

УТВЕРЖДЕНО

Приказом ООО «СК «РГС - Жизнь»

№ 1070пж от «25» декабря 2017 г.

ПРАВИЛА
добровольного медицинского страхования иностранных
граждан и лиц без гражданства, находящихся на территории
РФ с целью осуществления трудовой деятельности № 11

(новая редакция)

« 30 » июня 2017 г.

с изменениями и дополнениями, внесенными Приказом ООО «СК «РГС-Жизнь»
от 25.12.2017г. № 1070пж

г. Москва, 2017 год

Содержание Правил:

1. Субъекты страхования.
2. Объект страхования.
3. Страховые случаи и страховые риски.
4. Порядок определения страховой суммы.
5. Срок страхования.
6. Порядок определения страхового тарифа, страховой премии, страхового взноса.
7. Договор страхования - порядок его заключения, исполнения, прекращения, внесения в него изменений и дополнений.
8. Права и обязанности сторон по Договору страхования.
9. Порядок и условия оказания услуг Застрахованным и осуществления страховых выплат.
10. Основания отказа в страховой выплате.
11. Ответственность сторон.
12. Порядок рассмотрения споров.
13. Глоссарий – термины, используемые в Правилах.

1. СУБЪЕКТЫ СТРАХОВАНИЯ

1.1. В соответствии с законодательством РФ и на основании настоящих Правил Общество с Ограниченной Ответственностью «Страховая компания «Росгосстрах-Жизнь» (ООО «СК «РГС-Жизнь») (далее по тексту - Страховщик) заключает договоры добровольного медицинского страхования трудовых мигрантов (далее по тексту - Договор страхования), на основании которых организуют предоставление и оплату медицинских и иных услуг Застрахованным по Программам страхования, прилагаемым к настоящим Правилам (Приложения №№3_1-3_4). Настоящие Правила предназначены для определения содержания Договоров страхования и регулируют отношения, возникающие между субъектами страхования.

1.2. Субъектами страхования являются Страховщик, Страхователь, Застрахованный.

1.3. Страховщик – юридическое лицо, созданное в соответствии с законодательством РФ для осуществления страхования, перестрахования и имеющее лицензию на право осуществления страховой деятельности по добровольному медицинскому страхованию.

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

физические лица - граждане РФ, иностранные граждане и лица без гражданства, обладающие гражданской дееспособностью.

российские или иностранные юридические лица любой организационно-правовой формы, зарегистрированные и действующие в соответствии с законодательством РФ;

1.5. На условиях настоящих Правил, Договоры страхования заключаются в пользу Застрахованных - иностранных граждан и лиц без гражданства, прибывших в Российскую Федерацию и намеревающихся осуществлять или осуществляющих трудовую деятельность на основании разрешения на работу или патента (далее – Трудовые мигранты).

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

- не являются Трудовыми мигрантами (являются лицами, не осуществляющими или не намеревающимися осуществлять трудовую деятельность);
- моложе 18 лет;
- находятся на стационарном лечении.

2. ОБЪЕКТ СТРАХОВАНИЯ

Объектом добровольного медицинского страхования является не противоречащий законодательству РФ имущественный интерес Застрахованного, связанный с оплатой организации и оказания Медицинской помощи¹ вследствие расстройства здоровья Застрахованного или состояния Застрахованного, требующих организации и оказания медицинских и иных услуг, лекарственного обеспечения².

3. СТРАХОВЫЕ СЛУЧАИ И СТРАХОВЫЕ РИСКИ

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

3.2. Страховым случаем является документально подтвержденное обращение Застрахованного в соответствии с условиями Договора страхования и в период его действия в медицинское учреждение, сервисную компанию и/или иное учреждение, согласованное со Страховщиком, за медицинскими и/или Иными услугами³, лекарственным обеспечением,

¹ См. определение Медицинской помощи в Разделе 13 Правил: «Глоссарий – термины, используемые в правилах»

² См. определение Лекарственного обеспечения в Разделе 13 Правил: «Глоссарий – термины, используемые в правилах»

³ См. определение Иных услуг в Разделе 13 Правил: «Глоссарий – термины, используемые в правилах»

указанными в Программе страхования, по поводу заболеваний и состояний, требующих оказания первичной медико-санитарной помощи и специализированной медицинской помощи в неотложной форме, входящих, согласно части шестой статьи 35 Федерального закона от 29 ноября 2010 года №326-ФЗ «Об обязательном страховании в Российской Федерации» в базовую программу обязательного медицинского страхования, исключая, если иное не предусмотрено договором:

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

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

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

- не предусмотренных Программой или Договором добровольного медицинского страхования;
- расходов на оказание услуг трудовым мигрантам, не указанным в Договоре страхования как Застрахованные;
- если Застрахованное лицо обратилось за оказанием Медицинской помощи без предварительного обращения в Круглосуточный контакт - центр Страховщика по указанным в Договоре /Программе страхования телефонам;
- при оказании любых медицинских и иных услуг без согласования со Страховщиком;
- при оказании любых медицинских и иных услуг за пределами территории действия Программы страхования;
- по оказанию медицинской помощи Застрахованным при патологических состояниях, отравлениях и травмах, возникших у застрахованного лица в состоянии любой формы алкогольного опьянения или под воздействием иных психоактивных веществ и/или лекарственных препаратов, употребленных без назначения врача;
- по оказанию медицинской помощи при возникновении травматических повреждений или иных нарушений здоровья, наступивших в результате совершения застрахованным лицом умышленных противоправных действий;
- по оказанию медицинской помощи при покушении застрахованного лица на самоубийство, за исключением тех случаев, когда застрахованное лицо было доведено до такого состояния противоправными действиями третьих лиц;
- по оказанию медицинской помощи при умышленном причинении себе телесных повреждений застрахованным лицом;
- по оказанию застрахованному лицу медицинской помощи, не назначенной врачом, оказывающим медицинскую помощь в рамках настоящих Правил и/или программы страхования, разработанной на их основе;
- по оказанию застрахованному лицу методов лечения, определенных Министерством здравоохранения РФ как Высокотехнологичная медицинская помощь.

- лекарственных препаратов и медицинских изделий сверх перечня жизненно необходимых и важнейших лекарственных препаратов и медицинских изделий, включенных в утверждаемый Правительством Российской Федерации перечень медицинских изделий, имплантируемых в организм человека при оказании медицинской помощи в неотложной форме;
- лекарственных препаратов и медицинских изделий, не использованных медицинским персоналом при оказании первичной медико-санитарной помощи и /или специализированной медицинской помощи в неотложной форме;
- связанных с беременностью, родами, послеродовым периодом и абортами застрахованного лица.

3.3. При наступлении страхового случая, страховщик оплачивает расходы на используемые медицинским персоналом при оказании медицинской помощи в неотложной форме, в соответствии со стандартами первичной медико-санитарной помощи и специализированной медицинской помощи, лекарственные препараты, включенные в утверждаемый Правительством Российской Федерации перечень жизненно необходимых и важнейших лекарственных препаратов для медицинского применения и медицинских изделий, и медицинские изделия, включенные в утверждаемый Правительством Российской Федерации перечень медицинских изделий, имплантируемых в организм человека при оказании медицинской помощи в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи, в том числе оплату лечебного питания в стационаре и донорской крови и ее компонентов.

4. ПОРЯДОК ОПРЕДЕЛЕНИЯ СТРАХОВОЙ СУММЫ

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

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

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

Страховщиком, по согласованию со Страхователем, в рамках общей страховой суммы, установленной в соответствии с п.4.2. Правил, может быть установлена агрегатная страховая сумма отдельно по каждому виду медицинской помощи/рисуку, указанному в Программе страхования либо иные лимиты на отдельные виды услуг. Если агрегатная страховая сумма исчерпана полностью, обязательства страховщика по Договору страхования считаются исполненными. При этом Договор страхования прекращается досрочно, а уплаченная страховщику страховая премия не подлежит возврату Страхователю.

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

5. СРОК СТРАХОВАНИЯ

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

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

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

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

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

6.1. Страховая премия – плата за страхование, которую Страхователь обязан уплатить Страховщику в порядке и в сроки, определенные Договором страхования. Страховой взнос - часть страховой премии при ее уплате в рассрочку.

6.2. Страховой тариф - ставка страховой премии с единицы страховой суммы с учётом объекта страхования и характера страхового риска, а также других условий страхования, в том числе наличия франшизы и ее размера в соответствии с условиями страхования. Страховой тариф по конкретному Договору страхования определяется по соглашению сторон.

6.3. Страховщик при определении размера страховой премии, подлежащей уплате Страхователем по Договору страхования, применяет разработанные им страховые тарифы, определяющие премию, взимаемую с единицы страховой суммы с учётом объекта страхования и характера страхового риска, а также иных условий страхования, в том числе наличия франшизы и ее размера в соответствии с условиями страхования

6.4. Страховые тарифы по Программам страхования приведены в Приложении № 4 к настоящим Правилам. При заключении Договора страхования Страховщик имеет право применять поправочные коэффициенты к базовым страховым тарифам с учетом набора и уровня медицинских и иных услуг, медицинских учреждений, сервисных компаний и иных учреждений, зон покрытия, региона пребывания, характера производственной деятельности Застрахованных, а также информации, указанной Застрахованным (Страхователем) в анкете, результатов предварительного медицинского освидетельствования, периодичности уплаты страховой премии и иных условий, предусмотренных Договором страхования.

6.5. Страховая премия по Договору страхования уплачивается Страхователем единовременно (разовым платежом за весь срок действия Договора страхования). Стороны могут договориться об уплате страховой премии в рассрочку. Порядок уплаты страховых взносов при уплате страховой премии в рассрочку определяется в Договоре страхования. Страховая премия (страховые взносы) может быть уплачена Страхователем наличными деньгами Страховщику или его уполномоченному представителю), перечислена на счет Страховщика или его уполномоченного представителя путем безналичного расчета.

Датой уплаты страховой премии (страховых взносов) путем безналичных расчетов признается, если иное не предусмотрено Договором страхования, день поступления страховой премии (страхового взноса) на расчетный счет Страховщика или его уполномоченного представителя.

Датой уплаты страховой премии (страховых взносов) наличными денежными средствами признается, если иное не предусмотрено договором, день уплаты страховой премии (страхового взноса) Страховщику или его уполномоченному представителю.

6.6. В рамках настоящих Правил Страхователь и Страховщик соглашаются и признают, что неуплата, или уплата в меньшем размере Страхователем страховой премии (страхового взноса) по вступившему в силу Договору страхования в предусмотренные Договором

страхования сроки или размере безусловно является выражением воли (волеизъявлением) Страхователя/я на односторонний отказ от Договора страхования (прекращение договора страхования) с 00 часов 00 минут даты, следующей за датой, указанной в Договоре страхования как дата уплаты страховой премии (соответствующего страхового взноса).

При этом, в случае такого отказа Страхователя/ от Договора страхования в связи с неуплатой страховой премии (страхового взноса) в предусмотренный вступившим в силу Договором страхования срок или уплаты ее в меньшей, чем предусмотрено Договором страхования сумме, Страховщик вправе направить Страхователю письменное уведомление о согласии на досрочное прекращение по инициативе Страхователя (Договора страхования с 00 часов 00 минут даты, следующей за датой, указанной в Договоре страхования как крайняя дата уплаты страховой премии (соответствующего страхового взноса), либо приостановить страхование (Договор страхования) на срок до 14 календарных дней путем направления Страхователю письменного уведомления о приостановлении страхования в связи с неуплатой или уплатой в меньшем размере страховой премии (страхового взноса). В случае направления Страховщиком Страхователю уведомления о приостановлении страхования, Договор страхования будет считаться прекратившим свое действие с 00 часов 00 минут даты, следующей за датой, указанной в уведомлении как крайняя дата уплаты страховой премии (соответствующего страхового взноса), при этом Страховщик оставляет за собой право взыскания суммы задолженности страховой премии за период с момента просрочки уплаты страховой премии (страхового взноса) до момента прекращения Договора страхования.

7. ДОГОВОР СТРАХОВАНИЯ - ПОРЯДОК ЕГО ЗАКЛЮЧЕНИЯ, ИСПОЛНЕНИЯ, ПРЕКРАЩЕНИЯ, ВНЕСЕНИЯ В НЕГО ИЗМЕНЕНИЙ И ДОПОЛНЕНИЙ

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

7.2. Для заключения Договора страхования Страхователь может обратиться к Страховщику либо с письменным заявлением по форме, установленной Страховщиком, в котором сообщаются данные, необходимые для заключения Договора страхования, либо иным доступным способом заявить о намерении заключить Договор страхования (устное заявление, факс и т.д.).

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

7.3.1. Сведения о Страхователе:

а) для Страхователей - юридических лиц:

- 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 страхования от имени страхователя и документ, на основании которого он подписывает Договор страхования;
- б) 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 трудового мигранта (для иностранных граждан и лиц без гражданства указываются вид и данные документа, предусмотренного федеральным законом или признаваемого в соответствии с международным договором Российской Федерации в качестве документа, удостоверяющего личность иностранного гражданина или лица без гражданства)
 - контактная информация (телефон, адрес электронной почты (при наличии));
- в) в случае если страхователем является физическое лицо, зарегистрированное в установленном законодательством Российской Федерации порядке в качестве индивидуального предпринимателя:
- фамилия, имя, отчество (последнее – при наличии) на русском языке (для иностранных граждан и лиц без гражданства такие сведения дополнительно указываются с помощью букв латинского алфавита на основании сведений, содержащихся в документе, предусмотренном федеральным законом или признаваемом в соответствии с международным договором Российской Федерации в качестве документа, удостоверяющего личность иностранного гражданина или лица без гражданства);
 - дата рождения;
 - гражданство (при наличии);
 - место жительства в Российской Федерации (указывается адрес, по которому индивидуальный предприниматель зарегистрирован по месту жительства в установленном законодательством Российской Федерации порядке);
 - данные основного документа, удостоверяющего личность гражданина (для трудовых мигрантов указываются вид и данные документа, предусмотренного федеральным законом или признаваемого в соответствии с международным договором Российской Федерации в качестве документа, удостоверяющего личность трудового мигранта);
 - контактная информация (телефон, адрес электронной почты (при наличии));
 - дата государственной регистрации физического лица в качестве индивидуального предпринимателя и данные документа, подтверждающего факт внесения в единый государственный реестр индивидуальных предпринимателей записи об указанной государственной регистрации;
- 7.3.2. Информацию о застрахованном лице:
- фамилия, имя, отчество (последнее – при наличии) на русском языке (для трудовых мигрантов такие сведения дополнительно указываются с помощью букв латинского алфавита на основании сведений, содержащихся в документе, предусмотренном

федеральным законом или признаваемом в соответствии с международным договором Российской Федерации в качестве документа, удостоверяющего личность иностранного гражданина или лица без гражданства);

- пол;
- дата рождения;
- вид и данные документа, предусмотренного федеральным законом или признаваемого в соответствии с международным договором Российской Федерации в качестве документа, удостоверяющего личность трудового мигранта;
- адрес места жительства (регистрации) или адрес места пребывания на территории Российской Федерации;
- гражданство (при наличии);
- контактная информация (телефон, адрес электронной почты (при наличии)).

7.3.3. 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 страхования от имени страховщика, и документ, на основании которого данное лицо подписывает договор.

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

7.4. Для подтверждения достоверности информации, сообщенной Страхователем, а также в целях идентификации Страхователя - юридического лица, физического лица, индивидуального предпринимателя и потенциальных Застрахованных Страховщиком могут быть запрошены следующие документы:

а) Для физических лиц:

- документы, признанные в соответствии с законодательством РФ документами, удостоверяющими личность;
- миграционная карта;
- документ, подтверждающий право иностранного гражданина или лица без гражданства на пребывание в РФ;
- свидетельство о постановке на учёт физического лица в территориальном органе ФНС России.

б) для юридических лиц резидентов РФ:

- свидетельства о регистрации;
- свидетельства о постановке на налоговый учет.
- выписка из единого государственного реестра юридических лиц;
- свидетельство о постановке на учёт в налоговом органе;

в) для юридических лиц нерезидентов;

- свидетельства о регистрации, выданного в стране регистрации;
- и свидетельства о присвоении кода иностранной организации, выданного в стране регистрации.

г) для индивидуальных предпринимателей:

- документы, перечисленные в подпункте а);
- свидетельство о регистрации физического лица в качестве индивидуального предпринимателя.

7.4.1. Все предоставляемые Страховщику документы должны быть актуальны и действующими на момент заключения Договора страхования, либо принятия на страхование Застрахованного.

7.4.2. В случае если представленные документы не содержат информации, предусмотренной п. 7.3 и 7.4. настоящих Правил страхования, необходимой для оценки риска и принятие на страхование конкретного лица, а также содержат противоречивую информацию, Страховщик имеет право по согласованию со Страхователем запросить дополнительные документы, необходимые для заключения договора страхования, а также проводить экспертизу представленных документов.

7.4.3. В случае отказа Страхователя от предоставления запрашиваемых документов и данных, Страховщик имеет право отказать Страхователю в заключении договора страхования, либо в принятии на страхование лица, в отношении которого запрошенные Страховщиком документы не были представлены.

7.5. Подписывая Договор страхования, Страхователь подтверждает, что Застрахованное лицо соответствует требованиям пунктов 1.4-1.6. Правил страхования, предъявляемым к Застрахованным. Если после заключения Договора страхования будет установлено, что Страхователь сообщил заведомо ложные сведения об обстоятельствах, имеющих существенное значение для определения вероятности наступления страхового случая и размера возможных убытков от его наступления (страхового риска), Страховщик вправе потребовать признания Договора недействительным и применения последствий, предусмотренных законодательством РФ.

7.6. Факт заключения Договора страхования трудовых мигрантов удостоверяется путем подписания одного документа - Договора страхования (Приложение №1) и/или путем выдачи Страховщиком Страхователю и/или Застрахованному лицу страхового Полиса добровольного медицинского страхования (далее – страхового полиса) установленной формы (Приложение №2), подписанного Страховщиком.

7.7. Условия, содержащиеся в настоящих Правилах и не включенные в текст Договора страхования (страхового полиса), обязательны для Страхователя/Застрахованного, если в Договоре страхования (страховом полисе) прямо указывается на применение настоящих Правил и сами Правила изложены в одном документе с Договором страхования (страховым полисом) или на его оборотной стороне либо приложены к нему. В последнем случае, вручение Страхователю при заключении Договора страхования настоящих Правил должно быть удостоверено записью в Договоре страхования.

7.8. Договор страхования формируется по выбору Страхователя, согласованному со Страховщиком. Договор страхования может содержать различные программы страхования из числа программ, являющихся приложением к Правилам страхования (Приложения №№3_1-3_4), содержать Программу, составленную при заключении Договора страхования. Страховщик и Страхователь могут договориться об объеме страхового покрытия, страховых лимитах Программы страхования путем определения перечня заболеваний (состояний), обращение по поводу которых является страховым случаем по соответствующему Договору страхования, а также о порядке предоставления Застрахованному медицинской помощи. Перечень медицинских и иных услуг по Договору страхования в рамках конкретной программы страхования, а также любое сочетание программ страхования может иметь оригинальное название. При этом объем покрытия по такой Программе не может быть меньше такового, установленного согласно части шестой статьи 35 Федерального закона от 29 ноября 2010 года №326-ФЗ «Об обязательном страховании в Российской Федерации» в базовую программу обязательного медицинского страхования с учетом особенностей, указанных в п. 3.2.1. и п.3.2.2. настоящих Правил.

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

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

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

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

7.12.1. при истечении срока действия Договора страхования;

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

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

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

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

7.12.6. по соглашению Сторон;

7.12.7. неуплаты Страхователем страхового взноса или страховой премии по вступившему в силу Договору страхования в полном размере в установленный Договором страхования срок (в соответствии с п. 6.6. настоящих Правил)

7.12.8. в других случаях, предусмотренных законодательством РФ.

7.13. Если возможность наступления страхового случая отпала и существование страхового риска прекратилось по обстоятельствам иным, чем страховой случай, то Договор страхования досрочно прекращает свое действие, при этом Страховщик имеет право на часть страховой премии пропорционально времени, в течение которого действовало страхование.

7.14. Уплаченная страховая премия (страховые взносы) возврату не подлежит:

7.14.1. по окончании срока действия Договора страхования;

7.14.2. при расторжении Договора страхования по инициативе Страхователя, если Договором страхования не предусмотрено иное;

7.15. Возврат страховой премии (страховых взносов) при досрочном прекращении Договора страхования производится в соответствии с условиями Договора страхования и законодательством РФ.

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

возмещения убытков, причиненных расторжением договора в соответствии с законодательством РФ.

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

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

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

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

8. ПРАВА И ОБЯЗАННОСТИ СТОРОН ПО ДОГОВОРУ СТРАХОВАНИЯ

8.1. Страхователь имеет право:

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

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

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

8.1.4. получить дубликат страхового полиса (страховой карты) в случае его утраты;

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

8.2. Страхователь обязан:

8.2.1. при заключении Договора страхования и во время его действия представлять Страховщику всю информацию об обстоятельствах, имеющих отношение к заключению и исполнению Договора страхования, а также имеющих существенное значение для определения вероятности наступления страхового случая и размеров возможных убытков от его наступления (страхового риска);

8.2.2. доводить до сведения Застрахованных информацию об условиях Договора страхования, Правилах и программах страхования, порядке предоставления медицинских и иных услуг;

8.2.3. оплатить страховую премию (страховые взносы) в объеме и в сроки, установленные Договором страхования;

8.2.4. обеспечить сохранность документов по Договору страхования;

8.2.5. в пределах своей ответственности и компетенции принимать меры по устранению обстоятельств, влияющих на увеличение страхового риска;

8.2.6. обеспечить конфиденциальность в отношениях со Страховщиком;

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

8.3. Страховщик имеет право:

8.3.1. проверять сообщенную Страхователем (Застрахованным) информацию, а также выполнение Страхователем (Застрахованным) требований и условий настоящих Правил и Договора страхования и отказать в заключении или потребовать признания Договора страхования недействительным, в случае если Страхователь сообщил заведомо ложные сведения;

8.3.2. при заключении Договора страхования потребовать предоставления справок о состоянии здоровья лиц, в отношении которых заключается Договор страхования;

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

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

8.4. Страховщик обязан:

8.4.1. ознакомить Страхователя с Правилами страхования;

8.4.2. выдать страховые полисы (страховые карты, пропуски в медицинские и иные учреждения) Застрахованным (непосредственно или через Страхователя) при заключении Договора страхования;

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

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

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

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

8.4.7. соблюдать тайну страхования.

8.5. Застрахованный имеет право:

8.5.1. получать услуги в соответствии с объемом и порядком, предусмотренным Программой страхования;

8.5.2. получать разъяснения по настоящим Правилам и условиям Договора страхования, о порядке предоставления медицинских и иных услуг, лекарственного обеспечения;

8.5.3. сообщать Страховщику о случаях не предоставления, неполного или некачественного предоставления услуг по Договору страхования;

8.5.4. получить дубликат страхового полиса в случае его утраты. При этом Страховщик вправе потребовать оплатить стоимость дубликата страхового полиса.

8.6. Застрахованный обязан:

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

8.6.2. заботиться о сохранности страховых документов и не передавать их другим лицам с целью получения ими медицинских и иных услуг;

8.6.3. своевременно сообщать Страховщику об изменении своей фамилии, иных паспортных данных или места жительства (регистрации);

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

8.6.5. обеспечить конфиденциальность в отношениях со Страховщиком.

8.6.6. при заключении Договора страхования и во время его действия представлять Страховщику всю информацию об обстоятельствах, имеющих существенное значение для определения вероятности наступления страхового случая и размеров возможных убытков от его наступления (страхового риска), в том числе информацию о преждевременном прекращении трудовой деятельности, окончании срока действия/прекращении разрешения на работу (патента) и т.п.

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

8.8. Права и обязанности сторон по использованию персональных данных

Страхователь, заключивший Договор страхования со Страховщиком на условиях настоящих Правил страхования, подтверждает свое согласие на обработку Страховщиком перечисленных ниже персональных данных Страхователя для осуществления страхования по Договору страхования, в том числе в целях проверки качества оказания страховых услуг и урегулирования убытков по Договору, администрирования Договора, а также в целях информирования Страхователя о других продуктах и услугах Страховщика.

Персональные данные Страхователя включают в себя: фамилия, имя, отчество, год, месяц, дата и место рождения, паспортные данные, адрес проживания, другие данные, указанные в заключенном со Страховщиком Договоре страхования (включая неотъемлемые его части - заявление на страхование, приложения и др.), которые могут быть отнесены в соответствии с законодательством РФ к персональным данным.

Страхователь предоставляет Страховщику право осуществлять все действия (операции) с персональными данными, включая сбор, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), использование, обезличивание, блокирование, уничтожение. Страховщик вправе обрабатывать персональные данные посредством включения их в электронные базы данных Страховщика.

Страховщик имеет право во исполнение своих обязательств по Договору страхования передавать персональные данные Страхователя третьим лицам, при условии, что у Страховщика есть соглашение с указанными третьими лицами, обеспечивающее безопасность персональных данных при их обработке и предотвращение разглашения персональных данных.

Подтверждая получение настоящих Правил страхования, Страхователь дает свое согласие на обработку персональных данных Страхователя с момента заключения Договора страхования (если заключению Договора страхования предшествовала подача Страхователем заявления на страхование, то согласие действует с даты, указанной в заявлении на страхование). Согласие Страхователя на обработку персональных данных Страхователя действует в течение 10 лет (если иное не установлено Договором страхования).

Страхователь вправе отозвать своё согласие посредством составления соответствующего письменного документа, который должен быть направлен в адрес Страховщика заказным письмом с уведомлением о вручении либо вручен лично под расписку уполномоченному представителю Страховщика. В случае поступления Страховщику от Страхователя письменного

заявления об отзыве согласия на обработку персональных данных, согласие считается отозванным с даты поступления указанного заявления Страховщику. После окончания срока действия Договора страхования (в том числе при его расторжении) или отзыва согласия на обработку персональных данных Страховщик обязуется прекратить обработку персональных данных и уничтожить персональные данные Страхователя в срок, не превышающий 10 лет с даты окончания срока действия Договора страхования/ отзыва согласия на обработку персональных данных.

Указанные выше положения настоящего пункта Правил страхования относятся также и к Застрахованному лицу в случае подписания им согласия на обработку Страховщиком персональных данных.

9. ПОРЯДОК И УСЛОВИЯ ОКАЗАНИЯ УСЛУГ ЗАСТРАХОВАННЫМ И ОСУЩЕСТВЛЕНИЯ СТРАХОВЫХ ВЫПЛАТ.

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

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

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

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

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

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

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

9.6. Для осуществления выплаты в соответствии с п. 9.5.2. настоящих Правил Застрахованный должен предоставить Страховщику заявление с приложением оригинала оплаченного счета с указанием медицинского или иного учреждения, перечня оказанных услуг и их стоимости, квитанции или кассового чека, направления на лечение, выписки из медицинской карты Застрахованного или иной документ, подтверждающий факт и основание получения услуги, заверенный подписью и печатью медицинского или иного учреждения.

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

9.6.2. В случае если представленные документы не содержат информации,

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

запросить дополнительные документы, необходимые для принятия окончательного обоснованного решения;

также проводить обоснованную экспертизу представленных документов, самостоятельно выяснять причины и обстоятельства страхового случая;

произвести страховую выплату в неоспариваемой подтвержденной документами части предоставленными на момент выплаты, в случае отказа Страхователя (Застрахованного) от предоставления запрашиваемых документов;

направить обоснованный отказ в страховой выплате.

9.6.3. Страховая выплата Застрахованному производится на основании страхового акта, утвержденного Страховщиком.

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

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

10. ОСНОВАНИЯ ДЛЯ ОТКАЗА В СТРАХОВОЙ ВЫПЛАТЕ

10.1. Страховщик вправе отказать в страховой выплате при наличии хотя бы одного из следующих обстоятельств:

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

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

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

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

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

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

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

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

10.1.9. если убыток возмещен третьими лицами;

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

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

11. ОТВЕТСТВЕННОСТЬ СТОРОН

11.1. Ответственность Страховщика.

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

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

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

11.2. Ответственность Страхователя/Застрахованного.

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

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

11.4. При наступлении обстоятельств, предусмотренных п.11.3. настоящих Правил, каждая из Сторон обязана в течение семи рабочих дней письменно известить другую Сторону о случившихся обстоятельствах, подтвержденных уполномоченными организациями; а также принять все зависящие от нее меры к возможному выполнению обязательств по Договору страхования и согласовывает письменно изменение сроков или объема выполняемых услуг, то есть приемлемые альтернативные способы исполнения Договора страхования.

12. ПОРЯДОК РАССМОТРЕНИЯ СПОРОВ

12.1. Споры, возникающие по Договору страхования, разрешаются путем переговоров Сторон с привлечением согласительной комиссии, в состав которой входят в равных квотах представители Страхователя, Страховщика и, в случае необходимости, соответствующие эксперты по требованию и за счет потребовавшей Стороны.

12.2. При не достижении Сторонами соглашения спор рассматривается в порядке, установленном законодательством РФ.

13. ГЛОССАРИЙ ТЕРМИНЫ, ИСПОЛЬЗУЕМЫЕ В ПРАВИЛАХ.

Страховщик – ООО «СК «РГС-Жизнь» - юридическое лицо, созданное в соответствии с законодательством РФ и имеющее лицензию на осуществление страховой деятельности.

Страхователь – лицо, заключившее со Страховщиком договор добровольного медицинского страхования в пользу третьих лиц или в свою пользу и обязанное уплатить страховую премию.

Застрахованный – физическое лицо, 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

Трудовой мигрант - иностранный гражданин или лицо без гражданства, прибывший в Российскую Федерацию и намеревающийся осуществлять или осуществляющий трудовую деятельность на основании разрешения на работу или патента в соответствии с законодательством Российской Федерации.

Договор добровольного медицинского страхования – письменное соглашение между Страхователем и Страховщиком, определяющее порядок и условия страхования в соответствии с настоящими Правилами. Правила страхования являются неотъемлемой частью Договора страхования и обязательны для исполнения Страхователем и Страховщиком.

Страховая выплата - оплата или возмещение стоимости медицинских и иных услуг, лекарственного обеспечения, оказанных Застрахованному в соответствии с условиями Договора страхования и программой страхования при наступлении Страхового случая.

Страховая сумма – определенная Договором страхования денежная сумма, в пределах которой Страховщик несет ответственность по Договору страхования.

Программа добровольного медицинского страхования (программа страхования) – перечень, порядок оказания и условия предоставления медицинских и иных услуг, лекарственного обеспечения из числа предусмотренных приложениями к настоящим Правилам, в рамках Договора страхования, которые будут оплачены Страховщиком при наступлении страхового случая.

Место жительства (регистрации) – адрес места жительства (регистрации) или адрес места пребывания на территории Российской Федерации, где Застрахованный постоянно или преимущественно проживает.

Медицинские учреждения – имеющие лицензию лечебно-профилактические учреждения, научно-исследовательские и медицинские институты, оказывающие в соответствии с договором со Страховщиком лечебно-профилактическую помощь (медицинские услуги) по добровольному медицинскому страхованию.

Сервисные компании - сервисные или ассистанские компании и учреждения, имеющие договоры со Страховщиком по организации медицинских, экспертных, медико-транспортных и иных (в том числе медико-социальных) услуг, и оказывающие помощь по репатриации.

Специализированная медицинская помощь – медицинская помощь, оказываемая врачами-специалистами, в стационарных условиях, включающая диагностику и лечение заболеваний и состояний, требующих использование специальных методов и сложных медицинских технологий, а также медицинскую реабилитацию.

Медицинские услуги - мероприятия или комплекс мероприятий, направленных на диагностику и лечение заболеваний / состояний и имеющих самостоятельное законченное значение и определенную стоимость.

Медицинская помощь - комплекс мероприятий, включающих медицинские и иные услуги, организационно-технические мероприятия, лекарственное обеспечение, направленных на удовлетворение потребностей Застрахованных в поддержании и восстановлении здоровья.

Неотложная помощь - под неотложной формой помощи, понимается помощь, оказываемая при внезапных острых заболеваниях, состояниях, обострении хронических заболеваний, без явных признаков угрозы жизни пациента.

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

Травма – физическое повреждение организма, которое может быть механическим (ушиб, переломы и т.п.), термическим (ожоги, обморожения), химическим, а также баротравмы (под действием резких изменений атмосферного давления), электротравмы.

Лекарственное обеспечение - расходы на используемые медицинским персоналом при оказании медицинской помощи в неотложной форме в соответствии со стандартами первичной медико-санитарной помощи и специализированной медицинской помощи в рамках Программы добровольного медицинского страхования Трудовых мигрантов лекарственные препараты, включенные в утверждаемый Правительством Российской Федерации перечень жизненно

необходимых и важнейших лекарственных препаратов для медицинского применения и медицинских изделий, и медицинские изделия, включенные в утверждаемый Правительством Российской Федерации перечень медицинских изделий, имплантируемых в организм человека при оказании медицинской помощи в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи, в том числе лечебное питание в стационаре и донорская кровь и ее компоненты.

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

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

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

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

- в страну постоянного проживания при заболеваниях/состояниях, требующих сопровождения квалифицированным медицинским персоналом, с применением методов непрерывного интенсивного наблюдения и аппаратного управления жизненно-важными функциями организма, из места пребывания адекватным состоянию здоровья транспортным средством до транспортного узла, ближайшего к месту постоянного проживания Застрахованного с которым есть прямое международное сообщение от места пребывания Застрахованного.

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

**ДОГОВОР
ДОБРОВОЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ
(ДЛЯ ЮРИДИЧЕСКИХ ЛИЦ)**

г. Город _____ 20 г.

_____,
(наименование Страховщика)
в дальнейшем именуемое «Страховщик», имеющее лицензию _____ в лице Руководителя
_____, действующего на основании Доверенности _____,
(должность, Ф.И.О.)
с одной стороны, и _____, в дальнейшем именуемое «Страхователь», в лице
_____, на основании _____,
(фамилия, имя, отчество и должность лица, подписывающего договор) (документ на основании, которого подписывается договор)
г-на/г-жи, действующего/-ей с другой стороны, заключили настоящий Договор страхования о нижеследующем.

1. Предмет договора

1.1. Настоящий Договор страхования заключен на основании Правил добровольного медицинского страхования иностранных граждан и лиц без гражданства, находящихся на территории РФ с целью осуществления трудовой деятельности № ____ в редакции, действующей на дату заключения Договора, (далее Правила страхования Трудовых мигрантов, Приложение № 1 к настоящему Договору страхования), положения которых являются обязательными для обеих Сторон. При расхождении положений настоящего Договора страхования с положениями Правил страхования Трудовых мигрантов, применяются соответствующие положения Договора страхования.

1.2. Объектом добровольного медицинского страхования является не противоречащий законодательству РФ имущественный интерес Застрахованного, связанный с оплатой организации и оказания медицинской помощи¹ вследствие расстройства здоровья Застрахованного или состояния Застрахованного, требующих организации и оказания таких услуг.

1.3. Страховым случаем является документально подтвержденное обращение Застрахованного в соответствии с условиями Договора страхования и в период его действия в медицинское учреждение, сервисную компанию и/или иное учреждение, согласованное со Страховщиком, за медицинскими и/или Иными услугами², лекарственным обеспечением³, указанными в Программе страхования, по поводу заболеваний и состояний, требующих оказания первичной медико-санитарной помощи и специализированной медицинской помощи в неотложной форме, входящих, согласно части шестой статьи 35 Федерального закона от 29 ноября 2010 года №326-ФЗ «Об обязательном страховании в Российской Федерации» в базовую программу обязательного медицинского страхования с учетом Исключений из Программы страхования.

1.4. Страховщик при наступлении страхового случая принимает на себя обязанности по организации и оплате медицинских и иных услуг, лекарственного обеспечения Застрахованным лицам (лицам, в пользу которых заключен настоящий Договор страхования) по программам добровольного медицинского страхования (Приложение № 2 к настоящему Договору страхования).

1.5. При заключении Договора страхования Страховщик вручает Страхователю «Правила добровольного медицинского страхования иностранных граждан и лиц без гражданства, находящихся на территории РФ с целью осуществления трудовой деятельности», «Программы страхования» с описанием Порядка оказания медицинской помощи и Исключениями из Программы страхования. По настоящему Договору страхования не могут быть застрахованы лица (и страхование, обусловленное Договором, не распространяется на лиц), которые на момент его заключения:

- не являются Трудовыми мигрантами (являются лицами, не осуществляющими и не намеревающимися осуществлять трудовую деятельность);
- моложе 18 лет;
- находятся на стационарном лечении

1.6. Общая численность Застрахованных лиц на момент заключения Договора страхования составляет __ *сумма цифрами* (__ *сумма прописью* __) человек.

Списки Застрахованных лиц (Приложение № 4 к настоящему Договору страхования) передаются Страхователем Страховщику при заключении Договора страхования с указанием:

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

- пол;
- дата рождения;

¹ См. определение Медицинской помощи в Разделе 13 Правил: «Глоссарий – термины, используемые в правилах»

² См. определение Иных услуг в Разделе 13 Правил: «Глоссарий – термины, используемые в правилах»

³ См. определение Лекарственного обеспечения в Разделе 13 Правил: «Глоссарий – термины, используемые в правилах»

- вид и данные документа, предусмотренного федеральным законом или признаваемого в соответствии с международным договором Российской Федерации в качестве документа, удостоверяющего личность трудового мигранта;
- адрес места жительства (регистрации) или адрес места пребывания на территории Российской Федерации;
- гражданство (при наличии);
- контактная информация (телефон, адрес электронной почты (при наличии)).
- выбранной Программы страхования

Списки составляются в двух экземплярах, один из которых передается Страховщику, а один остается у Страхователя.

1.7. В случае необходимости внесения изменений в списки Застрахованных лиц (принятие на страхование), Страхователь предоставляет в письменном виде Страховщику сведения о включаемых в список не позднее, чем за 5 (Пять) рабочих дней до предполагаемых изменений. Все изменения оформляются Дополнительным соглашением, являющимся неотъемлемой частью Договора страхования.

1.8. Внесение изменений в списки Застрахованных лиц производится два раза (1-го и 15-го числа текущего месяца) в месяц и оформляется Дополнительным соглашением, являющимся неотъемлемой частью Договора страхования.

1.9. Внесение изменений в списки Застрахованных лиц прекращается за 3 месяца до окончания срока действия настоящего Договора страхования.

2. Страховая сумма. Размер, сроки и порядок внесения страховой премии

2.1. Страховая сумма, в пределах которой Страховщик обязуется по настоящему Договору страхования оплачивать стоимость оказываемых медицинских услуг, составляет для каждого Застрахованного лица _____сумма цифрами_____ (_____сумма прописью_____) рублей, в том числе:

- по программе/комплексу программ/ комплексу подпрограмм – _____сумма цифрами_____ (_____сумма прописью_____) рублей.

2.2. Страховые премии по каждому Застрахованному лицу определяются в следующем размере:

Программа страхования	Страховая премия за одного Застрахованного лица за год – сумма в рублях	Количество Застрахованных лиц
Программа № 1		
Программа № 2		

2.3. Общая страховая премия по настоящему Договору страхования составляет _____сумма цифрами_____ (_____сумма прописью_____) рублей 00 копеек, НДС не облагается (ст. 149 НК РФ).

2.4. Общая страховая премия уплачивается Страхователем путем перечисления на расчетный счет Страховщика единовременно не позднее _____ года (за _____число_____ рабочих дней до начала срока страхования по договору).

2.5. В рамках настоящего Договора Страхователь и Страховщик соглашаются и признают, что неуплата, или уплата в меньшем размере Страхователем страховой премии (страхового взноса) по вступившему в силу Договору страхования в предусмотренные Договором страхования сроки или размере безусловно является выражением воли (волеизъявлением) Страхователя/Выгодоприобретателя на односторонний отказ от договора страхования (прекращение договора страхования) с 00 часов 00 минут даты, следующей за датой, указанной в Договоре страхования как дата уплаты страховой премии (соответствующего страхового взноса).

При этом в случае такого отказа Страхователя/Выгодоприобретателя от договора страхования в связи с неуплатой страховой премии (страхового взноса) в предусмотренный вступившим в силу Договором страхования срок или уплаты ее в меньшей, чем предусмотрено Договором страхования сумме, Страховщик вправе направить Страхователю письменное уведомление о согласии на досрочное прекращение по инициативе Страхователя (Выгодоприобретателя) Договора страхования с 00 часов 00 минут даты, следующей за датой, указанной в Договоре страхования как крайняя дата уплаты страховой премии (соответствующего страхового взноса), либо приостановить страхование (Договор страхования) на срок до 14 календарных дней путем направления Страхователю письменного уведомления о приостановлении страхования в связи с неуплатой или уплатой в меньшем размере страховой премии (страхового взноса). В случае направления Страховщиком Страхователю уведомления о приостановлении страхования, Договор страхования будет считаться прекратившим свое действие с 00 часов 00 минут даты, следующей за датой, указанной в уведомлении как крайняя дата уплаты страховой премии (соответствующего страхового взноса), при этом Страховщик оставляет за собой право взыскания суммы задолженности страховой премии за период с момента просрочки уплаты страховой премии (страхового взноса) до момента прекращения Договора страхования.

2.6. В случае увеличения численности Застрахованных лиц (принятия на страхование), Страхователь уплачивает единовременно дополнительную страховую премию за период с даты включения в список Застрахованных лиц до даты окончания периода страхования в размере, указанном в п. 2.2. Договора страхования.

2.7. В случае досрочного расторжения Договора страхования по требованию Страхователя и/или досрочного снятия со страхования всех Застрахованных лиц, возврат уплаченной страховой премии не производится.

2.8. Страховая премия (страховой взнос) по настоящему Договору страхования считается оплаченной после поступления денежных средств на расчетный счет Страховщика.

3. Срок действия договора

3.1. Договор страхования вступает в силу с _____ 20 года и действует по _____ 20 года.

3.2. Страховыми случаями по настоящему Договору страхования признаются страховые события, произошедшие в период с _____ 20 года по _____ 20 года.

3.3. Срок страхования в отношении конкретного Застрахованного лица определяется выданным ему страховым полисом с учетом начала срока страхования не ранее даты начала действия разрешения на работу или патента, но не может превышать срок действия настоящего Договора страхования.

4. Права и Обязанности Сторон

4.1. Страхователь имеет право:

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

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

- 4.1.4. получить дубликат страхового полиса (страховой карты) в случае его утраты;
- 4.1.5. на основании письменного заявления Страховщику отказаться от Договора страхования в любое время, если к моменту отказа возможность наступления страхового случая не отпала по обстоятельствам иным, чем страховой случай.
- 4.2. Страхователь обязан:**
- 4.2.1. при заключении Договора страхования и во время его действия представлять Страховщику всю информацию об обстоятельствах, имеющих отношение к заключению и исполнению Договора страхования, а также имеющих существенное значение для определения вероятности наступления страхового случая и размеров возможных убытков от его наступления (страхового риска);
- 4.2.2. доводить до сведения Застрахованных лиц информацию об условиях Договора страхования, Правилах и программах страхования, порядке предоставления медицинской помощи;
- 4.2.3. оплатить страховую премию (страховые взносы) в объеме и в сроки, установленные Договором страхования;
- 4.2.4. обеспечить сохранность документов по Договору страхования;
- 4.2.5. в пределах своей ответственности и компетенции принимать меры по устранению обстоятельств, влияющих на увеличение страхового риска;
- 4.2.6. обеспечить конфиденциальность в отношениях со Страховщиком.
- 4.2.7. получить от Застрахованных лиц и по первому требованию предоставить Страховщику и/или его представителю письменное согласие Застрахованного лица на использование и предоставление персональных данных Застрахованного лица и состояния его здоровья в медицинские и/или иные учреждения с целью исполнения обязательств Страховщика по Договору страхования.
- 4.3. Страховщик имеет право:**
- 4.3.1. проверять сообщенную Страхователем (Застрахованным лицом) информацию, а также выполнение Страхователем (Застрахованным лицом) требований и условий настоящих Правил и Договора страхования и отказать в заключении или потребовать признания Договора страхования недействительным, в случае, если Страхователь сообщил заведомо ложные сведения;
- 4.3.2. при заключении Договора страхования и при принятии на страхование вновь застрахованных лиц потребовать предоставления справок о состоянии здоровья лиц, в отношении которых заключается Договор страхования;
- 4.3.3. передавать полученную от Страхователя и/или Застрахованного лица информацию о персональных данных Застрахованного лица и состоянии его здоровья в медицинские и/или иные учреждения с целью исполнения своих обязательств по Договору страхования.
- 4.3.4. при организации и/или оплате медицинских услуг имеет право запросить у Застрахованного лица действующий патент (разрешение на работу) и/или необходимую медицинскую документацию и материалы в целях проведения соответствующей экспертизы и подтверждения страхового случая.
- 4.4. Страховщик обязан:**
- 4.4.1. ознакомить Страхователя с Правилами страхования;
- 4.4.2. выдать Застрахованным лицам через Страхователя страховые полисы, при необходимости пропуска в медицинские учреждения в течение 7 (Семи) рабочих дней с момента поступления страховой премии (первого страхового взноса) на расчетный счет Страховщика и предоставления Страховщику подписанного Договора страхования со всеми необходимыми приложениями.
- 4.4.3. организовать предоставление медицинской помощи Застрахованным лицам в соответствии с Договором страхования на базе учреждений соответствующего профиля, определенных по усмотрению Страховщика;
- 4.4.4. контролировать объем, сроки и качество услуг, предоставленных Застрахованному лицу в соответствии с условиями Договора страхования;
- 4.4.5. произвести в установленном порядке оплату услуг, оказанных в соответствии с условиями заключенного Договора страхования при наступлении страхового случая;
- 4.4.6. уведомить Страхователя и Застрахованного об уменьшении агрегатной страховой суммы, в течение 5 рабочих дней с момента уменьшения размера страховой суммы до размера менее чем 10 000 (Десять тысяч) рублей.
- 4.4.7. соблюдать тайну страхования.
- 4.5. Застрахованное лицо имеет право:**
- 4.5.1. получать услуги в соответствии с программой страхования;
- 4.5.2. получать разъяснения по настоящим Правилам и условиям Договора страхования, о порядке предоставления медицинских и иных услуг;
- 4.5.3. сообщать Страховщику о случаях непредоставления, неполного или некачественного предоставления услуг по Договору страхования;
- 4.5.4. получить дубликат страхового полиса (страховой карты) в случае его утраты. При этом Страховщик имеет право потребовать оплатить дубликат страхового полиса.
- 4.6. Застрахованное лицо обязано:**
- 4.6.1. заботиться о сохранении своего здоровья, выполнять предписания лечащего врача, полученные в ходе предоставления услуг по Договору страхования, соблюдать распорядок, установленный медицинскими и иными учреждениями;
- 4.6.2. заботиться о сохранности страховых документов и не передавать их другим лицам с целью получения ими медицинских и иных услуг;
- 4.6.3. своевременно сообщать Страховщику об изменении своей фамилии, иных паспортных данных или места жительства (регистрации);
- 4.6.4. предоставлять Страховщику и/или его представителю право на ознакомление с медицинской документацией из любых медицинских и иных учреждений для решения вопросов, связанных с исполнением Договора страхования;
- 4.6.5. обеспечить конфиденциальность в отношениях со Страховщиком.
- 4.6.6. при заключении Договора страхования и во время его действия представлять Страховщику всю информацию об обстоятельствах, имеющих существенное значение для определения вероятности наступления страхового случая и размеров возможных убытков от его наступления (страхового риска);

5. Ответственность Сторон

5.1. Стороны несут ответственность, предусмотренную действующим законодательством РФ за неисполнение или ненадлежащее исполнение условий настоящего Договора страхования.

5.2. Страховщик не несет ответственность в случаях нарушения Застрахованным лицом установленного в медицинском учреждении порядка;

5.3. Страховщик освобождается от оплаты полученных Застрахованным лицом медицинских и иных услуг, если они:

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

6. Прекращение действия договора

6.1. По истечении срока действия настоящий Договор страхования автоматически не пролонгируется. За один месяц до окончания срока действия настоящего Договора страхования стороны ведут переговоры о заключении Договора страхования на новый период.

6.2. О намерении досрочного расторжения Договора страхования сторона-инициатор расторжения, обязана уведомить другую не менее чем за 30 (Тридцать) дней до предполагаемой даты расторжения.

6.3. В случае досрочного прекращения действия Договора страхования страховые полисы (страховые карты) возвращаются Страховщику в течение 3-х рабочих дней.

6.4. Договор страхования прекращается, и Застрахованное лицо теряет право на получение услуг по Договору страхования:

6.4.1. при истечении срока действия Договора страхования;

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

6.4.3. в случае исполнения Страховщиком обязательств перед Страхователем (Застрахованным лицом) по Договору страхования в полном объеме – в отношении соответствующего Застрахованного лица, если Договор заключен в отношении более чем одного Застрахованного;

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

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

6.4.6. по соглашению Сторон;

6.4.7. неуплаты Страхователем страхового взноса или страховой премии по вступившему в силу Договору страхования в полном размере в установленный Договором страхования срок.

6.4.8. в других случаях, предусмотренных законодательством РФ.

7. Форс-мажорные обстоятельства

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

7.2. Сторона, для которой сложилась такая невозможность исполнения обязательств по настоящему Договору страхования, обязана в течение семи дней письменно известить другую сторону о случившихся обстоятельствах, подтвержденных уполномоченными организациями.

8. Особые условия

8.1. Представляемая сторонами друг другу техническая, финансовая, коммерческая и иная информация, связанная с предметом настоящего Договора страхования, сведения о Страхователе, Застрахованном лице, состоянии их здоровья, имущественном положении будут считаться конфиденциальной информацией.

8.2. Стороны примут все необходимые и достаточные меры, чтобы предотвратить разглашение полученной информации третьим лицам.

9. Порядок урегулирования споров

9.1. Споры, возникающие по Договору страхования, разрешаются путем переговоров Сторон с привлечением согласительной комиссии, в состав которой входят в равных квотах представители Страхователя, Страховщика и, в случае необходимости, соответствующие эксперты по требованию и за счет потребовавшей Стороны.

9.2. При не достижении Сторонами соглашения спор рассматривается в порядке, установленном законодательством РФ.

10. Прочие положения

10.1. Приложения к настоящему Договору страхования являются его неотъемлемой частью.

10.2. Все уведомления, поручения и сообщения, направляемые в соответствии с настоящим Договором страхования или в связи с ним, должны быть составлены в письменной форме и будут считаться поданными надлежащим образом, если они посланы заказным письмом или доставлены нарочным под расписку по нижеуказанным адресам местонахождения сторон.

10.3. Изменения и дополнения в настоящий Договор страхования могут быть внесены соглашением сторон в письменной форме. Каждая из сторон назначает своего представителя, ответственного за своевременную корректировку Списка Застрахованных (исключение уволившихся, прикрепление вновь принятых работников), рассмотрение спорных вопросов, оформление необходимой документации.

10.4. Стороны обязуются в течение трех дней уведомлять друг друга об изменении своего юридического адреса, почтовых и банковских реквизитов.

10.5. Настоящий Договор страхования составлен в двух экземплярах, каждый из которых имеет равную юридическую силу, по одному для каждой из Сторон.

11. Адреса местонахождения, реквизиты и подписи Сторон

СТРАХОВЩИК:	СТРАХОВАТЕЛЬ:
	Организационно-правовая форма Наименование: полное и (при наличии) сокращенное наименование ОГРН: Дата государственной регистрации: Наименование регистрирующего органа: Адрес (место нахождения): ИНН: КПП: ОКВЭД: Банковские реквизиты: Телефон: Адрес сайта и (или) электронной почты организации (при наличии) Для ИП: ФИО ⁴ : Гражданство (при наличии): Дата рождения: Данные документа, удостоверяющего личность ⁵ : Адрес (место нахождения): Адрес регистрации ⁶ : ОГРНИП ⁷ : Дата государственной регистрации: Наименование регистрирующего органа: Банковские реквизиты: Телефон Адрес электронной почты (при наличии)
	Страхователь подтверждает, что им в установленном Федеральным законом «О персональных данных» порядке получено согласие субъектов (физических лиц – Застрахованных) на использование, передачу их персональных данных Страховщиком и Третьими лицами, привлеченными Страховщиком, для заключения и исполнения Договора страхования. _____/_____/_____ ПОДПИСЬ ФИО МП ДАТА
СТРАХОВЩИК:	СТРАХОВАТЕЛЬ:
	Правила страхования № получил на руки.
МП	МП

⁴ 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

⁵ для трудовых мигрантов указываются вид и данные документа, предусмотренного федеральным законом или признаваемого в соответствии с международным договором Российской Федерации в качестве документа, удостоверяющего личность трудового мигранта

⁶ указывается адрес, по которому индивидуальный предприниматель зарегистрирован по месту жительства в установленном законодательством Российской Федерации порядке

⁷ данные документа, подтверждающего факт внесения в единый государственный реестр индивидуальных предпринимателей записи об указанной государственной регистрации

Полис добровольного медицинского страхования

ООО "СК "РГС-Жизнь". Лицензия _____

ПОЛИС

Серия _____

№ _____

Настоящий полис удостоверяет факт заключения договора страхования на основании устного заявления Страхователя и в соответствии с Программой страхования, Правилами добровольного медицинского страхования иностранных граждан и лиц без гражданства, находящихся на территории РФ с целью осуществления трудовой деятельности № 11 в редакции, действующей на дату заключения договора страхования (далее - Правила страхования) и «Исключениями из программы страхования», являющимися неотъемлемой частью полиса.

СТРАХОВЩИК

Адрес местонахождения _____

Банковские реквизиты _____

СТРАХОВАТЕЛЬ

Ф.И.О. / ОПФ, полное и сокращенное наименование юридического лица / ИП _____

Банковские реквизиты _____

Адрес места жительства (регистрации)/места пребывания в РФ ФЛ/ИП или место нахождения ЮЛ _____

Дата регистрации ФЛ _____

Дата рождения _____

Гражданство _____

Пол

муж.

жен.

Адрес сайта организации _____

Эл. почта _____

Телефон / факс _____

Документ, удостоверяющий личность (вид, данные документа) _____

Дата гос. регистрации ИП _____

Данные документа, подтверждающего внесение в ЕГРИП _____

ЗАСТРАХОВАННЫЙ

Ф.И.О. _____

Адрес места жительства (регистрации)/места пребывания в РФ _____

Дата рождения _____

Телефон / эл. почта _____

Пол

муж.

жен.

Документ, удостоверяющий личность (вид, данные документа) _____

Гражданство _____

Является ли страхователь и застрахованный публичным должностным лицом, указанным в подпункте 1 пункта 1 статьи 7.3 Федерального закона № 115-ФЗ от 07.08.2001, или родственником такого лица _____

СТРАХОВАТЕЛЬ

Является

должность _____

Не является

ЗАСТРАХОВАННЫЙ

Является

должность _____

Не является

Вариант программы страхования «_____»	Программа страхования	Страховая сумма на 1 Застрахованного (руб.) (агрегатная)	Страховая премия на 1 Застрахованного (руб.)
	<ul style="list-style-type: none"> первичная медико-санитарная и специализированная медицинская помощь в неотложной форме репатриация 		
ТЕРРИТОРИЯ ДЕЙСТВИЯ			
ОБЩАЯ СТРАХОВАЯ СУММА		прописью _____	руб.
ОБЩАЯ СТРАХОВАЯ ПРЕМИЯ		прописью _____	руб.
ПОЛУЧЕНА	г. _____	наличными деньгами	квитанция № _____
	г. _____	безналичным путем	платежное поручение № _____
		от _____	2 0 _____ г.
		от _____	2 0 _____ г.

СРОК ДЕЙСТВИЯ ДОГОВОРА СТРАХОВАНИЯ:

с _____ 2 0 _____ г. по _____ 2 0 _____ г., включая обе даты.

Договор вступает в силу с 00 часов 00 минут дня, следующего за днем поступления страховой премии Страховщику. Страхование, обусловленное договором страхования, распространяется на страховые случаи, произошедшие с 00 часов 00 минут пятого дня, следующего за днем вступления договора в силу или, если следующее событие наступило ранее, с 00 часов 00 минут даты начала действия разрешения на работу или патента.

Уступка в пользу любого третьего лица любых прав и обязанностей Сторон, вытекающих из настоящего Договора, не допускается. Страхователь подтверждает свое согласие на обработку, использование, передачу Страховщиком в порядке, установленном Правилами страхования, персональных данных, перечисленных в настоящем Договоре и в главе 8 Правил страхования, Страхователя/Застрахованных в целях: осуществления страхования, проверки качества оказания страховых услуг и урегулирования убытков по Договору, администрирования Договора, а также в целях информирования Страхователя о других продуктах и услугах Страховщика.

подпись _____	Ф.И.О. _____	Дата заполнения _____
СТРАХОВАТЕЛЬ	СТРАХОВЩИК (ОПФ, полное наименование, почтовый адрес, телефон, факс):	
Ф.И.О. _____	/ /	
Должность _____	/ /	
Доверенность _____	Ф.И.О. представителя _____	/ /
Правила страхования, программу страхования получил, ознакомлен и согласен. Текст Правил страхования и программы страхования размещен на сайте: _____	Должность, доверенность _____	
подпись _____	подпись _____	

ПАМЯТКА

по страхованию иностранных граждан и лиц без гражданства, находящихся на территории РФ с целью осуществления трудовой деятельности

Полис выпущен в соответствии с Законом Российской Федерации №115-ФЗ от 25 июля 2002 года «О правовом положении иностранных граждан в Российской Федерации», Указанием ЦБ РФ «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» №3793-У от 13 сентября 2015 года, предусматривающими требование к иностранным работникам при осуществлении ими трудовой деятельности иметь действующий на территории Российской Федерации договор (полис) добровольного медицинского страхования. Договор (полис) добровольного медицинского страхования должен обеспечивать оказание иностранному работнику первичной медико-санитарной помощи и специализированной медицинской помощи в неотложной форме.

Порядок оказания медицинской помощи

- Для получения медицинской помощи в связи с внезапным острым заболеванием, состоянием, обострением хронического заболевания без явных признаков угрозы жизни Застрахованный должен обратиться в Круглосуточный медицинский контакт-центр Страховщика по телефону: _____.
- Медицинская помощь оказывается по направлению Страховщика в медицинских учреждениях-партнерах.
- При обращении за медицинской помощью Застрахованный обязан предъявить документ, удостоверяющий личность, и данный полис.
- Любые медицинские услуги оказываются строго по согласованию со Страховой компанией и оплачиваются Страховщиком напрямую в медицинское учреждение. Возмещение расходов, понесенных Застрахованным, не производится.
- При организации медицинских услуг Страховщик имеет право запросить у Застрахованного действующий патент (разрешение на работу) и/или необходимую медицинскую документацию и материалы в целях проведения соответствующей экспертизы для подтверждения страхового случая.

Исключения из Программы страхования «_____» (являются неотъемлемой частью договора страхования)

Не признается страховым случаем обращение Застрахованного за получением медицинских и/или иных услуг, по следующим заболеваниям:

1. холера (A00), сибирская язва (A22), чума (A20), сап и мелиоидоз (A 24), натуральная оспа (B03);
2. вирусные лихорадки, передаваемые членистоногими, и вирусные геморрагические лихорадки (A90-A99), гельминтозы (B65-B83), дифтерия (A36), малярия (B50-B54), полиомиелит (A80, B91);
3. туберкулез (A15-A19), лепра (A30);
4. педикулез, акариоз и другие инфекации (B85-B89);
5. инфекции, передающиеся преимущественно половым путем (A50-A64), гепатит В (B16; B17; B18), гепатит С (B17.1; B18.2), болезнь, вызванная вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ) (B20-B24);
6. злокачественные новообразования (C00-C97);
7. сахарный диабет (E10-E14);
8. психические расстройства и расстройства поведения (F00-F99);
9. беременность, роды, послеродовой период и аборт (O00-O99);
10. TOPC (U04).

Не подлежат оплате следующие медицинские и иные услуги:

1. не предусмотренные Программой страхования;
2. оказанные лицам, не указанным в Договоре страхования в качестве Застрахованных лиц;
3. оказанные Застрахованному лицу без предварительного обращения в Круглосуточный контакт-центр Страховщика по указанным в Программе страхования телефонам;
4. любые медицинские и иные услуги без согласования со Страховщиком;
5. оказанные за пределами Российской Федерации;
6. 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;
7. оказанные Застрахованному лицу при возникновении травматических повреждений или иных нарушений здоровья, наступивших в результате совершения Застрахованным лицом умышленных противоправных действий;
8. оказанные при покушении Застрахованного лица на самоубийство, за исключением тех случаев, когда Застрахованное лицо было доведено до такого состояния противоправными действиями третьих лиц;
9. оказанные при умышленном причинении себе телесных повреждений Застрахованным лицом;
10. оказанные Застрахованному лицу без назначения врача, оказывающего медицинскую помощь в рамках программы страхования;
11. оказанные Застрахованному лицу при использовании методов лечения, определенных Министерством здравоохранения РФ как Высокотехнологичная медицинская помощь.

Текст программы страхования _____ и полный перечень исключений по Варианту программы, указанному на лицевой стороне полиса, размещены на сайте: _____.

ВНИМАНИЕ! Для получения медицинской помощи необходимо обратиться в Круглосуточный медицинский контакт-центр Страховщика по телефону:

_____.

ПРОГРАММА СТРАХОВАНИЯ
«_____» (Вариант 1)
по страхованию иностранных граждан и лиц без гражданства, находящихся на
территории РФ с целью осуществления трудовой деятельности

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

Программа предусматривает при наступлении страхового случая, а именно, ухудшения состояния здоровья в результате острого заболевания, обострения хронического заболевания, травмы и иных внезапных острых состояниях оказание Застрахованному трудовому мигранту первичной медико-санитарной и специализированной медицинской помощи в неотложной форме. Под неотложной формой помощи, понимается помощь, оказываемая при внезапных острых заболеваниях, состояниях, обострении хронических заболеваний, без явных признаков угрозы жизни пациента.

Услуги предоставляются строго по медицинским показаниям в следующем объеме:

Первичная медико-санитарная помощь (в том числе первичная доврачебная, первичная врачебная и первичная специализированная (за исключением высокотехнологичной медицинской помощи)) в неотложной форме в следующем объеме:

- Обращение Застрахованного по неотложным показаниям к среднему медицинскому персоналу, врачам-терапевтам/врачам общей практики и врачам-специалистам поликлиник, проведение неотложных диагностических и лечебных процедур, манипуляций и вмешательств; -Купирование неотложного состояния.
- Используемые медицинским персоналом, при оказании первичной медико-санитарной помощи в неотложной форме, лекарственные препараты, включенные в утверждаемый Правительством Российской Федерации перечень жизненно необходимых и важнейших лекарственных препаратов для медицинского применения и медицинских изделий, и медицинские изделия, включенные в утверждаемый Правительством Российской Федерации перечень медицинских изделий, имплантируемых в организм человека при оказании медицинской помощи в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи.
- Экспертиза временной нетрудоспособности с выдачей больничного листа.

Специализированная медицинская помощь (за исключением высокотехнологичной медицинской помощи) в неотложной форме в следующем объеме:

- Обращение Застрахованного по неотложным показаниям к среднему медицинскому персоналу, врачам-специалистам стационаров,

- проведение в стационаре неотложных диагностических и лечебных процедур, манипуляций и вмешательств; купирование неотложного состояния,
- круглосуточное пребывание в стационаре при необходимости оказания неотложной медицинской помощи.
- Используемые медицинским персоналом, при оказании специализированной медицинской помощи в неотложной форме, лекарственные препараты, включенные в утверждаемый Правительством Российской Федерации перечень жизненно необходимых и важнейших лекарственных препаратов для медицинского применения и медицинских изделий, и медицинские изделия, включенные в утверждаемый Правительством Российской Федерации перечень медицинских изделий, имплантируемых в организм человека при оказании медицинской помощи в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи.
- Экспертиза временной нетрудоспособности с выдачей больничного листа.

Объем оказанной медицинской помощи не может превышать объем первичной медико-санитарной помощи и специализированной медицинской помощи в неотложной форме, предусмотренной базовой программой обязательного медицинского страхования с учетом исключений из Программы страхования.

Территория действия программы страхования: субъект Российской Федерации, где Застрахованное лицо осуществляет трудовую деятельность.

Страховая сумма по программе страхования составляет - 100 000 (Сто тысяч) руб. на Застрахованного на период страхования.

Порядок оказания медицинской помощи

- Для получения медицинской помощи в связи с внезапным острым заболеванием, состоянием, обострением хронических заболеваний без явных признаков угрозы жизни Застрахованный должен обратиться в круглосуточный контакт - центр Страховщика по телефонам: 8(800)200-13-04 (бесплатно);
- Медицинская помощь оказывается по направлению Страховой компании в учреждениях - партнерах, имеющих действующие договоры со Страховщиком и лицензию на оказание данного вида медицинской помощи.
- Страховщик имеет право запросить у застрахованного лица действующий патент (разрешение на работу).
- При обращении за медицинской помощью Застрахованный обязан предъявить документ, удостоверяющий личность и полис.
- Любые медицинские услуги оказываются строго по согласованию со Страховой компанией.
- Страховая выплата за согласованную и оказанную Застрахованному медицинскую помощь на условиях, согласованных между Страховщиком и медицинской и/или иной организацией, производится в медицинскую или иную организацию на основании выставленных Страховщику счетов

Исключения из Программы страхования:

Не признается страховым случаем обращение Застрахованного за получением медицинских и/или иных услуг, по следующим заболеваниям:

- холера (A00), сибирская язва (A22), чума (A20), сепсис и мелиоидоз (A 24), натуральная оспа (B03);
- вирусные лихорадки, передаваемые членистоногими, и вирусные геморрагические лихорадки (A90-A99), гельминтозы (B65-B83), дифтерия (A36), малярия (B50-B54), полиомиелит (A80, B91)
- туберкулез (A15-A19), лепра (A30);

- педикулез, акариоз и другие инфеcтации (B85-B89);
- инфекции, передающиеся преимущественно половым путем (A50-A64), гепатит В (B16; B17; B18), гепатит С (B17.1; B18.2), болезнь, вызванная вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ) (B20-B24)
- злокачественные новообразования (C00-C97);
- сахарный диабет (E10-E14);
- психические расстройства и расстройства поведения (F00-F99);
- беременность, роды, послеродовой период и аборт (O00-O99)
- ТОРС (U04)

Не подлежат оплате следующие медицинские и иные услуги:

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

В Программу страхования «_____» не предусмотрено внесение изменений. Не подлежат изменению, в течение действия Договора страхования: вариант программы страхования, перечень страховых рисков, размер страховой суммы и список Застрахованных.

ПРОГРАММА СТРАХОВАНИЯ
«_____» (Вариант 2)
по страхованию иностранных граждан и лиц без гражданства, находящихся на
территории РФ с целью осуществления трудовой деятельности

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

Программа предусматривает при наступлении страхового случая, а именно, ухудшения состояния здоровья в результате острого заболевания, обострения хронического заболевания, травмы и иных внезапных острых состояниях оказание Застрахованному трудовому мигранту первичной медико-санитарной и специализированной медицинской помощи в неотложной форме. Под неотложной формой помощи, понимается помощь, оказываемая при внезапных острых заболеваниях, состояниях, обострении хронических заболеваний, без явных признаков угрозы жизни пациента.

Услуги предоставляются строго по медицинским показаниям в следующем объеме:

Первичная медико-санитарная помощь (в том числе первичная доврачебная, первичная врачебная и первичная специализированная (за исключением высокотехнологичной медицинской помощи)) в неотложной форме в следующем объеме:

- Обращение Застрахованного по неотложным показаниям к среднему медицинскому персоналу, врачам-терапевтам/врачам общей практики и врачам-специалистам поликлиник, проведение неотложных диагностических и лечебных процедур, манипуляций и вмешательств; -Купирование неотложного состояния.
- Используемые медицинским персоналом, при оказании первичной медико-санитарной помощи в неотложной форме, лекарственные препараты, включенные в утверждаемый Правительством Российской Федерации перечень жизненно необходимых и важнейших лекарственных препаратов для медицинского применения и медицинских изделий, и медицинские изделия, включенные в утверждаемый Правительством Российской Федерации перечень медицинских изделий, имплантируемых в организм человека при оказании медицинской помощи в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи.
- Экспертиза временной нетрудоспособности с выдачей больничного листа.

Специализированная медицинская помощь (за исключением высокотехнологичной медицинской помощи) в неотложной форме в следующем объеме:

- Обращение Застрахованного по неотложным показаниям к среднему медицинскому персоналу, врачам-специалистам стационаров,
- проведение в стационаре неотложных диагностических и лечебных процедур, манипуляций и вмешательств; купирование неотложного состояния,

-круглосуточное пребывание в стационаре при необходимости оказания неотложной медицинской помощи.

-Используемые медицинским персоналом, при оказании специализированной медицинской помощи в неотложной форме, лекарственные препараты, включенные в утверждаемый Правительством Российской Федерации перечень жизненно необходимых и важнейших лекарственных препаратов для медицинского применения и медицинских изделий, и медицинские изделия, включенные в утверждаемый Правительством Российской Федерации перечень медицинских изделий, имплантируемых в организм человека при оказании медицинской помощи в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи.

-Экспертиза временной нетрудоспособности с выдачей больничного листка.

Объем оказанной медицинской помощи не может превышать объем первичной медико-санитарной помощи и специализированной медицинской помощи в неотложной форме, предусмотренной базовой программой обязательного медицинского страхования с учетом исключений из Программы страхования.

Территория действия программы страхования:

Субъект Российской Федерации, где застрахованное лицо осуществляет трудовую деятельность.

Страховая сумма по программе страхования составляет - 105 000 (Сто пять тысяч) руб. на застрахованного на период страхования, в том числе:

- Первичная медико-санитарная помощь в неотложной форме - не более 10 000 рублей;

Порядок оказания медицинской помощи

- Для получения медицинской помощи в связи с внезапным острым заболеванием, состоянием, обострением хронических заболеваний без явных признаков угрозы жизни Застрахованный должен обратиться в круглосуточный контакт - центр Страховщика по телефонам: 8(800)200-13-04 (бесплатно);
- Медицинская помощь оказывается строго по направлению Страховой компании в учреждениях - партнерах, имеющих действующие договоры со Страховщиком и лицензию на оказание данного вида медицинской помощи.
- Страховщик имеет право запросить у застрахованного лица действующий патент (разрешение на работу).
- При обращении за медицинской помощью Застрахованный обязан предъявить документ, удостоверяющий личность и полис.
- Любые медицинские услуги оказываются строго по согласованию со Страховой компанией.
- Страховая выплата за согласованную и оказанную Застрахованному медицинскую помощь на условиях, согласованных между Страховщиком и медицинской и/или иной организацией, производится в медицинскую или иную организацию на основании выставленных Страховщику счетов

Исключения из Программы страхования:

Не признается страховым случаем обращение Застрахованного за получением медицинских и/или иных услуг, по следующим заболеваниям:

- холера (A00), сибирская язва (A22), чума (A20), сап и мелиоидоз (A 24), натуральная оспа (B03);
- вирусные лихорадки, передаваемые членистоногими, и вирусные геморрагические лихорадки (A90-A99), гельминтозы (B65-B83), дифтерия (A36), малярия (B50-B54), полиомиелит (A80, B91)
- туберкулез (A15-A19), лепра (A30);
- педикулез, акариоз и другие инфекации (B85-B89);

- инфекции, передающиеся преимущественно половым путем (A50-A64), гепатит В (B16; B17; B18), гепатит С (B17.1; B18.2), болезнь, вызванная вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ) (B20-B24)
- злокачественные новообразования (C00-C97);
- сахарный диабет (E10-E14);
- психические расстройства и расстройства поведения (F00-F99);
- беременность, роды, послеродовой период и аборт (O00-O99)
- ТОРС (U04)

Не подлежат оплате следующие медицинские и иные услуги:

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

В Программу страхования «» не предусмотрено внесение изменений, в том числе, не подлежат изменениям в течение действия Договора страхования: вариант программы страхования, перечень страховых рисков, размер страховой суммы и список Застрахованных.

ПРОГРАММА СТРАХОВАНИЯ
«_____» (Вариант 3)
по страхованию иностранных граждан и лиц без гражданства, находящихся на
территории РФ с целью осуществления трудовой деятельности

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

Программа предусматривает при наступлении страхового случая, а именно, ухудшения состояния здоровья в результате острого заболевания, обострения хронического заболевания, травмы и иных внезапных острых состояниях оказание Застрахованному трудовому мигранту первичной медико-санитарной и специализированной медицинской помощи в неотложной форме. Под неотложной формой помощи, понимается помощь, оказываемая при внезапных острых заболеваниях, состояниях, обострении хронических заболеваний, без явных признаков угрозы жизни пациента.

Услуги предоставляются строго по медицинским показаниям в следующем объеме:

Первичная медико-санитарная помощь (в том числе первичная доврачебная, первичная врачебная и первичная специализированная (за исключением высокотехнологичной медицинской помощи)) в неотложной форме в следующем объеме:

- Обращение Застрахованного по неотложным показаниям к среднему медицинскому персоналу, врачам-терапевтам/врачам общей практики и врачам-специалистам поликлиник, проведение неотложных диагностических и лечебных процедур, манипуляций и вмешательств; -Купирование неотложного состояния.
- Используемые медицинским персоналом, при оказании первичной медико-санитарной помощи в неотложной форме, лекарственные препараты, включенные в утверждаемый Правительством Российской Федерации перечень жизненно необходимых и важнейших лекарственных препаратов для медицинского применения и медицинских изделий, и медицинские изделия, включенные в утверждаемый Правительством Российской Федерации перечень медицинских изделий, имплантируемых в организм человека при оказании медицинской помощи в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи.
- Экспертиза временной нетрудоспособности с выдачей больничного листа.

Специализированная медицинская помощь (за исключением высокотехнологичной медицинской помощи) в неотложной форме в следующем объеме:

- Обращение Застрахованного по неотложным показаниям к среднему медицинскому персоналу, врачам-специалистам стационаров,

- проведение в стационаре неотложных диагностических и лечебных процедур, манипуляций и вмешательств; купирование неотложного состояния,
- круглосуточное пребывание в стационаре при необходимости оказания неотложной медицинской помощи.
- Используемые медицинским персоналом, при оказании специализированной медицинской помощи в неотложной форме, лекарственные препараты, включенные в утверждаемый Правительством Российской Федерации перечень жизненно необходимых и важнейших лекарственных препаратов для медицинского применения и медицинских изделий, и медицинские изделия, включенные в утверждаемый Правительством Российской Федерации перечень медицинских изделий, имплантируемых в организм человека при оказании медицинской помощи в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи.
- Экспертиза временной нетрудоспособности с выдачей больничного листа.

Объем оказанной медицинской помощи не может превышать объем первичной медико-санитарной помощи и специализированной медицинской помощи в неотложной форме, предусмотренной базовой программой обязательного медицинского страхования с учетом исключений из Программы страхования.

Программой покрывается **не более одного страхового случая** по каждому виду помощи в период страхования.

Территория действия программы страхования: Субъект Российской Федерации, где застрахованное лицо осуществляет трудовую деятельность.

Страховая сумма по программе страхования составляет - 107 000 (Сто семь тысяч) руб. на застрахованного в период страхования.

Порядок оказания медицинской помощи

- Для получения медицинской помощи в связи с внезапным острым заболеванием, состоянием, обострением хронических заболеваний без явных признаков угрозы жизни Застрахованный должен обратиться в круглосуточный контакт - центр Страховщика по телефонам: 8(800)200-13-04 (бесплатно);
- Медицинская помощь оказывается строго по направлению Страховой компании в учреждениях - партнерах, имеющих действующие договоры со Страховщиком и лицензию на оказание данного вида медицинской помощи.
- Страховщик имеет право запросить у застрахованного лица действующий патент (разрешение на работу).
- При обращении за медицинской помощью Застрахованный обязан предъявить документ, удостоверяющий личность и полис.
- Любые медицинские услуги оказываются строго по согласованию со Страховой компанией.
- Страховая выплата за согласованную и оказанную Застрахованному медицинскую помощь на условиях, согласованных между Страховщиком и медицинской и/или иной организацией, производится в медицинскую или иную организацию на основании выставленных Страховщику счетов

Исключения из Программы страхования:

Не признается страховым случаем обращение Застрахованного за получением медицинских и/или иных услуг, по следующим заболеваниям:

- холера (A00), сибирская язва (A22), чума (A20), сап и мелиоидоз (A 24), натуральная оспа (B03);

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

Не подлежат оплате следующие медицинские и иные услуги:

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

В Программу страхования «_____» не предусмотрено внесение изменений, в том числе, не подлежат изменениям в течение действия Договора страхования: вариант программы страхования, перечень страховых рисков, размер страховой суммы и список Застрахованных.

ПРОГРАММА СТРАХОВАНИЯ
«_____» (Вариант 4)
по страхованию иностранных граждан и лиц без гражданства, находящихся на
территории РФ с целью осуществления трудовой деятельности

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

Программа предусматривает при наступлении страхового случая, а именно, ухудшения состояния здоровья в результате острого заболевания, обострения хронического заболевания, травмы и иных внезапных острых состояниях оказание Застрахованному трудовому мигранту первичной медико-санитарной и специализированной медицинской помощи в неотложной форме. Под неотложной формой помощи, понимается помощь, оказываемая при внезапных острых заболеваниях, состояниях, обострении хронических заболеваний, без явных признаков угрозы жизни пациента.

Услуги предоставляются строго по медицинским показаниям в следующем объеме:

Первичная медико-санитарная помощь (в том числе первичная доврачебная, первичная врачебная и первичная специализированная (за исключением высокотехнологичной медицинской помощи)) в неотложной форме в следующем объеме:

- Обращение Застрахованного по неотложным показаниям к среднему медицинскому персоналу, врачам-терапевтам/врачам общей практики и врачам-специалистам поликлиник, проведение неотложных диагностических и лечебных процедур, манипуляций и вмешательств; -Купирование неотложного состояния.
- Используемые медицинским персоналом, при оказании первичной медико-санитарной помощи в неотложной форме, лекарственные препараты, включенные в утверждаемый Правительством Российской Федерации перечень жизненно необходимых и важнейших лекарственных препаратов для медицинского применения и медицинских изделий, и медицинские изделия, включенные в утверждаемый Правительством Российской Федерации перечень медицинских изделий, имплантируемых в организм человека при оказании медицинской помощи в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи.
- Экспертиза временной нетрудоспособности с выдачей больничного листа.

Специализированная медицинская помощь (за исключением высокотехнологичной медицинской помощи) в неотложной форме в следующем объеме:

- Обращение Застрахованного по неотложным показаниям к среднему медицинскому персоналу, врачам-специалистам стационаров,

- Проведение в стационаре неотложных диагностических и лечебных процедур, манипуляций и вмешательств; купирование неотложного состояния,
- круглосуточное пребывание в стационаре при необходимости оказания неотложной медицинской помощи.
- Используемые медицинским персоналом, при оказании специализированной медицинской помощи в неотложной форме, лекарственные препараты, включенные в утверждаемый Правительством Российской Федерации перечень жизненно необходимых и важнейших лекарственных препаратов для медицинского применения и медицинских изделий, и медицинские изделия, включенные в утверждаемый Правительством Российской Федерации перечень медицинских изделий, имплантируемых в организм человека при оказании медицинской помощи в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи.
- Экспертиза временной нетрудоспособности с выдачей больничного листа.

Услуги по репатриации - услуги, связанные с транспортировкой адекватным состоянию здоровья транспортным средством до транспортного узла, ближайшего к месту постоянного проживания Застрахованного, с которым есть прямое международное сообщение от места пребывания Застрахованного либо

- останков Застрахованного лица до транспортного узла ближайшего к месту, где постоянно проживал Застрахованный, с которым есть прямое международное сообщение от места пребывания останков Застрахованного

Объем оказанной медицинской помощи не может превышать объем первичной медико-санитарной помощи и специализированной медицинской помощи в неотложной форме, предусмотренной базовой программой обязательного медицинского страхования с учетом исключений из Программы страхования.

Территория действия программы страхования:

Субъект Российской Федерации, где застрахованное лицо осуществляет трудовую деятельность.

Страховая сумма по программе страхования составляет - 110 000 (Сто десять тысяч) руб. на застрахованного на период страхования.

Порядок оказания медицинской помощи

- Для получения медицинской помощи в связи с внезапным острым заболеванием, состоянием, обострением хронических заболеваний без явных признаков угрозы жизни Застрахованный должен обратиться в круглосуточный контакт - центр Страховщика по телефонам: 8(800)200-13-04 (бесплатно);
- Медицинская помощь оказывается строго по направлению Страховой компании в учреждениях - партнерах, имеющих действующие договоры со Страховщиком и лицензию на оказание данного вида медицинской помощи.
- Страховщик имеет право запросить у застрахованного лица действующий патент (разрешение на работу).
- При обращении за медицинской помощью Застрахованный обязан предъявить документ, удостоверяющий личность и полис.
- Любые медицинские услуги оказываются строго по согласованию со Страховой компанией.
- Страховая выплата за согласованную и оказанную Застрахованному медицинскую помощь на условиях, согласованных между Страховщиком и медицинской и/или иной организацией, производится в медицинскую или иную организацию на основании выставленных Страховщику счетов

Исключения из Программы страхования:

Не признается страховым случаем обращение Застрахованного за получением медицинских и/или иных услуг, по следующим заболеваниям:

- холера (A00), сибирская язва (A22), чума (A20), сап и мелиоидоз (A 24), натуральная оспа (B03);
- вирусные лихорадки, передаваемые членистоногими, и вирусные геморрагические лихорадки (A90-A99), гельминтозы (B65-B83), дифтерия (A36), малярия (B50-B54), полиомиелит (A80, B91)
- туберкулез (A15-A19), лепра (A30);
- педикулез, акариоз и другие инфекации (B85-B89);
- инфекции, передающиеся преимущественно половым путем (A50-A64), гепатит В (B16; B17; B18), гепатит С (B17.1; B18.2), болезнь, вызванная вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ) (B20-B24)
- злокачественные новообразования (C00-C97);
- сахарный диабет (E10-E14);
- психические расстройства и расстройства поведения (F00-F99);
- беременность, роды, послеродовой период и аборт (O00-O99)
- ТОРС (U04)

Не подлежат оплате следующие медицинские и иные услуги:

- не предусмотренные Программой или Договором добровольного медицинского страхования;
- не подлежат возмещению расходы на оказание услуг трудовым мигрантам, не указанным в Договоре страхования как Застрахованные;
- если Застрахованное лицо обратилось за оказанием Медицинской помощи без предварительного обращения в Круглосуточный контакт - центр Страховщика по указанным в Договоре /Программе страхования телефонам;
- при оказании любых медицинских услуг без согласования со Страховщиком;
- при оказании за пределами территории действия программы страхования;
- по оказанию медицинской помощи Застрахованным при патологических состояниях, отравлениях и травмах, возникших у застрахованного лица в состоянии любой формы алкогольного опьянения или под воздействием иных психоактивных веществ и/или лекарственных препаратов, употребленных без назначения врача;
- по оказанию медицинской помощи при возникновении травматических повреждений или иных нарушений здоровья, наступивших в результате совершения застрахованным лицом умышленных противоправных действий;
- по оказанию медицинской помощи при покушении застрахованного лица на самоубийство, за исключением тех случаев, когда застрахованное лицо было доведено до такого состояния противоправными действиями третьих лиц;
- по оказанию медицинской помощи при умышленном причинении себе телесных повреждений застрахованным лицом;
- по оказанию застрахованному лицу медицинской помощи не назначенной врачом, оказывающим медицинскую помощь в рамках программы страхования;
- по оказанию застрахованному лицу методов лечения, определенных Министерством здравоохранения РФ как Высокотехнологичная медицинская помощь.
- лекарственные препараты и медицинские изделия сверх перечня жизненно необходимых и важнейших лекарственных препаратов и медицинских изделий, включенных в утверждаемый Правительством Российской Федерации перечень медицинских изделий, имплантируемых в организм человека при оказании медицинской помощи в неотложной форме;

- лекарственные препараты и медицинские изделия, не использованные медицинским персоналом при оказании первичной медико-санитарной помощи и /или специализированной медицинской помощи в неотложной форме;
- связанные с беременностью, родами, послеродовым периодом и абортами застрахованного лица.

В Программу страхования «_____» не предусмотрено внесение изменений, в том числе, не подлежат изменениям в течение действия Договора страхования: вариант программы страхования, перечень страховых рисков, размер страховой суммы и список Застрахованных.

СТРАХОВЫЕ ТАРИФЫ
К ПРАВИЛАМ ДОБРОВОЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ
ИНОСТРАННЫХ ГРАЖДАН И ЛИЦ БЕЗ ГРАЖДАНСТВА, НАХОДЯЩИХСЯ НА
ТЕРРИТОРИИ РФ С ЦЕЛЬЮ ОСУЩЕСТВЛЕНИЯ ТРУДОВОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ
№ 11

Таблица 1. Базовый годовой страховой тариф (в % от страховой суммы)

<i>Риск</i>	<i>Базовая страховая сумма, рублей</i>	<i>Базовый страховой тариф</i>
Документально подтвержденное обращение Застрахованного в медицинское учреждение, сервисную компанию и/или иное учреждение, согласованное со Страховщиком, за медицинскими и/или иными услугами, лекарственным обеспечением, по поводу заболеваний и состояний, требующих оказания первичной медико-санитарной помощи и специализированной медицинской помощи в неотложной форме, входящих, согласно части шестой статьи 35 Федерального закона от 29 ноября 2010 года №326-ФЗ «Об обязательном страховании в Российской Федерации» в базовую программу обязательного медицинского страхования	100 000	4,40

Базовые годовые страховые тарифы рассчитаны, исходя из нагрузки $f = 69\%$, при изменении нагрузки величина тарифов изменяется соответственно. При установлении нагрузки f_2 тарифы получаются умножением базовой тарифной ставки на коэффициент $k = (1-f)/(1-f_2)$. Предельное значение нагрузки f_2 определено в Структуре тарифных ставок.

Страховщик имеет право применять поправочный коэффициент 0,05–1,0 к базовому страховому тарифу из Таблицы 1 в зависимости от соотношения фактической и базовой страховых сумм, условий договора страхования.

Базовый тариф соответствует сроку страхования 1 год. При сроке страхования менее одного года применяется поправочный коэффициент из диапазона 0,15–1,0. При сроке страхования более 1 года страховой тариф получается умножением годового страхового тарифа на срок страхования, выраженный в годах.

Базовый страховой тариф рассчитан при условии единовременной уплаты страховой премии. При уплате премии в рассрочку к базовому страховому тарифу применяется поправочный коэффициент 1,0–1,2, зависящий от количества и сроков уплаты страховых взносов (п. 6.5 Правил).

Базовый страховой тариф рассчитан при условии, что сумма страховых выплат по всем произошедшим страховым случаям не может превысить установленный таким договором размер страховой суммы (агрегатная страховая сумма). Если договором предусмотрена неагрегатная страховая сумма (п. 4.3 Правил), к базовому тарифу применяется поправочный коэффициент 1,0–3,0.

При страховании с установлением франшизы к базовому страховому тарифу применяется понижающий коэффициент 0,4–1,0, зависящий от размера, вида, способа установления франшизы, а также от условий страхования.

Базовый страховой тариф соответствует стандартному перечню исключений и ограничений, установленных Правилами. В случае расширения объема ответственности Страховщика применяется поправочный коэффициент 1,0–10,0 с учетом объема фактической ответственности.

Также Страховщик имеет право применять к базовому страховому тарифу поправочные коэффициенты, с учетом условий договора и различных обстоятельств, влияющих на вероятность наступления страхового случая и величину возможного ущерба (Таблица 2):

Таблица 2. Поправочные коэффициенты, учитывающие влияние различных обстоятельств на степень страхового риска и условия договора

<i>Обстоятельства, влияющие на степень страхового риска, и условия договора</i>	<i>Диапазон поправочных коэффициентов</i>
Специфика и ценовой уровень медицинских и иных услуг, медицинских учреждений, сервисных компаний и иных учреждений	0,1–7,0
Объем, условия оказания медицинских и иных услуг: набор, кратность предоставления услуг, перечень заболеваний (состояний) обращение по поводу которых является страховым случаем (п. 7.8 Правил), установление лимитов в рамках общей страховой суммы на отдельные виды услуг, медицинской помощи и т.п. (п. 4.3 Правил)	0,1–10,0
Пол, возраст и состояние здоровья (наличие хронических заболеваний, предсуществующих заболеваний и т.п.) Застрахованного	0,3–15,0
Род занятий и увлечений Застрахованного, характер его производственной деятельности	0,5–7,0
Территория, где Застрахованное лицо намеревается осуществлять трудовую деятельность (населенный пункт, субъект РФ)/зона покрытия/регион пребывания	0,3–6,0
Гражданство Застрахованного/страна или местность постоянного проживания Застрахованного лица вне территории РФ	0,3–3,0
Количество Застрахованных по договору	0,2–1,0
Убытки по договорам предыдущих периодов страхования, прочие обстоятельства, влияющие на степень страхового риска и индивидуальные условия договора	0,2–5,0