

Приложение №1 к Приказу
№ 038 от 26 мая 2016 года

.....
Утверждаю
Генеральный директор
Барихнина Л. В.

Правила

добровольного медицинского страхования иностранных граждан, лиц без гражданства и трудовых мигрантов

Оглавление

1. Общие положения.....	3
2. Субъекты страхования.....	6
3. Объект страхования.....	7
4. Страховой риск, страховой случай и объем ответственности страховщика	7
5. Порядок определения страховой суммы, страховой премии и страхового тарифа	10
6. Срок действия договора страхования. Порядок заключения договора страхования. Прекращение действия договора страхования.....	11
7. Права и обязанности сторон.....	24
8. Страховая выплата. Порядок организации медицинской помощи и иных услуг.....	25
9. Порядок разрешения споров.....	28
Приложение №1 к Правилам. Программы страхования	
Приложение №2 к Правилам. Дополнительные условия №1	

1. Общие положения

- 1.1. Настоящие Правила добровольного медицинского страхования иностранных граждан, лиц без гражданства и трудовых мигрантов (далее – «Правила») разработаны в соответствии с законодательством Российской Федерации и содержат в себе стандартные условия, на которых ООО «Группа Ренессанс Страхование» заключает договоры добровольного медицинского страхования (далее – договор ДМС, договоры страхования). В рамках настоящих Правил ООО «Группа Ренессанс Страхование» осуществляет добровольное страхование, относящееся согласно принятой в законодательстве классификации к виду медицинское страхование.
- 1.2. При заключении договора страхования на условиях, содержащихся в настоящих Правилах и не включенных в текст договора страхования, эти условия становятся обязательными для Страхователя, Застрахованного лица, если в договоре страхования прямо указывается на применение настоящих Правил, и настоящие Правила изложены в одном документе с договором страхования или на его оборотной стороне, либо приложены к нему. В последнем случае вручение Страхователю при заключении договора страхования настоящих Правил должно быть удостоверено записью в договоре страхования.
- 1.3. При заключении договора страхования Страхователь и Страховщик могут договориться об изменении или исключении любых отдельных положений настоящих Правил и о дополнении настоящих Правил.
- 1.4. В тексте настоящих Правил используются следующие термины:
 - 1.4.1. **Период страхования** – период времени, в течение которого на Застрахованное лицо распространяется действие страхования, обусловленного договором ДМС (страховой защиты). Страхование распространяется только на страховые случаи, произошедшие с Застрахованным лицом в течение периода страхования. Если иное не предусмотрено договором добровольного медицинского страхования, период страхования исчисляется со дня вступления договора ДМС в силу и заканчивается датой окончания (прекращения/расторжения) договора ДМС.
 - 1.4.2. **Ответственность Страховщика** – обязательства Страховщика за обусловленную договором страхования страховую премию, уплачиваемую Страхователем, осуществить страховую выплату при наступлении указанного в договоре ДМС страхового случая.
 - 1.4.3. **Лимит ответственности Страховщика** – предельная величина страховой выплаты (ответственности Страховщика), устанавливаемая в размере определенной договором ДМС денежной суммы.
 - 1.4.4. **Страховая сумма** - сумма, в пределах которой Страховщик обязуется выплатить страховое возмещение (осуществить страховую выплату) по договору страхования. По договору страхования, заключенному на основании настоящих Правил может быть установлена агрегатная или неагрегатная страховая сумма:
 - **Неагрегатная страховая сумма** – денежная сумма, в пределах которой Страховщик обязуется выплатить страховое возмещение по каждому страховому случаю (независимо от их числа), произошедшему в период страхования. Неагрегатная страховая сумма по договору не уменьшается на сумму страхового возмещения, выплаченного в период страхования.
 - **Агрегатная (уменьшаемая) страховая сумма** – денежная сумма, в пределах

которой Страховщик обязуется выплатить страховое возмещение по всем страховым случаям, произошедшим в период страхования. Агрегатная страховая сумма рассчитывается, как разность страховой суммы на начало срока действия договора ДМС и суммы страхового возмещения, осуществленного Страховщиком в период действия договора ДМС по всем произошедшим страховым случаям.

1.4.5. **Медицинские организации** – юридические лица любых организационно-правовых форм и форм собственности (медицинские организации, оказывающие медицинскую помощь в амбулаторных и стационарных условиях, научно-исследовательские и медицинские институты, реабилитационно - восстановительные и санаторно-курортные организации, организации лечебно–восстановительной терапии и прочие) и физические лица, осуществляющие медицинскую деятельность (оказывающие медицинские услуги), имеющие лицензию (иное разрешение) на право осуществления вышеназванной деятельности.

1.4.6. **Сервисные компании** – организации, имеющие договоры со Страховщиком по организации медицинских и иных, связанных с медицинскими, услуг (в том числе медико-социальных), а также экспертных, медико-транспортных услуг.

1.4.7. **Медико-транспортные услуги** – услуги, связанные с транспортировкой Застрахованного по медицинским показаниям:

- машиной скорой помощи или иным видом транспорта с места возникновения события, имеющего признаки страхового, до ближайшей медицинской организации на территории РФ;
- адекватным состоянию здоровья Застрахованного транспортным средством (при необходимости, в сопровождении медицинского персонала) из одной медицинской организации в другую медицинскую организацию на территории РФ по медицинским показаниям (по предписанию врача);
- адекватным состоянию здоровья Застрахованного транспортным средством (при необходимости, в сопровождении медицинского персонала) из медицинской организации на территории РФ, в которой Застрахованному оказывались услуги согласно договору страхования, до ближайшего к месту постоянного жительства Застрахованного аэропорта или вокзала или порта (**далее – транспортного узла**) в стране постоянного проживания Застрахованного.

1.4.8. **Форс–мажор (обстоятельства непреодолимой силы)** – военные действия и их последствия, террористические акты, гражданские волнения, забастовки, мятежи, конфискации, реквизиции, арест, уничтожение или повреждение имущества по распоряжению гражданских или военных властей, введение чрезвычайного или особого положения, бунты, путчи, государственные перевороты, заговоры, восстания, революции, воздействия ядерной энергии, химическое или биологическое воздействие, либо заражение, а также иные обстоятельства, которые Страховщик и Страхователь (Застрахованное лицо) не могут предвидеть и/или предотвратить своими силами.

1.5. На условиях настоящих Правил заключаются договоры добровольного медицинского страхования (далее также – «договоры страхования») в отношении Застрахованных лиц - иностранных граждан, лиц без гражданства и трудовых мигрантов в возрасте от 16 до 90 лет, если иное не установлено в договоре страхования.

1.6. Страховщик заключает договоры страхования в соответствии с одной или несколькими

программами добровольного медицинского страхования, содержащихся в Приложении № 1 к настоящим Правилам (далее – «программа страхования»), согласно которой (которым), если иное не предусмотрено договором страхования, гарантирует организацию и финансирование медицинских и иных услуг, связанных с оказанием последних, которые предусмотрены договором страхования (далее – «медицинская помощь» или «медицинские и иные услуги») определенного вида и качества, предусмотренных договором страхования с учетом положений настоящих Правил.

- 1.7. Страхователь, заключая договор страхования, а так же Застрахованное лицо, в пользу которого заключен Договор, на основании настоящих Правил, в соответствии с Федеральным законом № 152-ФЗ от 27 июля 2006 г. РФ «О персональных данных» выражает Страховщику согласие на обработку своих персональных данных, содержащихся в документах, передаваемых Страховщику в целях обеспечения исполнения заключенного договора страхования.

Под обработкой персональных данных в настоящих Правилах понимается любое действие (операция) или совокупность действий (операций), совершаемых с использованием средств автоматизации или без использования таких средств, с персональными данными, включая сбор, запись, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), извлечение, использование, передачу (распространение, предоставление, доступ), обезличивание, блокирование, удаление, уничтожение, трансграничную передачу, а также осуществление любых иных действий с персональными данными в соответствии с действующим законодательством.

Указанное согласие действительно в течение срока действия договора страхования и в течение 10 (десяти) лет после окончания срока действия договора страхования, или же в течение 5 (пяти) лет с момента вынесения судебного решения, имевшего место в результате возможного спора сторон относительно возмещения убытков, возникших в период действия договора страхования, или до момента его отзыва, осуществляемого путем подачи Страхователем/Застрахованным соответствующего письменного заявления Страховщику по его адресу, не менее чем за 30 календарных дней до даты отзыва согласия.

Страхователь (Застрахованный), заключая договор страхования на основании настоящих Правил, подтверждает, что он проинформирован о праве в любой момент отозвать данное согласие, о праве на получение сведений об операторах персональных данных, праве на ознакомление с персональными данными, праве требовать уточнения персональных данных, блокирования или уничтожения персональных данных в случае, если они являются неполными, устаревшими, недостоверными, незаконно полученными. Также Страхователь (Застрахованный) подтверждает, что Страховщик предоставил ему информацию о своем наименовании и адресе, о целях обработки персональных данных, их правовых основаниях, о предполагаемых пользователях персональных данных и установленных Федеральным законом от 27.07.2006 г. №152-ФЗ «О персональных данных» правах субъекта персональных данных.

- 1.8. Страхователь (Застрахованное лицо), заключая договор страхования на основании настоящих Правил, предоставляет Страховщику право на ознакомление со своей медицинской документацией для решения вопросов, связанных с реализацией договора страхования, оплатой медицинских и иных услуг и защитой прав Застрахованных лиц, а также предоставляет право медицинским организациям, где Страхователь (Застрахованное лицо) получали/получают/будут получать медицинские и иные услуги, передавать Страховщику сведения, составляющие врачебную тайну (далее – врачебная тайна). Сведения, составляющие врачебную тайну, включают в себя в том числе: информацию о

факте обращения Застрахованного лица за медицинской помощью, состоянии его здоровья, диагнозе его заболеваний и иные сведения, полученные при его обследовании и лечении.

1.9. Страховщик не вправе разглашать полученные им в результате своей профессиональной деятельности сведения о Страхователе, Застрахованном лице, состоянии их здоровья, имущественном положении. Страховщик гарантирует соблюдение врачебной тайны и тайны страхования в соответствии с действующим законодательством.

1.10. Все уведомления, извещения и сообщения, направляемые Страховщиком в адрес Страхователя (Застрахованного лица) в соответствии с настоящими Правилами, считаются направленными надлежащим образом при их направлении одним из следующих способов, указанным в договоре страхования или в заявлении о выплате страхового возмещения:

- в виде СМС-сообщения по телефону, указанному в договоре страхования или заявлении о выплате страхового возмещения;
- почтовым отправлением по адресу, указанному в договоре страхования или заявлении о выплате страхового возмещения;
- по электронной почте по электронному адресу, указанному в договоре страхования или заявлении о выплате страхового возмещения.

Если в заявлении о выплате страхового возмещения или договоре страхования не указан способ уведомления Страхователя, то уведомление осуществляется путем направления СМС-сообщения на номер телефона, указанный в договоре страхования; при отсутствии номера телефона - простым или заказным письмом по адресу, указанному в договоре страхования, либо по электронной почте по электронному адресу, указанному в договоре страхования.

При наличии нескольких отличающихся контактных данных Страхователя (Застрахованного лица) выбор конкретного номера телефона, почтового адреса или адреса электронной почты для отправки уведомления осуществляет Страховщик.

Гражданско-правовые последствия, связанные с направлением Страховщиком в адрес Страхователя уведомлений, извещений и сообщений, считаются наступившими для Страхователя с момента, указанного в тексте уведомления, извещения или сообщения, а если данный момент не указан - с момента направления Страховщиком уведомления, извещения или сообщения в адрес Страхователя.

В случае изменения адресов, реквизитов, телефонов и иных данных Страхователь (Застрахованное лицо) обязуется в течение 7 рабочих дней письменно известить Страховщика об этом. Если Страховщик не был извещен об изменении этих данных заблаговременно, то риск неполучения, направленной Страховщиком корреспонденции (сообщений, извещений), несет Страхователь (Застрахованное лицо).

2. Субъекты страхования

2.1. **Страховщик** – ООО «Группа Ренессанс Страхование», созданное и действующее на основании Устава в соответствии с действующим законодательством Российской Федерации и осуществляющее страховую деятельность в соответствии с лицензией, выданной в установленном законом порядке.

2.2. **Страхователи** – юридические лица любых организационно–правовых форм, дееспособные физические лица и индивидуальные предприниматели, заключившие со Страховщиком договор добровольного медицинского страхования.

Договор добровольного медицинского страхования, заключенный на условиях настоящих

Правил, может быть заключен Страхователем – юридическим лицом, а также индивидуальным предпринимателем, в пользу названного в договоре добровольного медицинского страхования физического лица (далее – Застрахованный или Застрахованное лицо), а Страхователем – физическим лицом как в пользу названного в договоре добровольного медицинского страхования физического лица, так и в свою пользу.

- 2.3. **Застрахованное лицо** – физическое лицо, названное в договоре добровольного медицинского страхования и в пользу которого заключен договор страхования.
- 2.4. Застрахованными лицами могут быть иностранные граждане и лица без гражданства, прибывшие в Российскую Федерацию и намеревающиеся осуществлять или осуществляющие трудовую деятельность на основании разрешения на работу или патента (далее - трудовые мигранты), а так же иные иностранные граждане или лица без гражданства, постоянно или временно проживающие на территории Российской Федерации, или временно прибывающие в Российскую Федерацию на основании визы или в порядке, не требующем получения визы и получившие миграционную карту, а также беженцы и вынужденные переселенцы, в соответствии с Дополнительными условиями №1 (Приложение №2 к настоящим Правилам).

3. Объект страхования

- 3.1. Объектом страхования в зависимости от страховых рисков могут быть не противоречащие законодательству РФ имущественные интересы Застрахованного лица, связанные:
 - 3.1.1. с оплатой организации и оказания медицинской помощи (медицинских услуг) и иных услуг вследствие расстройства здоровья физического лица или состояния физического лица, требующих организации и оказания таких услуг, а также проведения профилактических мероприятий, снижающих степень опасных для жизни или здоровья физического лица угроз и (или) устраняющих их (медицинское страхование).

4. Страховой риск, страховой случай и объем ответственности страховщика

- 4.1. Страховым риском является предполагаемое событие, на случай наступления которого проводится страхование. Событие, рассматриваемое в качестве страхового риска, должно обладать признаками вероятности и случайности его наступления.
- 4.2. Страховым случаем является совершившееся событие, предусмотренное договором страхования, произошедшее в период страхования, с наступлением которого возникает обязанность Страховщика произвести страховую выплату.
- 4.3. По договорам страхования, заключенным в соответствии с настоящими Правилами, страховыми случаями могут являться следующие события (одно или оба из перечисленных, в зависимости от условий договора страхования и (или) программы страхования):
 - 4.3.1. обращение Застрахованного лица в течение периода страхования в согласованные со Страховщиком (медицинским пультом Страховщика) медицинские организации, имеющие договорные отношения со Страховщиком при таком состоянии здоровья, которое требует получения медицинских и (или) иных услуг, предусмотренных договором страхования и программой страхования.
 - 4.4. Договором страхования может быть предусмотрено, что при наступлении страхового случая Страховщик осуществляет организацию, оказание и оплату следующих видов, медицинских, медико-транспортных и иных услуг:
 - 4.4.1. гарантированного предоставления и оплаты медицинских и иных услуг,

предусмотренных договором страхования и программой страхования, в медицинских организациях, оказывающих первичную медико-санитарную помощь и специализированную медицинскую помощь в неотложной форме в соответствии с установленными государственными органами требованиями в рамках утвержденных стандартов оказания медицинской помощи (далее – **«первичная медико-санитарная помощь и специализированная медицинская помощь в неотложной форме в амбулаторных условиях»**).

Медицинская помощь может оказываться в амбулаторных условиях в медицинской организации.

- 4.4.2. гарантированного предоставления и оплаты медицинских и иных услуг, предусмотренных программой страхования, в медицинских организациях, оказывающих первичную медико-санитарную помощь и специализированную медицинскую помощь в неотложной форме в стационарных условиях: в терапевтическом, хирургическом и других специализированных отделениях медицинской организации с возможностью оказания Застрахованному лицу консультативно-диагностической, лечебной, и иной медицинской помощи, предусмотренной договором страхования, проведения медицинской экспертизы в связи с болезнью, травмами, отравлениями и другими состояниями (далее – **«первичная медико-санитарная помощь и специализированная медицинская помощь в неотложной форме в стационарных условиях»**).
- 4.5. Страховщик гарантирует оплату медицинских и иных услуг, предусмотренных настоящими Правилами и договором страхования в объеме, установленном программой страхования, являющейся неотъемлемой частью настоящих Правил и договора страхования.
- 4.6. Если иное не предусмотрено договором страхования медицинские и иные услуги, предусмотренные настоящими Правилами страхования, договором страхования и программой страхования, оказываются Застрахованным лицам в медицинских организациях, согласованных Страховщиком (медицинским пультом Страховщика) и (или) предусмотренных договором страхования.
- 4.7. Страховщик и/или медицинская организация, с которой Страховщик заключил соответствующий договор на оказание Застрахованным лицам медицинских и иных услуг, в случае отсутствия у медицинской организации по прежнему адресу и (или) роду деятельности (специализации) соответствующих услуг либо в случае отсутствия мест в медицинской организации, может организовать оказание таких медицинских и иных услуг в других медицинских организациях. При этом письменное согласие Страховщика на этот счет является обязательным, если иное не предусмотрено договором между Страховщиком и медицинской организацией.
- 4.8. По соглашению между Страхователем и Страховщиком перечень медицинских и иных услуг, перечисленных в п. 4.4 настоящих Правил, может быть указан в любой комбинации и в любом объеме в пределах программы страхования.

В зависимости от объема и комбинации медицинских и иных услуг, а также перечня медицинских организаций, предусмотренных договором страхования, Страховщик может присваивать медицинским и иным услугам в договорах страхования нумерацию/аббревиатуру/кодировку/категорию/серию исключительно для их внутреннего использования и учета Страховщиком.

Страховщик вправе присваивать маркетинговые названия отдельным группам единообразных договоров страхования (страховых полисов), заключаемым на основе настоящих Правил, в той мере, в какой это не противоречит действующему

законодательству Российской Федерации.

4.9. Если иное прямо не предусмотрено договором страхования, не является страховым случаем и Страховщиком не возмещается стоимость следующих медицинских и иных услуг, оказанных Застрахованному лицу:

4.9.1. не предусмотренных договором страхования или программой страхования, в том числе указанных в программе страхования в качестве исключения из страхового покрытия;

4.9.2. в медицинских организациях, не предусмотренных договором страхования; и (или) не согласованных со Страховщиком (медицинским пультом Страховщика);

4.9.3. по оказанию медицинской помощи, не назначенной врачом, оказывающим медицинскую помощь в рамках программы страхования;

4.9.4. по оказанию медицинской помощи при особо опасных инфекционных болезнях (натуральная оспа, полиомиелит, малярия ТОРС), заболеваниях, включенных в утверждаемый Правительством Российской Федерации перечень заболеваний, представляющих опасность для окружающих (В соответствии с частью 2 статьи 43 Федерального закона от 21 ноября 2011 года N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации"), а также при злокачественных новообразованиях, сахарном диабете, психических расстройствах и расстройствах поведения;

4.9.5. по оказанию высокотехнологичной медицинской помощи;

4.9.6. по оказанию медицинской помощи при патологических состояниях, отравлениях и травмах, возникших у застрахованного лица в состоянии алкогольного опьянения или под воздействием иных психоактивных веществ и (или) лекарственных препаратов, употребленных без назначения врача;

4.9.7. по оказанию медицинской помощи при возникновении травматических повреждений или иных нарушений здоровья, наступивших в результате совершения застрахованным лицом умышленных противоправных действий;

4.9.8. по оказанию медицинской помощи при покушении застрахованного лица на самоубийство, за исключением тех случаев, когда застрахованное лицо было доведено до такого состояния противоправными действиями третьих лиц;

4.9.9. по оказанию медицинской помощи при умышленном причинении себе телесных повреждений застрахованным лицом;

4.9.10. связанных с беременностью, родами, послеродовым периодом и абортами застрахованного лица.

4.9.11. по оказанию медицинской помощи после окончания срока действия Договора страхования.

4.10. Страховщик освобождается от выплаты страхового возмещения и страховой суммы, когда страховой случай наступил вследствие:

- воздействия ядерного взрыва, радиации или радиоактивного заражения;
- военных действий, а также маневров или иных военных мероприятий;
- гражданской войны, народных волнений всякого рода или забастовок.

5. Порядок определения страховой суммы, страховой премии и страхового тарифа

- 5.1. Под страховой суммой понимается денежная сумма, которая определена договором страхования и, исходя из которой, устанавливается размер страховой премии (страхового взноса) и максимальный размер страховой выплаты при наступлении страхового случая в период страхования. Страховая сумма на всех и/или на каждое Застрахованное лицо по договору страхования определяется Страховщиком и Страхователем по соглашению сторон с учетом ограничений, предусмотренных п. 5.2. настоящих Правил.
- 5.2. Страховая сумма, на период действия договора страхования, заключаемого в отношении трудовых мигрантов, устанавливается в размере не менее 100 000 рублей на каждое застрахованное лицо.
- 5.3. В договоре страхования могут быть установлены лимиты ответственности Страховщика – по видам медицинских и иных услуг, группам Застрахованных, медицинским организациям, сервисным компаниям.
- 5.4. Договором страхования, исключая договоры страхования, заключаемые в отношении трудовых мигрантов, может быть предусмотрена франшиза - часть убытков, которая определена договором страхования и не подлежит возмещению Страховщиком. Франшиза может устанавливаться в процентах от страховой суммы, лимита ответственности Страховщика, либо от суммы выплаты или в твердой сумме.

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) и безусловной (размер страховой выплаты определяется как разница между размером убытка и размером франшизы).

- 5.5. Под страховой премией понимается плата за страхование, которую Страхователь обязан уплатить Страховщику в порядке и в сроки, установленные договором страхования.
- 5.6. Страховой тариф - ставка страховой премии с единицы страховой суммы с учетом объекта страхования и характера страхового риска, а также других условий страхования, в том числе наличия франшизы и ее размера.
- 5.7. Для определения размера страховой премии, подлежащей уплате по договору страхования, Страховщик применяет разработанные им страховые тарифы (базовые тарифные ставки и поправочные повышающие и понижающие коэффициенты к ним). При определении страхового тарифа, согласно Расчету и экономическому обоснованию тарифной ставки по добровольному медицинскому страхованию учитываются следующие факторы и обстоятельства:
- результаты проведенного медицинского анкетирования;
 - пол Застрахованного лица;
 - численность застрахованных сотрудников;
 - состояние здоровья Застрахованных лиц (наличие у них хронических заболеваний, инвалидности);
 - тарифы медицинских организаций, включенных в программу страхования;
 - регионы пребывания застрахованных;
 - зоны страхового покрытия;
 - характер производственной деятельности;

- срок (периода) страхования;
- увеличение или уменьшение срока действия договора страхования относительно года;
- удаленность от медицинских организаций;
- наличие у Страховщика информации о медицинских затратах Застрахованных лиц;
- условия программы страхования;
- наличие по договору страхования выплат страхового возмещения;
- регион продажи (заключения) договора страхования.

Страховые тарифы могут быть индивидуальными по каждому Застрахованному лицу или может быть применен единый страховой тариф для всех Застрахованных лиц, рассчитанный с учетом единых признаков, характеризующих степень риска наступления страховых случаев с определенным контингентом Застрахованных лиц.

5.8. Страховая премия может быть уплачена наличными денежными средствами или путем перечисления на расчетный счет Страховщика путем безналичных расчетов.

Форма проведения расчетов определяется договором страхования с учетом действующих ограничений, предусмотренных законодательством Российской Федерации.

Если иное не предусмотрено договором страхования датой оплаты Страхователем страховой премии (страхового взноса) по договору страхования признается:

- дата получения денежных средств уполномоченным представителем Страховщика или уплаты денежных средств в кассу Страховщика (страховому агенту) – при уплате в наличной форме;
- дата поступления денежных средств на расчетный счет Страховщика/уполномоченного представителя Страховщика - при безналичных расчетах.

5.9. Если иное не предусмотрено договором страхования, уплата страховой премии производится одновременно за весь период страхования.

5.10. Оплата страховой премии осуществляется Страхователем в сроки, предусмотренные договором страхования.

5.11. Если иное не предусмотрено договором страхования, в случае неуплаты Страхователем страховой премии (первого страхового взноса при уплате премии в рассрочку) в размере и сроки, установленные договором страхования, договор страхования считается не вступившим в силу, стороны не несут по нему обязательств, а действие срока страхования не начинается.

5.12. Страховая сумма и страховая премия устанавливаются в российских рублях.

6. Срок действия договора страхования. Порядок заключения, исполнения и прекращения договора страхования

6.1. Договор страхования заключается сроком на один год, если иное не предусмотрено Договором страхования. При этом срок действия договора страхования, заключаемого в отношении трудовых мигрантов, определяется исходя из сообщенного Страхователем (Застрахованным лицом) предполагаемого срока действия разрешения на работу или начала действия разрешения на работу.

6.2. Договор страхования вступает в силу с момента уплаты страховой премии или ее первого взноса при уплате премии в рассрочку, если иное не предусмотрено договором страхования.

- 6.3. Договор страхования, заключаемый в отношении трудовых мигрантов, может содержать условие о вступлении его в силу не ранее даты начала действия разрешения на работу или патента.
- 6.4. Договор страхования должен быть заключен в письменной форме. Несоблюдение письменной формы влечет недействительность договора страхования. При этом бланк полиса договора страхования, заключаемый в отношении трудовых мигрантов, является защищенной полиграфической продукцией уровня «В», усиленной средством визуального контроля - фотополимерной голограммой, изготавливаемой в соответствии с требованиями действующего законодательства.
- 6.5. Договор страхования может быть заключен путем составления одного документа, подписанного сторонами либо вручения Страховщиком Страхователю на основании его письменного или устного заявления страхового полиса.
- 6.6. При заключении договора страхования Страховщик вправе провести медицинское анкетирование и/или назначить предварительный медицинский осмотр страхуемого лица (страхуемых лиц) для оценки фактического состояния его (их) здоровья.

Медицинское анкетирование и предварительный медицинский осмотр производится за счет средств Страхователя.

В зависимости от результатов медицинского анкетирования и/или предварительного медицинского осмотра (при его назначении Страховщиком) или по медицинским данным, полученным Страховщиком о Застрахованном лице, Страховщик вправе использовать повышающие коэффициенты и/или понижающие коэффициенты в соответствии с действующими страховыми тарифами.

- 6.7. Территория действия договора страхования, заключаемого в отношении трудовых мигрантов, включает субъект Российской Федерации, на территории которого Застрахованное лицо намеревается осуществлять трудовую деятельность. Территория страхования для договоров страхования, заключенных не в отношении трудовых мигрантов, Российская Федерация, если иное не предусмотрено договором страхования.

- 6.8. Заключение договора страхования с юридическими лицами:

6.8.1. При заключении договоров страхования на страхование принимается любое количество Застрахованных лиц.

6.8.2. Основанием для заключения договора страхования является письменное или устное заявление Страхователя, содержащее следующую информацию:

- 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;
- организационно-правовая форма, банковские реквизиты;
- адрес местонахождения (юридический адрес) и адрес фактического местонахождения 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;
- основной государственный регистрационный номер Страхователя;
- дата и место государственной регистрации Страхователя;
- наименование регистрирующего органа;
- ИНН и КПП или код иностранной организации Страхователя;
- список принимаемых на страхование лиц с указанием их имени, отчества (при наличии), фамилии, даты рождения, адреса постоянной регистрации и фактического адреса проживания, номера телефона, данные документа, подтверждающего право иностранного гражданина или лица без гражданства на пребывание (проживание) в Российской Федерации;
- программу страхования;
- период страхования/срок действия договора страхования;
- контактная информация (телефон (факс), адрес сайта и (или) электронной почты организации (при наличии)).

Договор страхования заключается в соответствии с утвержденными Страховщиком формами. Если Договор страхования заключается путем составления отдельного документа, подписанного сторонами, то Застрахованным по Договору страхования могут выдаваться страховые медицинские полисы (далее – «страховые полисы») в течение 10 (десяти) рабочих дней после заключения договора страхования, если иное не предусмотрено договором страхования.

В договоре страхования (страховом полисе) указывается, в том числе:

- номер договора страхования (страхового полиса);
- фамилия, имя, отчество (последнее - при наличии) Застрахованного лица 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 Застрахованного лица;
- дата регистрации Застрахованного лица;
- ИНН (при наличии);
- вид и данные удостоверяющего личность Застрахованного лица документа, предусмотренного федеральным законом или признаваемого в соответствии с международным договором Российской Федерации в качестве документа, удостоверяющего личность иностранного гражданина или лица без гражданства:
 - паспортные данные;
 - для временно пребывающих – виза и/или миграционная карта;
 - для временно проживающих – разрешение на временное проживание;
 - для постоянно проживающих – вид на жительство;
 - для беженцев – удостоверение беженца;
 - для вынужденных переселенцев – удостоверение вынужденного

- переселенца;
- для моряков – удостоверение (паспорт) моряка;
- для лиц без гражданства – разрешение на временное проживание;
- виды медицинских и иных услуг (программа страхования), гарантированные Застрахованному лицу по данному страховому полису;
- срок действия договора страхования/период страхования;
- адрес места жительства (регистрации) или адрес места пребывания Застрахованного лица на территории Российской Федерации;
- гражданство (при наличии);
- организационно-правовая форма Страхователя;
- 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)) о Страхователе и Застрахованном лице;
- 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.

6.8.3. Для заключения договора страхования Страховщик вправе потребовать предоставить следующие документы и сведения:

- письменное заявление Страхователя на страхование;
- список Застрахованных лиц граждан, принимаемых на страхование, с указанием их имени, отчества (при наличии), фамилии, даты рождения, дату и адреса постоянной регистрации и/или фактического адреса проживания номера телефона паспортные данные (серия, номер, дата выдачи паспорта, а так же наименование органа выдавшего паспорт);
- копию паспорта Застрахованного/Застрахованных лиц;
- копию документа, подтверждающего право иностранного гражданина или лица без гражданства на пребывание (проживание) в России:
 - для временно пребывающих – виза и/или миграционная карта,
 - для временно проживающих – разрешение на временное проживание,
 - для постоянно проживающих – вид на жительство,
 - для беженцев – удостоверение беженца,
 - для вынужденных переселенцев – удостоверение вынужденного переселенца.
 - для моряков – удостоверение (паспорт) моряка;

- для лиц без гражданства – разрешение на временное проживание;
- выписку из медицинской организации Застрахованного, в которой он проходил лечение до принятия на страхование Страховщиком;
- копию трудового договора между Застрахованным и Страхователем (работодателем), надлежащим образом заверенную работодателем;
- доверенность (если лицо, подписывающее документы, необходимые для заключения договора страхования, и договор страхования, не обладает полномочиями на подписание документов и договора страхования на основании Устава);
- копии учредительных документов Страхователя, заверенные надлежащим образом;
- выписку из единого государственного реестра юридических лиц, выданную не ранее чем за 30 дней до дня предоставления ее Страховщику;
- копию свидетельства о государственной регистрации юридического лица (свидетельства о внесении записи в Единый государственный реестр юридических лиц о юридическом лице, зарегистрированном до 1 июля 2002г.);
- копию свидетельства о постановке на учет в налоговом органе по месту нахождения юридического лица;
- согласие Застрахованного лица на обработку его персональных данных и получение сведений, составляющих врачебную тайну, по форме, установленной Страховщиком.
- документ, подтверждающий полномочия представителя юридического лица (протокол/приказ/доверенность) и паспорт представителя; - сведения об органах юридического лица (структура и персональный состав органов управления, за исключением сведений о персональном составе акционеров (участников) юридического лица, владеющих менее чем одним процентом акций (долей) юридического лица);
- сведения о финансовом положении, деловой репутации, целях финансово-хозяйственной деятельности;
- сведения о бенефициарных владельцах;
- сведения о принадлежности к государству (территории), которого (ая) не выполняет рекомендации Группы разработки финансовых мер борьбы с отмыванием денег (ФАТФ);
- номера телефонов и факсов (если имеются);

6.8.4. Заключение договора страхования с индивидуальными предпринимателями: При заключении договоров страхования на страхование принимается любое количество Застрахованных лиц.

Основанием для заключения договора страхования является письменное заявление или устное заявление Страхователя, содержащее следующую информацию:

- фамилия, имя, отчество (последнее - при наличии) индивидуального предпринимателя 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);

- банковские реквизиты;
- 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
- основной государственный регистрационный номер Страхователя;
- ИНН Страхователя;
- место государственной регистрации Страхователя;
- список принимаемых на страхование лиц с указанием их имени, отчества (при наличии), фамилии, даты рождения, адреса и даты постоянной регистрации и фактического адреса проживания, номера телефона, паспортные данные (серия, номер, дата выдачи паспорта, а также наименование органа, выдавшего паспорт); данные документа, подтверждающего право иностранного гражданина или лица без гражданства на пребывание (проживание) в Российской Федерации;
- программу страхования;
- период страхования/срок действия договора страхования.

6.8.5. Договор страхования заключается в соответствии с утвержденными Страховщиком формами. Если Договор страхования заключается путем составления отдельного документа, подписанного сторонами, то Застрахованным по Договору страхования могут выдаваться страховые медицинские полисы (далее – «страховые полисы») в течение 10 (десяти) рабочих дней после заключения договора страхования, если иное не предусмотрено договором страхования.

В договоре страхования (страховом полисе) указывается в том числе:

- номер договора страхования (страхового полиса);
- фамилия, имя, отчество (последнее - при наличии) Страхователя 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 Страхователя;
- гражданство Страхователя (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);
- 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;
- фамилия, имя, отчество (последнее - при наличии) Застрахованного лица 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 Застрахованного лица;
- ИНН (при наличии);
- дата регистрации Застрахованного лица;
- вид и данные удостоверяющего личность Застрахованного лица документа, предусмотренного федеральным законом или признаваемого в соответствии с международным договором Российской Федерации в качестве документа, удостоверяющего личность иностранного гражданина или лица без гражданства:
 - паспортные данные;
 - для временно пребывающих – виза и/или миграционная карта,
 - для временно проживающих – разрешение на временное проживание,
 - для постоянно проживающих – вид на жительство,
 - для беженцев – удостоверение беженца,
 - для вынужденных переселенцев – удостоверение вынужденного переселенца;
 - для моряков – удостоверение (паспорт) моряка;
 - для лиц без гражданства – разрешения на временное проживание.

- виды медицинских и иных услуг (программа страхования), гарантированные Застрахованному лицу по данному страховому полису;
- срок действия договора страхования/период страхования;
- адрес места жительства (регистрации) или адрес места пребывания Застрахованного лица на территории Российской Федерации;
- гражданство (при наличии);
- контактная информация (телефон (факс), адрес сайта и (или) электронной почты организации (при наличии)) о Страхователе и Застрахованном лице.

6.8.6. При заключении договора страхования, Страховщик вправе потребовать предоставить следующие документы и сведения:

- письменное заявление на страхование;
- список Застрахованных лиц;
- копию паспорта Застрахованного/Застрахованных лиц;
- копию документа, подтверждающего право иностранного гражданина или лица без гражданства на пребывание (проживание) в России:
 - для временно пребывающих – виза и/или миграционная карта,
 - для временно проживающих – разрешение на временное проживание,
 - для постоянно проживающих – вид на жительство,
 - для беженцев – удостоверение беженца,
 - для вынужденных переселенцев – удостоверение вынужденного переселенца;
 - для моряков – удостоверение (паспорт) моряка;
 - для лиц без гражданства – разрешения на временное проживание.
- выписку из медицинской организации Застрахованного, в которой он проходил лечение до принятия на страхование Страховщиком;
- копию трудового договора между Застрахованным и Страхователем (работодателем), надлежащим образом заверенную работодателем;
- доверенность (если лицо, подписывающее документы, необходимые для заключения договора страхования, и договор страхования, является представителем Страхователя;
- выписку из единого государственного реестра индивидуальных предпринимателей, выданную не ранее чем за 30 дней до дня предоставления ее Страховщику;
- согласие Застрахованного лица на обработку его персональных данных и получение сведений, составляющих врачебную тайну, по форме, установленной Страховщиком.
- копию свидетельства о государственной регистрации физического лица в качестве индивидуального предпринимателя (свидетельства о внесении записи в Единый государственный реестр индивидуальных предпринимателей записи об индивидуальном предпринимателе, зарегистрированном до 1 января 2004 года);
- документ, подтверждающий полномочия представителя индивидуального предпринимателя (протокол/приказ/доверенность) и паспорт представителя.

- сведения о финансовом положении, деловой репутации, целях финансово-хозяйственной деятельности;
- сведения о принадлежности к государству (территории), которого (ая) не выполняет рекомендации Группы разработки финансовых мер борьбы с отмыванием денег (ФАТФ);
- номера телефонов и факсов (если имеются);
- почтовый адрес.

6.8.7. Заключение договора страхования с физическими лицами. Основанием для заключения договора страхования с физическими лицами в их пользу или пользу третьих лиц является письменное или устное заявление Страхователя, содержащее следующую информацию:

- фамилия, имя, отчество (последнее - при наличии) Страхователя и Застрахованного лица 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 Страхователя и Застрахованного лица;
- дату его рождения;
- Гражданство (при наличии);
- адрес места жительства (регистрации) или адрес места пребывания на территории Российской Федерации, дата регистрации Страхователя и Застрахованного лица;
- контактная информация (телефон (факс), адрес сайта и (или) электронной почты организации (при наличии)) о Страхователе и Застрахованном лице;
- программу страхования;
- срок действия договора страхования/периода страхования;
- место рождения Страхователя и Застрахованного лица;
- идентификационный номер налогоплательщика Страхователя и Застрахованного лица (при наличии);
- гражданство Страхователя и Застрахованного лица (при наличии);
- сведения о документе, удостоверяющем личность Страхователя и Застрахованного лица (вид, серия и номер документа, дата выдачи и орган, его выдавший);
- данные документа, подтверждающего право иностранного гражданина или лица без гражданства на пребывание (проживание) в России:
 - для временно пребывающих – виза и/или миграционная карта,
 - для временно проживающих – разрешение на временное проживание,
 - для постоянно проживающих – вид на жительство,
 - для беженцев – удостоверение беженца,

- для вынужденных переселенцев – удостоверение вынужденного переселенца;
- для моряков – удостоверение (паспорт) моряка;
- для лиц без гражданства – разрешения на временное проживание.

6.8.8. Договор страхования заключается в соответствии с утвержденными Страховщиком формами.

В договоре страхования (страховом полисе) указывается в том числе:

- номер договора страхования (страхового полиса);
- фамилия, имя, отчество (последнее - при наличии) Страхователя и Застрахованного лица 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 Застрахованного лица и Страхователя;
- ИНН Застрахованного лица и Страхователя (при наличии);
- Пол Застрахованного лица и Страхователя;
- адрес места жительства (регистрации) или адрес места пребывания на территории Российской Федерации, дата регистрации Страхователя и Застрахованного лица;
- гражданство Застрахованного лица и Страхователя (при наличии);
- контактная информация (телефон (факс), адрес сайта и (или) электронной почты организации (при наличии)) о Страхователе и Застрахованном лице;
- виды медицинских и иных услуг (программа страхования), гарантированные Застрахованному лицу по данному страховому полису;
- срок действия договора страхования/период страхования.

6.8.9. При заключении договора страхования, Страховщик вправе потребовать предоставить следующие документы и сведения:

- Заявление на страхование;
- копию паспорта Страхователя/Застрахованного лица;
- выписку из медицинской организации Страхователя/Застрахованного, в которой он проходил лечение до принятия на страхование Страховщиком;
- доверенность (если лицо, подписывающее документы, необходимые для заключения договора страхования, и договор страхования, является представителем Страхователя);
- документ, подтверждающий право иностранного гражданина или лица без гражданства на пребывание (проживание) в России:
 - для временно пребывающих – визу и/или миграционную карту,
 - для временно проживающих – разрешение на временное проживание на территории РФ,

- для постоянно проживающих – вид на жительство,
 - для беженцев – удостоверение беженца,
 - для вынужденных переселенцев – удостоверение вынужденного переселенца;
 - для моряков – удостоверение (паспорт) моряка;
 - для лиц без гражданства – разрешения на временное проживание.
 - согласие Застрахованного лица на обработку его персональных данных и получение сведений, составляющих врачебную тайну, по форме, установленной Страховщиком;
- сведения о принадлежности к иностранному публичному должностному лицу и/или его родственнику, должностному лицу публичной международной организации, а также лицу, замещающему (занимающему) государственную должность РФ, должность члена Совета Директоров ЦБ РФ, должность федеральной государственной службы, назначение и освобождение от которой осуществляется Президентом РФ или Правительством РФ, должность в ЦБ РФ, государственных корпорациях и иных организациях, созданных РФ на основании федеральных законов, включенную в перечни должностей, определяемые Президентом РФ;
 - сведения о принадлежности к государству (территории), которого (ая) не выполняет рекомендации Группы разработки финансовых мер борьбы с отмыванием денег (ФАТФ);
 - номера телефонов и факсов (если имеются).

6.9. В договорах страхования, заключаемых в отношении трудовых мигрантов, указывается следующая информация 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.

6.10. Документами, наличие которых является необходимым для получения медицинских и иных услуг, предусмотренных договором страхования, являются договор страхования или страховой полис.

6.11. При заключении договора страхования Страхователь обязан сообщить Страховщику все известные Страхователю обстоятельства, имеющие существенное значение для определения вероятности наступления страхового случая и размера возможных убытков от его наступления (страхового риска). При этом существенными могут быть признаны обстоятельства, определенно оговоренные Страховщиком в договоре страхования, в заявлении на страхование или в письменном запросе Страховщика. Страховщик вправе

сократить перечень документов и сведений, необходимых для заключения договора страхования.

- 6.12. 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 потребовать возмещения причиненных убытков, включая размер осуществленных страховых выплат по договору страхования и расходы на ведение дела.
- 6.13. При утрате Застрахованным страхового полиса он должен незамедлительно известить об этом Страховщика. Утраченный документ признается недействительным и не может являться основанием для получения медицинских и иных услуг в соответствии с договором страхования. Страховщик выдает Застрахованному дубликат страхового полиса.
- 6.14. Договор страхования прекращается в случае:
- 6.14.1. истечения срока его действия;
 - 6.14.2. в случае если после его вступления в силу возможность наступления страхового случая отпала, и существование страхового риска прекратилось по обстоятельствам, иным, чем страховой случай. В этом случае, Страховщик имеет право на часть страховой премии пропорционально времени, в течение которого действовало страхование;
 - 6.14.3. в случае смерти Застрахованного лица – в части страхования этого лица;
 - 6.14.4. в случае, когда агрегатная страховая сумма по договору страхования полностью исчерпана;
 - 6.14.5. в случае неоплаты Страхователем очередного страхового взноса в установленный договором страхования срок или оплаты очередного страхового взноса в размере меньшем, чем установлено договором страхования, договор страхования прекращает свое действие по истечении оплаченного периода страхования по договору страхования, о чем Страховщик письменно уведомляет Страхователя путем направления в адрес Страхователя соответствующего уведомления о прекращении договора страхования в порядке, предусмотренном пунктом 1.10 настоящих Правил. Денежные средства, оплаченные в размере меньшем, чем установлено договором страхования для оплаты очередного страхового взноса, а также оплаченные после даты, установленной в качестве даты оплаты очередного страхового взноса, считаются ошибочно оплаченными и подлежат возврату лицу, оплатившему их через кассу Страховщика или в безналичном порядке. Возврат ошибочно оплаченных денежных средств осуществляется по письменному заявлению Страхователя в течение 10 (десяти) рабочих дней с момента получения Страховщиком заявления Страхователя. Под оплаченным периодом страхования понимается 1 календарный год, если иное не предусмотрено договором страхования.
 - 6.14.6. при отказе Страхователя (физического лица) от договора страхования в течение 5 (пяти) рабочих дней со дня заключения договора страхования и до даты начала действия периода (срока) страхования, предусмотренного договором страхования, уплаченная страховая премия подлежит возврату Страховщиком Страхователю в полном объеме;
 - 6.14.7. при отказе Страхователя (физического лица) от договора страхования в течение 5 (пяти) рабочих дней со дня заключения договора страхования, но после даты начала

срока страхования, предусмотренного договором страхования, Страховщик возвращает Страхователю часть оплаченной Страхователем страховой премии пропорционально сроку действия договора страхования, прошедшему с даты начала действия страхования до даты прекращения действия договора страхования, при условии отсутствия в данном периоде событий, имеющих признаки страхового случая.

6.14.8. при досрочном прекращении договора страхования по инициативе Страхователя, за исключением случаев, предусмотренных п. 6.15.6. и п. 6.15.7. настоящих Правил, в целом или в отношении какого-либо Застрахованного возврат части страховой премии не производится, если это не предусмотрено условиями Договора страхования.

6.14.9. в других случаях, предусмотренных законодательством Российской Федерации, настоящими Правилами и договором страхования.

6.15. Положения п. 6.15.6. и п. 6.15.7. настоящих Правил не применяются к договорам страхования, заключенным в отношении трудовых мигрантов.

6.16. При досрочном прекращении договора страхования по инициативе Страхователя договор страхования считается прекращенным (расторгнутым) со дня получения Страховщиком от Страхователя заявления о расторжении, если иной срок не указан в заявлении о расторжении, но в любом случае не ранее даты получения Страховщиком заявления о расторжении.

6.17. В случаях, предусмотренных п. 6.15.6. и п. 6.15.7. настоящих Правил оплаченная страхования премия (часть страховой премии) подлежит возврату Страхователя в срок, не превышающий 10 рабочих дней со дня получения письменного заявления Страхователя об отказе от договора страхования, по выбору Страхователя наличными деньгами или в безналичном порядке.

6.18. Во всех случаях прекращения договора страхования, Застрахованные лица обязаны вернуть Страховщику страховые полисы, действие которых прекращается с момента прекращения договора страхования (если иное не предусмотрено договором страхования).

6.19. В случае увеличения количества Застрахованных лиц в течение срока действия договора страхования Страхователь представляет Страховщику сведения, предусмотренные п.п. 6.9. настоящих Правил (в зависимости от статуса Страхователя), о дополнительно страхуемых лицах и уплачивает за них страховую премию за период: с момента включения их в список Застрахованных лиц (заключения в отношении этих лиц договора страхования) до окончания периода страхования, если иное не предусмотрено договором страхования. Договор страхования считается заключенным в отношении принимаемых на страхование лиц с даты подписания Страхователем и Страховщиком соответствующего дополнительного соглашения закрепляющего их состав в списке Застрахованных лиц, и оплаты дополнительной страховой премии, если иное не предусмотрено договором страхования или вышеназванным дополнительным соглашением.

6.20. В случае исключения Застрахованных лиц из списка Застрахованных (расторжения в отношении этих лиц договора страхования), Страхователь предоставляет Страховщику сведения о лицах, исключаемых из списка Застрахованных. Договор страхования считается расторгнутым в отношении определенных Застрахованных лиц с даты указанной в дополнительном соглашении, закрепляющем исключение их из списка Застрахованных, если иное не предусмотрено договором страхования.

6.21. Застрахованное лицо, названное в договоре страхования, может быть заменено страхователем другим лицом лишь с согласия самого Застрахованного лица и Страховщика.

7. Права и обязанности сторон

7.1. Застрахованное лицо имеет право:

- 7.1.1. на получение медицинских и иных услуг в медицинских организациях, в соответствии с условиями, указанными в договоре страхования и программе страхования;
- 7.1.2. требовать от Страховщика в законном порядке соблюдения условий договора страхования;
- 7.1.3. на получение дубликата страхового полиса, в случае утраты.

7.2. Застрахованное лицо обязано:

- 7.2.1. соблюдать предписания лечащего врача и правила внутреннего распорядка медицинской организации;
- 7.2.2. не передавать страховой полис другим лицам с целью получения ими медицинских и иных услуг;
- 7.2.3. при получении страховой документации ознакомиться и удостоверить личной подписью факт ознакомления с Правилами страхования, программой страхования и порядком организации медицинской помощи;
- 7.2.4. предоставлять Страховщику право на ознакомление с медицинской документацией из любых медицинских и иных организаций для решения вопросов, связанных с реализацией договора страхования и оплатой оказанных медицинских и иных услуг, защитой прав Застрахованных;
- 7.2.5. компенсировать расходы Страховщика, возникшие в связи с неявкой Застрахованного на заранее согласованные с медицинскими организациями процедуры, приемы и исследования, а также в связи с необоснованным и ложным вызовом скорой медицинской помощи, нарушением лечебного режима;
- 7.2.6. исполнять иные обязательства, предусмотренные действующим законодательством и условиями договора страхования.

7.3. Страхователь обязан:

- 7.3.1. предоставить Страховщику полную и достоверную информацию, необходимую для заключения договора страхования;
- 7.3.2. уплачивать страховую премию (страховые взносы) в размере и в сроки, установленные в договоре страхования;
- 7.3.3. передать Застрахованному лицу его экземпляр страхового медицинского полиса, в течение 10 (Десяти) рабочих дней с момента вступления договора страхования в силу, а также вернуть экземпляр Страховщику последнему в течение 10 (Десяти) рабочих дней с момента подписания его Застрахованным лицом и Страхователем;
- 7.3.4. брать у каждого Застрахованного по договору страхования лица согласие на обработку его персональных данных и получение сведений, составляющих врачебную тайну, по форме, установленной Страховщиком, и передавать его Страховщику;
- 7.3.5. исполнять иные обязательства, предусмотренные действующим законодательством и условиями договора страхования.

7.4. Страхователь имеет право:

- 7.4.1. требовать от Страховщика в законном порядке соблюдения условий договора

страхования;

7.4.2. досрочно расторгнуть договор страхования, в том числе в отношении части Застрахованных лиц (конкретного Застрахованного лица).

7.5. Страховщик обязан:

7.5.1. обеспечить своевременное вручение страховых полисов, Страхователю (Застрахованным лицам);

7.5.2. обеспечить предоставление Застрахованному лицу медицинских и иных услуг, гарантированных условиями договора страхования программой страхования;

7.5.3. обеспечить контроль качества медицинского обслуживания Застрахованных лиц;

7.5.4. уведомить в порядке, определенном п. 1.10. настоящих Правил, Страхователя и Застрахованное лицо об уменьшении агрегатной страховой суммы по договору страхования, заключенному в отношении трудовых мигрантов, в течение пяти рабочих дней с момента уменьшения размера страховой суммы до размера менее чем 10 000 рублей;

7.5.5. исполнять иные обязательства, предусмотренные действующим законодательством и условиями договора страхования.

7.6. Страховщик имеет право:

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

7.6.2. проверять сообщенную Страхователем информацию;

7.6.3. на ознакомление с медицинской документацией Застрахованного, отражающей его историю заболевания, физическое и психическое состояние, диагноз, ход и прогноз результатов лечения, а также имеет право использовать данную информацию для решения вопросов, связанных с реализацией договора страхования, оплатой оказанных Застрахованному медицинских и иных услуг, защитой прав Застрахованных;

7.6.4. не признавать обращение Застрахованного лица в медицинскую организацию страховым случаем и не производить выплату страхового возмещения до момента получения Страховщиком согласия, указанного в п. 7.3.4. настоящих Правил.

8. Страховая выплата. Порядок организации медицинской помощи и иных услуг

8.1. Страховая выплата производится путем оплаты Страховщиком стоимости медицинской помощи, медико-транспортных услуг и иных услуг, предусмотренных договором добровольного медицинского страхования и/или программой страхования непосредственно на счет медицинской организации, сервисной компании или иному лицу, организовавшему по согласованию со Страховщиком оказание медицинской и иной помощи Застрахованному лицу.

8.2. Размер страховой выплаты определяется в размере стоимости оказанной Застрахованному лицу медицинской и иной помощи в объеме, предусмотренном договором и программой страхования.

8.3. Предоставление медицинских и иных услуг, обусловленных договором страхования и/или программой страхования, осуществляется путем обращения Застрахованного лица в

медицинские организации, сервисные компании, предусмотренные договором страхования и/или на медицинский пульт Страховщика по круглосуточному телефону Страховщика, указанному в договоре страхования (страховом полисе).

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

8.4. Страховщик вправе организовать оказание медицинских услуг Застрахованному в медицинских организациях, не предусмотренных договором страхования и программой страхования. При этом выбор медицинской организации производится Страховщиком.

8.5. Предоставление медицинских и иных услуг, обусловленных договором страхования, осуществляется в пределах страховой суммы на основании и в соответствии с договорами об оказании медицинских услуг заключенными Страховщиком с медицинскими организациями, в соответствии с лицензированными видами медицинской помощи и по ценам, согласованным Страховщиком.

При этом Страховщик предоставляет медицинской организации сведения о программе страхования, объеме услуг и сроке страхования в отношении каждого Застрахованного.

При рассмотрении обстоятельств страхового события Страховщик оценивает качество, сроки и объем оказанных услуг.

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

8.7. Если это специально предусмотрено в договоре страхования, Страховщик вправе произвести возмещение расходов Застрахованного лица, произведенных им при оплате медицинских и иных услуг, оказанных ему по согласованию со Страховщиком.

8.7.1. Для принятия решения о выплате страхового возмещения за оплаченные Застрахованным медицинские и иные услуги и для оценки размера убытка Застрахованный обязан предоставить Страховщику следующие обязательные документы:

- оригинал заявления от имени Застрахованного лица по форме Страховщика;
- копию паспорта /Застрахованного лица;
- документ, подтверждающий право иностранного гражданина или лица без гражданства на пребывание (проживание) в России:
 - для временно пребывающих – визу и/или миграционную карту,
 - для временно проживающих – разрешение на временное проживание на территории РФ,
 - для постоянно проживающих – вид на жительство,
 - для беженцев – удостоверение беженца,
 - для моряков – удостоверение (паспорт) моряка,
 - для лиц без гражданства – разрешения на временное проживание,
 - для вынужденных переселенцев – удостоверение вынужденного переселенца.
- платежно-расчетные документы, подтверждающие факт оплаты оказанных медицинских и иных услуг, в том числе оригиналы кассового чека с копией приходного кассового ордера или квитанции, пронумерованной типографским способом, утвержденной Министретством Финансов РФ как бланк строгой

отчетности для расчетов с населением за медицинские и иные услуги без применения кассовых аппаратов;

- оригинал товарного чека (за медицинскую помощь в амбулаторных и/или стационарных условиях из медицинской организации);
- счет из медицинской организации с указанием наименований, стоимости, дат оказания медицинских услуг, номера договора с медицинской организацией;
- оригиналы платежно-расчетных документов, подтверждающих факт оплаты услуг, связанных с медико-транспортными услугами;
- копию направления на оказание медицинской помощи в амбулаторных и/или стационарных условиях из медицинской организации, предусмотренной программой страхования, заверенную надлежащим образом;
- оригинал выписки из медицинской карты больного (эпикриз) с указанием даты, полного диагноза, периода лечения. При травме в выписке должны быть указаны обстоятельства травмы, описание рентген-снимка или рентген-снимков;
- оригинал или копию страхового полиса, квитанция об оплате страховой премии (страхового взноса);
- документ, подтверждающий статус законного представителя Застрахованного лица;
- копию паспорта законного представителя Застрахованного лица;
- доверенность представителя Застрахованного лица, если интересы Застрахованного представляет уполномоченное лицо;
- копию свидетельства о рождении (для несовершеннолетних Застрахованных лиц);
- копию лицензии (с приложением) медицинской организации, в которой Застрахованный проходил лечение, или разрешения на оказание платных медицинских услуг населению (для медицинских организаций, не имеющих со Страховщиком договора на оказание медицинских услуг);
- документ, содержащий полные банковские реквизиты Застрахованного, для перечисления страхового возмещения. Ответственность за полноту и достоверность предоставленных банковских реквизитов несет Застрахованный;
- копию паспорта Застрахованного лица (все заполненные страницы, в том числе страницы с ФИО и местом постоянной регистрации).

8.7.2. Страховщик вправе сократить перечень обязательных для предоставления документов, если обстоятельства страхового случая или размер причиненного ущерба Страховщику известны и не вызывают у него сомнений.

8.7.3. Застрахованный (законный представитель Застрахованного) обязан сообщить о наступлении события, имеющего признаки страхового случая, не позднее 30 календарных дней с даты наступления этого события.

8.7.4. При возмещении расходов непосредственно Застрахованному лицу Страховщик принимает решение об осуществлении страховой выплаты либо об отказе в страховой выплате в течение 30 (тридцати) рабочих дней после получения последнего из документов, указанных в п.8.7.1 настоящих Правил.

8.7.5. Страховщик производит выплату страхового возмещения либо направляет отказ в страховой выплате в течение 3 (Трех) рабочих дней с момента принятия соответствующего решения об осуществлении страховой выплаты либо отказе в страховой выплате.

9. Порядок разрешения споров

9.1. Споры, вытекающие из договоров страхования, заключенных на основе настоящих Правил, рассматриваются в порядке, предусмотренном законодательством Российской Федерации.

Программы страхования

Программа добровольного медицинского страхования «Формула Здоровья. Трудовой Мигрант» (Взрослые)

Программа предусматривает обращение Застрахованного лица по направлению медицинского пульта Страховщика в медицинские организации, имеющие договорные отношения со Страховщиком, в течение срока страхования для получения первичной медико-санитарной помощи и специализированной медицинской помощи в неотложной форме и иных медицинских услуг, предусмотренных договором страхования и настоящей Программой страхования, оказываемых при острых заболеваниях (состояниях), обострениях хронического заболевания, травмах, отравлениях, повлекшее возникновение обязательства Страховщика оплатить данные медицинские и иные услуги, оказанные Застрахованному.

Объем медицинской помощи и медицинских услуг, обеспечиваемых договором страхования, устанавливается настоящей Программой страхования в соответствии с Указанием Банка России № 3793-У от 13 сентября 2015 года «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».

Медицинская помощь оказывается в условиях медицинских организаций, оказывающих медицинскую помощь в амбулаторных условиях, в медицинских организациях, оказывающих медицинскую помощь в стационарных условиях.

Настоящая Программа включает в себя первичную медико-санитарную и специализированную медицинскую помощь в неотложной форме по поводу заболеваний и состояний, входящих согласно части шестой статьи 35 Федерального закона от 29 ноября 2010 года N 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации», в базовую программу обязательного медицинского страхования с учетом особенностей, установленных Исключениями из страхового покрытия настоящей Программы страхования, в объеме следующих медицинских и иных услуг:

Первичная медико-санитарная и специализированная медицинская помощь в неотложной форме в амбулаторных условиях.

Объем оказываемой помощи:

- Первичная (доврачебная) медицинская помощь и лечебно-диагностические приемы врачей: терапевта, хирурга, гинеколога, уролога, отоларинголога, офтальмолога, травматолога-ортопеда, невролога и других специалистов, необходимые для оказания помощи в неотложной форме.
- Лабораторная и инструментальная диагностика: рентгенография, ЭКГ, ультразвуковая диагностика; эндоскопическая диагностика желудочно-кишечного тракта; лечебные манипуляции и процедуры: перевязки, наложение гипсовых лангет; инъекции, внутримышечные, подкожные, внутривенные; оперативное и анестезиологическое пособие; общие клинические анализы крови и мочи; общетерапевтический биохимический анализ крови, серопротекторная профилактика столбняка, по медицинским показаниям при травме.

- Специализированная стоматологическая помощь в неотложной форме: анестезия местная (аппликационная, инфильтрационная, проводниковая, интралигаментарная). Рентгенологическая диагностика прицельная рентгенография, ортопантограмма с целью диагностики переломов верхней и нижней челюсти. Удаление зубов (кроме удаления зубов по ортодонтическому и ортопедическим показаниям). Вправление вывихов зубов. Оперативное лечение абсцессов полости рта.

По поводу острой зубной боли при пульпитах и периодонтитах: трепанация зуба, удаление пульпы, обработка антисептиком, наложение временной пломбы.

Первичная медико-санитарная помощь и специализированная медицинская помощь в неотложной форме в стационарных условиях:

Специализированная медицинская помощь в стационарных условиях в неотложной форме осуществляется через круглосуточный диспетчерский пульт Страховщика, по направлению Страховщика в стационары имеющие договорные отношения со Страховщиком, с учетом наличия свободных мест. Пребывание в общей палате, оказание диагностических и лечебных услуг: консервативного лечения, проведение оперативных вмешательств, пребывание в реанимационном отделении, с использованием назначенных врачами лекарственных средств, перевязочных материалов, средств иммобилизации и имплантов в соответствии с установленным программой страхования перечнем.

В исключительных случаях, по жизненным показаниям, а также при отсутствии мест в стационарах, экстренная госпитализация может быть произведена бригадой городской станции СМП «03» в ближайший к месту нахождения Застрахованного городской стационар.

Исключения из страхового покрытия:

Не являются страховыми случаями и не оплачиваются Страховщиком услуги:

1. по оказанию застрахованному лицу медицинской помощи, не назначенной врачом, оказывающим медицинскую помощь в рамках программы страхования;
2. по оказанию застрахованному лицу медицинской помощи при особо опасных инфекционных болезнях (натуральная оспа, полиомиелит, малярия ТОРС), заболеваниях, включенных в утверждаемый Правительством Российской Федерации перечень заболеваний, представляющих опасность для окружающих (в соответствии с частью 2 статьи 43 Федерального закона от 21 ноября 2011 года N 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»), а также при злокачественных новообразованиях, сахарном диабете, психических расстройствах и расстройствах поведения;
3. по оказанию застрахованному лицу высокотехнологичной медицинской помощи;
4. по оказанию застрахованному лицу медицинской помощи при патологических состояниях, отравлениях и травмах, возникших у застрахованного лица в состоянии алкогольного опьянения или под воздействием иных психоактивных веществ и (или) лекарственных препаратов, употребленных без назначения врача;
5. по оказанию застрахованному лицу медицинской помощи при возникновении травматических повреждений или иных нарушений здоровья, наступивших в результате совершения застрахованным лицом умышленных противоправных действий;
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;
7. по оказанию медицинской помощи при умышленном причинении себе телесных повреждений застрахованным лицом;
8. связанные с беременностью, родами, послеродовым периодом и абортами застрахованного

лица.

9. расходы на лекарственные препараты и медицинские изделия, за исключением предусмотренных в настоящей Программе страхования.
10. стоматологическое лечение, кроме манипуляций указанных в Программе страхования.

Порядок оказания услуг по Программе страхования

- Медицинская помощь оказывается в соответствии с перечнем услуг и положений указанных в настоящей Программе страхования в соответствии с лечебно-диагностическими возможностями медицинских организаций, в которые Застрахованного направляет Страховщик и с которым у Страховщика имеются договорные отношения.
- Для получения медицинских услуг, предусмотренных настоящей Программой страхования, Застрахованный обязан обратиться по указанному в страховом полисе телефону круглосуточного диспетчерского центра Страховщика.
- При обращении за медицинской помощью Застрахованный обязан предъявить документ, удостоверяющий личность, оригинал Полиса (договора страхования).
- При возникновении проблем с оказанием медицинских услуг, или претензий на организацию медицинской помощи Застрахованному лицу необходимо, не покидая медицинскую организацию, обратиться к Страховщику по указанному в Полисе (договоре страхования) телефону.
- Страховщик оплачивает в рамках исполнения Полиса (договора страхования) услуги, оказанные во время действия страхования по направлению Страховщика при наступлении страхового случая.
- Услуги, оказанные после завершения действия Полиса (договора страхования), оплате не подлежат.

Настоящая Программа страхования также предусматривает оплату страховщиком расходов на используемые медицинским персоналом при оказании медицинской помощи в неотложной форме в соответствии со стандартами первичной медико-санитарной помощи и специализированной медицинской помощи в рамках программы настоящей Программы страхования лекарственные препараты, включенные в утверждаемый Правительством Российской Федерации перечень жизненно необходимых и важнейших лекарственных препаратов для медицинского применения и медицинских изделий¹, и медицинские изделия, включенные в утверждаемый Правительством Российской Федерации перечень медицинских изделий, имплантируемых в организм человека при оказании медицинской помощи в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи², в том числе оплату лечебного питания в стационаре и донорской крови и ее компонентов.

Программа добровольного медицинского страхования «Формула Здоровья. Мигрант4»

Программа предусматривает обращение Застрахованного лица по направлению медицинского пульта Страховщика в медицинские организации, имеющие договорные отношения со Страховщиком в течение срока страхования для получения первичной медико-санитарной помощи и специализированной медицинской помощи в неотложной форме и иных медицинских услуг, предусмотренных договором страхования и настоящей Программой страхования, оказываемых при

¹ В соответствии с [пунктом 6 статьи 4](#) Федерального закона от 12 апреля 2010 года № 61-ФЗ «Об обращении лекарственных средств».

² В соответствии с [частью 2.1 статьи 80](#) Федерального закона от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».

острых заболеваниях (состояниях), обострениях хронического заболевания, травмах, отравлениях, повлекшее возникновение обязательства Страховщика оплатить данные медицинские и иные услуги, оказанные Застрахованному.

Медицинская помощь оказывается в условиях медицинских организаций, оказывающих медицинскую помощь в амбулаторных условиях, в медицинских организациях, оказывающих медицинскую помощь в стационарных условиях.

Настоящая Программа включает в себя первичную медико-санитарную и специализированную медицинскую помощь в неотложной форме по поводу заболеваний и состояний, входящих согласно части шестой статьи 35 Федерального закона от 29 ноября 2010 года N 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации», в базовую программу обязательного медицинского страхования с учетом особенностей, установленных Исключениями из страхового покрытия настоящей Программы страхования, в объеме следующих медицинских и иных услуг:

Первичная медико-санитарная и специализированная медицинская помощь в неотложной форме в амбулаторных условиях

Объем оказываемой помощи:

- Первичная (доврачебная) медицинская помощь и лечебно-диагностические приемы врачей: терапевта, хирурга, гинеколога, уролога, отоларинголога, офтальмолога, травматолога-ортопеда, невролога и других специалистов, необходимые для оказания помощи в неотложной форме.
- Лабораторная и инструментальная диагностика: рентгенография, ЭКГ, ультразвуковая диагностика; эндоскопическая диагностика желудочно-кишечного тракта; лечебные манипуляции и процедуры: перевязки, наложение гипсовых лангет; инъекции, внутримышечные, подкожные, внутривенные; оперативное и анестезиологическое пособие; общие клинические анализы крови и мочи; общетерапевтический биохимический анализ крови, серопротекция столбняка, по медицинским показаниям при травме.
- Специализированная стоматологическая помощь в неотложной форме: анестезия местная (аппликационная, инфильтрационная, проводниковая, интралигаментарная). Рентгенологическая диагностика прицельная рентгенография, ортопантограмма с целью диагностики переломов верхней и нижней челюсти. Удаление зубов (кроме удаления зубов по ортодонтическому и ортопедическим показаниям). Вправление вывихов зубов. Оперативное лечение абсцессов полости рта.

По поводу острой зубной боли при пульпитах и периодонтитах: трепанация зуба, удаление пульпы, обработка антисептиком, наложение временной пломбы.

Первичная медико-санитарная помощь и специализированная медицинская помощь в неотложной форме в стационарных условиях.

Специализированная медицинская помощь в стационарных условиях в неотложной форме осуществляется через круглосуточный диспетчерский пульт Страховщика, по направлению Страховщика в стационары имеющие договорные отношения со Страховщиком, с учетом наличия свободных мест. Пребывание в общей палате, оказание диагностических и лечебных услуг: консервативного лечения, проведение оперативных вмешательств, пребывание в реанимационном отделении, с использованием назначенных врачами лекарственных средств, перевязочных материалов, средств иммобилизации и имплантов в соответствии с установленным программой страхования перечнем.

В исключительных случаях, по жизненным показаниям, а также при отсутствии мест в стационарах, экстренная госпитализация может быть произведена бригадой городской станции СМП «03» в ближайший к месту нахождения Застрахованного городской стационар.

Исключения из страхового покрытия.

Не являются страховыми случаями и не оплачиваются Страховщиком услуги:

1. по оказанию застрахованному лицу медицинской помощи, не назначенной врачом, оказывающим медицинскую помощь в рамках программы страхования;
2. по оказанию застрахованному лицу медицинской помощи при особо опасных инфекционных болезнях (натуральная оспа, полиомиелит, малярия ТОРС), заболеваниях, включенных в утверждаемый Правительством Российской Федерации перечень заболеваний, представляющих опасность для окружающих (в соответствии с частью 2 статьи 43 Федерального закона от 21 ноября 2011 года N 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»), а также при злокачественных новообразованиях, сахарном диабете, психических расстройствах и расстройствах поведения;
3. по оказанию застрахованному лицу высокотехнологичной медицинской помощи;
4. по оказанию застрахованному лицу медицинской помощи при патологических состояниях, отравлениях и травмах, возникших у застрахованного лица в состоянии алкогольного опьянения или под воздействием иных психоактивных веществ и (или) лекарственных препаратов, употребленных без назначения врача;
5. по оказанию застрахованному лицу медицинской помощи при возникновении травматических повреждений или иных нарушений здоровья, наступивших в результате совершения застрахованным лицом умышленных противоправных действий;
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;
7. по оказанию медицинской помощи при умышленном причинении себе телесных повреждений застрахованным лицом;
8. связанные с беременностью, родами, послеродовым периодом и абортами застрахованного лица;
9. расходы на лекарственные препараты и медицинские изделия, за исключением предусмотренных в настоящей Программе страхования;
10. стоматологическое лечение, кроме манипуляций указанных в Программе страхования.

Порядок оказания услуг по Программе страхования

- Медицинская помощь оказывается в соответствии с перечнем услуг и положений указанных в настоящей Программе страхования в соответствии с лечебно-диагностическими возможностями медицинских организаций, в которые Застрахованного направляет Страховщик и с которым у Страховщика имеются договорные отношения.
- Для получения медицинских услуг, предусмотренных настоящей Программой страхования, Застрахованный обязан обратиться по указанному в страховом полисе телефону круглосуточного диспетчерского центра Страховщика.
- При обращении за медицинской помощью Застрахованный обязан предъявить документ, удостоверяющий личность, оригинал Полиса (договора страхования).
- При возникновении проблем с оказанием медицинских услуг, или претензий на организацию медицинской помощи Застрахованному лицу необходимо, не покидая медицинскую организацию,

обратиться к Страховщику по указанному в Полисе (договоре страхования) телефону.

- Страховщик оплачивает в рамках исполнения Полиса (договора страхования) услуги, оказанные во время действия страхования по направлению Страховщика при наступлении страхового случая.
- Услуги, оказанные после завершения действия Полиса (договора страхования), оплате не подлежат.

Настоящая Программа страхования также предусматривает оплату страховщиком расходов на используемые медицинским персоналом при оказании медицинской помощи в неотложной форме в соответствии со стандартами первичной медико-санитарной помощи и специализированной медицинской помощи в рамках программы настоящей Программы страхования лекарственные препараты, включенные в утверждаемый Правительством Российской Федерации перечень жизненно необходимых и важнейших лекарственных препаратов для медицинского применения и медицинских изделий³, и медицинские изделия, включенные в утверждаемый Правительством Российской Федерации перечень медицинских изделий, имплантируемых в организм человека при оказании медицинской помощи в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи⁴, в том числе оплату лечебного питания в стационаре и донорской крови и ее компонентов.

³ В соответствии с [пунктом 6 статьи 4](#) Федерального закона от 12 апреля 2010 года № 61-ФЗ «Об обращении лекарственных средств».

⁴ В соответствии с [частью 2.1 статьи 80](#) Федерального закона от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».

Дополнительные условия №1

по добровольному медицинскому страхованию иностранных граждан или лиц без гражданства, постоянно или временно проживающих на территории Российской Федерации, или временно прибывающих в Российскую Федерацию на основании визы или в порядке, не требующем получения визы и получившие миграционную карту, а также беженцы и вынужденные переселенцы

(к Правилам добровольного медицинского страхования иностранных граждан, лиц без гражданства и трудовых мигрантов)

1. Общие положения

- 1.1. Настоящие Дополнительные условия № 1 по добровольному медицинскому страхованию иностранных граждан или лиц без гражданства, постоянно или временно проживающих на территории Российской Федерации, или временно прибывающих в Российскую Федерацию на основании визы или в порядке, не требующем получения визы и получившие миграционную карту, а также беженцы и вынужденные переселенцы (далее по тексту - Дополнительные условия) разработаны в соответствии с действующим законодательством РФ и Правилами добровольного медицинского страхования иностранных граждан, лиц без гражданства и трудовых мигрантов, утвержденных приказом Генерального директора ООО «Группа Ренессанс Страхование» от 26.05.2016 № 038 (далее – Правила страхования) и содержат в себе стандартные условия, на которых ООО «Группа Ренессанс Страхование» заключает договоры страхования в соответствии Программой добровольного медицинского страхования «Формула здоровья. Мигрант 4» (далее – Программа страхования).
- 1.2. Настоящие Дополнительные условия являются неотъемлемо частью Правил страхования. При наличии противоречий между положениями настоящих Дополнительных условий и Правил страхования, преимущественную силу имеют положения настоящих Дополнительных условий.
- 1.3. Настоящие Дополнительные условия наряду с Правилами страхования, становятся неотъемлемой частью договора страхования и их выполнение является обязательным для Страховщика, Страхователя и Застрахованных лиц.
- 1.4. Взаимоотношения сторон, не урегулированными настоящими Дополнительными условиями, определяются в соответствии с Правилами страхования.

2. Субъекты страхования

- 2.1. **Страхователи** – дееспособные физические лица, заключившие со Страховщиком договор страхования по форме Приложения № 4 к Правилам страхования. Договор страхования, заключенный на условиях настоящих Дополнительных условий, может быть заключен Страхователем — физическим лицом только в свою пользу.
- 2.2. **Застрахованное лицо** – физическое лицо, названное в договоре страхования и в пользу которого заключен договор страхования. Застрахованными лицами могут быть иностранные граждане или лица без гражданства, постоянно или временно проживающие на территории Российской Федерации, или временно прибывающие в Российской Федерации на основании визы или в порядке, не требующем получения визы и получившие миграционную карту, а также беженцы и вынужденные переселенцы.

3. Объекты страхования

- 3.1. Объектом страхования являются имущественные интересы Застрахованного лица, связанные с оплатой организации и оказания медицинской помощи (медицинских услуг) и иных услуг вследствие расстройства здоровья физического лица или состояния физического лица, требующих организации и оказания таких услуг, а также проведения профилактических мероприятий, снижающих степень опасных для жизни или здоровья физического лица угроз и (или) устраняющих их (медицинское страхование).

4. Страховые риски и страховые случаи

- 4.1. По договору страхования, заключенному на основании настоящих Дополнительных условиях, является обращением Застрахованного лица по направлению медицинского пульта Страховщика в медицинскую организацию, имеющие договорные отношения со Страховщиком, для получения в течение срока страхования, предусмотренного договором страхования, первичной медико-санитарной помощи, специализированной медицинской помощи в неотложной форме и иных медицинских и услуг, предусмотренных договором страхования и Программой страхования, оказываемых при внезапных острых заболеваниях (состояниях), травмах, отравлениях, повлекших возникновение обязательства Страховщика оплатить данные медицинские и иные услуги, оказанные Застрахованному лицу.

5. Территория страхования, срок действия договора страхования и порядок его прекращения

- 5.1. Территория действия договора страхования включает территорию Российской Федерации, если иное не указано в договоре страхования.
- 5.2. Договор страхования заключается сроком на один год, если иное не предусмотрено Договором страхования.
- 5.3. Договор страхования прекращается в случае:
- 5.3.1. истечения срока его действия;
 - 5.3.2. в случае если после его вступления в силу возможность наступления страхового случая отпала, и существование страхового риска прекратилось по обстоятельствам, иным, чем страховой случай. В этом случае, Страховщик имеет право на часть страховой премии пропорционально времени, в течение которого действовало страхование;
 - 5.3.3. в случае смерти Застрахованного лица;
 - 5.3.4. при отказе Страхователя от договора страхования в течение 5 (пяти) рабочих дней со дня его заключения и до даты начала действия срока страхования, предусмотренного договором страхования, уплаченная страховая премия подлежит возврату Страховщиком Страхователю в полном объеме;
 - 5.3.5. при отказе Страхователя от договора страхования в течение 5 (пяти) рабочих дней со дня его заключения, но после даты начала срока страхования, предусмотренного договором страхования, Страховщик возвращает Страхователю часть оплаченной Страхователем страховой премии пропорционально сроку действия договора страхования, прошедшему с даты начала действия страхования до даты прекращения действия договора добровольного страхования, при условии отсутствия в данном периоде событий, имеющих признаки страхового случая.

- 5.3.6. В случаях, указанных в п. 5.3.4. и п. 5.3.5. настоящих Дополнительных условий договор страхования считается прекратившим свое действие с даты получения Страховщиком письменного заявления Страхователя об отказе от договора страхования. При этом оплаченная страховая премия (часть страховой премии) подлежит возврату Страхователю по выбору Страхователя наличными деньгами или в безналичном порядке в срок, не превышающий 10 рабочих дней со дня получения письменного заявления Страхователя об отказе от договора страхования.
- 5.3.7. При досрочном прекращении договора страхования по инициативе Страхователя, за исключением случаев, предусмотренных п. 5.3.4. и п. 5.3.5. настоящих Дополнительных условий возврат части страховой премии не производится, если иное не предусмотрено условиями договора страхования.