечень заболеваний, представляющих опасность для окружающих[6] (вирусные лихорадки, передаваемые членистоногими, и вирусные геморрагические лихорадки, гельминтозы, гепатит В и С, дифтерия, лепра, малярия, педикулез, сап и мелиоидоз, сибирская язва, холера, чума, акариаз и др.), при злокачественных новообразованиях, сахарном диабете, психических расстройствах и расстройствах поведения;
е) высокотехнологичной медицинской помощи, оказанной Застрахованному лицу;
ж) оказанные Застрахованному лицу 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) оказанные Застрахованному лицу при возникновении травматических повреждений или иных нарушений здоровья, наступивших в результате совершения Застрахованным лицом умышленных противоправных действий;
и) оказанные Застрахованному лицу при покушении Застрахованного лица на самоубийство, за исключением тех случаев, когда Застрахованное лицо было доведено до такого состояния противоправными действиями третьих лиц;
к) оказанные Застрахованному лицу при умышленном причинении себе телесных повреждений Застрахованным лицом;
л) оказанные Застрахованному лицу в связи с беременностью, родами, послеродовым периодом и абортами Застрахованного лица.

---

[4] в соответствии с пунктом 6 статьи 4 Федерального закона от 12 апреля 2010 года № 61-ФЗ "Об обращении лекарственных средств", где под *перечнем жизненно необходимых и важнейших лекарственных препаратов* понимается ежегодно утверждаемый Правительством Российской Федерации перечень лекарственных препаратов для медицинского применения, обеспечивающих приоритетные потребности здравоохранения в целях профилактики и лечения заболеваний, в том числе преобладающих в структуре заболеваемости в Российской Федерации

[5] в соответствии с частью 2.1 статьи 80 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации"

[6] в соответствии с частью 2 статьи 43 Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации" и Постановлением Правительства Российской Федерации от 01.12.2004 № 715

Также исключено из страхового покрытия по настоящей Программе страхования возмещение расходов, вызванных смертью Застрахованного лица (расходов на репатриацию, ритуальные услуги, похороны, кремацию и т.д.).

4. По настоящей Программе страхования установлен следующий порядок получения Застрахованным лицом медицинских и иных услуг:

4.1. Для получения медицинских и иных услуг, предусмотренных настоящей Программой страхования, Застрахованное лицо обращается в медицинские организации, предусмотренные договором страхования, или к Страховщику в порядке, указанном в страховом Полисе.

При обращении Застрахованного в медицинскую организацию предъявляется Полис добровольного медицинского страхования, выданный Страховщиком, паспорт либо иной документ, удостоверяющий личность Застрахованного.

Медицинская помощь оказывается Застрахованному лицу в соответствии с режимом работы медицинской организации.

Приложение № 2
к Правилам добровольного медицинского страхования трудовых мигрантов

Базовые тарифные ставки по добровольному медицинскому страхованию трудовых мигрантов

Наименование программ	% от страховой суммы при сроке страхования 1 (один) год
Программа добровольного медицинского страхования трудовых мигрантов	**15,57**

1.2. Коэффициенты риска:

Страховщик имеет право применять понижающие (от 0,01 до 0,99) и повышающие (от 1,01 до 3,0) коэффициенты риска, экспертно определяемые по результатам оценки степени вероятности наступления страхового случая и (или) размера убытков от его наступления в каждом конкретном случае. При применении повышающих коэффициентов риска страховой тариф не может превышать 90% от страховой суммы. Выбор коэффициента риска зависит от степени вероятности наступления страхового случая и (или) размера убытков от его наступления: основного вида деятельности и пола, возраста, профессиональной заболеваемости, возраста и рода занятий Застрахованных, состояния их здоровья, сообщенных сведениях о заболеваниях, особенностей образа жизни, данных медицинских документов, характера предшествующей страховой истории, срока страхования, иных сведений, важных по мнению Страховщика.

№	Наименование коэффициента риска	Минимальное значение	Максимальное значение
1.	Вид деятельности застрахованных лиц	0,4	1,5
2.	Характер предшествующей страховой истории	0,5	2,0
3.	Возраст и пол застрахованных лиц	0,14	2,66
4.	Результаты предварительного медицинского осмотра и (или) данных медицинской анкеты		
	1-я группа здоровья - практически здоровые лица без отягощенной наследственности, имеющие в анамнезе детские болезни, простудные заболевания, аппендицит, грыжу и.т.п.; без вредных привычек или при их умеренной выраженности, не работающие на производстве с особо вредными условиями труда	0,3	0,95
	2-я группа здоровья - практически здоровые лица с повышенным риском заболевания, отягощенные наследственностью по диабету, сердечно-сосудистым, почечно- и желчнокаменной болезнями, психическими заболеваниями и т.п. В анамнезе - черепно-мозговые травмы, осложненные детские болезни, злоупотребление алкоголем, курение, работавшие или работающие на производстве с особо вредными условиями труда	1,00	1,99
	3-я группа здоровья - лица, имеющие хронические заболевания с тенденцией к обострению чаще двух раз в году, злоупотребляющие алкоголем, систематически употребляющие транквилизаторы, снотворные, страдающие выраженными неврозами, психопатиями, гипертонической болезнью I и	2,03	3,0

<table>
<tr><th>№</th><th>Наименование коэффициента риска</th><th>Минимальное значение</th><th>Максимальное значение</th></tr>
<tr><td></td><td>II степени, ИБС без выраженной стенокардии, перенесшие полостные операции и т.п</td><td></td><td></td></tr>
<tr><td>5.</td><td>Включение в договор страхования медицинских организаций</td><td>0,35</td><td>2,5</td></tr>
<tr><td>6.</td><td>Порядок уплаты страхового взноса</td><td>1,01</td><td>1,2</td></tr>
<tr><td>7.</td><td>Срок страхования</td><td colspan="2"><table>
<tr><th>Срок страхования</th><th>Процент от годовой премии</th></tr>
<tr><td>менее 1 месяца</td><td>0,75% за каждый день</td></tr>
<tr><td>1 месяц</td><td>20%</td></tr>
<tr><td>2 месяца</td><td>30%</td></tr>
<tr><td>3 месяца</td><td>40%</td></tr>
<tr><td>4 месяца</td><td>50%</td></tr>
<tr><td>5 месяцев</td><td>60%</td></tr>
<tr><td>6 месяцев</td><td>70%</td></tr>
<tr><td>7 месяцев</td><td>75%</td></tr>
<tr><td>8 месяцев</td><td>80%</td></tr>
<tr><td>9 месяцев</td><td>85%</td></tr>
<tr><td>10 месяцев</td><td>90%</td></tr>
<tr><td>11 месяцев</td><td>95%</td></tr>
<tr><td>более 11 месяцев и менее 12 месяцев</td><td>100%</td></tr>
</table></td></tr>
</table>

Приложение № 3к Правилам добровольного медицинского страхования трудовых мигрантов

Форма полиса (договора) добровольного медицинского страхования трудовых мигрантов

ПОЛИС (ДОГОВОР) Серия _____№_____

Добровольного медицинского страхования трудовых мигрантов

Страховщик: Организационно-правовая форма и полное фирменное наименование

Адрес, тел./факс _____, сайт_____,

Банковские реквизиты,_____ Лицензия (номер, дата выдачи) _____

Страхователь: юридическое лицо □ индивидуальный предприниматель □ физическое лицо □

Полное и (при наличии) сокращенное наименование, в т.ч. фирменное наименование юридического лица или фамилия, имя, отчество (при наличии) физического лица / индивидуального предпринимателя **на русском языке**	
Полное наименование юридического лица на языке народов РФ и (или) на иностранном языке или фамилия, имя, отчество (при наличии) физического лица / индивидуального предпринимателя с помощью букв латинского алфавита (для иностранных граждан и лиц без гражданства)	

Пол: мужской □ женский □ **Дата рождения:** «___»_____ _____года **Лицо без гражданства** □

Гражданство:_____

Данные основного документа, удостоверяющего личность:

паспорт □ ; иной документ □ - вид документа: _____

дата выдачи «___»____ ____г. № _____

дата государственной регистрации физического лица в качестве индивидуального предпринимателя (ИП) «___»_____ _____ года, **ОГРН ИП:**_____

Адрес места жительства / регистрации / пребывания на территории РФ физического лица или адрес (место нахождения) юридического лица или лица, имеющего право действовать от имени юридического лица без доверенности, по которому осуществляется связь с юридическим лицом_____

_____Дата регистрации «___»_____ _____ года

Контактный телефон/факс_____e-mail_____сайт_____

Застрахованным лицом по настоящему полису является:

Страхователь □ ; _____ **иное лицо** □ **по которому заполняются следующие сведения:**

Фамилия, имя, отчество (при наличии) Застрахованного лица **на русском языке**	
Фамилия, имя, отчество (при наличии) Застрахованного лица с помощью букв латинского алфавита (для иностранных граждан и лиц без гражданства)	

Пол: мужской □ женский □ **Дата рождения:** «___»_____ _____года **Лицо без гражданства** □

Гражданство:_____

Данные основного документа, удостоверяющего личность:

паспорт □ ; иной документ □ - вид документа: _____

дата выдачи «___»____ ____г. № _____

Адрес места жительства / регистрации / пребывания на территории РФ Застрахованного лица:

_____

_____Дата регистрации «___»_____ _____ года

Контактный телефон/факс_____e-mail_____

Страховой случай: _____.

Территория действия договора: субъект РФ _____

Срок действия договора: с _____ по_____

Страховая сумма (агрегатная):_____(_____)рублей

Страховой тариф:_____%.

Страховая премия:_____(_____)рублей

Порядок оплаты страховой премии: наличными денежными средствами □ безналичным путем □

Единовременно □ ; В рассрочку □ : Первый/единовременный страховой взнос оплачен «____»_____ 20__г.

Второй страховой взнос подлежит оплате в срок до «____»_____ 20__г.

Особые условия: 1. Страховщик информирует Страхователя о факте просрочки уплаты очередного страхового взноса или факте его уплаты не в полном объеме, а также о последствиях таких нарушений. Способ информирования:_____.

2. _____

К настоящему полису прилагаются и являются его неотъемлемой частью:

1. Правила добровольного медицинского страхования трудовых мигрантов ООО «СМО «Спасение» утв. Приказом № ____ от «__»_____20__г.
2. Программа ДМС трудовых мигрантов (далее – Программа) утв. Приказом № ____ от «__»_____ 20__г.
3. Перечень медицинских организаций, в которые может обратиться Застрахованное лицо за получением медицинских услуг.
4. Заявление (при наличии)

Порядок получения медицинских услуг: _____

СТРАХОВАТЕЛЬ:
С условиями страхования согласен, Правила страхования, Программу и Перечень медицинских организаций получил.

_____(_____)
Ф.И.О., должность

Действующий на основании _____/Доверенности №___от «__»__20_г.

СТРАХОВЩИК:
ООО «СМО «Спасение»

М.П.

_____(_____)
Ф.И.О., должность

Действующий на основании _____/Доверенности №___от «__»__20_г.

Дата заполнения полиса «___»_____20___г.

Приложение № 4
к Правилам добровольного медицинского страхования трудовых мигрантов

Форма заявления на заключение договора добровольного медицинского страхования трудовых мигрантов

Приложение № _____

Организационно-правовая форма и фирменное наименование страховщика
Лицензия (номер, дата выдачи) _____
Адрес, тел./факс _____, сайт _____,
Банковские реквизиты_____

к полису серия_____№_____
от «___»_____20___г.

ЗАЯВЛЕНИЕ

на заключение договора Добровольного медицинского страхования трудовых мигрантов

Страхователь: юридическое лицо □ индивидуальный предприниматель □ физическое лицо □

Полное и (при наличии) сокращенное наименование, в т.ч. фирменное наименование юридического лица или фамилия, имя, отчество (при наличии) физического лица / индивидуального предпринимателя **на русском языке**	
Полное наименование юридического лица на языке народов РФ и (или) на иностранном языке или фамилия, имя, отчество (при наличии) физического лица / индивидуального предпринимателя с помощью букв латинского алфавита (для иностранных граждан и лиц без гражданства)	

Пол: мужской □ женский □ **Дата рождения:** «___»_____ _____года **Лицо без гражданства** □
Гражданство:_____
Данные основного документа, удостоверяющего личность:
паспорт □ ; иной документ □ - вид документа:_____
дата выдачи «___»_____ _____г. № _____
дата государственной регистрации физического лица в качестве индивидуального предпринимателя (ИП) «___»_____ _____ года, **ОГРН ИП:**_____
Адрес места жительства / регистрации / пребывания на территории РФ физического лица или адрес (место нахождения) юридического лица или лица, имеющего право действовать от имени юридического лица без доверенности, по которому осуществляется связь с юридическим лицом_____
_____Дата регистрации «___»_____ _____ года
Контактный телефон/факс_____e-mail_____сайт_____
Застрахованным лицом по настоящему полису является:
Страхователь □ ; **иное лицо** □ **по которому заполняются следующие сведения:**

Фамилия, имя, отчество (при наличии) Застрахованного лица **на русском языке**	
Фамилия, имя, отчество (при наличии) Застрахованного лица с помощью букв латинского алфавита (для иностранных граждан и лиц без гражданства)	

Пол: мужской □ женский □ **Дата рождения:** «___»_____ _____года **Лицо без гражданства** □
Гражданство:_____
Данные основного документа, удостоверяющего личность:
паспорт □ ; иной документ □ - вид документа:_____
дата выдачи «___»_____ _____г. № _____
Адрес места жительства / регистрации / пребывания на территории РФ Застрахованного лица:
_____
_____Дата регистрации «___»_____ _____ года
Контактный телефон/факс_____e-mail_____
Вид деятельности Застрахованного лица: _____
Территория действия договора: субъект РФ _____
Срок действия договора: _____
Страховая сумма (агрегатная - не менее 100 000 рублей): _____ рублей
_____(_____)
Ф.И.О. Страхователя, Должность

Дата подачи заявления «___»_____ г.

Представитель Страховщика_____(_____)

Приложение № 5
к Правилам добровольного медицинского страхования трудовых мигрантов

СТРУКТУРА СТРАХОВОГО ТАРИФА

№№ п/п	Наименование вида страхования	Структура страхового тарифа (%)				
		Нетто-ставка	Нагрузка			
			Расходы на ведение дела		Отчисления в фонд превентивных мероприятий	Прибыль
			Всего	В том числе на комиссионное вознаграждение		
1	Добровольное медицинское страхование	77	22,5	12	0	0,5