

**ОБЩЕСТВО С ОГРАНИЧЕННОЙ ОТВЕТСТВЕННОСТЬЮ
СТРАХОВАЯ КОМПАНИЯ «ГЕЛИОС»
(ООО Страховая Компания «Гелиос»)**

**УТВЕРЖДЕНЫ
приказом ООО Страховой
Компании «Гелиос»
от 10.12.2025 № 360**

Генеральный директор



И.А. Павлова

Правила страхования подлежат применению с 24.12.2025

Предыдущие редакции были утверждены:
приказом от 17.03.2022 № 89;
приказом от 29.04.2019 № 116;
приказом от 24.05.2016 № 91

**П Р А В И Л А
ДОБРОВОЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО
СТРАХОВАНИЯ ИНОСТРАННЫХ ГРАЖДАН И ЛИЦ БЕЗ ГРАЖДАНСТВА,
НАХОДЯЩИХСЯ НА ТЕРРИТОРИИ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ С ЦЕЛЬЮ
ОСУЩЕСТВЛЕНИЯ ИМИ ТРУДОВОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ**

ОГЛАВЛЕНИЕ

1.	ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ	3
2.	СУБЪЕКТЫ СТРАХОВАНИЯ	6
3.	ОБЪЕКТ СТРАХОВАНИЯ.....	8
4.	СТРАХОВОЙ РИСК. СТРАХОВОЙ СЛУЧАЙ.....	8
5.	СТРАХОВАЯ СУММА. ЛИМИТ ВОЗМЕЩЕНИЯ. ЛИМИТ ОТВЕТСТВЕННОСТИ СТРАХОВЩИКА	11
6.	ФРАНШИЗА.....	12
7.	СТРАХОВАЯ ПРЕМИЯ. СТРАХОВОЙ ТАРИФ.....	13
8.	ПОРЯДОК ЗАКЛЮЧЕНИЯ ДОГОВОРА СТРАХОВАНИЯ	15
9.	СРОК СТРАХОВАНИЯ. ПРЕКРАЩЕНИЕ ДОГОВОРА СТРАХОВАНИЯ.....	28
10.	ИЗМЕНЕНИЕ СТРАХОВОГО РИСКА	29
11.	ПРАВА И ОБЯЗАННОСТИ СТОРОН	30
12.	ПОРЯДОК ВЫПОЛНЕНИЯ ОБЯЗАТЕЛЬСТВ ПО ДОГОВОРУ СТРАХОВАНИЯ. ОПЛАТА СТОИМОСТИ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ. СТРАХОВАЯ ВЫПЛАТА.....	35
13.	ПОРЯДОК ВЗАИМОДЕЙСТВИЯ.....	38
14.	ИСКОВАЯ ДАВНОСТЬ. ПОРЯДОК РАЗРЕШЕНИЯ СПОРОВ.....	40
	ПРОГРАММА № 1 ДОБРОВОЛЬНОЕ МЕДИЦИНСКОЕ СТРАХОВАНИЕ ТРУДОВЫХ МИГРАНТОВ	42
	ПРОГРАММА № 2 «РЕПАТРИАЦИЯ»	45

1. ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ

1.1. Настоящие Правила добровольного медицинского страхования иностранных граждан и лиц без гражданства, находящихся на территории Российской Федерации с целью осуществления ими трудовой деятельности (далее – Правила) разработаны в соответствии Гражданским кодексом Российской Федерации, Трудовым кодексом Российской Федерации (глава 50.1), Законом Российской Федерации от 27.11.1992 № 4015-1 «Об организации страхового дела в Российской Федерации, Федеральным законом от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», Федеральным законом от 29.11.2010 № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации», Федеральным законом от 25.07.2002 № 115-ФЗ «О правовом положении иностранных граждан в Российской Федерации», Федеральным законом от 12.04.2020 № 61-ФЗ «Об обращении лекарственных средств», иными нормативными документами в области страхования, и содержат общие условия страхования, на основании которых Страховщик заключает со Страхователями договоры добровольного медицинского страхования иностранных граждан и лиц без гражданства, находящихся на территории Российской Федерации с целью осуществления ими трудовой деятельности (далее – договоры страхования), и определяют порядок осуществления добровольного медицинского страхования иностранных граждан и лиц без гражданства, находящихся на территории Российской Федерации с целью осуществления ими трудовой деятельности.

1.2. Организация взаимодействия и регулирование отношений между участниками договора страхования, заключенного на условиях настоящих Правил, осуществляется в соответствии с Базовым стандартом защиты прав и интересов физических и юридических лиц - получателей финансовых услуг, оказываемых членами саморегулируемых организаций, объединяющих страховые организации и иностранные страховые организации (утв. Банком России, протокол от 01.10.2024 № КФНП-29), Базовым стандартом совершения страховыми организациями и иностранными страховыми организациями операций на финансовом рынке (утв. Банком России, протокол от 27.10.2022 № КФНП-39), Федеральным законом от 04.06.2018 № 123-ФЗ «Об уполномоченном по правам потребителей финансовых услуг», а также Указанием Банка России от 13.09.2015 № 3793-У «О минимальных (стандартных) требованиях к условиям и порядку осуществления медицинского страхования в части добровольного медицинского страхования иностранных граждан и лиц без гражданства, находящихся на территории Российской Федерации с целью осуществления ими трудовой деятельности».

1.3. В случае изменения действующего законодательства, нормативных документов органа страхового надзора и (или) саморегулируемой организации, объединяющей страховые организации, регулирующих настоящие Правила, Страховщик руководствуется в своей деятельности указанными изменениями в законодательстве и нормативных документах органа страхового надзора, саморегулируемой организации, объединяющей страховые организации, до внесения изменений в настоящие Правила или издания их в новой редакции. Настоящий документ действует в части, не противоречащей действующему законодательству, нормативным документам органа страхового надзора, саморегулируемой организации, объединяющей страховые организации.

1.4. В рамках настоящих Правил Страховщик осуществляет добровольное страхование, относящееся согласно принятой в законодательстве Российской Федерации классификации к следующим видам:

- медицинское страхование;
- страхование финансовых рисков.

1.5. Добровольное медицинское страхование осуществляется Страховщиком на основании договора страхования и настоящих Правил страхования, включающих разработанные на их основе программы добровольного медицинского страхования иностранных граждан и лиц без гражданства, находящихся на территории Российской Федерации с целью осуществления ими трудовой деятельности (далее – Программы страхования), и обеспечивает иностранным гражданам и лицам без гражданства, находящихся на территории Российской Федерации с целью осуществления ими трудовой деятельности, в соответствии с настоящими Правилами, договором страхования и Программой страхования, получение медицинских и иных услуг.

1.6. В рамках добровольного медицинского страхования иностранных граждан и лиц без гражданства, находящихся на территории Российской Федерации с целью осуществления ими трудовой деятельности, медицинская организация или сервисное учреждение (ассистанс) оказывает Застрахованному лицу медицинские и иные услуги, а Страховщик оплачивает оказанные Застрахованному лицу медицинские и иные услуги, которые включены в Программу страхования в порядке и на условиях, предусмотренных Программой страхования.

1.7. Применяемые в настоящих Правилах наименования и понятия в ряде случаев специально поясняются соответствующими определениями.

Термины, наименования и понятия, указанные в настоящем пункте Правил, несут одинаковое смысловое значение по всему тексту настоящих Правил и приложений к ним, и понимаются следующим образом:

1.7.1. Медицинская организация – юридическое лицо, независимо от его организационно-правовой формы, или индивидуальный предприниматель, осуществляющее(щий) в качестве основного (уставного) или дополнительного вида деятельности медицинскую деятельность на основании лицензии, выданной в порядке, установленном законодательством Российской Федерации, установленном законодательством Российской Федерации о лицензировании отдельных видов деятельности.

1.7.2. Сервисное учреждение (ассистанс) - юридическое лицо и индивидуальный предприниматель, обеспечивающие по поручению Страховщика организацию предоставления Застрахованным лицам медицинских и иных услуг в соответствии с договором страхования и (или) Программой страхования.

1.7.3. Программа страхования (Программа добровольного медицинского страхования иностранных граждан и лиц без гражданства, находящихся на территории Российской Федерации с целью осуществления ими трудовой деятельности) – перечень и порядок оказания Застрахованному лицу медицинских и иных услуг при наступлении страхового случая и оплачиваемых Страховщиком в рамках договора страхования.

Полный перечень медицинских и иных услуг определяется конкретной Программой страхования. Программа страхования является неотъемлемой частью договора страхования (вручается Страхователю с договором страхования либо включается в его текст)

1.7.4. Медицинская помощь – комплекс мероприятий, направленных на поддержание и (или) восстановление здоровья Застрахованных лиц, и включающих в себя предоставление медицинских услуг в очном и (или) дистанционном формате (телемедицина) в рамках договора страхования, устанавливаемый в соответствии с Программой страхования, и включающий в себя медицинские и иные услуги.

1.7.5. Медицинские услуги – медицинское вмешательство или комплекс медицинских вмешательств, направленных на профилактику, диагностику и лечение заболеваний и имеющих самостоятельное законченное значение, в том числе включая:

- медицинскую реабилитацию и санаторно-курортное лечение;
- обеспечение лекарственными средствами и (или) изделиями медицинского назначения;
- медицинские осмотры и диспансеризацию.

1.7.6. Иные услуги – услуги, связанные с оказанием или организацией оказания Застрахованному лицу медицинской помощи Страховщиком и (или) сервисным учреждением при наступлении страхового случая и включенные в Программу страхования, в том числе: сервисные услуги (дополнительное питание, связь и др), телемедицина, услуги психолога, услуги логопеда и др.; питание и проживание (нахождение) при стационарном, санаторно-курортном лечении, если оно не входит в стоимость медицинской услуги (стоимости койко-дня); оформление медицинским и иным учреждением различной медицинской документации; услуги по организации медицинской помощи в других медицинских организациях и иных учреждениях; информационные услуги, связанные с оказанием или организацией оказания медицинской помощи; медико-транспортные услуги, в том числе услуги эвакуации и репатриации, услуги по сопровождению Застрахованного лица и его несовершеннолетних детей.

1.7.7. Телемедицина – комплекс организационных, технологических мероприятий, обеспечивающих функционирование системы предоставления дистанционной

консультационно-диагностической медицинской услуги, при которой Застрахованное лицо получает дистанционную консультацию врача-специалиста, используя современные информационно-коммуникационные технологии.

1.7.8. Страховой продукт – типовые условия страхования, разработанные Страховщиком на основании настоящих Правил по одному или нескольким видам страхования, и предназначенные для заключения типовых договоров страхования (с ограниченным количеством изменяемых условий договора страхования) с определенной категорией Страхователей (Застрахованных лиц), объединенных по страховым интересам, видам рисков, степени рисков и иным тарификационным факторам.

1.7.9. Маркетинговые наименования – наименование страховых продуктов (программ страхования) или отдельных групп единообразных договоров страхования, заключаемых на основе настоящих Правил.

1.7.10. Страховая защита (далее по тексту также – **страхование**) – обязательство Страховщика выплатить Застрахованному лицу страховое обеспечение по страховым событиям (страховым случаям), произошедшим в течение установленного договором страхования периода ответственности Страховщика.

Страховая защита действует в течение периода ответственности Страховщика в том объеме, который обозначен в договоре страхования и оплачен страховой премией.

1.7.11. Страховое покрытие (далее по тексту также – **объем страховой защиты**) – объем обязательств Страховщика по выплате страхового обеспечения, который обозначен в договоре страхования и оплачен страховой премией, по страховым событиям (страховым случаям), произошедшим в период ответственности Страховщика.

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

1.7.13. Срок страхования – период времени, определяемый Договором, на который распространяется страхование и в течение которого событие, предусмотренное Договором, может считаться страховым случаем. Договором могут быть установлены различные сроки страхования по рискам, территориям страхования и т. д., включенным в Договор.

1.7.14. Период ожидания – период времени, предусмотренный договором страхования, в течение которого документально подтвержденное обращение Застрахованного лица за медицинскими и иными услугами не является страховым случаем.

Период ожидания может быть установлен как по договору страхования в целом, так и по отдельным рискам, Программам страхования.

Договором страхования могут быть предусмотрены следующие периоды ожидания:

1.7.14.1. Отсроченный период – период времени от момента начала срока страхования до момента вступления договора страхования в силу.

1.7.14.2. Отлагательный период – период времени, отсчёт которого начинается со дня наступления определенного события, истечение которого (периода) является одним из условий признания данного события страховым случаем.

Договором страхования могут быть предусмотрены иные периоды ожидания.

1.7.15. Полис ДМС трудовых мигрантов, полис ДМС – договор добровольного медицинского страхования иностранных граждан и лиц без гражданства, находящихся на территории Российской Федерации с целью осуществления ими трудовой деятельности.

1.7.16. Представитель – лицо, которое в силу закона или нотариально заверенной доверенности действует от имени и в интересах представляемого лица.

1.7.17. Получатель страховых услуг – физическое лицо, в том числе зарегистрированное в качестве индивидуального предпринимателя, или юридическое лицо, обратившееся в страховую организацию с намерением заключить договор страхования (потенциальный получатель), а также Страхователь, Застрахованное лицо и (или) Выгодоприобретатель по заключенному договору страхования.

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

1.7.19. Территорией страхования – определенная в договоре страхования территория, в пределах которой может произойти событие, предусмотренное договором

страхования, и которое может рассматриваться Страховщиком в качестве события, имеющего признаки страхового случая.

По договорам страхования, заключенным на основании настоящих Правил, территорией страхования является территория Российской Федерации.

1.7.20. **Репатриация** - экстренная медицинская транспортировка Застрахованного лица до ближайшего к его постоянному месту жительства аэропорта или вокзала, или порта (далее - транспортного узла) в стране постоянного проживания, при условии отсутствия на территории страхования возможностей для предоставления требуемой медицинской помощи, а также в случае, когда лечение может быть осуществлено или продолжено в месте постоянного проживания или в случае, когда расходы по пребыванию в стационаре на территории страхования могут превысить установленный договором страхования (полисом) и/или Правилами лимит возмещения по медицинской помощи. Репатриация проводится только при отсутствии медицинских противопоказаний и способом, согласованным со Страховщиком.

1.7.21. **Услуги по репатриации** - репатриация останков, санкционированная (согласованная в письменном порядке) Сервисной компанией до международного транспортного узла, ближайшего к месту, где постоянно проживало Застрахованное лицо, в случае его смерти в случае обращения в порядке, предусмотренном настоящими Правилами за медицинской и иной помощью. При этом Страховщик не оплачивает расходы на хранение тела и ритуальные услуги.

1.8. Определения терминов и понятий, изложенные в настоящих Правилах, распространяются и на соответствующие термины и понятия, используемые в договоре страхования, заключаемом на основании настоящих Правил.

1.9. В конкретном договоре страхования или для группы договоров страхования Страховщик вправе разрабатывать и использовать определения отдельных страховых понятий, а также вносить дополнения, уточнения, изменения в определения, перечисленные в п. 1.7 настоящих Правил, а также в те определения, содержание которых раскрывается в различных разделах текста настоящих Правил, – в той мере, в какой это не противоречит действующему законодательству Российской Федерации.

1.10. Если значение какого-либо термина или понятия не оговорено настоящими Правилами или договором страхования и не может быть определено, исходя из действующего законодательства Российской Федерации и нормативных актов, то значение такого термина или понятия определяется в соответствии с его общепринятым лексическим значением.

2. СУБЪЕКТЫ СТРАХОВАНИЯ

2.1. Субъектами страхования в соответствии с настоящими Правилами являются Страховщик, Страхователь, Застрахованное лицо, Выгодоприобретатель.

2.2. Сторонами договора страхования являются Страхователь и Страховщик.

2.3. Участниками добровольного медицинского страхования в соответствии с настоящими Правилами являются медицинские организации, сервисные учреждения (ассистанс) или иные аналогичные учреждения.

2.4. **Страховщик** – Общество с ограниченной ответственностью Страховая Компания «Гелиос» (ООО Страховая Компания «Гелиос»), созданное в соответствии с законодательством Российской Федерации для осуществления деятельности по страхованию (номер в Едином реестре субъектов страхового дела 0397), и получившее лицензии на осуществление соответствующих видов деятельности (лицензии на осуществление добровольного личного страхования, за исключением добровольного страхования жизни, и лицензии на осуществление добровольного имущественного страхования) в установленном законодательством Российской Федерации порядке.

Договоры страхования от имени Страховщика могут заключать уполномоченные штатные работники Страховщика, директора и работники его филиалов и иных обособленных подразделений, а также уполномоченные страховые агенты (юридические лица и физические лица, в том числе индивидуальные предприниматели) и страховые брокеры (юридические лица – коммерческие организации, индивидуальные предприниматели), действующие в

пределах их полномочий на основании соответствующих доверенностей, выданных Страховщиком.

Сайт Страховщика – официальный сайт ООО Страховой Компании «Гелиос» в информационно-телекоммуникационной сети «Интернет» **www.skgelios.ru**.

2.5. Страхователь – дееспособное физическое лицо, в том числе зарегистрированное в качестве индивидуального предпринимателя, или юридическое лицо любой организационно-правовой формы и формы собственности, заключившее со Страховщиком договор страхования.

2.6. Застрахованные лица – физические лица (иностранные граждане (подданные) и (или) лица без гражданства, прибывшие в Российскую Федерацию и намеревающиеся осуществлять или осуществляющие трудовую деятельность на основании разрешения на работу или патента (трудовые мигранты)), в пользу которых заключаются договоры страхования.

2.6.1. При этом Страхователи – физические лица, заключившие такие договоры страхования в свою пользу, являются одновременно Застрахованными лицами.

2.7. Лицо, имеющее на момент заключения договора страхования какое-либо (какие-либо) из следующих заболеваний (состояний):

2.7.1. Психические расстройства и расстройства поведения;

2.7.2. Особо опасные инфекционные болезни (натуральная оспа, полиомиелит, малярия ТОРС);

2.7.3. Заболевания, включенные в утверждаемый Правительством Российской Федерации перечень заболеваний, представляющих опасность для окружающих¹ (болезнь, вызванная вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ), вирусные лихорадки, передаваемые членистоногими, и вирусные геморрагические лихорадки, гельминтозы, гепатиты В и С, дифтерия, инфекции, передающиеся преимущественно половым путем, лепра, малярия, педикулез, акариаз и другие инфекации, сепсис и мелиоидоз, сибирская язва, туберкулез, холера, чума, коронавирусная инфекция (2019-nCoV));

2.7.4. Злокачественные новообразования;

2.7.5. Сахарный диабет,

может быть застраховано с согласия Страховщика, при условии, что до заключения договора страхования Страховщик был письменно уведомлен Страхователем о диагнозах и состоянии здоровья лица, заявленного на страхование.

Условие о страховании таких лиц может указываться в договоре страхования соответствующей оговоркой или ссылкой на пункт настоящих Правил.

2.8. При страховании лиц, указанных в п. 2.7 настоящих Правил, не является страховым случаем обращение Застрахованного лица в медицинскую организацию или иное учреждение в связи с оказанием ему медицинской помощи по заболеваниям, перечисленным в п. 2.7 настоящих Правил, и связанным с ними осложнениями.

2.9. Выгодоприобретатели – Застрахованное лицо (если в договоре страхования в качестве выгодоприобретателя не указано другое лицо с письменного согласия Застрахованного лица).

2.10. Взаимоотношения между Страховщиком и медицинской организацией, сервисным учреждением (ассистанс) осуществляются на основании заключенного договора, оформленного в соответствии с требованиями законодательства РФ.

Допускается оказание медицинских и иных услуг в организациях, обращение в которые согласовано Страховщиком вне зависимости от наличия договора с последним на оказание медицинских услуг, в случае объективной невозможности получения медицинских и иных услуг в организациях, предусмотренных договором страхования (страховым полисом).

¹ В соответствии с Постановлением Правительства РФ от 01.12.2004 № 715 «Об утверждении перечня социально значимых заболеваний и перечня заболеваний, представляющих опасность для окружающих».

По решению уполномоченных органов перечень особо опасных инфекционных заболеваний может быть расширен.

3. ОБЪЕКТ СТРАХОВАНИЯ

3.1. Объектом страхования по настоящим Правилам являются имущественные интересы Страхователя (Застрахованного лица, Выгодоприобретателя), связанные с оплатой организации и оказания медицинской и лекарственной помощи (медицинских услуг) и иных услуг при наступлении страхового случая вследствие расстройства здоровья Застрахованного лица или состояния Застрахованного лица, требующих организации и оказания таких услуг, а также проведения профилактических мероприятий, снижающих степень опасных для жизни или здоровья Застрахованного лица угроз и/или устраняющих их, в объеме, предусмотренном договором страхования и (или) программой добровольного страхования.

3.2. По договору страхования Застрахованное лицо имеет право на получение медицинских и иных услуг, в порядке и на условиях договора страхования, в медицинских организациях, в том числе у частнопрактикующих медицинских работников, имеющих соответствующую лицензию, сервисных организациях, перечисленных в договоре страхования (страховом полисе) или в приложении к нему, либо в медицинских и (или) сервисных организациях, обращения в которые согласованы Страховщиком.

Медицинские и иные услуги оказываются медицинскими организациями в рамках заключенного договора со Страховщиком.

3.3. По договору страхования Страхователь, родственник Застрахованного лица медицинская или иная организация, в которой Застрахованное лицо проходило лечение или получало иные услуги, предусмотренные договором страхования, имеет право обратиться за оказанием услуг по репатриации тела Застрахованного в Сервисную компанию или к Страховщику за организацией оказания таких услуг в случае смерти Застрахованного лица при обращении в порядке, предусмотренном настоящими Правилами за медицинской и иной помощью

4. СТРАХОВОЙ РИСК. СТРАХОВОЙ СЛУЧАЙ

4.1. Страховым риском является предполагаемые события, предусмотренные договором страхования, обладающие признаками вероятности и случайности их наступления, на случай наступления которых осуществляется страхование.

4.2. Страховым случаем является обращение Застрахованного лица в течение срока действия договора страхования в медицинскую, сервисное учреждение (ассистанс) или иную организацию, предусмотренную договором страхования, либо по направлению Страховщика, в связи с возникновением острого заболевания и (или) обострением хронического заболевания, травмой, отравлением и другими состояниями за получением предусмотренной Программой страхования по договору страхования первичной медико-санитарной и специализированной медицинской помощи в неотложной форме (в том числе диагностической, консультативной, лечебной, фармакологической, профилактической, иммунопрофилактической) и иной (в том числе транспортной, сервисной) помощи, повлекшее возникновение обязательств Страховщика произвести оплату медицинских и иных услуг.

4.3. Страхование, предусмотренное настоящими Правилами, осуществляется на основании Программы страхования, являющейся неотъемлемой частью договора страхования, содержащей перечень медицинских услуг, оплачиваемых Страховщиком, и порядок их оказания, обеспечивающих получение Застрахованным лицом первичной медико-санитарной помощи и специализированной медицинской помощи в неотложной форме Застрахованному лицу в случаях следующих заболеваний и состояний:

4.3.1. Инфекционные и паразитарные болезни, за исключением заболеваний, передаваемых половым путем, туберкулеза, ВИЧ-инфекции и синдрома приобретенного иммунодефицита, особо опасных инфекционных болезней (натуральная оспа, полиомиелит, малярия ТОРС).

4.3.2. Новообразования (за исключением злокачественных новообразований).

4.3.3. Болезни эндокринной системы (за исключением сахарного диабета).

4.3.4. Расстройства питания и нарушения обмена веществ.

4.3.5. Болезни нервной системы (за исключением психических расстройств и расстройств поведения).

- 4.3.6. Болезни крови, кроветворных органов.
- 4.3.7. Отдельные нарушения, вовлекающие иммунный механизм.
- 4.3.8. Болезни глаза и его придаточного аппарата.
- 4.3.9. Болезни уха и сосцевидного отростка.
- 4.3.10. Болезни системы кровообращения.
- 4.3.11. Болезни органов дыхания.
- 4.3.12. Болезни органов пищеварения.
- 4.3.13. Болезни мочеполовой системы.
- 4.3.14. Болезни кожи и подкожной клетчатки.
- 4.3.15. Болезни костно-мышечной системы и соединительной ткани.
- 4.3.16. Травмы, отравления и некоторые другие последствия воздействия внешних причин.
- 4.3.17. Врожденные аномалии (пороки развития);
- 4.3.18. Деформации и хромосомные нарушения;
- 4.4. Страхование, предусмотренное настоящими Правилами, также предусматривает оплату Страховщиком расходов 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 № 1 «Добровольное медицинское страхование трудовых мигрантов» лекарственные препараты, включенные в утверждаемый Правительством Российской Федерации перечень жизненно необходимых и важнейших лекарственных препаратов для медицинского применения и медицинских изделий², и медицинские изделия, включенные в утверждаемый Правительством Российской Федерации перечень медицинских изделий, имплантируемых в организм человека при оказании медицинской помощи³ в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи, в том числе оплату лечебного питания в стационаре, донорской крови и ее компонентов.
- 4.5. В случае, когда это предусмотрено договором страхования, страховым случаем также является возникновение у Застрахованного лица непредвиденных расходов, предусмотренных Программой страхования и связанных с оплатой организации медико-транспортных услуг, в том числе оплатой организации репатриации Застрахованного лица или его тела.
- 4.6. Если договором страхования прямо не предусмотрено иное, Страховщик не оплачивает следующие медицинские услуги:
 - 4.6.1. По оказанию Застрахованному лицу медицинской помощи, не назначенной врачом, оказывающим медицинскую помощь в рамках Программы страхования.
 - 4.6.2. По оказанию Застрахованному лицу медицинской помощи:
 - а) при особо опасных инфекционных болезнях (натуральная оспа, полиомиелит, малярия ТОРС);
 - б) при заболеваниях, включенных в утверждаемый Правительством Российской Федерации перечень заболеваний, представляющих опасность для окружающих (болезнь, вызванная вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ), вирусные лихорадки, передаваемые членистоногими, и вирусные геморрагические лихорадки, гельминтозы, гепатиты В и С, дифтерия, инфекции, передающиеся преимущественно половым путем, лепра, малярия, педикулез, акриаз и другие инфекации, сип и мелиоидоз, сибирская язва, туберкулез, холера, чума, коронавирусуная инфекция (2019-nCoV))⁴;
 - в) при злокачественных новообразованиях,
 - г) при сахарном диабете,
 - д) при психических расстройствах и расстройствах поведения.

² В соответствии с пунктом 6 статьи 4 Федерального закона от 12.04.2010 № 61-ФЗ «Об обращении лекарственных средств».

³ В соответствии с частью 2.1 статьи 80 Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».

⁴ В соответствии с Постановлением Правительства РФ от 01.12.2004 № 715 «Об утверждении перечня социально значимых заболеваний и перечня заболеваний, представляющих опасность для окружающих». По решению уполномоченных органов перечень особо опасных инфекционных заболеваний может быть расширен.

4.6.3. По оказанию Застрахованному лицу высокотехнологичной медицинской помощи.

4.6.4. По оказанию Застрахованному лицу медицинской помощи при патологических состояниях, отравлениях и травмах, возникших или полученных в состоянии алкогольного опьянения или под воздействием иных психоактивных веществ и (или) лекарственных препаратов, употребленных без назначения врача.

4.6.5. По оказанию Застрахованному лицу медицинской помощи при возникновении травматических повреждений или иных нарушений здоровья, наступивших в результате совершения Застрахованным лицом умышленных противоправных действий.

4.6.6. По оказанию Застрахованному лицу медицинской помощи при покушении Застрахованного лица на самоубийство, за исключением тех случаев, когда Застрахованное лицо было доведено до такого состояния противоправными действиями третьих лиц.

4.6.7. По оказанию Застрахованному лицу медицинской помощи при умышленном причинении себе телесных повреждений Застрахованным лицом.

4.6.8. Связанных с беременностью, родами, послеродовым периодом и абортами Застрахованного лица.

4.7. Если иное не предусмотрено договором страхования, не являются страховыми рисками и страховыми случаями и Страховщик не оплачивает:

4.7.1. Медицинские услуги, оказанные в связи с заболеванием (осложнением, состоянием), возникшим в результате того, что Застрахованное лицо (Страхователь) не следовал предписанным лечебным назначениям или не явился на назначенный прием к врачу.

4.7.2. Медицинские услуги, носящие научно-исследовательский или экспериментальный характер.

4.7.3. Медицинские услуги, оказываемые в сугубо эстетических или косметических целях.

4.7.4. Медицинские услуги, которые способствуют или предотвращают половое зачатие, включая, но не ограничиваясь: искусственное оплодотворение, лечение бесплодия или импотенции, стерилизацию или де-стерилизацию.

4.7.5. Расходы на очки, контактные линзы, слуховые аппараты, слуховые имплантаты, визуальную терапию, или на любой осмотр или подбор подобных устройств.

4.7.6. Медицинские услуги, оказываемые в связи с алкоголизмом, токсикоманией или наркоманией.

4.7.7. Пересадку органов, а также сами органы.

4.7.8. Пересадку тканей, а также сами ткани, за исключением лечения ожогов и травм, а также иных случаев, предусмотренных договором страхования.

4.7.9. Уход и лечение при выпадении волос, включая парики, пересадку волос или любые препараты, которые способствуют росту волос, вне зависимости от того, предписаны они врачом или нет.

4.7.10. Лечение, связанное с инфицированием вирусом иммунодефицита человека.

4.8. Не является страховым случаем документально подтвержденное обращение Застрахованного лица в течение срока страхования в медицинскую организацию, сервисную компанию или иное учреждение из числа предусмотренных договором страхования или согласованных со Страховщиком за получением медицинской помощи и (или) иных услуг по поводу лечения впервые в течение срока страхования диагностированного заболевания (состояния) из числа указанных в п. 2.7 настоящих Правил, или его осложнений.

4.9. При заключении договора страхования на основании настоящих Правил Страховщик и Страхователь при условии применения к базовому страховому тарифу соответствующих поправочных коэффициентов вправе договориться об объеме медицинской помощи или иных услуг в рамках Программы страхования путем дополнения или изменения перечня организуемой и оплачиваемой Страховщиком медицинской помощи и иных услуг, включаемых в конкретную Программу страхования и о наименовании конкретной Программы страхования, в которой отражены вид, объем и порядок предоставляемой Застрахованному лицу медицинской помощи и иных услуг.

4.10. Страховщик освобождается от страховой выплаты, если страховой случай наступил вследствие:

4.10.1. Воздействия ядерного взрыва, радиации или радиоактивного заражения;

4.10.2. Военных действий, а также маневров или иных военных мероприятий;

4.10.3. Гражданской войны, народных волнений всякого рода или забастовок.

4.11. Страховщик не оплачивает медицинские услуги, полученные по инициативе Застрахованного лица в медицинских организациях, не указанных в договоре страхования (страховом полисе), за исключением случаев, когда медицинские услуги получены в медицинской организации, не предусмотренной в договоре страхования, но обращение в которую согласовано (в письменном виде) и (или) организовано Страховщиком.

4.12. Страховщик также не производит страховую выплату, если Застрахованное лицо получило медицинские услуги, включая любой период пребывания в стационаре, которые не были рекомендованы и письменно засвидетельствованы медицинской организацией (лечащим врачом), как необходимые и целесообразные меры.

4.13. Не является страховым случаем обращение Застрахованного лица в медицинскую организацию или иное учреждение по событиям, указанным в Программе страхования как исключения.

4.14. Договором страхования может быть особо предусмотрено неприменение Страховщиком исключений, указанных в пунктах 4.6 – 4.8 настоящих Правил.

4.15. Перечень исключений из страхового покрытия может быть дополнен в договоре страхования и (или) Программе страхования.

5. СТРАХОВАЯ СУММА. ЛИМИТ ВОЗМЕЩЕНИЯ. ЛИМИТ ОТВЕТСТВЕННОСТИ СТРАХОВЩИКА

5.1. Страховой суммой является определенная договором страхования денежная сумма, исходя из которой устанавливаются размер страховой премии (страховых взносов) и размер страховой выплаты при наступлении страхового случая.

5.2. Страховая сумма определяется по соглашению Страховщика и Страхователя, исходя из предполагаемого объема медицинской помощи (перечня и стоимости медицинских и иных услуг, а также стоимости лекарственных средств и изделий медицинского назначения), предусмотренного Программой страхования, возраста Застрахованного лица, срока страхования и иных факторов, но не может быть менее суммы, установленной в качестве минимальной страховой суммы на каждое Застрахованное лицо на период действия договора страхования трудовых мигрантов

5.3. Если договором страхования предусмотрено страхование на случай дополнительных к указанным в п. 4.3 настоящих Правил болезней и состояний Застрахованного лица в соответствии с отдельной Программой страхования, для такой Программы страхования может быть установлена отдельная страховая сумма.

5.4. Лимитом возмещения Страховщика является установленный в договоре страхования предельный размер страховой выплаты, при достижении которого договор страхования (полностью либо в соответствующей части) прекращает свое действие, если действие договора страхования не прекратилось ранее по иным обстоятельствам, предусмотренным законодательством Российской Федерации, настоящими Правилами и (или) договором страхования.

5.5. На основании настоящих Правил договоры страхования заключаются с условием уменьшаемой страховой суммы:

Агрегатная страховая сумма – условие страхования, при котором страховая сумма является совокупным лимитом страхового возмещения Страховщика по всем страховым случаям, произошедшим в период действия страховой защиты.

После выплаты страхового возмещения в период действия договора страхования страховая сумма уменьшается на размер суммы выплаченного страхового возмещения.

Сумма страховых выплат по договору страхования, заключенному на условиях настоящих Правил, не может превышать установленный таким договором страхования размер страховой суммы.

Договор страхования считается исполненным полностью и прекращает свое действие с момента выплаты суммарного страхового возмещения.

5.6. В медицинской организации могут быть предусмотрены сервисные услуги (перечень устанавливается индивидуально в каждой медицинской организации и может включать: одно-двух местную палату, телевизор, телефон, дополнительное питание,

индивидуальный сестринский пост и другие, в зависимости от возможностей медицинской организации). Договором страхования может быть предусмотрено предоставление Застрахованному лицу таких сервисных услуг, что соответственно влечет за собой увеличение стоимости медицинских услуг и увеличение страховой суммы.

При включении в договор страхования (конкретную Программу страхования) условия о предоставлении Застрахованному лицу конкретных сервисных услуг, Страховщик применяет к базовым страховым тарифам поправочные коэффициенты. Страховая сумма по соглашению сторон соответственно увеличивается на стоимость сервисных услуг, включаемых в Программу страхования, в соответствии с действующим в медицинской организации прейскурантом цен на данные сервисные услуги.

5.7. В период действия договора страхования Страхователь по согласованию со Страховщиком вправе изменить (увеличить) страховую сумму, перечень медицинских услуг (Программы страхования), а также поменять медицинские организации, предоставляющие медицинскую помощь по договору страхования.

Указанные изменения оформляются в письменном виде в форме дополнительного соглашения к договору страхования, которое подписывается Страховщиком и Страхователем с уплатой дополнительной страховой премии. В этом случае расчет дополнительной страховой премии производится в порядке, предусмотренном подпунктами «а» – «в» пункта 7.19 настоящих Правил.

5.8. Договором страхования может быть предусмотрен лимит ответственности Страховщика – максимальный размер страховой выплаты, которая может быть выплачена в пределах страховой суммы.

Лимит ответственности Страховщика (может быть установлен):

- по отдельным частям Программы страхования;
- по отдельным заболеваниям (состояниям);
- отдельным видам медицинской помощи и иных услуг, в т.ч. обеспечению лекарственными средствами или изделиями медицинского назначения, или их различной совокупности и т.д.

5.9. Лимит ответственности Страховщика может устанавливаться в абсолютной величине, либо в процентах от страховой суммы.

5.10. Любые лимиты ответственности по договору страхования устанавливаются сверх сумм франшизы, которые не входят в сумму лимита возмещения Страховщика.

5.11. Страховая сумма устанавливается в валюте Российской Федерации.

6. ФРАНШИЗА

6.1. Договором страхования может быть установлена франшиза.

6.2. **Франшиза** – предусмотренная договором страхования часть убытков, не подлежащая возмещению Страховщиком Застрахованному лицу (Выгодоприобретателю), устанавливаемая в виде определенного процента от страховой суммы или в фиксированном размере.

6.3. В соответствии с условиями страхования франшиза может быть условной (Страховщик освобождается от возмещения убытка, если его размер не превышает размер франшизы, однако возмещает его полностью в случае, если размер убытка превышает размер франшизы) или безусловной (размер страховой выплаты определяется как разница между размером убытка и размером франшизы).

Договором страхования могут быть предусмотрены иные виды франшизы.

6.4. Заключая договор страхования на основании настоящих Правил, Страхователь и Страховщик соглашаются и признают, что если в договоре страхования установлена франшиза и указан ее размер, но не указан ее вид, то считается, что установлена безусловная франшиза.

6.5. Франшиза может быть установлена как отдельно по каждому страховому риску, включенному в договор страхования, так и по нескольким страховым рискам в совокупности.

6.6. Франшиза действует по каждому страховому случаю. Если происходит несколько страховых случаев, франшиза учитывается при расчете страховой выплаты по каждому страховому случаю.

6.7. Договором страхования может быть предусмотрен иной порядок применения франшизы.

7. СТРАХОВАЯ ПРЕМИЯ. СТРАХОВОЙ ТАРИФ

7.1. Под страховой премией понимается плата за страхование, которую Страхователь обязан уплатить Страховщику в порядке и в сроки, установленные договором страхования.

При определении размера страховой премии, подлежащей уплате по договору страхования, Страховщик применяет разработанные им тарифы - ставка страховой премии с единицы страховой суммы с учетом объекта страхования и характера страховых рисков, условий страхования, выбранной Страхователем Программы страхования, категории медицинского учреждения, срока действия договора страхования и иных условий договора страхования, в том числе наличия франшизы и ее размера в соответствии с условиями страхования.

Страховая премия определяется путем умножения страховой суммы на страховой тариф.

7.2. При заключении договоров страхования, Страховщик для определения страхового тарифа, учитывающего факторы страхового риска и конкретные условия страхования и вправе применять к базовым страховым тарифам поправочные коэффициенты.

7.3. Страховой тариф по конкретному договору страхования определяется по соглашению сторон.

7.4. Страховая премия (страховые взносы) уплачивается Страхователем в валюте Российской Федерации.

7.5. По договору страхования, заключенному на срок менее 1 (одного) года (краткосрочный договор страхования), страховая премия рассчитывается в соответствии с коэффициентами краткосрочности, указанными в таблице 1, если иной порядок расчета не указан в договоре страхования.

Таблица 1

Срок действия договора страхования не более										
1 мес.	2 мес.	3 мес.	4 мес.	5 мес.	6 мес.	7 мес.	8 мес.	9 мес.	10 мес.	11 мес.
Коэффициент краткосрочности										
0,30	0,40	0,50	0,60	0,65	0,70	0,75	0,80	0,85	0,90	0,95

7.6. По договору страхования, заключенному на срок более 1 (одного) года (долгосрочный договор страхования), если иной порядок расчета не указан в договоре страхования, к страховым тарифам применяется коэффициент долгосрочности, который определяется путем деления продолжительности срока страхования, исчисленной в месяцах, на 12. При этом неполный месяц страхования считается за полный.

7.7. Страховая премия по договору страхования может быть уплачена Страхователем единовременно или уплачиваться в рассрочку. Конкретные сроки уплаты определяются сторонами в договоре страхования.

7.8. Страховая премия уплачивается наличными деньгами в кассу Страховщика или путем передачи представителю (страховому агенту) Страховщика либо путем безналичных расчетов.

7.9. Конкретные порядок, сроки и форма уплаты страховой премии устанавливаются в договоре страхования.

Если договор страхования выдается Страхователю после полной уплаты страховой премии, то указание порядка уплаты страховой премии в таком договоре не является обязательным.

7.10. Днем (моментом) уплаты страховой премии (взноса) считается:

— при безналичной оплате – день поступления денежных средств на расчетный счет Страховщика;

— при уплате наличными средствами – день внесения денежных средств в кассу Страховщика или их передачи представителю (страховому агенту) страховой компании.

7.11. Если договором страхования не предусмотрено иное, то при неуплате или уплате не в полном объеме суммы страховой премии (при единовременной уплате страховой премии) или первого страхового взноса (при уплате страховой премии в рассрочку) в установленный договором страхования срок, договор страхования считается не вступившим в силу и страховые выплаты по нему не производятся, а полученные в счет страховой премии денежные средства возвращаются Страхователю в течение срока, указанного в п. 7.22 настоящих Правил.

7.12. В случае неуплаты очередного страхового взноса в срок, установленный в договоре страхования, Страховщик в одностороннем внесудебном порядке расторгает указанный договор страхования (отказывается от исполнения договора страхования в одностороннем порядке согласно ст. 450.1 Гражданского кодекса Российской Федерации). В этом случае договор страхования считается расторгнутым с 00 часов 00 минут дня, следующего за днем, когда очередной страховой взнос должен быть уплачен.

7.13. Уплата части страхового взноса (уплата очередного страхового взноса в меньшем размере, чем предусмотрено договором страхования) не принимается Страховщиком как уплата страхового взноса согласно статье 311 Гражданского кодекса Российской Федерации.

7.14. О досрочном расторжении договора страхования из-за неуплаты очередного страхового взноса Страховщик письменно уведомляет Страхователя способом, согласованным со Страхователем при заключении договора страхования.

В случае уплаты страховой премии (страхового взноса) после досрочного прекращения договора страхования, денежные средства, уплаченные после даты прекращения договора страхования возвращаются Страхователю за вычетом задолженности Страхователя по уплате страховой премии, образовавшейся на дату прекращения договора страхования, в течение срока, указанного в п. 7.22 настоящих Правил.

7.15. По соглашению сторон договором страхования могут быть предусмотрены иные последствия неуплаты Страхователем в установленные сроки очередных страховых взносов или их уплаты не в полном объеме:

- зачет суммы просроченного страхового взноса при определении размера страховой выплаты;
- изменение условий страхования соразмерно фактически уплаченным в установленный срок страховым взносам, в том числе пропорциональное сокращение срока страхования, пропорциональное снижение страховой суммы, введение или изменение размера франшизы;
- расторжение договора страхования и взыскание со Страхователя неуплаченной части страховой премии за период действия договора страхования до даты его расторжения в судебном порядке;
- иные последствия, предусмотренные законодательством Российской Федерации.

7.16. Если в качестве последствий неуплаты Страхователем в установленные сроки очередных страховых взносов или их уплаты не в полном объеме договором страхования предусмотрено изменение условий страхования, то порядок такого изменения указывается в договоре страхования.

7.17. Страховщик обязан проинформировать Страхователя о факте просрочки уплаты очередного страхового взноса или факте его уплаты не в полном объеме, а также о последствиях таких нарушений способом, согласованным со Страхователем при заключении договора страхования.

7.18. Если страховой случай наступил ранее, чем Страхователь полностью уплатил очередной страховой взнос (при уплате в рассрочку), не нарушая при этом сроков уплаты, указанных в договоре страхования, то размер подлежащей уплате оставшейся части страховой премии вычитается из суммы страхового возмещения (страховой выплаты), если иное не предусмотрено договором страхования.

7.19. Расчет страховой премии по дополнительному соглашению в связи с увеличением страховой суммы или при изменении стоимости, или расширении перечня медицинских услуг и/или иных услуг, а также увеличении страхового риска производится в

соответствии с п. 7.1 Правил (путем умножения страховой суммы на страховой тариф) в следующем порядке:

При увеличении страховой суммы

А) Размер страховой премии в связи с увеличением страховой суммы рассчитывается исходя из пропорции между дополнительной страховой суммой и первоначальной с учетом не истекшего срока действия договора страхования

При изменении риска или объема страхового покрытия

Б) Размер страховой премии подлежащей доплате в связи с увеличением риска является – разница между страховой премией, рассчитанной по новым условиям (с учетом увеличенного риска) и страховой премией, рассчитанной по первоначальным условиям за оставшийся срок действия договора страхования.

Расчет производится пропорционально не истекшей части срока действия договора страхования.

В случае увеличения страхового риска или объема страхового покрытия при расчете Страховщик, применяет к базовым страховым тарифам повышающие коэффициенты.

7.20. При увеличении страховой суммы, при изменении стоимости или расширении перечня медицинских услуг и/или иных услуг, а также увеличении страхового риска соответствующие изменения в договор страхования, согласованные сторонами, оформляются путем составления и подписания дополнительного соглашения.

7.21. Если иное не предусмотрено договором страхования, в случае изменения по согласованию со Страховщиком условий договора страхования, связанных с сокращением Застрахованному лицу перечня Программы страхования, Страховщик вправе, по согласованию с Застрахованным лицом, вернуть ему часть страховой премии пропорционально времени, в течение которого прекращается пользование им медицинскими услугами в рамках исключаемой Программы (программ) страхования или зачесть данную сумму в счет оплаты страховой премии при заключении (продлонгации) договора страхования на новый срок. Указанные изменения условий договора страхования оформляются сторонами в письменном виде.

7.22. Если договором страхования или законом не установлено иное, возврат страховой премии по договору страхования или ее части осуществляется:

- в случае несвоевременной уплаты или уплаты в неполном объеме страховой премии (при единовременной оплате) или ее первого взноса (при оплате в рассрочку) – в течение 60 (шестидесяти) дней после получения;

- переплаты страховой премии – в течение 60 (шестидесяти) календарных дней после получения;

- в случае признания договора страхования недействительным – в течение 60 (шестидесяти) календарных дней после вступления в силу решения суда о признании договора страхования недействительным, если решением суда не предусмотрено иное;

- в случае если договор страхования является незаключенным – в течение 60 (шестидесяти) календарных дней после выявления факта незаключения договора страхования;

- в случаях досрочного прекращения договора страхования, в которых договором страхования предусмотрен возврат части страховой премии за неистекший срок страхования, – в течение 60 (шестидесяти) календарных дней после досрочного прекращения договора страхования.

8. ПОРЯДОК ЗАКЛЮЧЕНИЯ ДОГОВОРА СТРАХОВАНИЯ

8.1. На стадии заключения договора страхования (при обращении Страхователя с намерением заключить договор страхования) Страховщик предоставляет Страхователю (Застрахованному лицу) следующую информацию:

8.1.1. Об условиях, на которых может быть заключен договор страхования, включающих: объект страхования, страховые риски, размер страховой премии, а также порядок получения медицинских и иных услуг и порядок осуществления страховой выплаты.

8.1.2. Об обстоятельствах, влияющих на размер страховой премии, о способах и сроках (периодичности) уплаты страховой премии, последствиях неуплаты, уплаты не в полном размере или несвоевременной уплаты страховой премии (страховых взносов).

8.1.3. О применяемых Страховщиком франшизах и исключениях из перечня страховых событий, а также о действиях Страхователя (Застрахованного лица), совершение которых может повлечь отказ Страховщика в страховой выплате или сокращение ее размера.

8.1.4. О наличии дополнительных условий для заключения договора страхования, в том числе о необходимости проведения анкетирования и (или) медицинского обследования лица, подлежащего страхованию, а также о перечне документов и информации, необходимых для заключения договора страхования.

8.1.5. О размере (примерном расчете) страховой премии на основании представленного Страхователем заявления о заключении договора страхования с уведомлением Страхователя о возможном изменении размера страховой премии, страховой суммы или иных условий страхования по результатам оценки страхового риска.

8.1.6. О наличии условия возврата Страхователю уплаченной страховой премии в случае отказа Страхователя от договора страхования в течение определенного срока со дня его заключения или о его отсутствии в соответствии с действующим законодательством.

8.1.7. О сроках рассмотрения обращений Застрахованных лиц или их представителей относительно страховой выплаты, а также о случаях продления таких сроков в связи с необходимостью получения информации от медицинских и иных организаций, непосредственно связанной с возможностью принятия Страховщиком решения о признании события страховым случаем или о размере страховой выплаты.

8.1.8. О праве Страхователя запросить информацию о размере вознаграждения, выплачиваемого страховому агенту или страховому брокеру.

8.1.9. Об адресе места приема документов на страховое возмещение при наступлении событий, имеющих признаки страхового случая, в том числе о возможности приема таких документов в электронной форме, если такая возможность предусмотрена условиями договора или настоящих Правил.

По требованию Страхователя (Застрахованного лица) Страховщик бесплатно разъясняет положения, содержащиеся в информации, предоставляемой при заключении договора страхования.

8.2. Договор страхования заключается в письменной форме.

8.3. Несоблюдение письменной формы влечет недействительность договора страхования.

8.4. Страховщик при заключении договора страхования вправе применять разработанные им с учетом требования законодательства РФ стандартные формы договора страхования (страхового полиса).

8.5. Договор страхования может быть заключен:

8.5.1. В виде электронного документа через официальный сайт Страховщика в информационно-телекоммуникационной сети «Интернет» (при наличии технической возможности);

8.5.2. В стандартном порядке при непосредственном обращении к Страховщику (его уполномоченному представителю) на основании устного или письменного заявления Страхователя или его представителя.

8.6. Договор страхования может заключаться в порядке, установленном законодательством РФ для заключения договора страхования (контракта) по итогам участия в конкурсных процедурах. Принимая во внимание, что конкурсная документация и иные документы, представляемые Страховщику для заключения договора страхования, могут содержать различные формулировки страховых рисков (страховых случаев), соответствующие по своему существу, но не являющиеся буквальным повторением формулировки страховых рисков (страховых случаев), покрываемых в рамках настоящих Правил, Страховщик при принятии риска на страхование осуществляет оценку заявленных в документации страховых рисков. Если заявленные Страхователем страховые риски (страховые случаи) не расширяют страхового покрытия и соответствуют по существу, определенным в настоящих Правилах страховым рискам (страховым случаям), то Страховщик оставляет за собой право указывать в договоре страхования страховые риски (страховые случаи) в соответствии с заявленными Страхователем требованиями.

8.7. **Заключение договора страхования в электронной форме.**

8.7.1. Договор страхования в электронной форме заключается в соответствии со статьями 434 и 940 Гражданского кодекса Российской Федерации и статьей 6.1 Закона

Российской Федерации от 27.11.1992 № 4015-1 «Об организации страхового дела в Российской Федерации», а также статьями 6 и 7 Федерального закона от 06.04.2011 № 63-ФЗ «Об электронной подписи», с учетом особенностей, установленных Федеральным законом от 07.08.2001 № 115-ФЗ «О противодействии легализации (отмыванию) доходов, полученных преступным путем, и финансированию терроризма».

8.7.2. Для заключения договора страхования в электронной форме (при наличии технической возможности) Страхователь подает Страховщику заявление на страхование через официальный сайт Страховщика www.skgelios.ru (доступ к сайту может быть осуществлен в том числе с использованием специализированного программного обеспечения, предоставленного Страховщиком) путем заполнения формы заявления на страхование.

Заявление на страхование может быть оформлено путем проставления соответствующих отметок (подтверждений) на электронной странице такого заявления, в том числе в рамках использования различных электронных платформ и (или) систем (сервисов) обмена электронными документами.

8.7.3. При заключении договора страхования в электронной форме Страхователь на основании электронного запроса, изложенного, в том числе, в виде условий страхования и (или) анкеты на сайте Страховщика, предоставляет информацию и документы в соответствии с п.п. 8.22 – 8.23 настоящих Правил (с учетом п. 8.24 настоящих Правил) в электронном виде (в том числе в виде электронных файлов в формате «.pdf», «.jpg» и т.д.).

8.7.4. При заключении договора страхования в форме электронного документа договор страхования заключается без медицинского обследования лиц, принимаемых на страхование.

8.7.5. Заявление на страхование, созданное и отправленное Страховщику через его официальный сайт (в электронной форме), подписанное в соответствии с требованиями Федерального закона от 06.04.2011 № 63-ФЗ «Об электронной подписи» Страхователем - физическим лицом простой электронной подписью, Страхователем - индивидуальным предпринимателем – усиленной квалифицированной электронной подписью, по отдельному соглашению Сторон – неквалифицированной (иной) подписью, а Страхователем - юридическим лицом – усиленной квалифицированной электронной подписью, признается электронным документом, равнозначным документу на бумажном носителе, при условии, что между Страховщиком и Страхователем при регистрации Страхователя в личном кабинете на официальном сайте Страховщика достигнуто соглашение об электронном взаимодействии. В соответствии с пунктом 1 статьи 6 Федерального закона от 06.04.2011 № 63-ФЗ «Об электронной подписи», а также пунктом 2 статьи 6.1 Закона Российской Федерации от 27.11.1992 № 4015-1 «Об организации страхового дела в Российской Федерации», договор страхования (страховой полис), составленный в виде электронного документа, подписанный усиленной квалифицированной электронной подписью Страховщика, признается Сторонами электронным документом, равнозначным документу на бумажном носителе, подписанному собственноручной подписью полномочного представителя Страховщика.

8.7.6. На официальном сайте Страховщика Страхователь знакомится с условиями, содержащимися в договоре страхования и выбранных им Программах страхования, а также настоящими Правилами. Оплата страховой премии Страхователем в соответствии пунктом 4 статьи 6.1 Закона Российской Федерации от 27.11.1992 № 4015-1 «Об организации страхового дела в Российской Федерации» означает согласие Страхователя с заключением договора страхования на предложенных Страховщиком условиях.

8.7.7. Факт ознакомления Страхователя с условиями настоящих Правил и договора страхования может подтверждаться в том числе специальными отметками (подтверждениями), проставляемыми Страхователем в электронном виде на сайте Страховщика.

8.7.8. Текст настоящих Правил либо выписка из настоящих Правил (полисные условия), сформированная на основе положений настоящих Правил, относящихся к конкретной Программе страхования и на основе которых заключен данный конкретный договор страхования, дополнительно включается в текст электронного договора страхования (страхового полиса).

8.7.9. Договор страхования, составленный в виде электронного документа, считается заключенным Страхователем на предложенных Страховщиком условиях с момента

уплаты Страхователем страховой премии (страхового взноса).

8.8. Заключение договора страхования в стандартном порядке (на бумажном носителе).

8.8.1. Договор страхования в случае непосредственного обращения к Страховщику (его уполномоченному представителю) заключается на основании устного или письменного заявления Страхователя.

8.8.2. По просьбе Страхователя и с его слов заявление на страхование и прилагаемые к нему документы (списки, анкеты и т.п.) могут быть заполнены представителем Страховщика с соблюдением следующих требований:

- использование формулировок, не допускающих неоднозначного толкования;
- при заполнении от руки - разборчивое заполнение.

8.8.3. В случае заполнения заявления на страхование в письменной форме оно должно быть подписано Страхователем или его уполномоченным представителем.

8.8.4. Заявление на страхование, если оно изложено в письменной форме, и документы, прилагаемые к нему, являются неотъемлемой частью договора страхования.

8.8.5. Для заключения договора страхования Страхователь с заявлением на страхование (если оно оформляется в письменной форме) предоставляет информацию и документы, указанные в п.п. 8.22 – 8.23 настоящих Правил, с учетом п. 8.24 настоящих Правил.

8.8.6. Для принятия решения о заключении договора страхования Страховщик имеет право требовать предоставления Страхователем (лицом, принимаемым на страхование) сведений о состоянии здоровья лица, принимаемого на страхование, в том числе заполнения соответствующих форм анкет, прохождения лицом, принимаемым на страхование, медицинского обследования.

8.8.7. При заключении договора страхования Страховщик имеет право направить лицо, принимаемое на страхование, на медицинское обследование для оценки фактического состояния его здоровья или потребовать выписку из истории болезни.

Предварительное медицинское обследование производится за счет средств Страхователя (лица, принимаемого на страхование).

О необходимости прохождения медицинского обследования Страховщик письменно уведомляет Страхователя (лицо, заявляемое на страхование) при обращении Страхователя к Страховщику с заявлением на страхование.

По соглашению сторон данное условие может быть включено в договор страхования.

В случае если Страховщик потребовал прохождения медицинского обследования для оценки страхового риска, договор страхования может быть заключен только после исполнения Страхователем (лицом, принимаемым на страхование) указанных требований.

Дата, время и место, а также порядок проведения обследования согласовывается с лицом, заявляемым на страхование.

8.8.8. В договоре страхования должен быть четко определен идентифицирующий признак, позволяющий однозначно установить Застрахованное лицо (работник предприятия согласно штатному расписанию и т.п.).

8.9. Не включенные в текст договора страхования условия, содержащиеся в настоящих Правилах, обязательны для Страхователя (Застрахованного лица), если в договоре страхования прямо указывается на применение настоящих Правил и сами Правила изложены в одном документе с договором страхования или на его оборотной стороне либо приложены к нему.

8.10. В договоре страхования должны быть указаны фамилия, имя отчество (при наличии) или инициалы, должность (при подписании договора работником Страховщика) лица, подписывающего от имени Страховщика договор страхования, а также сведения о документе, подтверждающем полномочия данного лица. При подписании договора страхования работником Страховщика, не являющимся единоличным исполнительным органом Страховщика или руководителем коллегиального исполнительного органа Страховщика, его полномочия подтверждаются доверенностью.

8.11. При заключении договора страхования по требованию Страхователя доверенность на подписание договора должна быть представлена Страховщиком Страхователю в форме надлежаще заверенной копии.

8.12. Договор страхования может заключаться путем:

- составления одного документа, подписанного от имени Сторон уполномоченными лицами (пункт 2 статьи 434 Гражданского кодекса Российской Федерации);

- вручения Страховщиком Страхователю страхового полиса, в подтверждение факта заключения договора страхования, подписанного от имени Страховщика уполномоченным лицом. В последнем случае согласие Страхователя заключить договор страхования на предложенных Страховщиком условиях подтверждается принятием Страхователем документов, указанных в настоящем пункте Правил.

8.13. В случае установления законодательных требований к бланку договора страхования (полису ДМС трудовых мигрантов), то договор страхования (полис ДМС трудовых мигрантов) заключается с использованием бланков отвечающих таким требованиям.

8.14. Договор страхования должен содержать в том числе следующие сведения.

8.14.1. Сведения о Страхователе:

а) в случае если Страхователем является физическое лицо:

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

- пол;

- дата рождения;

- гражданство (при наличии);

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

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

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

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

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

- дата рождения;

- гражданство (при наличии);

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

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

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

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

в) в случае если Страхователем является юридическое лицо:

- организационно-правовая форма;

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

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

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

— фамилия, имя, отчество (последнее – при наличии) и должность лица, уполномоченного подписывать договор страхования от имени Страхователя и документ, на основании которого он подписывает договор страхования.

8.14.2. Информацию о Застрахованном лице:

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

— пол;

— дата рождения;

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

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

— гражданство (при наличии);

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

8.14.3. 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 страхования.

8.14.4. Серию и номер полиса ДМС трудовых мигрантов.

8.14.5. Дату заполнения полиса ДМС трудовых мигрантов.

8.14.6. Срок действия договора страхования.

8.14.7. Территорию действия договора страхования.

8.14.8. Размер страховой суммы.

8.14.9. Подпись Страхователя.

8.15. При осуществлении страхования Страховщик обязан обеспечить возможность проверки наличия действующего договора страхования (полиса) по его серии и номеру на своем официальном сайте в информационно-телекоммуникационной сети «Интернет».

8.16. При заключении договора страхования Страховщик обязан предоставить Страхователю настоящие Правила, Программы страхования, дополнительные условия страхования, если они являются неотъемлемой частью договора страхования. В случае, если договор страхования заключался с использованием личного кабинета, указанные документы предоставляются посредством личного кабинета.

8.17. При заключении договора страхования на условиях, содержащихся в настоящих Правилах, они становятся неотъемлемой частью договора страхования и обязательными для Страхователя и Страховщика.

8.18. Если в договоре страхования (страховом полисе) имеется ссылка на документ в котором изложены условия страхования, полностью или частично, то данные условия должны быть изложены в одном документе с договором страхования (страховым полисом), либо на его оборотной стороне, либо приложены к договору страхования (страховому полису) как его неотъемлемая часть (в таком случае вручение Страхователю при заключении договора страхования таких условий (или настоящих Правил) должно быть удостоверено записью в договоре страхования), либо договор страхования должен содержать ссылку на адрес размещения таких условий на сайте Страховщика в информационно-телекоммуникационной сети «Интернет», либо Страхователь должен быть проинформирован о таких условиях путем направления файла, содержащего текст данного документа, на указанный Страхователем адрес электронной почты или путем вручения Страхователю электронного носителя информации, на котором размещен файл, содержащий текст данного документа. В договоре страхования должны быть указаны признаки, позволяющие однозначно определить редакцию документа, в котором изложены условия страхования.

8.19. В случае если документ, в котором изложены условия страхования, был представлен Страхователю без вручения текста документа на бумажном носителе, Страховщик обязан по требованию Страхователя выдать ему текст указанного документа на бумажном носителе.

8.20. Страховщик вправе формировать страховые продукты (Программы страхования) с использованием отдельных или совокупности условий страхования, содержащихся в настоящих Правилах. Страховщик вправе присваивать таким страховым продуктам (Программам страхования) маркетинговые наименования. Страховщик вправе формировать выдержки из настоящих Правил, которые непосредственно относятся к условиям конкретного договора страхования или отдельной группе договоров страхования, заключаемых на основе настоящих Правил, ориентированных на конкретного Страхователя или сегмент Страхователей, в той мере, в какой это не противоречит законодательству Российской Федерации и настоящими Правилам.

8.21. При заключении договора страхования между Страхователем и Страховщиком должно быть достигнуто соглашение по следующим существенным условиям:

- о Застрахованном лице (Застрахованных лицах);
- о характере события, на случай наступления которого в жизни Застрахованного лица осуществляется страхование (страховом случае);
- о Программе (Программах) страхования и перечне медицинских организаций и иных учреждений, оказывающих медицинские и иные услуги Застрахованным лицам в рамках договора страхования;
- о размере страховой суммы;
- о сроке действия договора страхования.

8.22. При заключении договора страхования Страховщиком могут быть запрошены следующие сведения (в том числе в заявлении на страхование) и (или) документы (оригиналы и/или надлежаще заверенные копии):

8.22.1. Сведения (и (или) документы) для идентификации Страхователя.

8.22.1.1. Если Страхователем выступает юридическое лицо (резидент и нерезидент РФ):

- организационно-правовая форма;
- полное и (при наличии) сокращенное наименование, в том числе фирменное наименование, для коммерческих организаций на русском языке, страна регистрации. 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;
- ИНН или код иностранной организации Страхователя;
- 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 (при наличии), адрес сайта и (или) электронной почты организации (при наличии);
- основной государственный регистрационный номер согласно свидетельству о государственной регистрации юридического лица либо свидетельству о внесении записи в единый государственный реестр юридических лиц – для юридических лиц, зарегистрированных в соответствии с законодательством Российской Федерации;
- документ, признаваемый в Российской Федерации в соответствии с международным соглашением документом, удостоверяющим статус данного юридического лица - для нерезидента;
- документы, свидетельствующие о регистрации юридического лица в качестве налогоплательщика с указанием регистрационного номера, идентификационного номера налогоплательщика или кода иностранной организации - для нерезидента;
- место государственной регистрации;
- номер записи об аккредитации филиала, представительства иностранного юридического лица в государственном реестре аккредитованных филиалов, представительств иностранных юридических лиц, регистрационный номер юридического лица по месту учреждения и регистрации - для нерезидента;
- сведения об органах юридического лица (структура и персональный состав органов управления юридического лица, за исключением сведений о персональном составе акционеров (участников) юридического лица, владеющих менее чем пятью процентами акций (долей) юридического лица);
- банковский идентификационный код - для кредитных организаций - резидентов;
- код ОКПО;
- банковские реквизиты;
- сведения о лицензии на право осуществления деятельности, подлежащей лицензированию: вид, номер, дата выдачи лицензии, кем выдана, срок действия, перечень видов лицензируемой деятельности;
- сведения о руководителе в объеме сведений, предусмотренных для физических лиц (п. 8.22.1.4 настоящих Правил);
- сведения о бенефициарных владельцах Страхователя в объеме сведений, предусмотренных для физических лиц (п. 8.22.1.4 настоящих Правил)
- 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;
- доменное имя, указатель страницы сайта в сети «Интернет», с использованием которых Страхователем оказываются услуги (при наличии).

8.22.1.2. Если Страхователем выступает иностранная структура без образования юридического лица:

- наименование, фирменное наименование на русском языке (полное и (или) сокращенное) и (или) на иностранных языках (при наличии);
- регистрационный номер (номера), присвоенный иностранной структуре без образования юридического лица в государстве (на территории) ее регистрации (инкорпорации) при регистрации (инкорпорации) (при наличии);
- код (коды) иностранной структуры без образования юридического лица в государстве (на территории) ее регистрации (инкорпорации) в качестве налогоплательщика (или их аналоги) (при наличии);
- место государственной регистрации (местонахождение);
- номера телефонов, факса (при наличии), адрес электронной почты, другие средства связи (при наличии);
- место ведения основной деятельности;
- структура и персональный состав органов управления иностранной структуры без образования юридического лица (при наличии);
- состав имущества, находящегося в управлении (собственности), фамилия, имя и отчество (при наличии) (наименование) и адрес места жительства (места нахождения) учредителей и доверительного собственника (управляющего) – для трастов и иных

иностранных структур без образования юридического лица с аналогичной структурой или функцией;

- сведения о руководителе в объеме сведений, предусмотренных для физических лиц (п. 8.22.1.4 настоящих Правил);

- сведения о бенефициарных владельцах Страхователя в объеме сведений, предусмотренных для физических лиц (п. 8.22.1.4 настоящих Правил).

8.22.1.3. Если Страхователем выступает физическое лицо, зарегистрированное в качестве индивидуального предпринимателя (резидент и нерезидент РФ):

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

- дата рождения;

- гражданство (при наличии);

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

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

- документ, подтверждающий право данного лица на пребывание в Российской Федерации - для нерезидента;

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

- ИНН (при наличии);

- информация о страховом номере индивидуального лицевого счета Застрахованного лица в системе обязательного пенсионного страхования (при наличии) - СНИЛС;

- документ, признаваемый в Российской Федерации в соответствии с международным соглашением документом, удостоверяющим статус данного лица - для нерезидента;

- отношение к иностранному публичному должностному лицу, должностному лицу публичных международных организаций, а также лицам, замещающим (занимающим) государственные должности Российской Федерации, должности членов Совета директоров Центрального банка Российской Федерации, должности федеральной государственной службы, назначение на которые и освобождение от которых осуществляются Президентом Российской Федерации или Правительством Российской Федерации, должности в Центральном банке Российской Федерации, государственных корпорациях и иных организациях, созданных Российской Федерации на основании федеральных законов, включенные в перечни должностей, определяемые Президентом Российской Федерации; должность страхователя к перечисленным выше лицам и адрес работодателя; степень родства либо статус к указанным в данном абзаце лицам;

- основной государственный регистрационный номер Страхователя, 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;

- место государственной регистрации Страхователя;

- банковские реквизиты;

- сведения о бенефициарных владельцах Страхователя в объеме сведений, предусмотренных для физических лиц (п. 8.22.1.4 настоящих Правил) – в случае если имеются основания полагать, что бенефициарным владельцем является не сам Страхователь, а иное физическое лицо;

- доменное имя, указатель страницы сайта в сети «Интернет», с использованием

которых Страхователем оказываются услуги (при наличии).

8.22.1.4. Если Страхователем выступает физическое лицо:

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

- пол;

- дата рождения;

- гражданство (при наличии);

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

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

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

- ИНН (при наличии);

- информация о страховом номере индивидуального лицевого счета Застрахованного лица в системе обязательного пенсионного страхования (при наличии) - СНИЛС;

- отношение к иностранному публичному должностному лицу, должностному лицу публичных международных организаций, а также лицам, замещающим (занимающим) государственные должности Российской Федерации, должности членов Совета директоров Центрального банка Российской Федерации, должности федеральной государственной службы, назначение на которые и освобождение от которых осуществляются Президентом Российской Федерации или Правительством Российской Федерации, должности в Центральном банке Российской Федерации, государственных корпорациях и иных организациях, созданных Российской Федерации на основании федеральных законов, включенные в перечни должностей, определяемые Президентом Российской Федерации; должность страхователя к перечисленным выше лицам и адрес работодателя; степень родства либо статус к указанным в данном абзаце лицам.

- Дополнительно в отношении иностранных граждан и лиц без гражданства, находящихся на территории Российской Федерации:

- а) в случае непредставления документа, подтверждающего право иностранного гражданина на пребывание (проживание) на территории Российской Федерации – данные миграционной карты:

- номер карты;

- дата начала срока пребывания в Российской Федерации;

- дата окончания срока пребывания в Российской Федерации;

- б) данные документа, подтверждающего право иностранного гражданина или лица без гражданства на пребывание (проживание) в Российской Федерации (если наличие указанных данных предусмотрено законодательством Российской Федерации)⁵:

- серия (если имеется) и номер документа;

- дата начала срока действия права пребывания (проживания);

⁵ Документами, подтверждающими право иностранного гражданина или лица без гражданства на пребывание (проживание) в Российской Федерации, являются:

- вид на жительство – для постоянно проживающих;

- разрешение на временное пребывание – для временно проживающих;

- виза и миграционная карта – для временно пребывающих;

- удостоверение беженца – для беженцев;

- удостоверение вынужденного переселенца – для вынужденных переселенцев;

- иной документ, подтверждающий в соответствии с законодательством Российской Федерации право иностранного гражданина или лица без гражданства на пребывание (проживание) в Российской Федерации.

— дата окончания срока действия права пребывания (проживания).

8.22.1.5. Для всех категорий Страхователей:

— документ, удостоверяющий полномочия представителя Страхователя, доверенность или иной документ, свидетельствующий о наличии и объеме полномочий представителя Страхователя (наименование, дата выдачи, срок действия, номер документа, на котором основаны полномочия);

— сведения о представителе в объеме сведений, предусмотренных для физических лиц (п. 8.22.1.4 настоящих Правил);

— сведения о финансовом положении, деловой репутации, целях финансово-хозяйственной деятельности; об источниках происхождения денежных средств и (или) иного имущества;

— анкеты по форме Страховщика, подписанные Страхователем;

— сведения и документы, необходимые в соответствии с требованиями действующего законодательства Российской Федерации для идентификации лиц, указываемых в договоре страхования (Страхователя, представителя Страхователя, Застрахованного лица, Выгодоприобретателя), бенефициарного владельца Страхователя.

При проведении идентификации Страхователя, представителя Страхователя, Застрахованного лица, Выгодоприобретателя, бенефициарного владельца Страхователя, обновлении информации о них, Страховщик вправе требовать предоставления Страхователем, представителем Страхователя и получать от них сведения (документы) необходимые для идентификации Страховщиком, предусмотренные Федеральным законом от 07.08.2001 N 115-ФЗ "О противодействии легализации (отмыванию) доходов, полученных преступным путем, и финансированию терроризма" и принимаемыми на его основе нормативными правовыми актами Российской Федерации и нормативными актами Банка России.

Все предоставляемые Страховщику документы и сведения должны быть актуальными и действующими на момент подачи заявления на страхование.

8.22.2. Информацию о лицах, принимаемых на страхование (Застрахованных лицах):

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

— пол;

— дата рождения;

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

— данные документа, подтверждающего право иностранного гражданина или лица без гражданства на пребывание (проживание) в Российской Федерации (если наличие указанных данных предусмотрено законодательством Российской Федерации);

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

— гражданство (при наличии);

— контактная информация (телефон, адрес электронной почты (при наличии))

— отношение к иностранному публичному должностному лицу, должностному лицу публичных международных организаций, а также лицам, замещающим (занимающим) государственные должности Российской Федерации, должности членов Совета директоров Центрального банка Российской Федерации, должности федеральной государственной службы, назначение на которые и освобождение от которых осуществляются Президентом Российской Федерации или Правительством Российской Федерации, должности в Центральном банке Российской Федерации, государственных корпорациях и иных организациях, созданных Российской Федерации на основании федеральных законов, включенные в перечни должностей, определяемые Президентом Российской Федерации; должность страхователя к перечисленным выше лицам и адрес работодателя; степень родства либо статус к указанным в данном абзаце лицам.

Данные о лицах, принимаемых на страхование, могут быть оформлены в виде списка, прилагаемого к заявлению на страхование. После заключения договора страхования этот список, подписанный Страхователем, становится его неотъемлемой частью.

8.22.3. Сведения о предполагаемом виде медицинской помощи, Программах страхования (если по договору страхования предусмотрено несколько Программ страхования), наименовании медицинских и иных учреждений, страховой сумме, лимитах ответственности, о наличии / отсутствии франшизы, в том числе посредством согласия с вариантом страхования, предлагаемым Страховщиком.

8.22.4. Сведения о желаемом сроке страхования.

Срок действия договора страхования определяется исходя из сообщенного Страхователем (Застрахованным лицом) предполагаемого срока действия разрешения на работу или патента.

8.22.5. Сведения о состоянии здоровья лица, принимаемого на страхование, в том числе о наличии или отсутствии имеющихся у Застрахованного лица следующих заболеваний (состояний):

- особо опасные инфекционные заболевания⁶, в том числе: натуральная оспа, полиомиелит, вызванный диким полиовирусом; человеческий грипп, вызванный новым подтипом вируса; тяжелый острый респираторный синдром (ТОРС), холера, чума, желтая лихорадка, лихорадка Ласса; болезнь, вызванная вирусом Марбург; болезнь, вызванная вирусом Эбола; малярия, лихорадка Западного Нила, Крымская геморрагическая лихорадка, лихорадка Денге, менингококковая инфекция, лихорадка Рифт-Валл, сибирская язва, лепра;
- ВИЧ-инфекция, СПИД;
- наркологические заболевания;
- психические расстройства и расстройства поведения;
- злокачественные новообразования, гемобластозы;
- туберкулез;
- гепатиты В и С;
- коронавирусная инфекция (2019-nCoV).

8.22.6. Сведения о характере, интенсивности и условиях работы и (или) учебы лица, принимаемого на страхование.

8.22.7. Сведения об образе жизни, включая любительские занятия спортом и (или) наличие хобби у лица, принимаемого на страхование.

8.22.8. Сведения об употреблении лицом, принимаемым на страхование, в настоящее время или в прошлом наркотических, токсических, психотропных, сильнодействующих средств.

8.22.9. Сведения об истории страхования по предыдущим договорам страхования, заключенным в отношении лица, принимаемого на страхование.

8.23. Для заключения договора страхования Страховщик одновременно с заявлением на страхование вправе потребовать у Страхователя следующие документы (по согласованию со Страховщиком могут быть предоставлены надлежащим образом заверенные копии документов, в том числе электронные копии):

- а) если Страхователем является физическое лицо: документ, удостоверяющий личность Страхователя и Застрахованных лиц, в том числе паспорт гражданина Российской Федерации, временное удостоверение личности, удостоверение личности или военный билет военнослужащего, общегражданский заграничный паспорт, удостоверение беженца, паспорт моряка, паспорт иностранного гражданина либо вид на жительство иностранного гражданина, лица без гражданства;

⁶ В соответствии с Методическими указаниями «МУ 3.4.2552-09. 3.4. Санитарная охрана территории. Организация и проведение первичных противоэпидемических мероприятий в случаях выявления больного (трупа), подозрительного на заболевания инфекционными болезнями, вызывающими чрезвычайные ситуации в области санитарно-эпидемиологического благополучия населения» (утв. Главным государственным санитарным врачом РФ 17 сентября 2009 г.); Постановлением Правительства РФ от 01.12.2004 № 715 «Об утверждении перечня социально значимых заболеваний и перечня заболеваний, представляющих опасность для окружающих».

По решению уполномоченных органов перечень особо опасных инфекционных заболеваний может быть расширен.

б) если Страхователем является юридическое лицо: заверенные копии учредительных документов, лицензий, иных документов, на основании которых Страхователь - юридическое лицо осуществляет свою деятельность, заверенные копии документов, подтверждающих полномочия руководителя, и документов, удостоверяющих личность руководителя;

в) доверенность или иной документ, свидетельствующий о наличии и объеме полномочий представителя Страхователя;

г) документы, содержащие информацию о предыдущей истории страхования;

д) документы по результатам медицинского обследования Застрахованного лица.

е) Согласие на обработку персональных данных, в том числе специальных категорий персональных данных (включая врачебную тайну), если в соответствии с законодательством РФ Страховщик не вправе осуществлять обработку персональных данных без такого согласия.

8.24. По решению Страховщика перечень информации и (или) документов, предоставляемых для заключения договора страхования (в стандартном порядке и в виде электронного документа) и указанных в п.п. 8.22 и 8.23 настоящих Правил, может быть сокращен, если это не влияет на оценку риска, вероятность наступления страхового случая, а также определение размера ущерба и получателя страхового возмещения.

8.25. Документы должны быть предоставлены исключительно на русском языке либо с переводом на русский язык. Документы, указанные в п. 8.23 настоящих Правил, и выданные (оформленные) за границей Российской Федерации принимаются к рассмотрению при условии признания их легитимности на территории Российской Федерации (при наличии апостиля, легализации и т.д.).

8.26. Заклячая договор страхования на основании настоящих Правил, Страхователь подтверждает, что в момент заключения договора не относится к категории публичных должностных лиц (ПДЛ).

8.27. При заключении договора страхования Страхователь обязан сообщить Страховщику известные Страхователю обстоятельства, имеющие существенное значение для определения вероятности наступления страхового случая и размера возможных убытков от его наступления (страхового риска), если эти обстоятельства не известны и не должны быть известны Страховщику. При этом существенными признаются во всяком случае обстоятельства, указанные Страхователем в заявлении на страхование, а также определенно оговоренные Страховщиком в договоре страхования (страховом полисе) или в его письменном запросе, в том числе указанные в п. 8.22.5 настоящих Правил.

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

8.29. При заключении договора страхования Страхователь и Страховщик могут договориться об изменении или исключении отдельных положений настоящих Правил страхования и о дополнении настоящих Правил. Кроме того, Страховщик и Страхователь могут договориться об объеме страхового покрытия путем определения перечня заболеваний (состояний), обращение по поводу которых является страховым случаем по соответствующему договору страхования, а также путем определения исчерпывающего перечня лекарственных средств, изделий медицинского назначения, медицинских и иных услуг, включаемых в Программу страхования Застрахованного лица, а также изменения перечня исключений из Программ страхования. Перечень, медицинских и иных услуг по договору страхования в рамках конкретной Программы страхования, а также любое сочетание Программ страхования может иметь оригинальное название.

8.30. В случае утраты Страхователем в период действия страхования страхового полиса, на основании его письменного заявления (в произвольной форме) в течение 3 (трех) рабочих дней ему выдается дубликат договора страхования. После выдачи дубликата утраченный договор страхования считается недействительным и выплаты по нему не производятся.

8.31. Договор страхования исполняется сторонами в соответствии с законами Российской Федерации, иными нормативными правовыми актами и настоящими Правилами.

8.32. Вопросы, не урегулированные настоящими Правилами, определяются в соответствии с требованиями законодательства Российской Федерации.

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 ранее заключенных договоров страхования.

8.33. Действие настоящих Правил и любого договора страхования, заключенного в соответствии с ними, регулируются положениями действующего законодательства Российской Федерации.

9. СРОК СТРАХОВАНИЯ. ПРЕКРАЩЕНИЕ ДОГОВОРА СТРАХОВАНИЯ

9.1. Срок действия договора страхования определяется по соглашению сторон исходя из сообщенного Страхователем (Застрахованным лицом) предполагаемого срока действия разрешения на работу или патента.

9.2. Страхование, обусловленное договором страхования, распространяется на страховые случаи, произошедшие после вступления договора страхования в силу и до окончания срока его действия.

9.3. Если иное не предусмотрено договором страхования, договор страхования вступает в силу (при условии уплаты страховой премии или первого страхового взноса при уплате страховой премии в рассрочку) с даты, указанной в договоре страхования, но не ранее:

- при перечислении денежных средств безналичным порядком – с 00 часов дня, следующего за днем поступления страховой премии (первого страхового взноса) на расчетный счет Страховщика;

- при внесении наличных денежных средств в кассу или представителю Страховщика – с 00 часов дня, следующего за днем, в который была произведена уплата.

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

9.5. Договор страхования оканчивается в 24 часа 00 минут дня, указанного сторонами в договоре страхования как день окончания действия договора страхования.

9.6. Договор страхования прекращается в случаях:

9.6.1. Истечения срока его действия – в 24 часа 00 минут дня, определенного договором страхования в качестве даты окончания срока его действия.

9.6.2. Исполнения Страховщиком обязательств перед Страхователем по договору страхования в полном объеме.

9.7. Договор страхования прекращается досрочно в случаях:

9.7.1. Смерти Застрахованного лица – в день смерти, определенный соответствующим свидетельством (если договором страхования не предусмотрена услуга по посмертной репатриации останков в случае смерти Застрахованного лица).

По коллективному договору страхования страхование прекращается только в отношении умершего Застрахованного лица.

9.7.2. Неуплаты очередного страхового взноса (при уплате страховой премии в рассрочку) в срок, установленный в договоре страхования или уплаты его в меньшем размере, чем предусмотрено договором страхования. Договор страхования досрочно прекращается в соответствии с п. 7.13 настоящих Правил.

9.7.3. В случае отказа Страхователя от договора страхования в любое время, если к моменту отказ возможность наступления страхового случая не отпала и существование страхового риска не прекратилось по обстоятельствам иным, чем страховой случай.

9.7.4. В случае отказа Страхователя от замены Страховщика при передаче последним страхового портфеля другому Страховщику в соответствии с законодательством Российской Федерации.

9.7.5. При отказе Страхователя (физического лица) от страхования в случае непредоставления Страховщиком информации о договоре страхования или предоставление неполной или недостоверной информации о договоре страхования в соответствии с

требованиями Банка России (Указание Банка России от 29.03.2022 № 6109-У).

9.7.6. По соглашению сторон – с даты подписания соглашения или с даты, указанной в таком соглашении.

9.7.7. В случае ликвидации Страховщика в порядке, установленном действующим законодательством Российской Федерации – с даты начала процедуры ликвидации.

9.7.8. признания судом договора страхования недействительным;

9.7.9. досрочное прекращение действия (аннулирование) разрешения на работу (патента) трудового мигранта;

9.7.10. В других случаях, предусмотренных законодательством Российской Федерации и (или) договором страхования.

9.8. При досрочном прекращении договора страхования в целом или отношении какого-либо Застрахованного лица по основаниям, указанным в п.п. 9.7.1, 9.7.4., 9.7.5., 9.7.7, 9.7.9 настоящих Правил, Страховщик возвращает уплаченную страховую премию в размере части премии, приходящейся на неистекший срок действия договора страхования.

9.9. При досрочном прекращении договора страхования по основанию, указанному в п. 9.7.3 настоящих Правил, возврат страховой премии не осуществляется, если иное не предусмотрено договором страхования.

9.10. При досрочном прекращении договора страхования по основанию, указанному в п. 9.7.6 настоящих Правил, Страховщик возвращает уплаченную страховую премию в размере части премии, приходящейся на неистекший срок действия договора страхования, за вычетом расходов на ведение дела в соответствии со структурой тарифной ставки, утвержденной Страховщиком, если иное не предусмотрено соглашением сторон.

9.11. При досрочном прекращении договора страхования по основанию, указанному в п. 9.7.8. настоящих Правил, возврат страховой премии осуществляется в размере страховой премии.

9.12. Если после вступления в силу договора страхования, возможность наступления страхового случая отпала и существование страхового риска прекратилось по обстоятельствам иным, чем страховой случай, страховщик имеет право на часть страховой премии пропорционально времени, в течение которого действовало страхование.

10. ИЗМЕНЕНИЕ СТРАХОВОГО РИСКА

10.1. В период действия договора страхования Страхователь (Застрахованное лицо) обязан незамедлительно сообщить Страховщику о ставших ему известными значительных изменениях в обстоятельствах, сообщенных Страховщику при заключении договора страхования, если эти изменения могут существенно повлиять на увеличение страхового риска. Значительными во всяком случае признаются, оговоренные в договоре страхования и в переданных Страхователю настоящих Правилах.

К значительным изменениям, в частности, могут быть отнесены изменения в сведениях, указанных Страхователем в заявлении на страхование, о первичном диагностировании хронического заболевания, получении тяжелого увечья, установлении инвалидности, а также обстоятельства, предусмотренные Страховщиком и Страхователем в конкретном договоре страхования.

10.2. При получении информации об обстоятельствах, влекущих увеличение страхового риска Страховщик вправе потребовать изменения условий договора страхования или уплаты дополнительной страховой премии соразмерно увеличению риска. Расчет дополнительной страховой премии производится в порядке, определенном в п. 7.19 настоящих Правил.

Если Страхователь (Застрахованное лицо) возражает против изменения условий договора страхования или доплаты страховой премии, Страховщик вправе потребовать расторжения договора страхования в порядке, предусмотренном гражданским законодательством Российской Федерации.

При неисполнении Страхователем (Застрахованным лицом) обязанностей по сообщению Страховщику об увеличении страхового риска последний вправе потребовать расторжения договора страхования и возмещения убытков в порядке, предусмотренном гражданским законодательством Российской Федерации (п. 5 ст. 453 ГК РФ).

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

11. ПРАВА И ОБЯЗАННОСТИ СТОРОН

11.1. Права и обязанности Застрахованного лица.

11.1.1. Застрахованное лицо имеет право:

а) на своевременное и качественное получение медицинских и иных услуг в соответствии Программой (программами) страхования и медицинскими и (или) иными организациями, определенными договором страхования и (или) Программой страхования или обращение в которые согласовано и (или) организовано Страховщиком.

б) получить индивидуальный страховой полис.

11.1.2. Застрахованное лицо обязано:

а) соблюдать предписания лечащего врача;

б) соблюдать порядок оказания медицинской и иной помощи, предусмотренной Программой страхования, требования настоящих Правил, условий договора страхования, предписания лечащего врача в ходе получения медицинской помощи, распорядок, установленный медицинской организацией;

в) обеспечить надлежащее хранение страхового полиса, исключающее возможность его использования для получения медицинских услуг третьими лицами;

г) сообщить Страхователю и Страховщику об обстоятельствах, влекущих увеличение страхового риска.

Представлять Страховщику достоверные сведения, необходимые для исполнения договора страхования;

д) при утрате страхового полиса и информационной документации незамедлительно извещать об этом Страховщика;

е) сообщать своевременно Страховщику об изменении фамилии, имени, а также отчества (если иное не вытекает из закона или национального обычая), гражданства, реквизитов документа, удостоверяющего личность, документа, подтверждающего право иностранного гражданина или лица без гражданства на пребывание (проживание) в Российской Федерации, адреса места жительства (регистрации) или места пребывания;

ж) компенсировать расходы Страховщика, возникшие в связи с неявкой Застрахованного лица на заранее согласованные с медицинской организацией процедуры, приемы и исследования, а также в связи с необоснованным или ложным вызовом скорой медицинской помощи (СМП).

Вызов на дом врача, скорой или неотложной медицинской помощи и использование санитарного транспорта считается необоснованным, если:

— вызов осуществлен Застрахованным лицом для медицинского обслуживания незастрахованного лица;

— при вызове, осуществленном Застрахованным лицом или лицом, действующим в его интересах, преднамеренно представлена искаженная информация, касающаяся необходимости медицинской помощи и (или) места пребывания Застрахованного лица;

— вызов осуществлен не в медицинских целях;

— вызов осуществлен к Застрахованному лицу, находящемуся в состоянии алкогольного, наркотического или иного токсического опьянения или остаточных явлений такого опьянения;

— при вызове Застрахованное лицо отсутствует по указанному адресу или отказывается от осмотра;

— вызов осуществлен к Застрахованному лицу, не нуждающемуся в оказании экстренной или неотложной медицинской помощи (с целью получения плановых медицинских манипуляций);

з) предоставлять Страховщику для ознакомления медицинскую документацию из любых медицинских и иных организаций для решения вопросов, связанных с реализацией договора страхования и оплатой оказанных Застрахованному лицу услуг;

и) посещать заранее согласованные с медицинской и (или) иной организацией процедуры, приемы и исследования, не нарушать лечебный режим, вызывать скорую медицинскую помощь только в случае необходимости;

к) соблюдать установленные и общепринятые правила и нормы безопасности, а также воздерживаться от нецелесообразного совершения действий, которые приводят к неблагоприятным последствиям для его жизни и здоровья;

л) по требованию Страховщика пройти медицинское освидетельствование, как при заключении договора страхования, так и после наступления страхового случая.

11.2. Права и обязанности Страхователя.

11.2.1. Страхователь имеет право:

а) получить информацию о Страховщике в соответствии с действующим законодательством Российской Федерации;

б) ознакомиться с настоящими Правилами, на условиях которых заключён договор страхования;

в) получить любые разъяснения по заключённому договору страхования и положениям, содержащимся в настоящих Правилах;

г) требовать от Страховщика исполнения обязательств в соответствии с условиями договора страхования;

д) осуществлять контроль за соблюдением Страховщиком условий договора страхования;

е) расширить перечень медицинских услуг и медицинских организаций в пределах, предусмотренных настоящими Правилами и утвержденными Программами страхования, при условии подписания дополнительного соглашения к договору страхования и своевременной уплаты дополнительно рассчитанной Страховщиком страховой премии;

ж) досрочно расторгнуть договор страхования в порядке, предусмотренном настоящими Правилами и гражданским законодательством Российской Федерации;

з) отказаться от замены Страховщика в случаях и порядке, предусмотренных законодательством Российской Федерации

и) получить дубликат полиса страхования или копию договора страхования в случае его утраты;

к) получать от Страховщика информацию, касающуюся его финансовой устойчивости и не являющуюся коммерческой тайной;

л) получить информацию о размере вознаграждения, выплачиваемого страховому агенту или страховому брокеру, при посредничестве которого был заключен договор страхования;

м) требовать от Страховщика разъяснения расчетов изменения в течение срока страхования страховой суммы, расчетов страховой выплаты;

н) получить по запросу копию договора страхования (страхового полиса) и иных документов, являющихся неотъемлемой частью договора страхования (настоящих Правил, Программ страхования и других документов в соответствии с условиями, указанными в договоре страхования), по действующим договорам страхования бесплатно один раз. Исключение составляет информация, не подлежащая разглашению (персональные данные других Застрахованных лиц, условия страхования других категорий Застрахованных лиц и т.п.);

о) получить по запросу один раз по одному договору страхования бесплатно заверенный Страховщиком расчет суммы страховой премии (части страховой премии), подлежащих возврату в связи с расторжением или досрочным прекращением договора страхования, со ссылками на нормы права и (или) условия договора страхования и настоящих Правил, на основании которых произведен расчет.

п) Обратиться с письменным заявлением к Страховщику с предложением дополнительно включить в коллективный договор страхования новых Застрахованных лиц, либо, с согласия Страховщика, производить замену Застрахованных лиц по договору страхования (в соответствии с п. 2 ст. 955 ГК РФ).

11.2.2. Страхователь обязан:

а) предоставить Страховщику полную и достоверную информацию, необходимую для заключения договора страхования;

б) уплатить страховую премию в размере и в сроки, определенные договором страхования;

в) довести до сведения каждого Застрахованного лица условия страхования, определенные договором страхования;

г) сообщить Страховщику об обстоятельствах, влекущих увеличение страхового риска;
д) сообщить Страховщику при заключении договора страхования о факте принадлежности к категории ПДЛ (п. 8.26 настоящих Правил) лиц, поименованных в договоре страхования и приложениях к нему, включая себя (Страхователь, Застрахованное лицо, Выгодоприобретатель);

е) в течение срока страхования при наличии изменений в сведениях о принадлежности / отсутствии принадлежности лиц, поименованных в договоре страхования и приложениях к нему, включая себя (Страхователь, Застрахованное лицо, Выгодоприобретатель), к категории ПДЛ, сообщить об этом Страховщику в течение 5 (пяти) рабочих дней со дня соответствующих изменений;

ж) предоставлять Страховщику по его требованию информацию и документы, необходимые для исполнения требований законодательства Российской Федерации, в том числе Федерального закона от 07.08.2001 № 115-ФЗ «О противодействии легализации (отмыванию) доходов, полученных преступным путем, и финансированию терроризма», включая информацию о руководителях, представителях, отличных от руководителей, Выгодоприобретателях и бенефициарных владельцах. Информация и документы предоставляются в сроки, указанные в письменном запросе Страховщика.

В случае внесения изменений в ранее представленные документы и сведения, Страхователь в течение 10 (десяти) календарных дней с даты внесения соответствующих изменений, обязан письменно уведомить об этом Страховщика с соблюдением положений раздела 13 настоящих Правил, и представить ему надлежащим образом заверенные документы, подтверждающие внесение изменений;

з) предоставить Страховщику согласие на обработку своих персональных данных;

и) получить согласие Застрахованных лиц, Выгодоприобретателей на передачу их персональных данных (в том числе персональных данных специальных категорий на обработку Страховщику, а также третьим лицам (страховому брокеру, страховому агенту, актуариям, перестраховщикам, аудиторам и другим лицам), с которыми у Страховщика заключены соответствующие соглашения, обеспечивающие надежное хранение и предотвращение незаконного разглашения (конфиденциальность) персональных данных, включая третьих лиц, проводящих работу по передаче или записи в информационную систему Страховщика, с целью заключения и исполнения договора страхования, а также о составе переданных Страховщику персональных данных, уведомить их о факте такой передачи и о составе переданных Страховщику персональных данных. Предоставить по запросу Страховщику письменные согласия Застрахованных лиц, Выгодоприобретателей;

к) письменно уведомить Страховщика в случае отзыва Застрахованным лицом своего согласия на обработку персональных данных, переданного Страхователю;

л) незамедлительно сообщать Страховщику обо всех ставших ему известными изменениях в обстоятельствах, сообщенных Страховщику при заключении договора страхования, если эти обстоятельства могут повлиять на существенное увеличение страхового риска (в соответствии с разделом 10 настоящих Правил);

м) немедленно сообщить Страховщику в письменном виде об изменении своих банковских реквизитов, места нахождения, номеров контактных телефонов и иных средств связи, а также об изменении фамилии, имени, отчества Застрахованного лица, его фактического места жительства, места работы / учебы, профессии, данных документа, удостоверяющего личность Застрахованного лица (в случае замены);

н) соблюдать установленные и общепринятые правила и нормы безопасности, а также воздерживаться от совершения действий, которые могут повлечь неблагоприятные последствия в отношении жизни и здоровья Застрахованного лица;

о) в случае заболевания и (или) травмы Застрахованного лица принимать разумные и доступные меры для уменьшения вреда жизни и здоровью Застрахованного лица;

п) надлежащим образом оформить и сохранить все документы, связанные с заболеванием и (или) травмой Застрахованного лица;

р) обеспечивать сохранность документов по договору страхования при самостоятельной оплате по согласованию со Страховщиком предусмотренных Программой страхования медицинских и иных услуг, лекарственных препаратов;

с) компенсировать расходы Страховщика, возникшие в связи с неявкой Застрахованного лица на заранее согласованные с медицинской организацией процедуры,

приемы и исследования, а также компенсировать штраф в связи с необоснованным вызовом скорой медицинской помощи или необоснованно оказанными услугами иному лицу, воспользовавшемуся полисом ДМС Застрахованного лица, при условии выставления соответствующего счета Страховщиком;

т) обеспечить представителям Страховщика доступ к подлинникам любых имеющихся у Страхователя документов, имеющих отношение к заболеванию и (или) травме Застрахованного лица; предоставить представителям Страховщика возможность изучать, копировать, фотографировать любые документы, связанные с заболеванием и (или) травмой Застрахованного лица, а также опрашивать любых лиц, обладающих сведениями (информацией) об обстоятельствах их наступления.

11.3. Права и обязанности Страховщика.

11.3.1. Страховщик имеет право:

а) требовать от Страхователя предоставления полной и достоверной информации, необходимой для заключения договора страхования;

б) по соглашению со Страхователем изменить страховую сумму по договору страхования путем составления дополнительного соглашения к договору страхования на условиях настоящих Правил и уплаты дополнительной страховой премии. Расчет дополнительной страховой премии производится в порядке, определенном в п. 7.19 настоящих Правил;

в) потребовать расторжения договора страхования и возмещения убытков в порядке, предусмотренном гражданским законодательством Российской Федерации, при неисполнении Страхователем (Застрахованным лицом) обязанностей по сообщению Страховщику об обстоятельствах, влекущих увеличение страхового риска;

г) перед заключением договора страхования потребовать проведения медицинских обследований (по отдельным принимаемым на страхование лицам), результаты которых могут иметь существенное значение для оценки степени страхового риска, и предоставления документов, подтверждающих состояние их здоровья.

Если Страховщик считает необходимым проведение освидетельствования лица, подлежащего страхованию, он выдает лицу, обратившемуся с заявлением о страховании, направление на освидетельствование с указанием даты, времени и места освидетельствования. Лицу, лично обратившемуся к Страховщику с заявлением о страховании, направление на освидетельствование выдается на руки, в получении которого лицо, обратившееся с заявлением о страховании, расписывается на втором экземпляре (копии) направления на освидетельствование или в письменном заявлении о страховании. Лицу, обратившемуся с заявлением о страховании по почте или через официальный сайт Страховщика в информационно-коммуникационной сети «Интернет», Страховщик направляет уведомление о проведении освидетельствования соответственно по почте или через официальный сайт Страховщика в информационно-коммуникационной сети «Интернет»;

д) требовать заполнения дополнительных анкет по форме Страховщика;

е) осуществлять обработку персональных данных в соответствии с действующим законодательством Российской Федерации;

ж) проверять выполнение Страхователем (Застрахованным лицом) требований договора страхования;

з) для принятия решения о страховой выплате запрашивать у Страхователя (Застрахованного лица) медицинскую документацию, отражающую историю болезни, физическое и психическое состояние, диагноз, ход и прогноз результатов лечения, перечень которой предусмотрен настоящими Правилами или договором страхования, а также самостоятельно выяснять у медицинских организаций, правоохранительных органов и иных учреждений обстоятельства, связанные с этим фактом, и организовывать за свой счет проведение независимых медицинских экспертиз;

и) разрабатывать страховые продукты, формировать программы страхования с использованием отдельных или совокупности условий страхования, содержащихся в настоящих Правилах. Страховщик вправе присваивать таким страховым продуктам, программам страхования маркетинговые наименования. Страховщик вправе формировать выдержки из настоящих Правил (условия страхования), которые непосредственно относятся к условиям конкретного договора страхования или отдельной группе договоров страхования,

закрываемых на основе настоящих Правил, ориентированных на конкретного Страхователя или сегмент Страхователей, в той мере, в какой это не противоречит законодательству Российской Федерации и настоящим Правилам;

к) при непредставлении лицом, обратившимся за страховой выплатой, банковских реквизитов, а также других сведений, необходимых для осуществления страховой выплаты в безналичном порядке, продлить (приостановить) срок осуществления страховой выплаты до получения Страховщиком указанных сведений. Страховщик обязан уведомить обратившееся лицо о факте приостановки и запросить у него недостающие сведения;

л) не оплачивать медицинские и иные услуги в случаях, предусмотренных настоящими Правилами;

м) осуществлять иные действия в порядке исполнения положений настоящих Правил и договора страхования в соответствии с законодательством Российской Федерации.

11.3.2. Страховщик обязан:

а) заключать договоры на оказание медицинских и иных услуг иностранным гражданам и лицам без гражданства в соответствии с нормативными правовыми актами в области медицинского страхования, настоящими Правилами;

б) обеспечить своевременную выдачу Застрахованным лицам страховых полисов;

в) обеспечить предоставление Застрахованным лицам медицинской помощи и услуг, определенных договором страхования;

г) защищать интересы Застрахованных лиц посредством контроля за объемом, сроками и качеством оказываемой Застрахованным лицам медицинской помощи в соответствии с условиями договора страхования;

д) не разглашать полученные им в результате своей профессиональной деятельности сведения о Страхователе, его контрагентах и их имущественном положении.

е) не разглашать полученные в результате своей профессиональной деятельности сведения о состоянии здоровья Застрахованных лиц и их имущественном положении;

ж) ознакомить Страхователя с настоящими Правилами и условиями договора страхования, а также разъяснить и вручить Страхователю условия договора страхования и положения настоящих Правил;

з) после получения сообщения о событии, имеющем признаки страхового случая, и всех необходимых документов, согласованных при заключении договора страхования:

— выяснить все обстоятельства, принять решение о выплате или об отказе в выплате;

— составить страховой акт и определить на основании предоставленных Страхователем документов размер убытка;

— произвести расчет суммы страховой выплаты;

— произвести страховую выплату в установленный договором страхования срок;

и) при заключении договора страхования информировать Страхователя об адресах мест приема документов при наступлении событий, имеющих признаки страхового случая, а также своевременно информировать Страхователя (Застрахованное лицо, Выгодоприобретателя) об изменениях таких адресов на официальном сайте, а также непосредственно Страхователя (Застрахованное лицо, Выгодоприобретателя) при его обращении. В случае невозможности информирования Страхователя (Застрахованного лица, Выгодоприобретателя) до наступления события, имеющего признаки страхового случая, об адресах приема документов при наступлении таких событий, Страховщик обеспечивает своевременное получение указанных сведений посредством телефонной связи, по электронной почте, а также иным способом, в случае указания его в договоре страхования, при обращении Страхователя (Застрахованного лица, Выгодоприобретателя);

к) осуществлять взаимодействие со Страхователем посредством телефона, почты и электронной почты, указанных Страхователем при заключении договора страхования либо в период действия договора страхования;

л) проинформировать Страхователя о факте просрочки уплаты очередного страхового взноса или факте его уплаты не в полном объеме (если такой факт имеет место), а также о последствиях таких нарушений способом, согласованным со Страхователем при заключении договора страхования;

м) в случае невозможности оказания медицинской или иной организацией Застрахованному лицу отдельных услуг, предусмотренных договором страхования и/или

Программой добровольного страхования, организовать и/или оплатить оказание аналогичных по качеству медицинских или иных услуг в другой медицинской или иной организации.

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

о) Обеспечить возможность проверки наличия действующего договора страхования (Полиса ДМС трудовых мигрантов), заключенного в отношении Застрахованного лица, по его серии и номеру на своем официальном сайте в информационно-телекоммуникационной сети "Интернет".

п) после того, как Страховщику стало известно о наступлении события, имеющего признаки страхового случая, по запросу Страхователя проинформировать его:

— обо всех предусмотренных договором и (или) настоящими Правилами необходимых действиях, которые Страхователь (Застрахованное лицо, Выгодоприобретатель) должен предпринять, и обо всех документах, представление которых обязательно для рассмотрения вопроса о признании события страховым случаем и определения размера страховой выплаты, а также о сроках проведения указанных действий и представления документов;

— о предусмотренных договором и (или) настоящими Правилами форме и способах осуществления страховой выплаты и порядке их изменения, направленных на обеспечение прав получателя страховой выплаты (Страхователя, Выгодоприобретателя) удобным для него способом.

12. ПОРЯДОК ВЫПОЛНЕНИЯ ОБЯЗАТЕЛЬСТВ ПО ДОГОВОРУ СТРАХОВАНИЯ. ОПЛАТА СТОИМОСТИ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ. СТРАХОВАЯ ВЫПЛАТА

12.1. Право Застрахованного лица на получение и оплату медицинской помощи, предусмотренной договором страхования, наступает с даты, указанной в договоре страхования, при условии выполнения обязательств Страхователя по уплате страховой премии (страховых взносов).

12.2. Предоставление медицинской помощи, обусловленной договором страхования, осуществляется путем обращения Застрахованного лица в медицинские организации и сервисные учреждения, указанные в договоре страхования, если иное не предусмотрено договором страхования или Программой страхования.

При обращении Застрахованного лица в медицинскую организацию предъявляется договор страхования (страховой полис ДМС трудовых мигрантов), выданный Страховщиком, паспорт либо другой документ, удостоверяющий личность Застрахованного лица.

По всем проблемным вопросам, возникшим в ходе реализации предоставленных договором страхования (страховым полисом ДМС трудовых мигрантов) прав, Застрахованное лицо обращается по контактному телефону Страховщика, указанному в договоре страхования (страховом полисе ДМС трудовых мигрантов).

12.3. Оплата стоимости услуг, оказанных медицинскими организациями, производится Страховщиком, исходя из фактических затрат на оказание медицинской помощи и медицинских услуг по ценам, согласованным между Страховщиком и медицинской организацией и сервисным учреждением, в пределах страховой суммы, установленной по договору страхования, путем перечисления Страховщиком денежных средств на счет медицинской организации или сервисного учреждения (ассистанс).

Страховщик вправе проверить соответствие оказанных Застрахованному лицу медицинских услуг их перечню по договору страхования.

12.4. В случае отсутствия правовых оснований для осуществления страховой выплаты (далее - решение об отказе) Страховщик в течение 3 (трех) рабочих дней после принятия решения об отказе информирует Страхователя / Застрахованное лицо, а также медицинскую организацию или сервисное учреждение (ассистанс) в письменном виде об основаниях принятия такого решения со ссылками на нормы права и (или) условия договора страхования и настоящих Правил, на основании которых принято решение об отказе. Указанная информация предоставляется в том объеме, в каком это не противоречит действующему законодательству.

12.5. По предварительному согласованию со Страховщиком для получения предусмотренной договором страхования и Программой страхования медицинской или иной помощи Застрахованное лицо вправе обратиться в согласованную медицинскую или иную организацию и самостоятельно оплатить стоимость предусмотренных Программой страхования медицинских и иных услуг, лекарственных препаратов.

12.6. В этом случае страховая выплата осуществляется Страховщиком в виде денежной компенсации Застрахованному лицу произведенных им затрат на медицинские и иные услуги путем перечисления на его расчетный счет. Для получения страховой выплаты в вышеуказанном случае Застрахованному лицу необходимо предъявить Страховщику заявление о страховой выплате со ссылкой на номер договора страхования (полиса ДМС трудовых мигрантов), с подробным описанием хронологии событий и обстоятельств, повлекших за собой расходы личных средств на получение медицинской помощи, содержащее в том числе идентифицирующие признаки заявителя: для физических лиц - фамилия, имя, отчество, дата и место рождения, гражданство, место регистрации, документы, удостоверяющие личность обратившегося за страховой выплатой, содержащие сведения о фамилии, имени, отчестве обратившегося лица, его дате и месте рождения, гражданстве, месте регистрации, а также оригиналы или надлежащим образом заверенные копии следующих документов:

- а) документы, удостоверяющие личность Застрахованного лица;
- б) договор страхования (полис ДМС трудовых мигрантов);
- в) результаты лабораторных, клинических, гистологических и прочих исследований, заверенные выдавшим медицинским учреждением;
- г) заключение врача-специалиста с указанием диагноза;
- д) медицинское заключение о назначении Застрахованному лицу медицинских препаратов, копии соответствующих рецептов и оригиналы документов, подтверждающие их покупку (чеки, квитанции и т.д.);
- е) банковские реквизиты счета Застрахованного лица, в случае если выплата производится непосредственно Застрахованному лицу по безналичному расчету;
- ж) письменное согласие на предоставление свободного доступа Страховщику или его представителю к информации, имеющей отношение к страховому случаю, в том числе к медицинской документации из любых медицинских и иных организаций, в которых Застрахованное лицо проходило лечение;
- з) оригинал кассового чека с квитанцией к приходному кассовому ордеру или равноценный документ;
- и) оплаченный счет с указанием медицинской или иной организации, перечня оказанных услуг, лекарственных средств и их стоимости;
- к) направление на лечение, выписка из медицинской карты амбулаторного или стационарного больного, рецепт лечащего врача.
- л) согласие на обработку персональных данных, в том числе специальных категорий персональных данных (включая врачебную тайну) – в случаях, если согласно законодательству РФ, Страховщик не вправе осуществлять обработку персональных данных без такого согласия.

12.7. Страховщик вправе сократить вышеизложенный перечень документов, в зависимости от конкретного страхового случая при условии, что представленные заявителем документы однозначно подтверждают факт страхового случая и позволяют сделать вывод о размере страховой выплаты.

12.8. Заявление Застрахованного лица принимается в срок не позднее 3 (трех) месяцев после получения им медицинских или иных услуг. Сумма возмещения определяется исходя из расчета средней стоимости аналогичных услуг в медицинских или иных организациях, указанных в Программе страхования. Предъявленные к возмещению расходы, не превышающие средней стоимости аналогичных услуг в медицинских или иных организациях, определенных договором страхования, возмещаются полностью.

12.9. В течение 30 (тридцати) рабочих дней со дня, следующего за днем получения Страховщиком от Застрахованного лица заявления о страховой выплате и предусмотренных п. 12.6 настоящих Правил документов (последнего из необходимых и надлежащим образом оформленных документов), Страховщик принимает решение о наличии или отсутствии оснований для страховой выплаты.

Если в течение вышеуказанного срока принято решение о наличии оснований для страховой выплаты Страховщик в течение 15 (пятнадцати) рабочих дней производит страховую выплату.

12.10. При личном обращении Застрахованного лица Страховщик принимает документы на страховую выплату по описи, реестру или акту приема-передачи. Опись, реестр или акт приема-передачи подписывается Страховщиком и Застрахованным лицом с указанием даты приема документов. Дата приема документов может быть внесена посредством использования автоматизированных систем.

При получении документов на страховую выплату почтовым отправлением или в форме электронного документа Страховщик проверяет комплектность документов (соответствие требованиям настоящих Правил и (или) договора страхования) и правильность их оформления.

12.11. В случае выявления факта предоставления Страхователем, Застрахованным лицом, документов, недостаточных для принятия Страховщиком решения об осуществлении страховой выплаты, и (или) ненадлежащим образом оформленных документов, в соответствии с требованиями настоящих Правил и (или) договора страхования, документов, которые не могут быть прочтены Страховщиком в связи с особенностями почерка, а также вследствие нарушения целостности документа (надорван, смят, стерт) и уничтожения нанесенного текста, печатей, штампов, Страховщик обязан:

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

- уведомить об этом подавшее заявление на страховую выплату лицо с указанием перечня недостающих и (или) ненадлежащим образом оформленных документов.

Срок уведомления Страхователей, Застрахованных лиц о выявлении факта предоставления Страхователем, Застрахованным лицом страховых услуг документов, недостаточных для принятия Страховщиком решения об осуществлении страховой выплаты, и (или) ненадлежащим образом оформленных документов не должен превышать 15 (пятнадцати) рабочих дней.

Расходы, связанные с оформлением документов, Страховщиком не компенсируются.

12.12. Страховщик вправе отсрочить страховую выплату до получения письменного ответа на запросы, направленные в компетентные органы по выяснению обстоятельств страхового случая, а также характера, объема и стоимости медицинских услуг, оказанных Застрахованному лицу, в случае направления такого запроса Страховщиком, но в любом случае не более чем на 60 (шестьдесят) рабочих дней.

При продлении срока принятия решения по заявлению о страховой выплате Страховщик обязан не позднее 7 (семи) рабочих дней по истечении установленного срока рассмотрения документов направить Страхователю (Выгодоприобретателю) письменное уведомление о продлении срока рассмотрения заявления о страховой выплате с указанием причины.

12.13. Страховщик имеет право отказать в страховой выплате:

12.13.1. В случае если расходы, возникли по окончании срока действия договора страхования, за исключением расходов, связанных с экстренной госпитализацией Застрахованного лица, начавшейся в течение срока действия договора страхования, но не более чем за 14 (четырнадцать) календарных дней после его окончания.

12.13.2. Если расходы связаны с повторным выполнением исследований для плановой госпитализации, первоначально не состоявшейся по инициативе или по вине Застрахованного лица.

12.13.3. В случае нарушения Застрахованным лицом сроков, предусмотренных договором страхования, для предоставления Страховщику заявления на страховую выплату, если не будет доказано, что Страховщик своевременно узнал о наступлении страхового случая, либо, что отсутствие у Страховщика сведений об этом не могло сказаться на его обязанности выплатить страховое возмещение.

12.13.4. В случае если обращение в медицинскую или иную организацию, не предусмотренную Программой страхования, не было согласовано со Страховщиком, или уведомление Страховщика о таком обращении было осуществлено в процессе получения медицинской помощи, если договором страхования не предусмотрено иное.

12.14. В случае отсутствия правовых оснований для осуществления страховой выплаты (далее – решение об отказе) Страховщик в течение 3 (трех) рабочих дней после принятия решения об отказе информирует Страхователя, Застрахованное лицо в письменном виде об основаниях принятия такого решения со ссылками на нормы права и (или) условия договора страхования и настоящих Правил, на основании которых принято решение об отказе.

12.15. В случае неисполнения Страхователем (Застрахованным лицом) обязанности по предоставлению Страховщику документов в соответствии с настоящими Правилами сроки принятия Страховщиком решения об осуществлении страховой выплаты и осуществления страховой выплаты не начинают течь.

12.16. При непредставлении Страхователем, Застрахованным лицом в соответствии с пп. «е» п. 12.6 настоящих Правил банковских реквизитов, а также других сведений, необходимых для осуществления страховой выплаты в безналичном порядке срок осуществления страховой выплаты продлится (приостанавливается) до получения Страховщиком указанных сведений, о чем Страховщик уведомляет обратившееся лицо и запрашивает у него недостающие сведения.

12.17. Страховщик во всех случаях не несет страховые обязательства по договору страхования при изменении по желанию Застрахованного лица вопреки рекомендациям врача медицинских технологий, используемых при лечении, как основного заболевания, так и его осложнений.

12.18. Если это предусмотрено договором страхования (Программой страхования), Страховщик производит страховые выплаты за следующие виды назначенных врачом медицинских и иных услуг:

12.18.1. Простые, сложные, комплексные медицинские услуги.

12.18.2. Сервисные услуги, связанные с организацией медицинской помощи, транспортировкой, эвакуацией, репатриацией.

12.18.3. За лекарственные средства и расходные материалы, приобретаемые в фармацевтических организациях по назначению врача.

12.18.4. За койко-день при стационарном, стационарозамещающем, реабилитационно-восстановительном лечении, в стоимость которого могут входить отдельные медицинские услуги.

12.18.5. За услуги по профилактическому/диспансерному наблюдению Застрахованных лиц в течение срока действия договора страхования.

12.18.6. За комплексное непрерывное и продолжительное медицинское обслуживание, предоставляемое медицинской организацией Застрахованному лицу в течение определенного периода времени.

12.19. Общая сумма страховых выплат по всем страховым случаям, предусмотренным договором страхования, произошедшим в течение срока действия договора страхования, не может превышать размер общей страховой суммы (с учетом установленных лимитов и франшизы, если предусмотрены), установленной договором страхования.

13. ПОРЯДОК ВЗАИМОДЕЙСТВИЯ

13.1. При заключении договора страхования на условиях настоящих Правил Страхователь и Страховщик, если иное не предусмотрено договором страхования, предусматривают следующий порядок взаимодействия – порядок направления уведомлений, извещений, запросов, претензий, заявлений и иных документов (далее – уведомление).

13.1.1. Все уведомления, направляемые Страховщиком в адрес Страхователя (Выгодоприобретателя) считаются направленными надлежащим образом, если они направлены в письменной форме при соблюдении одного из следующих условий:

13.1.2. Уведомление направлено почтовым отправлением по адресу, указанному в договоре страхования или в извещении о событии, имеющем признаки страхового случая.

13.1.3. Уведомление направлено по почте заказным письмом с отметкой о его вручении по адресу, указанному в договоре страхования или в извещении о событии, имеющем признаки страхового случая. Уведомление направляется с обязательной описью прилагаемых документов.

13.1.4. Уведомление направлено путем вручения представителю Страхователя (Выгодоприобретателя) по адресу, указанному в договоре страхования или в извещении о событии, имеющем признаки страхового случая, курьерской службой доставки Страховщика. Уведомление направляется с обязательной описью прилагаемых документов.

В этом случае доказательством доставки уведомления является расписка о вручении уведомления или соответствующая отметка на копии переданного текста, в которых указываются подпись, фамилия лица, передавшего уведомление, дата и время его передачи, а также подпись, фамилия, должность и (или) реквизиты письменного уполномочия (доверенности) лица, его принявшего.

13.1.5. Уведомление направлено в виде сообщения электронной почты по адресу электронной почты, указанному в договоре страхования или в извещении о событии, имеющем признаки страхового случая.

13.1.6. Уведомление направлено (при наличии технической возможности) в виде СМС-сообщения или сообщения с использованием иного сервиса отправки сообщений по телефону или адресу, указанному в договоре страхования или ином документе (извещении о событии, имеющем признаки страхового случая, заявлении на выплату) с контактными данными, поданном от лица Страхователя (Выгодоприобретателя).

13.1.7. Уведомление направлено (при наличии технической возможности) с использованием специализированного программного обеспечения, предоставленного Страховщиком, или размещено в личном кабинете Страхователя (Выгодоприобретателя) в соответствующем разделе официального сайта Страховщика **www.skgelios.ru**, о чем Страхователь (Выгодоприобретатель) проинформирован с использованием специализированного программного обеспечения, предоставленного Страховщиком.

13.1.8. Уведомление размещено в личном кабинете Страхователя (Выгодоприобретателя) в соответствующем разделе официального сайта Страховщика **www.skgelios.ru** (при наличии технической возможности), о чем Страхователь (Выгодоприобретатель) проинформирован в виде сообщения электронной почты по адресу электронной почты, указанному в договоре страхования или в извещении о событии, имеющем признаки страхового случая.

13.2. Все уведомления, направляемые Страхователем (Выгодоприобретателем) в адрес Страховщика в соответствии с настоящими Правилами, считаются направленными надлежащим образом, если они направлены в письменной форме при соблюдении одного из следующих условий:

13.2.1. Уведомление направлено по почте заказным письмом с отметкой о его вручении по адресу Страховщика, указанному в договоре страхования или на сайте Страховщика. Уведомление направляется с обязательной описью прилагаемых документов.

13.2.2. Уведомление направлено путем вручения представителю Страховщика по адресу, указанному в договоре страхования или на сайте Страховщика, курьерской службой доставки Страхователя (Выгодоприобретателя). Уведомление направляется с обязательной описью прилагаемых документов.

В этом случае доказательством доставки уведомления является расписка о вручении уведомления или соответствующая отметка на копии переданного текста, в которых указываются подпись, фамилия лица, передавшего уведомление, дата и время его передачи, а также подпись, фамилия, должность и (или) реквизиты письменного уполномочия (доверенности) лица, его принявшего.

13.2.3. Уведомление направлено в виде сообщения электронной почты по адресу электронной почты, указанному в договоре страхования или на сайте Страховщика.

13.2.4. Уведомление размещено в личном кабинете Страхователя (Выгодоприобретателя) в соответствующем разделе официального сайта Страховщика **www.skgelios.ru** (при наличии технической возможности).

13.3. В случае если Сторона-получатель отказалась принять, получить уведомление, направленное в соответствие с пунктами 13.1.2 – 13.1.4 и 13.2.1 – 13.2.2 настоящих Правил, то лицо, его доставляющее или вручающее, фиксирует отказ путем проставления соответствующей отметки на расписке о вручении корреспонденции (копии переданного текста), которые подлежат возврату Стороне-отправителю корреспонденции.

В случае если Сторона-получатель не находится по адресу (выбыл), указанному в договоре страхования или ином документе (например, для Страхователя

(Выгодоприобретателя) – в извещении о событии, имеющем признаки страхового случая, заявлении на выплату, для Страховщика – на сайте Страховщика), и место нахождения Стороны-получателя неизвестно, об этом лицом, доставляющим уведомление, делается отметка на расписке о вручении корреспонденции (копии переданного текста), с указанием даты и времени совершенного действия, которые подлежат возврату Стороне-отправителю корреспонденции.

13.4. Стороны обязаны оповещать друг друга об изменении своего наименования не позднее 10 (десяти) рабочих дней с момента такого изменения. При отсутствии подобного оповещения Сторона-получатель корреспонденции именуется в уведомлении исходя из последнего известного своего наименования.

13.5. Стороны обязаны оповещать друг друга об изменении своего адреса и (или) реквизитов во время действия договора страхования заблаговременно. Если одна Сторона не была извещена об изменении адреса и (или) реквизитов другой Стороны заблаговременно, но в любом случае не позднее 10 (десяти) рабочих дней с момента такого изменения, то все уведомления и извещения, направленные Стороной-отправителем Стороне-получателю по прежнему известному адресу, будут считаться полученными с даты их поступления по прежнему адресу.

13.6. Сторона (Страхователь (Выгодоприобретатель) / Страховщик) также считается извещенной надлежащим образом, если:

13.6.1. Сторона-получатель отказалась от получения уведомления, и этот отказ зафиксирован организацией почтовой связи или курьерской службой доставки Стороны-отправителя корреспонденции;

13.6.2. Уведомление не вручено в связи с отсутствием Стороны-получателя адресу, указанному в договоре страхования или ином документе (например, для Страхователя (Выгодоприобретателя) – в извещении о событии, имеющем признаки страхового случая, заявлении на выплату, для Страховщика – на сайте Страховщика), о чем организация почтовой связи или курьерская служба доставки уведомила Сторону-отправителя корреспонденции, с указанием источника данной информации;

13.6.3. Уведомление направлено по последнему известному месту нахождения Стороны-получателя корреспонденции, указанному в договоре страхования или ином документе (например, для Страхователя (Выгодоприобретателя) – в извещении о событии, имеющем признаки страхового случая, заявлении на выплату, для Страховщика – на сайте Страховщика), если место его нахождения неизвестно;

13.6.4. Имеются доказательства вручения или направления уведомления в порядке, установленном пунктами 13.1.4, 13.2.2, 13.3 настоящих Правил, в том числе и при возврате почтового отправления в связи с отсутствием Стороны-получателя, истечением срока хранения и не востребоваваемостью письма и иными подобными обстоятельствами.

13.7. В договоре страхования Стороны могут согласовать иной порядок и способ направления уведомлений друг другу.

14. ИСКОВАЯ ДАВНОСТЬ. ПОРЯДОК РАЗРЕШЕНИЯ СПОРОВ

14.1. Иск по требованиям, вытекающим из договора страхования, заключенного на условиях настоящих Правил, может быть предъявлен в течение сроков исковой давности, установленных действующим законодательством Российской Федерации.

14.2. Все споры, разногласия и требования, возникающие из договоров страхования, заключенных на основании настоящих Правил, разрешаются в порядке, установленном законодательством Российской Федерации.

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

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

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

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

14.4. В случае, если возникшее разногласие на момент обращения к Страховщику в досудебном порядке подлежит рассмотрению финансовым уполномоченным в соответствии с Федеральным законом от 04.06.2018 № 123-ФЗ «Об уполномоченном по правам потребителей финансовых услуг» (далее – Закон об уполномоченном по правам потребителей финансовых услуг), Страхователь/Застрахованный должен до направления финансовому уполномоченному обращения направить Страховщику претензию с документами, приложенными к ней и обосновывающими свое требование в письменной или электронной форме. Страховщик обязан рассмотреть заявление Страхователя/Застрахованного и направить ему мотивированный ответ об удовлетворении, частичном удовлетворении или отказе в удовлетворении предъявленного требования: - в течение 15 (пятнадцати) рабочих дней со дня получения претензии в случае, если она направлена в электронной форме по стандартной форме, которая утверждена Советом Службы финансового уполномоченного, и если со дня нарушения, по существу которого идет спор, прошло не более 180 (ста восьмидесяти) дней; - в течение 30 (тридцати) дней со дня получения претензии в иных случаях. В случаях, предусмотренных Законом об уполномоченном по правам потребителей финансовых услуг, Страхователь/Застрахованный вправе заявлять в судебном порядке требования к Страховщику только после получения от финансового уполномоченного решения по обращению.

14.4.1. Для юридических лиц, иных лиц, не являющихся потребителями согласно Закона РФ от 07.02.1992 №2300-1 «О защите прав потребителей» (в отношении лиц, упомянутых в ч.3 ст.2 Федерального закона РФ от 04.06.2018 №123-ФЗ «Об уполномоченном по правам потребителей финансовых услуг», данные вопросы определены в п.14.2.2 настоящих Правил), срок рассмотрения претензии составляет 30 (тридцать) дней со дня получения претензии. В случае неудовлетворения претензии споры с лицами, указанными в настоящем пункте Правил, разрешаются в судебном порядке в Арбитражном суде по подсудности, предусмотренной действующим законодательством Российской Федерации.

14.4.2. Для физических лиц, являющихся потребителями согласно Закона РФ от 07.02.1992 №2300-1 «О защите прав потребителей», в случае, если возникшее разногласие на момент обращения к Страховщику в досудебном порядке подлежит рассмотрению финансовым уполномоченным в соответствии с Федеральным законом от 04.06.2018 № 123-ФЗ «Об уполномоченном по правам потребителей финансовых услуг» (далее – Закон об уполномоченном по правам потребителей финансовых услуг), срок рассмотрения претензий (электронного заявления в соответствии с положениями Федерального закона РФ от 04.06.2018 №123-ФЗ «Об уполномоченном по правам потребителей финансовых услуг») составляет: - в случаях, подлежащих рассмотрению в порядке ч.1 ст.15 и п.1 ч.2 ст.16 Федерального закона РФ от 04.06.2018 №123-ФЗ «Об уполномоченном по правам потребителей финансовых услуг»,

- 15 (пятнадцать) рабочих дней с момента получения претензии (электронного заявления в соответствии с положениями Федерального закона РФ от 04.06.2018 №123-ФЗ «Об уполномоченном по правам потребителей финансовых услуг»), при этом со дня нарушения прав Страхователя должно пройти не более 180 календарных дней;
- в иных случаях 30 (тридцать) дней.

В случае неудовлетворения претензий/заявлений лиц, указанных в настоящем пункте Правил, споры разрешаются в судебном порядке в суде по установленной подсудности.

Приложение № 1
к Правилам добровольного
медицинского страхования иностранных
граждан и лиц без гражданства,
находящихся на территории Российской
Федерации с целью осуществления ими
трудовой деятельности, утвержденным
приказом ООО Страховой Компании
«Гелиос» от 10.12.2025 № 360____

ПРОГРАММЫ
ДОБРОВОЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ ИНОСТРАННЫХ ГРАЖДАН И ЛИЦ
БЕЗ ГРАЖДАНСТВА, НАХОДЯЩИХСЯ НА ТЕРРИТОРИИ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ С
ЦЕЛЬЮ ОСУЩЕСТВЛЕНИЯ ИМИ ТРУДОВОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ

ПРОГРАММА № 1 ДОБРОВОЛЬНОЕ МЕДИЦИНСКОЕ СТРАХОВАНИЕ ТРУДОВЫХ МИГРАНТОВ	42
ПРОГРАММА № 2 «РЕПАТРИАЦИЯ»	45

Договор страхования может быть заключен на основании Правил добровольного медицинского страхования иностранных граждан (далее – Правила страхования) по следующим Программам страхования.

ПРОГРАММА № 1
ДОБРОВОЛЬНОЕ МЕДИЦИНСКОЕ СТРАХОВАНИЕ ТРУДОВЫХ МИГРАНТОВ

1. В соответствии с Правилами добровольного медицинского страхования иностранных граждан и лиц без гражданства, находящихся на территории Российской Федерации с целью осуществления ими трудовой деятельности (далее – Правила страхования), страховым случаем является обращение Застрахованного лица в течение срока действия Договора страхования в медицинскую организацию или сервисное учреждение (ассистанс), указанное в Договоре страхования, либо по направлению Страховщика, в связи с возникновением острого заболевания и (или) обострением хронического заболевания, травмой, отравлением и другими состояниями за получением предусмотренной Договором страхования первичной медико-санитарной и специализированной медицинской помощи в неотложной форме (в том числе диагностической, консультативной, лечебной, фармакологической, профилактической, иммунопрофилактической и др.) и иной (в том числе транспортной, сервисной и др.) помощи, повлекшее возникновение обязательств Страховщика произвести оплату медицинских и иных услуг в соответствии с условиями Договора страхования.

2. По Программе № 1 «Добровольное медицинское страхование трудовых мигрантов» (далее – Программа страхования) оказываются первичная медико-санитарная помощь и специализированная медицинская помощь в неотложной форме в случаях заболеваний и состояний, перечисленных в п. 4.3 Правил страхования.

3. Страховщик определяет медицинское учреждение для оказания медицинской помощи по каждому конкретному страховому случаю, руководствуясь характером клинической проблемы и возможностями конкретного медицинского учреждения.

4. Госпитализация осуществляется по скорой и неотложной медицинской помощи или по направлению врача, в котором должны быть предоставлены необходимые результаты обследования и обоснование необходимости экстренной госпитализации.

5. Перечень медицинских услуг, обеспечивающих получение Застрахованным лицом первичной медико-санитарной помощи и специализированной медицинской помощи в неотложной форме:

5.1. Амбулаторно-поликлиническая помощь:

— Консультации, назначение обследования и лечения врачей-специалистов в поликлинике: терапевт, хирург, невролог, кардиолог, пульмонолог, ревматолог, уролог, маммолог, геронтолог, гинеколог (только в отношении заболеваний, не связанных с беременностью и её осложнениями), гастроэнтеролог, отоларинголог, офтальмолог, психиатр, инфекционист, врач мануальной терапии, травматолог-ортопед, дерматовенеролог, врач ЛФК и спортивной медицины, физиотерапевт, онколог, трансфузиолог, колопроктолог, эндокринолог, флеболог, врач функциональной диагностики, врач УЗИ – диагностики, стоматолог-хирург, стоматолог-терапевт, рефлексотерапевт, иммунолог-аллерголог, онколог (до постановки диагноза) и др. специалистов.

— Хирургические и инвазивные процедуры, выполняемые в амбулаторных условиях (по медицинским показаниям), в том числе ПХО ран, удаление вросшего ногтя, удаление кожных образований, вскрытие и дренирование абсцессов, внутрисуставные инъекции, биопсия под УЗ контролем.

— Общие манипуляции и процедуры.

— Эндоскопические исследования.

— Общие клинические лабораторные исследования.

— Биохимические лабораторные исследования.

— Микробиологические (бактериологические) лабораторные исследования.

— Иммунологические лабораторные исследования, в том числе АТ к ТГ и ТПО.

— Гистологические исследования.

— Цитологические исследования.

— Гормональные исследования.

— Вирусологические исследования.

— Рентгенологические исследования.

— Ультразвуковые диагностические исследования.

— УЗИ и дуплексное сканирование сосудов головы и шеи.

— Электронейромиография.

— Функциональная диагностика (функция внешнего дыхания, ЭКГ, Эхо-КГ, Холтеровское мониторирование ЭКГ, суточное мониторирование артериального давления, электроэнцефалография и др.).

— Компьютерная томография и магнитно-резонансная томография (включая МР-ангиографию).

— Восстановительное лечение и реабилитация в условиях поликлиники по медицинским показаниям.

— Физиотерапия, в том числе с применением медицинского лазера.

— ЛФК, массаж.

— Классическая рефлексотерапия.

— Мануальная терапия.

— Вызов врача – терапевта на дом из поликлиники, в которой Застрахованное лицо получает медицинское обслуживание по амбулаторно – поликлинической помощи в случае, если Застрахованное лицо по состоянию здоровья не может лично обратиться в поликлинику.

— Предоставление консультаций врачом по телефону.

— Организацию и контроль медицинской помощи, предоставляемой в медицинском учреждении.

— Предгоспитализационное обследование.

— Консультации и (или) лечение в период развития острых и обострения хронических заболеваний в медицинском учреждении.

— Ведение медицинской документации, выдачу листов нетрудоспособности и медицинских справок, а также выписывание рецептов на приобретение лекарственных препаратов, за исключением льготных.

5.2. Стоматологическая помощь при острой зубной боли. Под острой зубной болью понимается краткая по времени проявления боль с легко идентифицируемой причиной появления:

- Приемы, консультации стоматолога-терапевта, стоматолога-хирурга, пародонтолога.
- Местная анестезия (инфильтрационная, аппликационная, проводниковая).
- Радиовизиография, дентальные рентгеновские снимки.
- Лечение кариеса с наложением изолирующей прокладки и пломбы из композитов светового отверждения не более 24 зубов за период страхования.
- Лечение пульпита с наложением девитализирующих паст, механической, медикаментозной обработкой и пломбированием каналов.
- Лечение периодонтита с распломбировкой, механической и медикаментозной обработкой каналов, пломбировкой с применением антисептиков и остеотропных препаратов.
- Лечение некариозных поражений твердых тканей зуба (клиновидные дефекты, флюороз, гипоплазия эмали) с пломбированием композитами светового отверждения не более 24 зубов за период страхования.
- Восстановление коронковой части зуба, при разрушении ее менее 1/2 с использованием анкерных штифтов и гуттаперчевых штифтов.
- Экстракция зубов, включая сложные удаления.
- Терапевтические методы лечения тканей пародонта I-II ст.
- Вскрытие поднадкостничных абсцессов.
- Лечение воспалительных заболеваний челюстно-лицевой области.
- Лечение доброкачественных новообразований челюстно-лицевой области, включая резекцию верхушки, цистэктомию с гистологическим исследованием и ретроградной пломбировкой.
- Физиотерапия – 10 процедур за период страхования.

5.3. Скорая помощь:

- выезд бригады скорой медицинской помощи; проведение диагностических и лечебных мероприятий, транспортировка в стационар по жизненным показаниям.

5.4. Стационарная помощь:

- пребывание в многоместной палате в стационаре; лечение и наблюдение лечащим врачом в отделении; консультации специалистов; лабораторная диагностика; инструментальная диагностика по медицинским показаниям; анестезиологические пособия; оперативные вмешательства; палата интенсивной терапии;
- лекарственные препараты, включенные в утверждаемый Правительством Российской Федерации перечень жизненно необходимых и важнейших лекарственных препаратов для медицинского применения и медицинских изделий⁷;
- медицинские изделия, включенные в утверждаемый Правительством Российской Федерации перечень медицинских изделий, имплантируемых в организм человека⁸ в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи;
- лечебное питание в стационаре;
- донорская кровь и ее компоненты.

Конкретный перечень медицинских и иных услуг, включаемых в Программу страхования, определяется договором страхования и соглашением сторон⁹.

⁷ В соответствии с пунктом 6 статьи 4 Федерального закона от 12.04.2010 № 61-ФЗ «Об обращении лекарственных средств».

⁸ В соответствии с частью 2.1 статьи 80 Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».

⁹ При условии соблюдения требований законодательства РФ и требованиям Указания Банка России № 3793-У от 13.09.2016 «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»

6. Исключения из Программы страхования.

Конкретный перечень исключений из Программы страхования определяется Договором страхования и соглашением сторон в соответствии с условиями, установленными в разделе 4 Правил страхования.

7. Перечень медицинских и иных учреждений, оказывающих медицинские и иные услуги Застрахованным лицам.

Конкретный перечень медицинских и иных учреждений по Программе страхования определяется Договором страхования и соглашением сторон.

ПРОГРАММА № 2 «РЕПАТРИАЦИЯ»

1. По Программе № 2 «Репатриация» (далее – Программа страхования) Страховщик гарантирует Застрахованному лицу при наступлении страхового случая организацию и оплату репатриации в объеме, предусмотренном Программой страхования, прилагаемой к Договору страхования, в которую могут быть включены медицинские и иные услуги из числа предусмотренных п. 2 настоящей Программы страхования, при соблюдении всех положений, определений, исключений и ограничений, предусмотренных Правилами добровольного медицинского страхования иностранных граждан и лиц без гражданства, находящихся на территории Российской Федерации с целью осуществления ими трудовой деятельности (далее – Правила страхования) и Договором страхования.

2. Объем услуг, предоставляемый в рамках Программы страхования: репатриация тела Застрахованного лица в случае его смерти.

Под репатриацией тела понимается перевозка останков Застрахованного лица до ближайшего к его месту жительства международного аэропорта страны постоянного проживания, если Застрахованное лицо не является гражданином той страны, в которой произошла смерть, либо до ближайшего административного центра постоянного места жительства, если смерть Застрахованного лица произошла в стране, гражданином которой он является.

Данная услуга включает в себя организацию репатриации тела, подготовку тела, покупку необходимого для перевозки гроба, перевозку останков.

Репатриация тела осуществляется в соответствии с международными стандартами.

Услуги по организации похорон и погребению не входят в настоящую Программу страхования.

Приложение № 2
к Правилам добровольного медицинского страхования иностранных граждан и лиц без гражданства, находящихся на территории Российской Федерации с целью осуществления ими трудовой деятельности, утвержденным приказом ООО Страховой Компании «Гелиос» от 10.12.2025 № 360

**БАЗОВЫЕ СТРАХОВЫЕ ТАРИФЫ И ПОПРАВочНЫЕ КОЭФФИЦИЕНТЫ
ПО ДОБРОВОЛЬНОМУ МЕДИЦИНСКОМУ СТРАХОВАНИЮ ИНОСТРАННЫХ ГРАЖДАН И
ЛИЦ БЕЗ ГРАЖДАНСТВА, НАХОДЯЩИХСЯ НА ТЕРРИТОРИИ РОССИЙСКОЙ
ФЕДЕРАЦИИ С ЦЕЛЬЮ ОСУЩЕСТВЛЕНИЯ ИМИ ТРУДОВОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ**

1. БАЗОВЫЕ СТРАХОВЫЕ ТАРИФЫ

1.1. При осуществлении добровольного медицинского страхования иностранных граждан и лиц без гражданства, находящихся на территории Российской Федерации с целью осуществления ими трудовой деятельности, применяются базовые страховые тарифы, значения которых указаны в таблице 1.

1.2. В таблице 1 значения базовых страховых тарифов указаны в процентах от страховой суммы и соответствуют сроку действия договора страхования продолжительностью 1 (один) год.

Таблица 1

Страховой риск	Брутто-ставка (базовый страховой тариф, %)
Программа № 1 «Добровольное медицинское страхование трудовых мигрантов»	2,313
Программа № 2 «Репатриация»	1,155
<i>Отдельные медицинские услуги:</i>	
По оказанию Застрахованному лицу медицинской помощи, не назначенной врачом, оказывающим медицинскую помощь в рамках Программы страхования (п. 4.6.1 Правил)	0,932
По оказанию Застрахованному лицу медицинской помощи при особо опасных инфекционных болезнях (натуральная оспа, полиомиелит, малярия ТОРС) и др. заболеваниях (п. 4.6.2 Правил)	1,346
По оказанию Застрахованному лицу высокотехнологичной медицинской помощи (п. 4.6.3 Правил)	5,305
По оказанию Застрахованному лицу медицинской помощи при патологических состояниях, отравлениях и травмах, возникших или полученных в состоянии алкогольного опьянения или под воздействием иных психоактивных веществ и (или) лекарственных препаратов, употребленных без назначения врача (п. 4.6.4 Правил)	3,236
По оказанию Застрахованному лицу медицинской помощи при возникновении травматических повреждений или иных нарушений здоровья, наступивших в результате совершения Застрахованным лицом умышленных противоправных действий (п. 4.6.5 Правил)	3,411

Страховой риск	Брутто-ставка (базовый страховой тариф, %)
По оказанию Застрахованному лицу медицинской помощи при покушении Застрахованного лица на самоубийство, за исключением тех случаев, когда Застрахованное лицо было доведено до такого состояния противоправными действиями третьих лиц (п. 4.6.6 Правил)	4,266
По оказанию Застрахованному лицу медицинской помощи при умышленном причинении себе телесных повреждений Застрахованным лицом (п. 4.6.7 Правил)	4,053
Связанные с беременностью, родами, послеродовым периодом и абортами Застрахованного лица (п. 4.6.8 Правил)	2,908
Медицинские услуги, оказанные в связи с заболеванием (осложнением, состоянием), возникшим в результате того, что Застрахованное лицо (Страхователь) не следовал предписанным лечебным назначениям или не явился на назначенный прием к врачу (п. 4.7.1 Правил)	1,648

2. ПОПРАВОЧНЫЕ КОЭФФИЦИЕНТЫ, ПРИМЕНЯЕМЫЕ К БАЗОВЫМ СТРАХОВЫМ ТАРИФАМ

2.1. Базовые страховые тарифы в таблице 1 указаны при условии установления отдельных страховых сумм по каждой Программе страхования. В случае установления единой (общей) страховой суммы по всем или части Программ страхования, тарифы по соответствующим Программам страхования умножаются на поправочный коэффициент 0,25 – 1,0.

2.2. Страховщик имеет право применять к базовым страховым тарифам повышающий или понижающий коэффициенты исходя из обстоятельств, влияющих на степень страхового риска, указанные ниже. При наличии нескольких факторов риска базовый страховой тариф последовательно умножается на все повышающие коэффициенты.

2.3. Страховщик применяет следующие поправочные коэффициенты, связанные со степенью страхового риска:

2.3.1. В зависимости от пола и возраста Застрахованного лица Страховщик может применять к базовому страховому тарифу повышающие и понижающие коэффициенты от 0,8 до 3,0.

2.3.2. В зависимости от объема предоставляемых услуг Страховщик может применять к базовому страховому тарифу повышающие и понижающие коэффициенты от 0,1 до 28,0.

2.3.3. В зависимости от размера страховой суммы Страховщик может применять к базовому страховому тарифу повышающие и понижающие коэффициенты от 0,2 до 10,0.

2.3.4. В зависимости от ценовой категории медицинского учреждения Страховщик может применять к базовому страховому тарифу повышающие и понижающие коэффициенты от 0,2 до 4,0.

2.3.5. В зависимости от количества хронических заболеваний (при их наличии у Застрахованного лица) Страховщик может применять к базовому страховому тарифу повышающие коэффициенты от 1,0 до 5,5.

2.3.6. В зависимости от тяжести хронических заболеваний (при их наличии у Застрахованного лица) Страховщик может применять к базовому страховому тарифу повышающие коэффициенты от 1,0 до 3,0.

2.3.7. В зависимости от сложившейся убыточности по портфелю за предыдущий период страхования Страховщик может применять к базовому страховому тарифу повышающие и понижающие коэффициенты от 1,0 до 3,0.

2.3.8. В зависимости от рода занятий и увлечений Застрахованного лица Страховщик может применять к базовому страховому тарифу повышающие коэффициенты от 1,0 до 2,5.

2.3.9. В зависимости от общей численности коллектива, принимаемого на страхование, Страховщик может применять к базовому страховому тарифу понижающие и повышающие коэффициенты от 0,45 до 2,5.

2.3.10. В зависимости от территории проживания Застрахованного лица Страховщик может применять к базовому страховому тарифу повышающие и понижающие коэффициенты от 0,7 до 10,0.

2.3.11. В зависимости от субъективных факторов риска и, исходя из экспертно определенной величины страхового риска, определенной на основании совокупности данных, представленных в заявлении на страхование, а также результатов предварительного медицинского обследования, Страховщик может применять к базовому страховому тарифу повышающие и понижающие коэффициенты от 0,5 до 3,5.

2.3.12. В зависимости от списка исключений из Программы страхования Страховщик может применять к базовой тарифной ставке понижающие коэффициенты от 0,3 до 1,0.

2.3.13. В зависимости от правового статуса Страхователя (юридическое или физическое лицо) Страховщик может применять к базовой тарифной ставке повышающие коэффициенты от 1,0 до 2,4.

2.3.14. В зависимости от того, является ли Страхователь резидентом, Страховщик может применять к базовой тарифной ставке повышающие коэффициенты от 1,0 до 2,4.

2.3.15. При уплате страховой премии в рассрочку, в зависимости от количества и сроков уплаты ее частей (базовые страховые тарифы рассчитаны при условии единовременной уплаты страховой премии), Страховщик может применять к базовому страховому тарифу повышающие коэффициенты от 1,0 до 1,2.

2.3.16. При заключении договора страхования в отношении лица, имеющего заболевания, перечисленные в п. 2.7 Правил страхования, Страховщик вправе применять к базовому страховому тарифу повышающие коэффициенты от 1,1 до 5,0.

2.3.17. При установлении кратности предоставления услуг по договору страхования Страховщик может применять к базовому страховому тарифу повышающие и понижающие коэффициенты от 0,6 до 2,5.

2.3.18. При установлении лимитов страховой ответственности (страховых выплат) по Договору страхования Страховщик может применять к базовому страховому тарифу понижающие коэффициенты от 0,05 до 1,0.

2.3.19. При страховании в валютном эквиваленте Страховщик может применять к базовому страховому тарифу повышающие коэффициенты от 1,0 до 2,0.

2.3.20. В случае, если договором страхования предусмотрено включение следующих рисков:

а) медицинские услуги, носящие научно-исследовательский или экспериментальный характер;

б) медицинские услуги, оказываемые в сугубо эстетических или косметических целях;

в) медицинские услуги, которые способствуют или предотвращают половое зачатие, включая, но не ограничиваясь: искусственное оплодотворение, лечение бесплодия или импотенции, стерилизацию или де-стерилизацию;

г) расходы на очки, контактные линзы, слуховые аппараты, слуховые имплантаты, визуальную терапию, или на любой осмотр или подбор подобных устройств;

д) медицинские услуги, оказываемые в связи с алкоголизмом, токсикоманией или наркоманией;

е) пересадку органов, а также сами органы;

ж) пересадку тканей, а также сами ткани, за исключением лечения ожогов и травм, а также иных случаев, предусмотренных договором страхования;

з) уход и лечение при выпадении волос, включая парики, пересадку волос или любые препараты, которые способствуют росту волос, вне зависимости от того, предписаны они врачом или нет;

и) лечение, связанное с инфицированием вирусом иммунодефицита человека,

к базовой тарифной ставке может применяться поправочный коэффициент в диапазоне от 1,0 до 10,0.

2.4. В случае если результирующий страховой тариф составляет 100% и более, то считается, что страховой риск не обладает признаками случайности его наступления и договор страхования в отношении данного риска не заключается.

2.5. По договору страхования, заключенному на срок менее 1 (одного) года (краткосрочный договор страхования), страховая премия рассчитывается в соответствии с коэффициентами краткосрочности, указанными в таблице 2, если иной порядок расчета не указан в договоре страхования.

Таблица 2

Срок действия договора страхования не более										
1 мес.	2 мес.	3 мес.	4 мес.	5 мес.	6 мес.	7 мес.	8 мес.	9 мес.	10 мес.	11 мес.
Коэффициент краткосрочности										
0,30	0,40	0,50	0,60	0,65	0,70	0,75	0,80	0,85	0,90	0,95

2.6. При страховании на срок менее одного месяца страховая премия рассчитывается исходя из значений, указанных в таблице 3, если иной порядок расчета не предусмотрен договором страхования.

Таблица 3

Срок страхования (дней)	От 1 до 10 дней	От 11 до 20 дней	От 21 до 30 дней
Размер страховой премии (в % от годовой премии за один день страхования)	1,17 %	1,07%	1,00%

2.7. При страховании на срок более одного года (долгосрочное страхование), если иной порядок расчета не указан в договоре страхования, к страховым тарифам применяется коэффициент долгосрочности, который определяется путем деления продолжительности срока страхования, исчисленной в месяцах, на 12. При этом неполный месяц страхования считается за полный.

2.8. В связи с тем, что конкретные факторы риска и обстоятельства, увеличивающие (уменьшающие) вероятность наступления страхового события, а также конкретные размеры повышающих (понижающих) коэффициентов, которые Страховщик вправе применять к базовым страховым тарифам, могут быть выявлены (определены) только в ходе оценки Страховщиком страхового риска при заключении конкретного договора страхования, указаны минимальные и максимальные значения повышающих и понижающих коэффициентов в определенном диапазоне их применения. Это позволяет Страховщику определить реальный страховой тариф, учитывающий особенности объекта страхования и характер страхового риска по конкретному договору страхования, и является гарантией обеспечения его финансовой устойчивости. В зависимости от иных факторов, которые по мнению андеррайтера оказывают влияние на величину страхового риска, андеррайтером может быть принято решение, в том числе основанное на экспертной оценке перестраховщика или иного квалифицированного специалиста, о применении дополнительного поправочного коэффициента от 0,1 до 10,0.

3. ПОРЯДОК ИСЧИСЛЕНИЯ СТРАХОВЫХ ТАРИФОВ, ПОПРАВОЧНЫХ КОЭФФИЦИЕНТОВ И СТРАХОВОЙ ПРЕМИИ

3.1. Значения поправочных коэффициентов Страховщик определяет экспертно в пределах, указанных в разделе 2 настоящего Приложения, в зависимости от различных факторов, влияющих на страховой риск.

3.2. Итоговая страховая премия по конкретному договору страхования рассчитывается Страховщиком в следующем порядке:

3.2.1. Сначала определяется итоговый страховой тариф по каждой Программе страхования в отдельности путем последовательного умножения соответствующего

Программе страхования базового страхового тарифа, указанного в таблице 1, на соответствующие (повышающий или понижающий) коэффициенты, указанные в разделе 2 настоящего Приложения.

3.2.2. Далее определяется страховая премия по каждой Программе страхования в отдельности путем умножения страховой суммы по выбранной Программе страхования на соответствующий итоговый страховой тариф по данной Программе страхования.

3.2.3. Затем определяется итоговая страховая премия по договору страхования путем арифметического сложения сумм страховых премий, рассчитанных по каждой Программе страхования в отдельности.

3.3. Дополнительные риски тарифицируется отдельно в соответствии с базовыми страховыми тарифами и с учетом факторов риска.