

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

**УТВЕРЖДЕНЫ
приказом ООО Страховой
Компании «Гелиос»
от 17.03.2022 № 89**

Генеральный директор



М.Ю. Кольцов

Правила страхования подлежат применению с 17.03.2022

Предыдущие редакции были утверждены:
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 ЦЕЛЮ
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	16
9. ОБРАБОТКА СТРАХОВЩИКОМ ПЕРСОНАЛЬНЫХ ДАННЫХ.....	29
10. СРОК СТРАХОВАНИЯ. ПРЕКРАЩЕНИЕ ДОГОВОРА СТРАХОВАНИЯ.....	31
11. ИЗМЕНЕНИЕ СТРАХОВОГО РИСКА	33
12. ПРАВА И ОБЯЗАННОСТИ СТОРОН	33
13. ПОРЯДОК ВЫПОЛНЕНИЯ ОБЯЗАТЕЛЬСТВ ПО ДОГОВОРУ СТРАХОВАНИЯ. ОПЛАТА СТОИМОСТИ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ. СТРАХОВАЯ ВЫПЛАТА.....	38
14. ПОРЯДОК ВЗАИМОДЕЙСТВИЯ.....	42
15. ИСКОВАЯ ДАВНОСТЬ. ПОРЯДОК РАЗРЕШЕНИЯ СПОРОВ	44
16. ПРИМЕНИМОЕ ПРАВО.....	45
ПРОГРАММА № 1 ДОБРОВОЛЬНОЕ МЕДИЦИНСКОЕ СТРАХОВАНИЕ ТРУДОВЫХ МИГРАНТОВ	46
ПРОГРАММА № 2 «РЕПАТРИАЦИЯ»	49

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 (утв. Решением Комитета финансового надзора Банка России, протокол от 09.08.2018 № КФНП-24), Базовым стандартом совершения страховыми организациями операций на финансовом рынке (утв. Банком России, протокол от 09.08.2018 № КФНП-24), Федеральным законом от 04.06.2018 № 123-ФЗ «Об уполномоченном по правам потребителей финансовых услуг», а также Указанием Банка России от 13.09.2015 N 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 на основе программ 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 и договором 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.

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 услуг в соответствии с 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 в рамках договора страхования.

Полный перечень медицинских и иных услуг определяется конкретной Программой страхования.

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) сервисной организацией 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 надлежащему 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, в течение которого при наступлении страховых случаев у Страховщика возникает обязанность по осуществлению страховых выплат в соответствии с настоящими Правилами и договором страхования.

Срок страхования устанавливается по соглашению Страховщика и Страхователя в договоре страхования и определяется как разница дат начала и окончания срока страхования, указанных в договоре страхования.

1.7.14. **Период действия договора страхования** – отрезок времени от момента вступления в силу договора страхования до момента окончания данного договора страхования (окончания срока страхования).

1.7.15. **Период ответственности Страховщика** (далее по тексту также – **период действия страховой защиты, период действия страхового покрытия**) – период времени, в течение которого наступившие события из числа указанных в договоре страхования в качестве страховых рисков, являются событиями, имеющими признаки страхового случая.

1.7.16. **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:

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

1.7.16.2. **Выжидательный период** – период времени от момента вступления договора страхования в силу до момента начала периода ответственности Страховщика.

1.7.16.3. **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.

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

1.7.18. **Полномочный представитель** – лицо, которое в силу закона и (или) учредительных документов юридического лица, соответствующей доверенности действует от имени и в интересах представляемого лица.

1.7.19. **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.

1.7.20. **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.

1.7.21. **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.

1.8. 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.

1.11. Страховщик не вправе разглашать полученные им в результате своей профессиональной деятельности сведения о Страхователе, Застрахованном лице, состоянии их здоровья и имущественном положении.

За нарушение тайны страхования Страховщик в зависимости от рода нарушенных прав и характера нарушения несет ответственность в порядке, предусмотренном гражданским законодательством Российской Федерации.

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 397), 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 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.

2.6.2. Застрахованным лицом, если иное не установлено договором страхования, может быть лицо в любом возрасте.

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** – физические лица, в пользу которых заключен договор страхования.

2.9.1. Выгодоприобретателем по страхованию объекта страхования, указанного в п. 3.1.1 настоящих Правил, является Застрахованное лицо (трудовой мигрант).

2.9.2. Выгодоприобретателем по страхованию объекта страхования, указанного в п. 3.1.2 настоящих Правил, является Страхователь.

2.10. Взаимоотношения между Страховщиком и медицинской организацией, сервисным учреждением (ассистанс) или иным аналогичным учреждением определяются договором на предоставление медицинской и лекарственной помощи (медицинских услуг) по добровольному медицинскому страхованию трудовых мигрантов, и иных услуг, включая организацию и осуществление посмертной репатриации тела, по которому медицинская организация, сервисное учреждение (ассистанс) или иное аналогичное учреждение обязуется предоставлять застрахованному контингенту медицинские и иные услуги определенного объема и качества в конкретные сроки в рамках Программ страхования.

При этом указанный договор может содержать: наименование сторон; численность Застрахованных лиц; виды лечебно-профилактической помощи (медицинских услуг); перечень услуг, в том числе связанных с осуществлением посмертной репатриации тела; стоимость работ, услуг и порядок расчетов; порядок контроля качества медицинских и иных

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.

услуг и использования страховых средств; ответственность сторон и иные не противоречащие законодательству Российской Федерации условия.

3. ОБЪЕКТ СТРАХОВАНИЯ

3.1. Объектом страхования по настоящим Правилам являются:

3.1.1. Имущественные интересы, связанные с оплатой организации и оказания медицинской и лекарственной помощи (медицинских услуг) и иных услуг 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.

3.1.2. Имущественные интересы Страхователя (Застрахованного лица), связанные с риском возникновения непредвиденных расходов Страхователя (Застрахованного лица) в связи с оплатой организации медико-транспортных и иных услуг, в том числе включающих в себя организацию репатриации Застрахованного лица или его тела.

4. СТРАХОВОЙ РИСК. СТРАХОВОЙ СЛУЧАЙ

4.1. Страховым риском является вероятное обращение Застрахованного лица в течение срока действия договора страхования в медицинскую, сервисное учреждение (ассистанс) или иную организацию, предусмотренную Программой страхования по договору 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 иной (в том числе транспортной, сервисной) помощи, повлекшее возникновение обязательств Страховщика произвести оплату медицинских и иных услуг.

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. Настоящее страхование предусматривает оплату 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, сап и мелиоидоз, сибирская язва, туберкулез, холера, чума, коронавирусная инфекция (2019-nCoV))⁴;
 - в) при злокачественных новообразованиях,
 - г) при сахарном диабете,
 - д) при психических расстройствах и расстройствах поведения.
 - 4.6.3. По оказанию Застрахованному лицу высокотехнологичной медицинской помощи.

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.

4.6.4. 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 100 000 (ста тысяч) рублей на каждое Застрахованное лицо на период действия договора страхования.

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 агрегатного лимита возмещения Страховщика.

Агрегатный лимит возмещения – условие страхования, при котором страховая сумма является совокупным лимитом 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 с агрегатным лимитом возмещения Страховщика считается исполненным полностью либо и прекращает свое действие с момента выплаты суммарного страхового возмещения в размере, эквивалентном размеру страховой суммы.

5.6. Страховщик уведомляет 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.

5.7. В медицинской организации могут быть предусмотрены сервисные услуги, их перечень устанавливается индивидуально в каждой медицинской организации. Это может

быть: одно-двух местная палата, телевизор, телефон, дополнительное питание, индивидуальный сестринский пост и другие, в зависимости от возможностей медицинской организации. Поэтому договором страхования может быть предусмотрено предоставление Застрахованному лицу таких сервисных услуг, что соответственно влечет за собой увеличение стоимости медицинских услуг и возрастание 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.

5.8. 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 7.20 настоящих Правил.

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

Лимит ответственности Страховщика (сублимит страховой суммы) может быть установлен, к примеру:

- 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.

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

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

5.12. 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.

7.2. При определении размера страховой премии, подлежащей уплате по договору страхования, Страховщик применяет разработанные им тарифы, определяющие величину страхового взноса, взимаемую с единицы страховой суммы, исходя из оценки Страховщиком страхового риска с учетом объекта страхования, характера страховых рисков, условий страхования, выбранной Страхователем Программы страхования, категории медицинского учреждения, срока действия договора страхования и иных условий договора страхования.

Страховая премия определяется путем умножения страховой суммы на страховой тариф.

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

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

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

7.6. 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

7.7. 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.

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

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

7.10. 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.

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

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

— при уплате наличными средствами – день уплаты страховой премии (взноса) в кассу Страховщика или их передачи представителю (страховому агенту) страховой компании.

7.12. 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. 7.23 настоящих Правил, считая со дня, следующего за днем получения от Страхователя заявления / уведомления о перечислении денежных средств, в котором указаны реквизиты для перечисления.

7.13. 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.

7.14. 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.

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

При этом стороны не вправе требовать возвращения того, что было исполнено ими по обязательству до момента расторжения 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. 7.23 настоящих Правил, считая со дня, следующего за днем получения от Страхователя заявления / уведомления о перечислении денежных средств, в котором указаны реквизиты для перечисления.

7.16. 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.

7.17. Если в качестве последствий договором страхования предусмотрено изменение условий страхования, то порядок такого изменения указывается в договоре страхования.

7.18. 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.

7.19. 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.

7.20. Расчет страховой премии по дополнительному соглашению в связи с увеличением страховой суммы при изменении стоимости или расширении перечня медицинских услуг, а также увеличении страхового риска производится в следующем порядке:

а) страховая премия по дополнительному соглашению делится на 12 месяцев и умножается на количество месяцев, оставшихся до конца действия основного договора страхования (неполный месяц считается за полный) – результатом является величина страховой премии по дополнительному соглашению, полученная исходя из увеличенного размера страховой суммы на оставшийся период срока действия основного договора страхования;

б) страховая премия по договору страхования делится на 12 месяцев и умножается на количество месяцев (неполный месяц считается за полный), оставшихся до конца срока действия договора страхования – результатом является величина страховой премии по основному договору страхования на оставшийся период срока его действия;

в) величина страховой премии, подлежащая уплате Страхователем по дополнительному соглашению к основному договору страхования, определяется путем вычитания из полученной величины страховой премии по дополнительному соглашению (пп. «а» настоящего пункта Правил) величины страховой премии за оставшийся период срока действия по основному договору страхования (пп. «б» настоящего пункта Правил).

7.21. При увеличении страховой суммы соответствующие изменения в договор страхования, согласованные сторонами, оформляются путем составления и подписания дополнительного соглашения. При этом, если повышается страховой риск, Страховщик, по согласованию со Страхователем, применяет к базовым страховым тарифам повышающие коэффициенты. Расчет дополнительной страховой премии производится в соответствии с п. 7.20 настоящих Правил.

Аналогичный порядок действует и при увеличении страхового риска в период действия договора страхования.

7.22. 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, возратить 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.

7.23. Если договором страхования 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 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. Подписывая договор страхования, Страхователь подтверждает, что Страховщик до заключения договора страхования предоставил ему в доступной форме полную информацию, указанную в п. 8.1 настоящих Правил.

8.3. Договор страхования должен быть заключен в письменной форме. Несоблюдение письменной формы влечет недействительность договора страхования.

8.4. Страховщик при заключении договора страхования вправе применять разработанные им 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. В связи с тем, 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 условия 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 оправленное 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.

8.7.6. В соответствии с пунктом 1 статьи 6 Федерального закона от 06.04.2011 № 63-ФЗ «Об электронной подписи», а также пунктом 4 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.

8.7.7. На официальном сайте Страховщика Страхователь знакомится с условиями, содержащимися в договоре страхования, в выбранных им Программах страхования и настоящих Правилах. 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.

8.7.8. 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.

8.7.9. 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).

8.7.10. 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 настоящие 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, 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. Бланк полиса ДМС трудовых мигрантов является защищенной полиграфической продукцией уровня «В» и изготавливается в соответствии с Техническими требованиями и условиями изготовления защищенной от подделок полиграфической продукции, утвержденными приказом Министерства финансов Российской Федерации от 29.09.2020 № 217н «Об утверждении Технических требований и условий изготовления защищенной от подделок полиграфической продукции», зарегистрированным Министерством юстиции Российской Федерации 16.11.2020 № 60930.

Бланк полиса ДМС трудовых мигрантов должен изготавливаться на бумаге с эксклюзивным водяным знаком или с водяным знаком ограниченного распространения.

8.14. Полис ДМС трудовых мигрантов 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. К договору страхования, заключенному в виде электронного документа, положения п. 8.13 не применяются.

8.16. 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».

8.17. 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.

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

Если в договоре страхования (страховом полисе) имеется ссылка на документ (к примеру, на настоящие Правила), 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:

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

8.22.1.1. Если Страхователем выступает юридическое лицо:

- организационно-правовая форма;
 - полное и (при наличии) сокращенное наименование, в том числе фирменное наименование, для коммерческих организаций на русском языке, 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;
 - 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:

- 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));
- 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;
- 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:

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;

- серия (если имеется) и номер документа;
- дата начала срока действия права пребывания (проживания);
- 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.

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.

-
- 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.

8.22.4. Сведения о желаемом сроке страхования.

Срок действия договора страхования трудового мигранта определяется исходя из сообщенного Страхователем (Застрахованным лицом – трудовым мигрантом) 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;

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.

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.

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

К публичным должностным лицам (ПДЛ) относятся следующие категории:

8.26.1. **Иностранное публичное должностное лицо (ИПДЛ)** – любое назначаемое или избираемое лицо, занимающее какую-либо должность в законодательном, исполнительном, административном или судебном органе иностранного государства, и любое лицо, выполняющее какую-либо публичную функцию для иностранного государства, в том числе для публичного ведомства или публичного предприятия, а именно⁷:

- главы государств (в том числе правящие королевские династии) или правительств;
- министры, их заместители и помощники;
- высшие правительственные чиновники;
- руководители и заместители руководителей судебных органов власти «последней инстанции» (Верховный, Конституционный суд), на решение которых не подается апелляция;
- государственный прокурор и его заместители;
- высшие военные чиновники (начальники генеральных штабов, верховные главнокомандующие и т.д.);
- руководители и члены Советов директоров Национальных Банков;
- послы;
- руководители государственных корпораций;
- члены Парламента или иного законодательного органа и т.д.

8.26.2. **Должностное лицо публичной международной организации (ПДЛМО)** - лицо, которому доверены или были доверены важные функции международной организацией (за исключением руководителей среднего звена или лиц, занимающих более низкие позиции в указанной категории), в частности⁸:

- руководители, заместители руководителей международных и наднациональных организаций:
 - Организация Объединенных Наций (ООН),
 - Организация экономического развития и сотрудничества (ОЭСР),
 - Экономический и Социальный Совет ООН,
 - Организация стран - экспортеров нефти (ОПЕК),
 - Международный олимпийский комитет (МОК),
 - Всемирный банк (ВБ),
 - Международный валютный фонд (МВФ),
 - Европейская комиссия,
 - Европейский центральный банк (ЕЦБ),
 - Европарламент и др.
- руководители и члены международных и наднациональных судебных организаций:
 - Международный суд ООН
 - Европейский суд по правам человека
 - Суд Европейского союза и др.

⁷ Перечень должностей, по которым определяется принадлежность к ИПДЛ, не является исчерпывающим и может варьироваться в зависимости от государственного устройства той или иной страны. Принадлежность лица к категории ИПДЛ определяется в соответствии с рекомендациями ФАТФ.

⁸ Принадлежность лица к категории ПДЛМО определяется в соответствии с рекомендациями ФАТФ.

8.26.3. **Российские публичные должностные лица (РПДЛ)** – лица, замещающие (занимающие) 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 Федерацией на основании федеральных законов, включенные в перечни должностей, определяемые Президентом Российской Федерации.

8.26.4. **Лицо, связанное с ПДЛ** – супруг или супруга ПДЛ, его близкий родственник (родственник по прямой восходящей и нисходящей линии (родители и дети, дедушки, бабушки и внуки), полнородный и неполнородный (имеющий общего отца или мать) брат и сестра, усыновитель и усыновленный).

О факте принадлежности к любой из указанных категорий потенциальный Страхователь обязуется сообщить Страховщику.

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. Полис ДМС трудового мигранта должен соответствовать 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».

8.31. 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 страхового полиса. После выдачи дубликата утраченный страховой полис считается недействительным и выплаты по нему не производятся.

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

8.33. 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.

9. ОБРАБОТКА СТРАХОВЩИКОМ ПЕРСОНАЛЬНЫХ ДАННЫХ

9.1. Заключая (подписывая, принимая, оплачивая) договор страхования на основании настоящих Правил, Страхователь тем самым своей волей и в своем интересе дает свое согласие в соответствии с Федеральным законом от 27.07.2006 № 152-ФЗ «О персональных данных» и подтверждает, что им получены письменные согласия Застрахованного лица и Выгодоприобретателя, названных в договоре страхования (включая неотъемлемые его части – заявление на страхование, приложения и др.), их волей и в их интересе, с тем, что Страховщик может осуществлять обработку указанных в договоре страхования и приложениях к нему персональных данных (в том числе специальных и биометрических данных) физических лиц в течение всего срока действия договора страхования и последующие 5 (пять) лет с момента прекращения действия договора страхования, а также подтверждает, что им проинформированы вышеуказанные лица о составе переданных Страховщику их персональных данных.

9.2. Под персональными данными Страхователь, Застрахованное лицо и Выгодоприобретатель, названные в договоре страхования (включая неотъемлемые его части – заявление на страхование, приложения и др.), понимают указанную в договоре страхования информацию, относящуюся к прямо или косвенно определенному или определяемому из названных в договоре страхования (включая неотъемлемые его части – заявление на страхование, приложения и др.) Страхователю, Выгодоприобретателю и Застрахованному лицу, в том числе фамилию, имя, отчество, год, месяц, дату рождения, пол, адрес, номер телефона, адрес электронной почты, профессию, реквизиты документа, удостоверяющего личность, индивидуальный номер плательщика, гражданство, данные страхового полиса обязательного пенсионного страхования (СНИЛС) и т.д.

9.3. По запросу Страховщика Страхователь обязуется предоставить Страховщику названные в п. 9.1 настоящих Правил письменные согласия физических лиц (Выгодоприобретателя и Застрахованного лица) и несет персональную ответственность за неисполнение или ненадлежащее исполнение указанного обязательства.

9.4. Под обработкой персональных данных Страхователь, Застрахованное лицо и Выгодоприобретатель, названные в договоре страхования (включая неотъемлемые его части – заявление на страхование, приложения и др.), понимают сбор, запись, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), извлечение, использование, передачу, обезличивание, блокирование, удаление, уничтожение персональных данных.

9.5. Обработка персональных данных осуществляется с использованием средств автоматизации или без использования таких средств в целях исполнения, изменения, продления, досрочного прекращения договора страхования, реализации Страховщиком права требования о возврате неосновательного обогащения в виде излишне выплаченной суммы страхового возмещения, продвижения услуг Страховщика на рынке путем осуществления прямых контактов со Страхователем, Выгодоприобретателем и Застрахованным лицом с помощью средств связи, в статистических и иных исследовательских целях, в том числе и в целях проведения анализа страховых рисков, а также в целях информирования о других страховых продуктах и услугах Страховщика, получения рассылок, направленных на повышение уровня клиентоориентированности и лояльности, включая проведение исследований (опросов) в области сервисных услуг и их качества, предоставляемых Страховщиком по договору страхования, а также об условиях продления правоотношений со Страховщиком.

9.6. Заключая договор страхования на основании настоящих Правил, Страхователь тем самым дает свое согласие и подтверждает, что им получены согласия Выгодоприобретателя и Застрахованного лица, названных в договоре страхования (включая неотъемлемые его части – заявление на страхование, приложения и др.), на информирование о других продуктах и услугах, на получение рекламы по сетям электросвязи, а также рассылок, направленных на повышение уровня клиентоориентированности и лояльности, включая проведение исследований (опросов) в области сервисных услуг и их качества,

предоставляемых Страховщиком по договору страхования, а также об условиях продления правоотношений со Страховщиком. В том числе Страхователь в случае регистрации в личном кабинете ООО Страховой Компании «Гелиос» дает свое согласие на открытие доступа к своим персональным данным (публикацию) путем ввода идентифицирующих Страхователя данных при регистрации в соответствующем разделе сайта www.skgelios.ru (в том числе с использованием специализированного программного обеспечения, предоставленного Страховщиком).

9.7. Заключая договор страхования на основании настоящих Правил, Страхователь тем самым дает свое согласие и подтверждает, что им получены согласия Выгодоприобретателя и Застрахованного лица, названных в договоре страхования (включая неотъемлемые его части – заявление на страхование, приложения и др.), на передачу его (их) персональных данных (в том числе специальных и биометрических данных) при обработке в указанных целях 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, а также в том числе лицу, получившему неосновательное обогащение в виде излишне выплаченной суммы страхового возмещения.

9.8. Заключая договор страхования на основании настоящих Правил, Страхователь тем самым соглашается с передачей Страховщику персональных данных (в том числе специальных и биометрических данных) Страхователя и данных о наличии других договоров страхования, необходимых для расчета суммы страховой премии, оценки рисков или иных целей, связанных с заключением или исполнением договора страхования, ставших ему известными в связи с заключением и исполнением договора страхования, третьим 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.

9.9. Страховщик вправе с соблюдением требований, предусмотренных действующим законодательством Российской Федерации, осуществлять обработку, в том числе сбор иных сведений, необходимых для заключения договора страхования, оценки страховых рисков, определения размера убытков, включая специальные категории персональных данных, в том числе содержащихся в общедоступных источниках.

9.10. Страховщик обязуется обеспечивать сохранность и неразглашение персональных данных (в том числе специальных и биометрических данных) Страхователя и иных физических лиц, указанных в договоре страхования и приложениях к нему, в целях иных, нежели те, которые предусмотрены настоящим разделом Правил.

9.11. Указанные в настоящем разделе Правил согласия действуют со дня выдачи согласия, т.е. с момента заключения договора страхования (если заключению договора страхования предшествовала подача Страхователем заявления на страхование, то согласие действует с даты, указанной в заявлении на страхование) до дня истечения периода, продолжительностью 5 (пять) лет, исчисляемого с момента прекращения действия договора страхования либо с момента получения Страховщиком заявления об отзыве согласия на обработку персональных данных. Согласие на обработку персональных данных может быть отозвано субъектом персональных данных полностью или в части информирования о других продуктах и услугах путем направления письменного заявления Страховщику способом, позволяющим достоверно установить дату получения данного заявления Страховщиком.

9.12. В случае полного отзыва субъектом персональных данных своего согласия на обработку персональных данных действие договора страхования в отношении такого лица прекращается, а в случае отзыва такого согласия субъектом персональных данных, являющимся Страхователем, договор страхования прекращается полностью, за исключением случаев, когда согласно законодательству Российской Федерации получение согласия субъекта персональных данных на их обработку не требуется. При этом действие договора страхования прекращается досрочно с даты получения Страховщиком соответствующего заявления об отзыве согласия на обработку персональных данных.

9.13. Обязанности Страховщика по уточнению, блокированию и уничтожению персональных данных регулируются в соответствии со статьей 21 Федерального закона от 27.07.2006 № 152-ФЗ «О персональных данных».

9.14. Договором страхования могут быть предусмотрены иные (уточненные) условия обработки персональных данных, не противоречащие законодательству Российской Федерации.

9.15. Заключая (подписывая, принимая, оплачивая) договор страхования на основании настоящих Правил, Страхователь тем самым подтверждает, что Застрахованное лицо на основании положений Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан Российской Федерации» разрешает(-ют) любым медицинским и иным учреждениям, в том числе страховым медицинским организациям, работающим в сфере обязательного и добровольного медицинского страхования, федеральному и территориальным фондам обязательного медицинского страхования, организациям медико-социальной экспертизы, предоставлять информацию о состоянии его (их) здоровья, о фактах обращения за оказанием медицинской помощи, диагнозе, иных любых сведений, полученных при медицинском обследовании Застрахованного (-ых) лица (лиц) и лечении (в том числе, составляющих врачебную тайну), а также предоставления соответствующих копий любых документов по запросу Страховщика. Разрешение действует на период действия договора страхования (страхового полиса), а также в течение 5 (пяти) лет после его прекращения или 5 (пяти) лет после принятия Страховщиком решения об осуществлении страховой выплаты (в зависимости от того, какая из дат наступит позднее), и может быть отозвано в любое время посредством направления письменного уведомления Страховщику. Страхователь подтверждает, что Застрахованное (-ые) лицо (лица) разрешает Страховщику использовать эту информацию только для решения вопросов, связанных со страхованием и в обеспечение исполнения обязательств Страховщика, вытекающих из договора страхования (страхового полиса).

10. СРОК СТРАХОВАНИЯ. ПРЕКРАЩЕНИЕ ДОГОВОРА СТРАХОВАНИЯ

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

10.2. Страхование, обусловленное договором страхования, распространяется на страховые случаи, произошедшие после вступления договора страхования в силу.

10.3. 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.

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

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

10.6. Договор страхования прекращается в случаях:

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

10.6.2. Исполнения Страховщиком обязательств перед Страхователем по договору страхования в полном объеме – с момента такового.

10.7. Договор страхования прекращается досрочно в случаях:

10.7.1. Ликвидации Страхователя, являющегося юридическим лицом, или смерти Страхователя, являющегося физическим лицом, если Застрахованные лица не приняли на себя обязанности Страхователя по договору страхования в течение 10 (десяти) рабочих дней с момента принятия (выдачи) соответствующего акта государственного органа или вступления в законную силу судебного решения.

10.7.2. Смерти Застрахованного лица – в день смерти, определенный соответствующим свидетельством.

10.7.3. 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.

10.7.4. В случаях, указанных в п. 4.8 Правил;

10.7.5. Полностью – в случае полного отзыва субъектом персональных данных, являющимся Страхователем, согласия на обработку персональных данных; при этом полный отзыв такого согласия считается отказом от договора страхования;

частично – в случае полного отзыва субъектом персональных данных, являющимся Застрахованным лицом, согласия на обработку персональных данных;

в обоих случаях, указанных в настоящем пункте Правил, договор считается прекращенным (полностью или в соответствующей части) с даты получения Страховщиком уведомления об отзыве согласия на обработку персональных данных.

10.7.6. По требованию Страхователя в любое время, если после его вступления в силу возможность наступления страхового случая не отпала и существование страхового риска не прекратилось по обстоятельствам иным, чем страховой случай, – с даты получения Страховщиком требования о прекращении договора страхования или даты, указанной в этом требовании, если она позже даты получения.

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

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

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

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

10.7.11. В других случаях, предусмотренных законодательством Российской Федерации и (или) договором страхования – с даты, определенной законом или договором для таких случаев.

10.8. При досрочном прекращении договора страхования в целом или отношении какого-либо Застрахованного лица по основаниям, указанным в п.п. 10.7.2, 10.7.9, 10.7.10 настоящих Правил, Страховщик возвращает уплаченную страховую премию в размере части премии, приходящейся на неистекший срок действия договора страхования.

10.9. При досрочном прекращении договора страхования по основанию, указанному в п. 10.7.8 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.

10.10. При досрочном прекращении договора страхования по основаниям, за исключением указанных в п.п. 10.8 и 10.9, 10.11 настоящих Правил, уплаченная (-ные) страховая премия (страховые взносы) не подлежит(-ат) возврату, если договором страхования не предусмотрено иное.

10.11. 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.

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

В случае признания договора страхования недействительным каждая из сторон обязана возвратить другой все полученное по нему, если иные последствия недействительности договора страхования не предусмотрены законом.

Признание договора страхования недействительным осуществляется в соответствии с гражданским законодательством Российской Федерации.

11. ИЗМЕНЕНИЕ СТРАХОВОГО РИСКА

11.1. 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.

11.2. 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. 7.20 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.

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

11.3. Последствия изменения страхового риска в период действия договора страхования, указанные в п. 11.2 настоящих Правил, могут наступить только если они прямо предусмотрены в договоре страхования.

12. ПРАВА И ОБЯЗАННОСТИ СТОРОН

12.1. Права и обязанности Застрахованного лица.

12.1.1. **Застрахованное лицо имеет право:**

а) на своевременное и качественное получение медицинских и иных услуг в соответствии с избранными Страхователем 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.

12.1.2. **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.

12.2. Права и обязанности Страхователя.

12.2.1. 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) заключить несколько договоров страхования;

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

е) осуществлять контроль за соблюдением Страховщиком условий договора страхования;

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

- з) досрочно расторгнуть договор страхования в порядке, предусмотренном настоящими Правилами и гражданским законодательством Российской Федерации;
- и) отказаться от замены Страховщика в случаях и порядке, предусмотренных законодательством Российской Федерации
- к) получить дубликат полиса страхования или копию договора страхования в случае его утраты;
- л) получать от Страховщика информацию, касающуюся его финансовой устойчивости и не являющуюся коммерческой тайной;
- м) получить информацию о размере вознаграждения, выплачиваемого страховому агенту или страховому брокеру, при посредничестве которого был заключен договор страхования;
- н) требовать от Страховщика разъяснения расчетов изменения в течение срока страхования страховой суммы, расчетов страховой выплаты;
- о) 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.);
- п) 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.

12.2.2. 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 14 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 специальных и биометрических данных) 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 Страховщику по первому требованию 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 11 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 уплатить 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.

12.3. Права и обязанности Страховщика.

12.3.1. 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. 7.20 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, заключаемых 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) осуществлять иные действия в порядке исполнения положений настоящих Правил и договора страхования в соответствии с законодательством Российской Федерации.

12.3.2. 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 с любыми медицинскими организациями и сервисными компаниями (компания - ассистанс);

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 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) информировать Страхователя о порядке расчета налога, который будет удержан Страховщиком при расчете страховой выплаты в случаях, когда Страховщик является налоговым агентом;

к) 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);

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

м) 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;

н) 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.

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

13.1. 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).

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

При обращении Застрахованного лица в медицинскую организацию предъявляется страховой полис, выданный Страховщиком, паспорт либо другой документ, удостоверяющий личность Застрахованного лица.

По всем проблемным вопросам, возникшим в ходе реализации предоставленных страховым полисом прав, Застрахованное лицо обращается по контактному телефону Страховщика, указанному в страховом полисе.

13.3. 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, в пределах страховой суммы, установленной по договору страхования, путем перечисления Страховщиком денежных средств на счет медицинской организации или сервисного (ассистанс) учреждения.

Если иное не предусмотрено договором с медицинской организацией или сервисным учреждением, перечисление денежных средств производится в течение 15 (пятнадцати) рабочих дней после получения Страховщиком от медицинской организации счета с указанием диагноза, сроков лечения, перечня оказанных услуг, их стоимости и общей суммы расходов, понесенных по всем услугам, оказанным Застрахованному лицу в пределах Программы страхования, предусмотренной договором страхования. В указанный выше срок входит время необходимое Страховщику для согласования им с медицинской организацией разногласий по поводу наступления страхового события и размера страховой выплаты, в случае их возникновения.

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

13.4. 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 (ассистанс) учреждение 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.

13.5. 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.

13.6. В этом случае страховая выплата осуществляется Страховщиком в виде денежной компенсации Застрахованному лицу произведенных им затрат на медицинские и иные услуги наличными денежными средствами или 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) 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.

13.7. 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.

13.8. 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.

13.9. В течение 30 (тридцати) рабочих дней со дня, следующего за днем получения Страховщиком от Застрахованного лица заявления о страховой выплате и всех предусмотренных п. 13.6 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.

13.10. 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.

13.11. 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.

13.12. 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.

13.13. Страховщик имеет право отказать в страховой выплате:

13.13.1. 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.

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

13.13.3. 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.

13.13.4. 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.

13.13.5. В других случаях, предусмотренных Гражданским кодексом Российской Федерации.

13.14. 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. Указанная информация предоставляется в том объеме, в каком это не противоречит действующему законодательству.

13.15. 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.

13.16. При непредставлении Страхователем, Застрахованным лицом в соответствии с пп. «ж» п. 13.6 настоящих Правил банковских реквизитов, а также других сведений, необходимых для осуществления страховой выплаты в безналичном порядке (если лицо, обратившееся за страховой выплатой, выбрало вариант безналичного перечисления страховой выплаты), срок осуществления страховой выплаты продлится (приостанавливается) до получения Страховщиком указанных сведений, о чем Страховщик уведомляет обратившееся лицо и запрашивает у него недостающие сведения.

13.17. 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.

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

13.18.1. Простые, сложные, комплексные медицинские услуги.

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

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

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

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

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

13.19. 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, установленной договором страхования.

14. ПОРЯДОК ВЗАИМОДЕЙСТВИЯ

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

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

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

14.1.3. 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.

14.1.4. 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.

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

14.1.6. Уведомление направлено (при наличии технической возможности) в виде СМС-сообщения или сообщения с использованием иного сервиса отправки сообщений (WhatsApp, Viber, Facebook Messenger, Telegram, и т.п.) 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).

14.1.7. 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.

14.1.8. 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.

14.2. 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:

14.2.1. 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.

14.2.2. 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.

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

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

14.3. В случае если Сторона-получатель отказалась принять, получить уведомление, направленное в соответствии с пунктами 14.1.2 – 14.1.4 и 14.2.1 – 14.2.2 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-получатель 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.

14.4. 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.

14.5. 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.

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

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

14.6.2. 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;

14.6.3. 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;

14.6.4. Имеются доказательства вручения или направления уведомления в порядке, установленном пунктами 14.1.4, 14.2.2, 14.3 настоящих Правил, в том числе и при возврате почтового отправления в связи с отсутствием Стороны-получателя, истечением срока хранения и не востребованностью письма и иными подобными обстоятельствами.

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

15. ИСКОВАЯ ДАВНОСТЬ. ПОРЯДОК РАЗРЕШЕНИЯ СПОРОВ

15.1. 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.

15.2. Качество оказания медицинской помощи, соответствие ее условиям, предусмотренным в договоре страхования, контролируется Страховщиком.

15.3. Все споры, разногласия и требования, возникающие из договоров страхования, заключенных на основании настоящих Правил, в том числе касающиеся исполнения, изменения и прекращения договора страхования, разрешаются Страхователем и Страховщиком путем переговоров, с обязательным направлением письменной досудебной претензии в соответствии с положениями раздела 14 настоящих Правил.

Претензия должна содержать сведения о заявителе (наименование, местонахождение, адрес); содержание спора и разногласий; сведения об объекте (объектах), в отношении которого возникли разногласия, расчет суммы претензии.

Стороны составляют акт об урегулировании разногласий.

15.4. В случаях, предусмотренных Федеральным законом от 04.06.2018 № 123-ФЗ «Об уполномоченном по правам потребителей финансовых услуг», Страхователь (Выгодоприобретатель), являющийся получателем страховых услуг, имеет право обратиться к финансовому уполномоченному. Такими случаями являются обращения в отношении Страховщика, если размер денежных требований потребителя страховых услуг не превышает 500 000 рублей и если со дня, когда получатель страховых услуг узнал или должен был узнать о нарушении своего права, прошло не более 3 (трех) лет.

15.5. При получении претензии в связи с заключением, исполнением, изменением, расторжением договора страхования срок направления ответа на претензию:

– составляет не более 15 (пятнадцати) рабочих дней со дня получения Страховщиком в случае, если указанное заявление (претензия) направлено в электронной форме в порядке, предусмотренном Федеральным законом от 04.06.2018 № 123-ФЗ «Об уполномоченном по правам потребителей финансовых услуг»;

– во всех остальных случаях, не может составлять более 30 (тридцати) календарных дней со дня получения заявления (претензии) другой Стороной договора страхования.

15.6. Финансовый уполномоченный не рассматривает обращения:

1) если обращение не соответствует вышеуказанным критериям;

2) если получатель страховых услуг предварительно не обращался к Страховщику;

3) если в суде, третейском суде имеется либо рассмотрено дело по спору между теми же сторонами, о том же предмете и по тем же основаниям;

4) находящиеся в процессе урегулирования с помощью процедуры медиации;

5) по которым имеется решение финансового уполномоченного или соглашение, принятое по спору между теми же сторонами (в том числе при уступке права требования), о том же предмете и по тем же основаниям;

6) в отношении финансовых организаций, у которых отозвана (аннулирована) лицензия, которые исключены из реестра финансовых организаций соответствующего вида или которые находятся в процессе ликвидации, ликвидированы, прекратили свое существование или были признаны фактически прекратившими свою деятельность;

7) по вопросам, связанным с банкротством юридических и физических лиц;

8) по вопросам, связанным с компенсацией морального вреда и возмещением убытков в виде упущенной выгоды;

9) по вопросам, связанным с трудовыми, семейными, административными, налоговыми правоотношениями, а также обращения о взыскании обязательных платежей и санкций, предусмотренных законодательством Российской Федерации;

10) направленные повторно по тому же предмету и по тем же основаниям, что и обращение, ранее принятое финансовым уполномоченным к рассмотрению;

11) содержащие нецензурные либо оскорбительные выражения, угрозы жизни, здоровью и имуществу финансового уполномоченного или иных лиц;

12) текст которых не поддается прочтению.

15.7. В случае недостижения сторонами согласия в претензионном порядке, а также если спор не подлежит рассмотрению финансовым уполномоченным или если финансовый уполномоченный не принял решение по обращению по истечении предусмотренного законом срока, прекратил рассмотрение обращения в соответствии с законом, или если заявитель не согласился с вступившим в силу решением финансового уполномоченного, спор подлежит урегулированию в суде в порядке, установленном договором страхования и законодательством Российской Федерации.

16. ПРИМЕНИМОЕ ПРАВО

16.1. Действие настоящих Правил и любого договора страхования, заключенного в соответствии с ними, регулируются положениями действующего законодательства Российской Федерации. При этом статья 317.1 Гражданского кодекса Российской Федерации не применяется к условиям договоров страхования, заключаемых в рамках настоящих Правил.

16.2. Ни одна из сторон не вправе передавать свои права и обязанности по договору (страховому полису) страхования третьей стороне без письменного согласия другой стороны, кроме прав и обязанностей по договорам перестрахования. Сторона, передавшая права и обязанности по договору (страховому полису) страхования третьей стороне без письменного согласия другой стороны, несет ответственность в размере денежного исполнения переданного права и (или) обязанности, в соответствии с ч. 3 ст. 388 Гражданского кодекса Российской Федерации.

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 17.03.2022 № 89

**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	46
ПРОГРАММА № 2 «РЕПАТРИАЦИЯ»	49

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 медицинское учреждение (фармацевтическую организацию, ассистанскую компанию), 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.

— УЗДГ 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 листков 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 изделий⁹;
- медицинские изделия, включенные в утверждаемый Правительством Российской Федерации перечень медицинских изделий, имплантируемых в организм человека¹⁰ 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 сторон¹¹.

⁹ В соответствии с пунктом 6 статьи 4 Федерального закона от 12.04.2010 № 61-ФЗ «Об обращении лекарственных средств».

¹⁰ В соответствии с частью 2.1 статьи 80 Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».

¹¹ 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.