

УТВЕРЖДАЮ
Генеральный директор
ООО «СМП-Страхование»

Кузнецов А.И.

« 26 »

сентября 2017 г.

(Предыдущая редакция, утв. Приказом от 19.08.16 № 81-ОД)



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

Москва, 2017г.

СО Д Е Р Ж А Н И Е

1. ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ	3
2. ОБЪЕКТ СТРАХОВАНИЯ	4
3. СТРАХОВЫЕ СЛУЧАИ	4
4. СТРАХОВАЯ СУММА. ФРАНШИЗА	6
5. СТРАХОВАЯ ПРЕМИЯ. СТРАХОВОЙ ТАРИФ	7
6. ПОРЯДОК ЗАКЛЮЧЕНИЯ, ИСПОЛНЕНИЯ, ПРЕКРАЩЕНИЯ ДОГОВОРА СТРАХОВАНИЯ	8
7. СРОК ДЕЙСТВИЯ ДОГОВОРА СТРАХОВАНИЯ. ВСТУПЛЕНИЕ ДОГОВОРА СТРАХОВАНИЯ В СИЛУ	11
8. ПРАВА И ОБЯЗАННОСТИ СТОРОН	11
9. ПОРЯДОК ОПРЕДЕЛЕНИЯ СТРАХОВОЙ ВЫПЛАТЫ. СРОК ОСУЩЕСТВЛЕНИЯ СТРАХОВОЙ ВЫПЛАТЫ	13
10. РАЗРЕШЕНИЕ СПОРОВ	14

1. ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ

1.1. На основании настоящих Правил добровольного медицинского страхования иностранных граждан и лиц без гражданства, находящихся на территории Российской Федерации с целью осуществления ими трудовой деятельности (далее - Правила страхования) и в соответствии с действующим законодательством Российской Федерации Общество с ограниченной ответственностью «СМП-Страхование» (ООО «СМП-Страхование») заключает договоры добровольного медицинского страхования иностранных лиц и лиц без гражданства, находящихся на территории Российской Федерации с целью осуществления ими трудовой деятельности (далее – договор страхования).

1.2. **Страховщик** - Общество с ограниченной ответственностью «СМП-Страхование» (ООО «СМП-Страхование») – страховая организация, созданная в соответствии с законодательством Российской Федерации для осуществления деятельности по страхованию и получившая лицензию на осуществление соответствующего вида страховой деятельности в законодательно установленном порядке.

1.3. **Страхователь** - дееспособное физическое лицо, индивидуальный предприниматель, юридическое лицо любой организационно-правовой формы, зарегистрированные в Российской Федерации в установленном порядке и заключившее со Страховщиком договор страхования в пользу Застрахованного лица.

1.4. **Застрахованное лицо** - физическое лицо, указанное в договоре страхования, - иностранный гражданин или лицо без гражданства, находящееся на территории Российской Федерации с целью осуществления им трудовой деятельности на основании разрешения на работу или патента. Застрахованным лицом в соответствии с настоящими Правилами страхования может быть дееспособное физическое лицо в возрасте от 18 до 65 лет, если иное не предусмотрено договором страхования. Физические лица старше 65 лет могут быть приняты на страхования, после процедуры проведения оценки страхового риска и оплаты дополнительной страховой премии.

1.5. **Программа добровольного медицинского страхования** - перечень медицинских и иных услуг, оплата организации и оказания которых осуществляется Страховщиком при наступлении страхового случая, предусмотренного договором страхования, обеспечивающих получение Застрахованным лицом первичной медико-санитарной помощи и специализированной медицинской помощи в неотложной форме в случаях заболеваний и состояний, предусмотренных законодательством Российской Федерации о добровольном медицинском страховании иностранных граждан и лиц без гражданства, находящихся на территории Российской Федерации с целью осуществления ими трудовой деятельности. Программа добровольного медицинского страхования является неотъемлемой частью договора страхования.

1.6. **Медицинские услуги** - медицинское вмешательство или комплекс медицинских вмешательств, направленных на диагностику и лечение заболеваний, медицинскую реабилитацию и имеющих самостоятельное законченное значение.

1.7. **Медицинская помощь** - комплекс мероприятий, направленных на поддержание и (или) восстановление здоровья и включающих в себя предоставление медицинских услуг.

1.8. **Медицинская помощь в неотложной форме (неотложная медицинская помощь)** - медицинская помощь, оказываемая при внезапных острых заболеваниях, острых состояниях, обострении хронических заболеваний без явных признаков угрозы жизни Застрахованного лица.

1.9. **Медицинская помощь в экстренной форме (экстренная медицинская помощь)** - медицинская помощь, оказываемая при внезапных острых заболеваниях, острых состояниях, обострении хронических заболеваний, представляющих угрозу жизни Застрахованного лица.

1.10. **Медицинская помощь в плановой форме (плановая медицинская помощь)** - медицинская помощь, которая оказывается при проведении профилактических мероприятий, при заболеваниях и состояниях, не сопровождающихся угрозой жизни пациента, не требующих экстренной и неотложной медицинской помощи, и отсрочка оказания которой на определенное время не повлечет за собой ухудшение состояния пациента, угрозу его жизни и здоровью.

1.11. **Лекарственная помощь** - обеспечение Застрахованного лица лекарственными препаратами и изделиями медицинского назначения, используемыми медицинским персоналом при оказании медицинской помощи в неотложной форме, в соответствии со стандартами первичной медико-санитарной помощи и

специализированной медицинской помощи в рамках Программы добровольного медицинского страхования, включенными в утверждаемый Правительством РФ перечень жизненно необходимых и важнейших лекарственных препаратов для медицинского применения и обеспечение медицинскими изделиями, включенными в утверждаемый Правительством Российской Федерации перечень медицинских изделий, имплантируемых в организм человека при оказании медицинской помощи в неотложной форме в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи, в том числе оплату лечебного питания в стационаре и донорской крови и ее компонентов, если законодательством Российской Федерации не предусмотрено иное.

1.12. Первичная медико-санитарная помощь - мероприятия, проводимые в амбулаторных условиях и/или в условиях дневного стационара по профилактике, диагностике, лечению заболеваний и состояний, медицинской реабилитации, формированию здорового образа жизни и санитарно-гигиеническому просвещению.

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

1.14. Медицинская организация (медицинское учреждение) - юридическое лицо независимо от организационно-правовой формы, осуществляющее в качестве основного (уставного) вида деятельности медицинскую деятельность на основании лицензии, выданной в порядке, установленном законодательством Российской Федерации: лечебно-профилактическое учреждение, научно-исследовательские и медицинские институты, другие учреждения, осуществляющие наряду с основной (уставной) деятельностью медицинскую деятельность. К медицинским организациям приравниваются индивидуальные предприниматели, осуществляющие медицинскую деятельность в законодательно установленном порядке.

1.15. Срок действия договора страхования - период времени, установленный договором страхования, в течение которого произошедшее событие, признанное Страховщиком страховым случаем, влечет за собой обязанность Страховщика осуществить страховую выплату (оплатить медицинские и иные услуги в объеме Программы добровольного медицинского страхования).

1.16. Страховая выплата - денежная сумма, которая определена договором страхования, и в пределах которой Страховщик при наступлении страхового случая оплачивает медицинские услуги и иные услуги в объеме Программы добровольного медицинского страхования.

1.17. Территория страхования - указанная в договоре территория, в пределах которой на события, имеющие признаки страхового случая, распространяется действие договора страхования.

Территория действия договора страхования должна включать субъект Российской Федерации, на территории которого Застрахованное лицо намеревается осуществлять трудовую деятельность.

1.18. На основании настоящих Правил страхования, Страховщик вправе разрабатывать Условия страхования, являющиеся Приложением к ним. В случае заключения договора страхования на основании Условий страхования, если они содержат положения, отличные от положений настоящих Правил страхования, приоритет имеют положения Условий страхования.

1.19. Страховщик оставляет за собой право присваивать маркетинговые названия Условиям страхования, Программам страхования, разработанным в рамках настоящих Правил страхования с целью привлечения Страхователей.

2. ОБЪЕКТ СТРАХОВАНИЯ

2.1. Объектом медицинского страхования являются имущественные интересы Застрахованного лица, связанные с оплатой организации и оказания ему медицинской и лекарственной помощи (медицинских услуг) и иных услуг при наступлении страхового случая вследствие расстройства здоровья Застрахованного лица или состояния Застрахованного лица, требующего организации и оказания таких услуг.

3. СТРАХОВЫЕ СЛУЧАИ

3.1. Страховым риском является предполагаемое событие, на случай наступления которого проводится страхование. В соответствии с настоящим Правилами страхования страховым риском является риск возникновения затрат на получение медицинских и иных услуг.

3.2. Страховым случаем является событие, предусмотренное договором страхования, с наступлением которого возникает обязанность Страховщика произвести страховую выплату. Событие, рассматриваемое в качестве страхового случая, должно обладать признаками вероятности и случайности его наступления.

3.3. Страховым случаем в соответствии с настоящими Правилами страхования является документально подтвержденное обращение Застрахованного лица в течение срока действия договора страхования в медицинскую организацию (медицинское учреждение), предусмотренную договором страхования и/или согласованную со Страховщиком, на территории действия договора страхования за получением первичной медико-санитарной и специализированной помощи в неотложной форме при внезапных острых заболеваниях, состояниях, обострении хронических заболеваний вследствие расстройства здоровья или при таком состоянии здоровья, которое требует получение медицинской помощи (медицинских и иных услуг).

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

3.5. Перечень видов медицинской помощи, в том числе медицинских услуг и иных услуг, устанавливается по соглашению сторон и указывается в Программе добровольного медицинского страхования, составленной в соответствии с законодательством Российской Федерации, регламентирующим условия и порядок осуществления добровольного медицинского страхования иностранных граждан и лиц без гражданства, находящихся на территории Российской Федерации с целью осуществления ими трудовой деятельности.

3.6. Если иное не предусмотрено договором страхования, не является страховым случаем и не оплачивается Страховщиком обращение Застрахованного лица за получением Застрахованным лицом медицинских и иных услуг:

3.6.1 по оказанию Застрахованному лицу медицинской помощи, не назначенной врачом, оказывающим медицинскую помощь в рамках Программы добровольного медицинского страхования;

3.6.2. по оказанию Застрахованному лицу медицинской помощи при особо опасных инфекционных болезнях (натуральная оспа, полиомиелит, малярия ТОРС), следующих заболеваниях: болезнь, вызванная вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ); вирусные лихорадки, передаваемые членистоногими, и вирусные геморрагические лихорадки; гельминтозы; гепатит В; гепатит С; дифтерия; инфекции, передающиеся преимущественно половым путем; лепра; малярия; педикулез, акариоз и другие инфекации; сепсис и мелиоидоз; сибирская язва; туберкулез; холера; чума, а также при злокачественных новообразованиях, сахарном диабете, психических расстройствах и расстройствах поведения;

3.6.3. по оказанию Застрахованному лицу высокотехнологичной медицинской помощи;

3.6.4. 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;

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

- 3.6.6. по оказанию Застрахованному лицу медицинской помощи при покушении Застрахованного лица на самоубийство, за исключением тех случаев, когда Застрахованное лицо было доведено до такого состояния противоправными действиями третьих лиц;
- 3.6.7. по оказанию медицинской помощи при умышленном причинении себе телесных повреждений Застрахованным лицом;
- 3.6.8. связанных с беременностью, родами, послеродовым периодом и абортами Застрахованного лица;
- 3.6.9. иные исключения, прямо предусмотренные в Программе добровольного медицинского страхования.
- 3.7. Не является страховым случаем и не оплачивается Страховщиком обращение Застрахованного лица за получением:
- 3.7.1. медицинских и иных услуг, не предусмотренных договором страхования и/или Программой добровольного медицинского страхования, или медицинских и иных услуг, полученных в объемах, превышающих предусмотренные договором страхования и/или Программой добровольного медицинского страхования;
- 3.7.2. медицинских и иных услуг, оказанных не на территории действия договора страхования;
- 3.7.3. медицинских и иных услуг, оказанных до начала и после окончания срока действия договора страхования;
- 3.7.4. медицинских и иных услуг в медицинских и иных организациях, не предусмотренных договором страхования и/или или не согласованных со Страховщиком;
- 3.7.5. медицинских и иных услуг, которые были оказаны лицу, не являющемуся Застрахованным лицом.
- 3.8. В соответствии со ст. 964 Гражданского кодекса Российской Федерации Страховщик освобождается от выплаты страхового возмещения, 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.

4. СТРАХОВАЯ СУММА. ФРАНШИЗА

- 4.1. Страховой суммой является установленная договором страхования денежная сумма, исходя из которой устанавливается размер страховой премии и страховой выплаты при наступлении страхового случая.
- 4.2. Страховая сумма по договору страхования устанавливается Страховщиком и Страхователем по соглашению сторон в размере не менее 100 000 рублей на каждое Застрахованное лицо на период действия договора страхования, если иная минимальная страховая сумма не установлена законодательством Российской Федерации.
- 4.3. Страховая сумма может устанавливаться в виде уменьшаемой страховой суммы, рассчитываемой как разность страховой суммы на начало срока действия договора страхования и суммы страхового возмещения, осуществляемого Страховщиком в период действия договора страхования по всем произошедшим страховым случаям (агрегатная страховая сумма).
- 4.4. Если агрегатная страховая сумма исчерпана полностью, обязательства Страховщика по договору страхования считаются исполненными и договор страхования прекращается.
- 4.5. Страховщик обязан уведомить Страхователя и Застрахованное лицо об уменьшении агрегатной страховой суммы в течение пяти рабочих дней с момента уменьшения размера страховой суммы до размера менее чем 10 000 рублей.
- 4.6. Страховая сумма указывается в российских рублях.
- 4.7. Франшиза - часть убытков, которая может быть определена договором страхования, не подлежит возмещению Страховщиком Страхователю или Застрахованному лицу, интерес которого застрахован в соответствии с условиями договора страхования, и устанавливается в виде определенного процента от страховой суммы или в фиксированном размере.

4.7.1. В соответствии с условиями договора 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).

4.7.2. Временной франшизой (выжидательным периодом) является период времени с даты вступления договора страхования в силу до даты начала срока страхования, на который не распространяется страхование, обусловленное договором страхования, в течение которого и документально подтвержденное обращение Застрахованного лица за медицинскими и иными услугами, предусмотренными Программой страхования не является страховым случаем. Выжидательный период может быть определен в договоре страхования по соглашению сторон.

5. СТРАХОВАЯ ПРЕМИЯ. СТРАХОВОЙ ТАРИФ

5.1. Страховой премией является плата за страхование, которую Страхователь обязан уплатить Страховщику в порядке и сроки, установленные договором страхования.

5.2. Датой оплаты страховой премии (страхового взноса) считается:

- при оплате наличными деньгами – дата документа о принятии денежных средств представителем Страховщика (квитанции формы А-7).

- при оплате безналичным путем – дата поступления денежных средств на расчетный счет Страховщика; для физических лиц – день подтверждения кредитной организацией, обслуживающей Страхователя, исполнения его распоряжения о переводе суммы страховой премии (страхового взноса) на банковский счет Страховщика.

5.3. При заключении договора страхования на срок менее 1 (Одного) года, страховая премия в зависимости от срока действия договора страхования уплачивается в следующем размере от размера годовой страховой премии, если иной порядок расчета не предусмотрен договором страхования: при страховании на срок от 0 до 3-х месяцев - 40%; при страховании на срок от 4 до 6-х месяцев - 65%; при страховании на срок от 7 до 12-х месяцев - 100%.

5.4. Если иное не предусмотрено договором страхования, при заключении договора страхования на срок более одного года: в случае заключения договора страхования на несколько лет общая страховая премия по договору страхования в целом устанавливается как сумма страховых премий за каждый год; в случае страхования на год (несколько лет) и несколько месяцев страховая премия за указанные месяцы определяется как часть страховой премии за год и несколько месяцев в соответствии с пунктом 5.3. настоящих Правил страхования.

Порядок и сроки оплаты страховой премии (страховых взносов) определяется в договоре страхования.

5.5. В случае неуплаты Страхователем в установленный договором страхования срок страховой премии или первого страхового взноса, договор страхования считается не вступившим в силу, если иное не предусмотрено договором страхования.

5.6. В случае неуплаты очередного страхового взноса в течение 3 (трех) рабочих дней со дня, установленного договором страхования срока его оплаты, обязательства Страховщика по выплате страхового возмещения прекращаются (отказ Страховщика от исполнения договора страхования), о чем Страховщик направляет письменное уведомление Страхователю. Договор страхования считается прекращенным с момента, указанного в уведомлении Страховщика, независимо от даты его получения Страхователем. При этом дата досрочного прекращения Договора страхования не может быть указана ранее даты отправки уведомления. Уплаченная страховая премия возврату не подлежит.

5.6.1. Если Страховщик не уведомил Страхователя о досрочном прекращении Договора страхования в связи с неуплатой Страхователем очередного страхового взноса, Страховщик вправе при определении размера подлежащего выплате страхового возмещения зачесть сумму просроченных страховых взносов.

5.6.2. В Договоре страхования могут быть определены иные последствия неуплаты в установленные сроки очередных страховых взносов.

5.7. При заключении договора страхования Страховщик применяет рассчитанный по Программе добровольного медицинского страхования страховые тарифы (Приложение 3), определяющие страховую премию, взимаемую с

единицы страховой суммы, с учетом объекта страхования и характера страхового риска, а также других условий страхования. Страховой тариф по конкретному договору страхования определяется по соглашению сторон.

5.8. Законом Российской Федерации от 27.11.1992 № 4015-1 «Об организации страхового дела в Российской Федерации» осуществление оценки страхового риска возложена на Страховщика. В связи с этим, основываясь на базовых страховых тарифах (тарифных ставках), Страховщик, в каждом конкретном случае при заключении договора страхования, в зависимости от степени страхового риска и с учетом особенностей условий страхования вправе применять к базовым страховым тарифам повышающие и понижающие коэффициенты в диапазонах применения, указанных в Приложении 2 к настоящим Правилам страхования. Страховой тариф по конкретному договору страхования определяется по соглашению сторон.

5.9. Решение о конкретном размере повышающего или понижающего коэффициента, принимается Страховщиком с учетом пола, возраста, численности Застрахованных лиц по договору страхования, категории медицинского учреждения, перечня медицинских и иных услуг и других обстоятельств, имеющих существенное значение для определения степени страхового риска.

6. ПОРЯДОК ЗАКЛЮЧЕНИЯ, ИСПОЛНЕНИЯ, ПРЕКРАЩЕНИЯ ДОГОВОРА СТРАХОВАНИЯ

6.1. Договор страхования заключается на основании письменного заявления по форме Страховщика (Приложения 7 - 9 к настоящим Правилам страхования) или устного заявления Страхователя, а также документов и сведений, необходимых для заключения договора страхования. Все заявления, сделанные в письменной форме, становятся неотъемлемой частью договора страхования.

Страхователь несет ответственность за достоверность и полноту сообщаемых им сведений.

6.2. При заключении договора страхования Страхователь обязан правдиво и полно сообщить Страховщику все известные ему обстоятельства, имеющие существенное значение для оценки вероятности наступления страхового случая. Существенными признаются обстоятельства, оговоренные в договоре страхования (страховом полисе), а также указанные в заявлении на страхование, дополнительных анкетах, в ответах на письменные запросы, в декларации, указанной в страховом полисе, и является исчерпывающим.

6.2.1. Сведения, указанные в заявлении на страхование, дополнительных анкетах, в ответах на письменный запрос, подтверждаются подписью лица, заполнившего их.

6.2.3. Исходя из существа заполненных сведений, Страховщик может, реализуя свое право на оценку страховых рисков при заключении договора страхования, запросить уточняющую информацию о состоянии лица, принимаемого на страхование. Страховщик сообщает о необходимости предоставления дополнительной и/или уточняющей информации. В случае отказа лица, в отношении которого планируется заключение договора страхования, предоставить запрашиваемую информацию, Страховщик вправе отказать в заключении договора страхования в отношении этого лица.

6.2.4. Если после заключения договора страхования будет установлено, что Страхователь сообщил Страховщику заведомо ложные сведения об обстоятельствах, имеющих существенное значение для определения вероятности наступления страхового случая, Страховщик вправе признать договор страхования недействительным в отношении этого Застрахованного лица и применить последствия, предусмотренные пунктом 179 Гражданского кодекса Российской Федерации. В случае установления факта сообщения Страхователем/Застрахованным лицом заведомо ложных сведений при заключении договора страхования, Страховщик имеет право отказать Страхователю в заключении договора страхования.

6.3. Договор страхования заключается в письменной форме путем составления одного документа либо вручения Страховщиком Страхователю страхового полиса, подписанного Страховщиком. В последнем случае согласие Страхователя заключить договор страхования на предложенных Страховщиком условиях подтверждается принятием от Страховщика страхового полиса.

6.3.1. 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 (для Страхователя – юридического лица);

- фамилия, имя, отчество (последнее - при наличии) на русском языке (для иностранных граждан и лиц без гражданства такие сведения дополнительно указываются с помощью букв латинского алфавита на основании сведений, содержащихся в документе, предусмотренном федеральным законом или признаваемом в соответствии с международным договором Российской Федерации в качестве документа, удостоверяющего личность иностранного гражданина или лица без гражданства); пол; дата рождения; гражданство (при наличии) (для Страхователя – физического лица, индивидуального предпринимателя);
- адрес места жительства (регистрации) или адрес места пребывания на территории Российской Федерации, дата регистрации (для Страхователя – физического лица);
- место жительства в Российской Федерации (указывается адрес, по которому индивидуальный предприниматель зарегистрирован по месту жительства в установленном законодательством Российской Федерации порядке) (для Страхователя – индивидуального предпринимателя);
- 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) (для Страхователя – физического лица, индивидуального предпринимателя);
- контактная информация (телефон, адрес электронной почты (при наличии)) (для Страхователя – физического лица, индивидуального предпринимателя);
- 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 (для Страхователя – физического лица, индивидуального предпринимателя);
- организационно-правовая форма, банковские реквизиты (для Страхователя – юридического лица);
- 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 (для Страхователя – юридического лица);
- контактная информация (телефон (факс), адрес сайта и (или) электронной почты организации (при наличии)) (для Страхователя – юридического лица);
- 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 (для Страхователя – юридического лица);
- 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 (для Страхователя – юридического лица);
- 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 добровольного медицинского страхования;
- период страхования/срок действия договора страхования.

6.3.2. Вместе с тем, составление одного документа (договора страхования) может быть удостоверено выдачей Застрахованному лицу страхового полиса, содержащего сведения, которые указаны в договоре страхования.

6.4. Страховой полис содержит все сведения, установленные законодательством Российской Федерации о добровольном медицинском страховании иностранных граждан и лиц без гражданства, находящихся на территории Российской Федерации с целью осуществления ими трудовой деятельности (Приложение 4 к настоящим Правилам страхования).

6.5. Бланк страхового полиса изготавливается с соблюдением установленных законодательством Российской Федерации о добровольном медицинском страховании иностранных граждан и лиц без гражданства, находящихся на территории Российской Федерации с целью осуществления ими трудовой деятельности, мер защиты полиграфической продукции.

6.6. Территория действия договора страхования включает субъект Российской Федерации, на территории которого Застрахованное лицо намеревается осуществлять трудовую деятельность.

6.7. Все изменения и дополнения к договору страхования оформляются в письменной форме.

6.8. При утрате договора страхования (страхового полиса), Страхователь (Застрахованное лицо) должен незамедлительно известить об этом Страховщика.

6.9. При заключении договора в отношении более одного Застрахованного лица, Страхователем предоставляется Список Застрахованных лиц по установленной Страховщиком форме и в срок, определенный договором страхования. Список Застрахованных лиц прилагается к договору страхования и является его неотъемлемой частью. Страхователь получает согласие Застрахованных лиц на обработку Страховщиком своих персональных данных в соответствии с Федеральным законом № 152-ФЗ от 27 июля 2006г. «О персональных данных» в объеме, необходимом Страховщику для исполнения своих обязательств по договору страхования.

6.10. В соответствии со статьей 160 Гражданского кодекса Российской Федерации договор страхования/страховой полис может быть удостоверен факсимильным воспроизведением подписи с помощью средств механического или иного копирования, электронной подписью либо иным аналогом собственноручной подписи.

6.11. Условия, содержащиеся в настоящих Правилах страхования и не включенные в текст договора страхования (страхового полиса), обязательны для Страхователя, если в договоре страховом (страховом полисе) прямо указывается на применение Правил страхования и сами Правила страхования изложены в одном документе с договором страхования (страховым полисом) или на его оборотной стороне либо приложены к нему. В последнем случае вручение Страхователю при заключении договора Правил страхования удостоверяется записью в договоре страхования (страховом полисе).

6.12. При заключении договора страхования Страхователь и Страховщик могут договориться об изменении, дополнении или исключении отдельных положений настоящих Правил страхования, если это не противоречит действующему законодательству Российской Федерации.

При наличии расхождений между нормами договора страхования и настоящими Правилами страхования преимущественную силу имеют положения договора страхования.

6.13. Предоставление медицинских и иных услуг осуществляется путем обращения Застрахованного лица к Страховщику/ в медицинское учреждение (медицинскую организацию) в порядке, предусмотренном в договоре страхования.

6.14. Право Застрахованного лица на получение медицинских и иных услуг, предусмотренных договором страхования, а также возмещение затрат, связанных с их получением, наступает с даты вступления договора страхования в силу после выполнения обязательства по уплате страховой премии.

6.14. При обращении Застрахованного лица в медицинское учреждение предъявляется страховой полис и документ, удостоверяющий личность.

6.15. Если договором страхования не предусмотрено иное, действие договора страхования прекращается в случаях:

6.15.1. истечения срока его действия;

6.15.2. по соглашению сторон, с даты подписания сторонами соответствующего соглашения;

6.15.3. смерти Застрахованного лица, если по договору страхования застраховано несколько лиц, в этом случае прекращается действие договора страхования только в отношении умершего Застрахованного лица;

6.15.4. исполнения Страховщиком обязательств перед Страхователем (Застрахованным лицом) по договору страхования в полном объеме, в частности, при полном исчерпании агрегатной страховой суммы в отношении Застрахованного лица (действие страхования прекращается в отношении того Застрахованного лица, по которому исчерпана страховая сумма);

6.15.5. ликвидации Страховщика (за исключением случаев передачи страхового портфеля в соответствии с законодательством Российской Федерации другому Страховщику);

6.15.6. прекращения действия договора страхования по решению суда, с момента вступления в силу соответствующего решения суда.

6.16. Страхователь вправе отказаться от договора страхования в любое время, если к моменту отказа возможность наступления страхового случая не отпала по обстоятельствам иным, чем страховой случай. При досрочном отказе Страхователя от договора страхования уплаченная Страховщику страховая премия не подлежит возврату, если иное не предусмотрено договором страхования.

7. СРОК ДЕЙСТВИЯ ДОГОВОРА СТРАХОВАНИЯ. ВСТУПЛЕНИЕ ДОГОВОРА СТРАХОВАНИЯ В СИЛУ

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

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

7.2. Договор вступает в силу (если условиями договора страхования не предусмотрено иное):

7.2.1. при уплате страховой премии по безналичному расчету - с даты, указанной в договоре страхования, но не ранее 00 часов дня, следующего за днем поступления страховой премии (при единовременной уплате) или ее первого взноса (при уплате в рассрочку) на расчетный счет Страховщика, и не ранее начала действия разрешения на работу или патента;

7.2.2. при уплате страховой премии наличными денежными средствами - с даты, указанной в договоре страхования, но не ранее с 00 часов дня, следующего за днем уплаты страховой премии (при единовременной уплате) или ее первого взноса (при уплате в рассрочку) представителю Страховщика или в кассу Страховщика, и не ранее начала действия разрешения на работу или патента.

7.3. Действие договора страхования заканчивается в 24 часа 00 минут дня, указанного в договоре страхования как дата его окончания, если договором страхования не предусмотрено иное.

7.4. Если в договоре страхования предусмотрен выжидательный период, Страховщик несет обязательства только по страховым случаям, произошедшим после окончания выжидательного периода.

8. ПРАВА И ОБЯЗАННОСТИ СТОРОН

8.1. Страхователь имеет право:

8.1.1. требовать организации предоставления Застрахованным лицам медицинских и иных услуг, определенных Программой добровольного медицинского страхования, при наступлении страхового случая по договору страхования;

8.1.2. в течение срока действия договора страхования обратиться к Страховщику с предложением изменить размер страховой суммы, установив его в размере не менее оговоренного в п. 4.2. настоящих Правил страхования, а также срок действия договора страхования, установив его продолжительность с учетом п. 7.1 настоящих Правил страхования;

8.1.3. досрочно расторгнуть договор страхования, направив письменное заявление Страховщику (Приложение 10 к настоящим Правилам страхования);

8.1.4. обратиться с письменным заявлением к Страховщику с предложением принять на страхования новых Застрахованных лиц.

8.2. Страхователь обязан:

8.2.1. уплатить страховую премию в сроки и размере, предусмотренные договором страхования;

8.2.2. обеспечить достоверность и правильность сведений о Застрахованных лицах, сообщаемых Страховщику при заключении договора страхования, а также предоставлять Страховщику сведения о дополнительно включаемых Застрахованных лицах, в том числе по требованию Страховщика предоставить медицинское заключение по форме установленной Приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 29

июня 2015 г. N384н «Об утверждении перечня инфекционных заболеваний, представляющих опасность для окружающих и являющихся основанием для отказа в выдаче либо аннулирования разрешения на временное проживание иностранных граждан и лиц без гражданства, или вида на жительство, или патента, или разрешения на работу в Российской Федерации, а также порядка подтверждения их наличия или отсутствия, а также формы медицинского заключения о наличии (об отсутствии) указанных заболеваний»;

8.2.3. при заключении договора страхования предоставить Страховщику необходимые документы и сведения в соответствии с п. 6.2 настоящих Правил страхования;

8.2.4. довести до Застрахованного лица условия страхования, определенные договором страхования, а также передать страховую документацию, подтверждающую факт заключения договора страхования в его пользу;

8.2.5. получить от Застрахованных лиц, а в случае, если Страхователем заключается договор в отношении себя, предоставить письменное Согласие на обработку Страховщиком и организациями, оказывающими медицинские и иные услуги с целью исполнения договора страхования, персональных данных Застрахованных лиц, в том числе персональных данных специальной категории, в соответствии с требованиями действующего законодательства Российской Федерации (Приложение 5 к настоящим Правилам страхования);

8.2.6. в течение 3 рабочих дней сообщить Страховщику способом, позволяющем зафиксировать факт и дату обращения (по факсимильной связи, телеграммой, телефонограммой и т.п.) обо всех существенных изменениях в обстоятельствах, сообщенных Страховщику при заключении договора страхования, если эти изменения могут повлиять на увеличение страхового риска. Существенными признаются изменения в обстоятельствах, оговоренных Страховщиком в заявлении на страхование, (медицинской анкете) и/или в письменном запросе Страховщика, а также об изменении банковских реквизитов, адреса места нахождения, номеров контактных телефонов и телефаксов, адресов электронной почты, а также об изменении фамилии, имени, отчества Застрахованного лица и его фактического места жительства. При увеличении степени риска Страхователь по требованию Страховщика уплачивает дополнительную страховую премию и/или подписывает дополнительное соглашение об изменении условий договора страхования либо направляет Страховщику письменный отказ от уплаты дополнительной премии и/или изменения условий договора.

8.3. Страховщик имеет право:

8.3.1. проверять сообщенную Страхователем (Застрахованным лицом) информацию, а также выполнение Страхователем (Застрахованным лицом) условий договора страхования;

8.3.2. не признавать страховым случаем и не оплачивать медицинские и иные услуги в случаях, предусмотренных пунктами 3.6 - 3.8 настоящих Правил страхования;

8.3.3. расторгнуть договор страхования в установленном действующим законодательством порядке, в случае выявления факта передачи Застрахованным лицом страхового полиса третьему лицу в целях получения третьим лицом медицинских и иных услуг в рамках договора страхования, заключенного в пользу Застрахованного лица, а также в случае неуплаты страховых взносов в установленный договором страхования срок;

8.3.4. на ознакомление с медицинской документацией Застрахованного лица, отражающей его заболевание/травму, физическое и психическое состояние, диагноз, ход и прогноз результатов лечения, а также использовать данную информацию для исполнения договора страхования, оплатой оказанных Застрахованному лицу медицинских и иных услуг, предусмотренных договором страхования;

8.3.5. потребовать изменения условий договора страхования и/или уплаты дополнительной страховой премии соразмерно увеличению степени риска при существенном изменении обстоятельств в период действия договора страхования, а при несогласии Страхователя с изменением условий договора страхования и/или доплатой страховой премии потребовать расторжения договора страхования.

8.4. Страховщик обязан:

8.4.1. ознакомить Страхователя с условиями страхования и с настоящими Правилами страхования;

8.4.2. по требованию Страхователя (Застрахованного лица), а также лиц, имеющих намерение заключить договор страхования, разъяснять положения, содержащиеся в настоящих Правилах страхования и договоре страхования;

8.4.3. организовать предоставление Застрахованным лицам медицинских и иных услуг в объеме, предусмотренном Программой добровольного медицинского страхования согласно условиям договора страхования;

8.4.4. при наступлении страховых случаев оплатить медицинские и иные услуги, оказанные Застрахованному лицу в объеме и в соответствии с условиями договора страхования;

8.4.5. выдать Страхователю (Застрахованным лицам) страховые полисы;

8.4.6. контролировать объем и качество предоставляемых Застрахованному лицу медицинских и иных услуг;

8.4.7. уведомить Страхователя и Застрахованное лицо об уменьшении агрегатной страховой суммы в течение пяти рабочих дней с момента уменьшения размера страховой суммы до размера менее, чем 10 000 (десять тысяч) рублей, если договором страхования установлена агрегатная страховая сумма.

8.5. Застрахованное лицо имеет право:

8.5.1. на своевременное и качественное получение медицинских и иных услуг Застрахованному лицу в соответствии с условиями договора страхования и Программы добровольного медицинского страхования;

8.5.2. сообщить Страховщику о случаях не предоставления медицинских и иных услуг, неполного или некачественного предоставления таких услуг;

8.5.3. получать разъяснения условий настоящих Правил страхования, договора страхования.

8.6. Застрахованное лицо обязано:

8.6.1. предоставить Страховщику необходимые для заключения договора страхования достоверные сведения, а также необходимые сведения, связанные с исполнением договора страхования;

8.6.2. соблюдать условия договора страхования;

8.6.3. соблюдать предписания лечащего врача, соблюдать распорядок, установленный медицинской или иной организацией;

8.6.4. заботиться о сохранности страхового полиса и не передавать его другим лицам с целью получения ими медицинских и иных услуг;

8.6.5. при обращении в медицинскую или иную организацию, предъявить документ удостоверяющий личность, страховой полис;

8.6.6. сообщать Страховщику и Страхователю об обстоятельствах, влияющих на увеличение степени страхового риска;

8.6.7. предоставлять Страховщику право на ознакомление с медицинской документацией из медицинских и иных учреждений с целью исполнения договора страхования.

8.7. Договором страхования также могут быть предусмотрены другие права и обязанности сторон.

9. ПОРЯДОК ОПРЕДЕЛЕНИЯ СТРАХОВОЙ ВЫПЛАТЫ. СРОК ОСУЩЕСТВЛЕНИЯ СТРАХОВОЙ ВЫПЛАТЫ

9.1. Сумма страховой выплаты определяется стоимостью медицинских и иных услуг, оказанных Застрахованному лицу в соответствии с условиями договора страхования, и не может превышать установленной для данного Застрахованного лица страховой суммы, указанной в договоре страхования.

9.2. Страховщик осуществляет оплату счетов медицинской и иной организации, предусмотренной Программой добровольного медицинского страхования/ договором страхования, за оказанные медицинские и иные услуги, определенные в Программе добровольного медицинского страхования в рамках заключенного в отношении Застрахованного лица договора страхования.

9.2.1. Оплата медицинских и иных услуг производится по тарифам и ценам (прейскурантам) в срок и в порядке, согласованным между Страховщиком и медицинской или иной организацией.

9.3. Если договором страхования не предусмотрено иное, Страховщик возмещает документально подтвержденные, предварительно согласованные до их получения со Страховщиком, расходы Застрахованного лица за оказанные медицинские и иные услуги, определенные Программой добровольного медицинского страхования, понесенные им самостоятельно, при наступлении страхового случая.

9.3.1. Если иное не предусмотрено договором страхования, для решения вопроса о страховой выплате Страховщику должно быть предоставлено Заявление на страховую выплату с приложением следующих документов:

9.3.1.1. копии договора страхования (страхового полиса);

9.3.1.2. копии паспорта/документа, удостоверяющего личность Застрахованного лица;

9.3.1.3. договор на оказание платных услуг (документ, подтверждающий факт получение услуг) Застрахованному лицу;

9.3.1.4. выписку из лечебного учреждения, подтверждающего факт получения Застрахованным лицом медицинских и иных услуг;

9.3.1.5. кассового чека с реестром оказанных услуг и указанием стоимости.

9.3.2. Все справки и выписки из медицинских учреждений должны быть заверены подписью руководителя медицинского учреждения и печатью медицинского учреждения.

9.3.3. В случае предоставления документов, которые не могут быть прочтены Страховщиком в связи с особенностями почерка врача, а так же вследствие нарушения целостности документа (надорван, смят, стерт и т.д.), Страховщик вправе отложить решение вопроса о выплате страхового возмещения до предоставления документов надлежащего качества.

9.3.4. Если иное не установлено договором страхования, в течение 15 (пятнадцати) рабочих дней с даты получения всех надлежащим образом оформленных документов, необходимых и достаточных для осуществления страховой выплаты: указанных в пункте 9.3.1. настоящих Правил страхования, а также письменных документов, запрошенных Страховщиком по согласованию со Страхователем (Застрахованным лицом), устанавливающих факт наступления страхового случая, Страховщик составляет страховой акт, признавая тем самым произошедшее событие страховым случаем, или принимает решение об отказе в страховой выплате и письменно сообщает Застрахованному лицу с обоснованием причины отказа.

9.3.5. Если иное не установлено договором страхования, в течение 10 (десяти) рабочих дней после составления страхового акта, Страховщик осуществляет страховую выплату.

Страховая выплата осуществляется путем безналичного перечисления на счет Застрахованного лица либо выдается Застрахованному лицу наличными деньгами в кассе Страховщика.

9.4. Страховщик вправе проверить соответствие оказанных Застрахованному лицу услуг условиям договора страхования, при этом при определении размера страховой выплаты учитываются только те медицинские и иные услуги, которые предусмотрены Программой добровольного медицинского страхования.

9.5. Страховщик не оплачивает медицинские и иные услуги, полученные по инициативе Застрахованного лица в медицинских учреждениях, не указанных в Программе добровольного медицинского страхования/ договоре страхования (страховом полисе), и приложениях к нему, являющихся неотъемлемой частью договора страхования (страхового полиса), за исключением случаев, когда такие услуги получены в медицинском учреждении, не предусмотренном в договоре страхования, но обращении в которое предварительно согласовано и организовано Страховщиком.

9.6. В случае, если имеются основания полагать, что обращение за оказанием медицинских и иных услуг по договору страхования наступило по причинам и/или при обстоятельствах, от которых Застрахованное лицо не было застраховано (пункты 3.6 - 3.8 настоящих Правил страхования), или невозможно однозначно определить, относится или нет произошедшее событие к страховому случаю согласно договору страхования, Страховщик в письменной форме запрашивает у Страхователя, Застрахованного лица или компетентных органов и организаций, экспертных организаций, иных организаций и органов документы, позволяющие сделать однозначный вывод о том, является ли произошедшее событие страховым случаем согласно договору страхования или нет. Решение о признании или непризнании случая страховым осуществляется Страховщиком на основании полученных документов. Если не представлены документы и сведения, указанные в настоящем пункте, Страховщик не осуществляет страховую выплату, поскольку не представляется возможным установить причинно-следственную связь и определять является ли наступившее событие страховым случаем.

10. РАЗРЕШЕНИЕ СПОРОВ

10.1. При неисполнении или ненадлежащем исполнении Страховщиком, Страхователем условий договора страхования, настоящих Правил страхования, возникающие споры разрешаются в досудебном порядке, а в случае невозможности достичь согласия – в Арбитражном суде г. Москвы, если договором страхования не предусмотрен иной порядок.

10.2. При заключении договора страхования на условиях настоящих Правил страхования, Страхователь и Страховщик (далее – сторона) предусматривают следующий порядок направления уведомлений, письменных претензий, заявлений (далее – уведомления), в том числе в случаях направления уведомления о досрочном прекращении и/или расторжении договора страхования.

10.3. Уведомление одной стороны - отправителем другой стороне – получателю направляется следующим способом доставки корреспонденции: по почте заказным письмом с отметкой о его вручении по месту нахождения адресата либо путем вручения представителю стороны-получателя курьерской службой доставки стороны-отправителя корреспонденции.

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

10.3.2. В случае если адресат отказался принять, получить уведомление, лицо, его доставляющее или вручающее, фиксирует отказ путем проставления соответствующей отметки на расписке о вручении корреспонденции (копии переданного текста), которые подлежат возврату стороне-отправителю корреспонденции.

10.3.3. В случае, если адресат не находится по указанному в договоре страхования или дополнительном соглашении к договору страхования месте (выбыл), и место нахождения адресата неизвестно, об этом лицом, доставляющим корреспонденцию, делается отметка на расписке о вручении корреспонденции (копии переданного текста) с указанием даты и времени совершенного действия, которые подлежат возврату стороне-отправителю корреспонденции.

10.4. Вся корреспонденция в связи с договором страхования направляется по адресам, которые указаны в договоре страхования. В случае изменения адресов и/или реквизитов сторон, стороны обязуются в течение 3 (трех) рабочих дней с момента такого изменения о в письменном виде известить друг друга об этом. Если сторона не была извещена об изменении адреса и/или реквизитов другой стороны заблаговременно, то вся корреспонденция, направленная по прежнему адресу, будет считаться полученной на дату ее поступления по прежнему адресу.

10.4.1. Страховщик/Страхователь также считается извещенным надлежащим образом, если:

Адресат отказался от получения уведомления, и этот отказ зафиксирован организацией почтовой связи или курьерской службой доставки стороны - отправителя корреспонденции; Уведомление не вручено в связи с отсутствием адресата по указанному в договоре страхования (страховом полисе) адресу, о чем организация почтовой связи или курьерской службой доставки.

Приложение 1 к Правилам добровольного
медицинского страхования иностранных граждан и лиц без
гражданства, находящихся на территории РФ с целью
осуществления ими трудовой деятельности

Условия страхования иностранных граждан и лиц без гражданства, находящихся на территории Российской Федерации с целью осуществления ими трудовой деятельности

1. Общие положения. Определения

1.1. В соответствии с настоящими Условиями страхования иностранных граждан и лиц без гражданства, находящихся на территории Российской Федерации с целью осуществления ими трудовой деятельности (далее – Условия страхования), разработанными в рамках Правил добровольного медицинского страхования иностранных граждан и лиц без гражданства, находящихся на территории Российской Федерации с целью осуществления ими трудовой деятельности от «___» _____ 20__ г. (далее – Правила страхования) Страховщик по согласованию со Страхователем может заключать договоры добровольного медицинского страхования иностранных лиц и лиц без гражданства, находящихся на территории Российской Федерации с целью осуществления ими трудовой деятельности (далее – договор страхования), включающий объем страхового покрытия сверх объема, установленного законодательством Российской Федерации о добровольном медицинском страховании иностранных граждан и лиц без гражданства, находящихся на территории Российской Федерации с целью осуществления ими трудовой деятельности.

1.2. Настоящие Условия являются приложением к Правилам страхования. Во всем, что не оговорено настоящими Условиями страхования, действуют Правила страхования.

1.3. Сервисная компания - специализированная организация, которая по поручению Страховщика круглосуточно обеспечивает организацию услуг, предусмотренных настоящими Условиями страхования иностранных граждан и лиц без гражданства, находящихся на территории Российской Федерации с целью осуществления ими трудовой деятельности.

1.4. Услуги по репатриации - услуги, связанные с транспортировкой останков транспортным средством в соответствии с условиями Договора страхования и Программой добровольного медицинского страхования.

1.5. Программа добровольного медицинского страхования - перечень медицинских и иных услуг, оплата организации и оказания которых осуществляется Страховщиком при наступлении страхового случая, предусмотренного договором страхования, обеспечивающих получение Застрахованным лицом медицинской помощи в случаях заболеваний и состояний, требующих оказания медицинской помощи. Программа добровольного медицинского страхования является неотъемлемой частью договора страхования.

1.6. Медицинская помощь в неотложной форме (неотложная медицинская помощь) - медицинская помощь, оказываемая при внезапных острых заболеваниях, острых состояниях, обострении хронических заболеваний без явных признаков угрозы жизни Застрахованного лица.

1.7. Медицинская помощь в экстренной форме (экстренная медицинская помощь) - медицинская помощь, оказываемая при внезапных острых заболеваниях, острых состояниях, обострении хронических заболеваний, представляющих угрозу жизни Застрахованного лица.

1.8. Медицинская помощь в плановой форме (плановая медицинская помощь) - медицинская помощь, которая оказывается при проведении профилактических мероприятий, при заболеваниях и состояниях, не сопровождающихся угрозой жизни пациента, не требующих экстренной и неотложной медицинской помощи, и отсрочка оказания которой на определенное время не повлечет за собой ухудшение состояния пациента, угрозу его жизни и здоровью.

2. Объект страхования

2.1. Объектами страхования по настоящим Условиям страхования являются:

2.1.1. имущественные интересы Застрахованного лица, связанные с оплатой организации и оказания ему медицинской и лекарственной помощи (медицинских услуг) и иных услуг при наступлении страхового случая

вследствие расстройства здоровья Застрахованного лица или состояния Застрахованного лица, требующего организации и оказания таких услуг.

2.1.2. имущественные интересы, связанные с риском возникновения непредвиденных расходов, не относящихся к предпринимательской деятельности, связанных со смертью Застрахованного лица.

3. Страховые риски. Страховые случаи.

3.1. Договор страхования считается заключенным на основании настоящих Условий в случае, если в него включены страховые риски (страховые случаи), указанные в пункте 3.2 настоящих Условий страхования, и в договоре страхования прямо указывается на применение настоящих Условий, и сами Условия приложены к договору страхования.

3.2. В соответствии с настоящими Условиями страхования страховым случаем признается следующие событие (страховой риск):

3.2.1. Документально подтвержденное обращение Застрахованного лица в течение срока действия договора страхования в медицинскую организацию (медицинское учреждение), предусмотренную договором страхования и/или согласованную со Страховщиком, на территории действия договора страхования за получением медицинской помощи в форме, указанной в договоре страхования при внезапных острых заболеваниях, состояниях, обострении хронических заболеваний вследствие расстройства здоровья или при таком состоянии здоровья, которое требует получение медицинской помощи (медицинских и иных услуг).;

3.2.2. Документально подтвержденное обращение Застрахованного лица в течение срока действия договора страхования в медицинскую организацию (медицинское учреждение), предусмотренную договором страхования и/или согласованную со Страховщиком, на территории действия договора страхования за медицинской транспортировкой Застрахованного лица по медицинским показаниям выездными наземными бригадами скорой медицинской помощи с проведением, при необходимости, во время транспортировки мероприятий по оказанию медицинской помощи, в том числе с применением медицинского оборудования;

3.2.3. Возникновения расходов на посмертную репатриацию Застрахованного лица в течение срока действия договора страхования.

Расходы на посмертную репатриацию Застрахованного лица включают в себя расходы, возникшие в течение срока действия договора страхования, связанные с репатриацией тела (останков) Застрахованного лица до ближайшего к месту постоянного проживания (или месту предполагаемого захоронения) международного аэропорта или вокзала, с которым есть прямое авиа/железнодорожное сообщение, включая расходы на все необходимые меры по организации репатриации тела (останков) Застрахованного лица в соответствии с принятыми международными стандартами. Страховщик не возмещает расходы на ритуальные услуги и погребение.

4. Исключения из страхования

4.1. Если иное не предусмотрено договором страхования, не является страховым случаем и не оплачивается Страховщиком обращение Застрахованного лица за получением Застрахованным лицом медицинских и иных услуг, оплату расходов:

4.1.1 по оказанию Застрахованному лицу медицинской помощи, не назначенной врачом, оказывающим медицинскую помощь в рамках Программы добровольного медицинского страхования;

4.1.2. по оказанию Застрахованному лицу медицинской помощи при особо опасных инфекционных болезнях (натуральная оспа, полиомиелит, малярия ТОРС), следующих заболеваниях: болезнь, вызванная вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ); вирусные лихорадки, передаваемые членистоногими, и вирусные геморрагические лихорадки; гельминтозы; гепатит В; гепатит С; дифтерия; инфекции, передающиеся преимущественно половым путем; лепра; малярия; педикулез, акариаз и другие инфекации; сепсис и мелиоидоз; сибирская язва; туберкулез; холера; чума, а также при злокачественных новообразованиях, сахарном диабете, психических расстройствах и расстройствах поведения;

4.1.3. по оказанию Застрахованному лицу высокотехнологичной медицинской помощи;

4.1.4. 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;

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

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

4.1.7. по оказанию медицинской помощи при умышленном причинении себе телесных повреждений Застрахованным лицом;

4.1.8. связанных с беременностью, родами, послеродовым периодом и абортами Застрахованного лица.

4.1.9. иные исключения, прямо предусмотренные в Программе добровольного медицинского страхования.

4.2. Не являются страховыми случаями и не оплачиваются Страховщиком расходы по событиям, имеющим признаки страхового случая, понесенным в период нахождения на территории страхования в результате:

4.2.1. участия Застрахованного лица в волнениях, общественных беспорядках, противоправных действиях на территории страхования;

4.2.2. занятия Застрахованным лицом любым видом спорта на профессиональном и любительском уровне, включая участие в спортивных соревнованиях;

4.2.3. обращения Застрахованного лица за получением медицинских и иных услуг, связанных с пластической, реконструктивной, эстетической (косметической) хирургией;

4.2.4. лечения нетрадиционными методами, официально не признанными наукой и медициной (народная медицина, рефлексология, гомеопатия, хиропрактика, восточная медицина и другие методы, не относящиеся к традиционной медицине).

4.3. Не является страховым случаем и не оплачивается Страховщиком обращение Застрахованного лица за получением:

4.3.1. медицинских и иных услуг, не предусмотренных договором страхования и/или Программой добровольного медицинского страхования, или медицинских и иных услуг полученных в объемах, превышающих предусмотренные договором страхования и/или Программой добровольного медицинского страхования;

4.3.2. медицинских и иных услуг, оказанных не на территории действия договора страхования;

4.3.3. медицинских и иных услуг, оказанных до начала и после окончания срока действия договора страхования;

4.3.4. медицинских и иных услуг в медицинских и иных организациях, не предусмотренных договором страхования и/или не согласованных со Страховщиком;

4.3.5. медицинских и иных услуг, которые были оказаны лицу, не являющемуся Застрахованным лицом.

4.4. В соответствии со ст. 964 Гражданского кодекса Российской Федерации Страховщик освобождается от выплаты страхового возмещения, 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 осуществления страховых выплат

5.1. Сумма страховой выплаты определяется стоимостью медицинских и иных услуг, оказанных Застрахованному лицу, а также услуг по репатриации тела (останков) Застрахованного лица в соответствии с

условиями договора страхования, и не может превышать установленной для данного Застрахованного лица страховой суммы, указанной в договоре страхования.

4.2. Страховщик осуществляет оплату счетов медицинской и иной организации, сервисной компании, предусмотренной Программой добровольного медицинского страхования, за оказанные медицинские и иные услуги, определенные в Программе добровольного медицинского страхования в рамках заключенного в отношении Застрахованного лица договора страхования.

4.2.1. Оплата медицинских и иных услуг производится по тарифам и ценам (прейскурантам) в срок и в порядке, согласованном между Страховщиком и медицинской или иной организацией, сервисной компанией.

4.3. Если договором страхования не предусмотрено иное, Страховщик возмещает документально подтвержденные, предварительно согласованные до их получения со Страховщиком, расходы за оказанные медицинские и иные услуги, определенные Программой добровольного медицинского страхования, понесенные им самостоятельно, при наступлении страхового случая.

4.3.1. Если иное не предусмотрено договором страхования, для решения вопроса о страховой выплате Страховщику должно быть предоставлено Заявление на страховую выплату с приложением следующих документов:

4.3.1.1. копии договора страхования (страхового полиса);

4.3.1.2. копии паспорта/документа, удостоверяющего личность Застрахованного лица;

4.3.1.3. договор на оказание платных услуг (документ, подтверждающий факт получение услуг) Застрахованному лицу;

4.3.1.4. выписку из лечебного учреждения, подтверждающего факт получения Застрахованным лицом медицинских и иных услуг;

4.3.1.5. кассового чека с реестром оказанных услуг и указанием стоимости.

4.3.2. Все справки и выписки из медицинских учреждений должны быть заверены подписью руководителя медицинского учреждения и печатью медицинского учреждения.

4.3.3. В случае предоставления документов, которые не могут быть прочтены Страховщиком в связи с особенностями почерка врача, а так же вследствие нарушения целостности документа (надорван, смят, стерт и т.д.), Страховщик вправе отложить решение вопроса о выплате страхового возмещения до предоставления документов надлежащего качества.

4.3.4. Если иное не установлено договором страхования, в течение 15 (пятнадцати) рабочих дней с даты получения всех надлежащим образом оформленных документов, необходимых и достаточных для осуществления страховой выплаты: указанных в пункте 9.3.1. настоящих Правил страхования, а также письменных документов, запрошенных Страховщиком по согласованию со Страхователем (Застрахованным лицом), устанавливающих факт наступления страхового случая, Страховщик составляет страховой акт, признавая тем самым произошедшее событие страховым случаем, или принимает решение об отказе в страховой выплате и письменно сообщает Застрахованному лицу с обоснованием причины отказа.

4.3.5. Если иное не установлено договором страхования, в течение 10 (десяти) рабочих дней после составления страхового акта, Страховщик осуществляет страховую выплату.

Страховая выплата осуществляется путем безналичного перечисления на счет Застрахованного лица либо выдается Застрахованному лицу наличными деньгами в кассе Страховщика.

4.4. Предоставление медицинских и иных услуг осуществляется путем обращения Застрахованного лица (представителя Застрахованного лица) к Страховщику / в медицинское учреждение в соответствии с порядком, установленном в договоре страхования.

4.5. При обращении Застрахованного лица в медицинское учреждение предъявляется страховой полис и документ, удостоверяющий личность.

4.6. Страховщик вправе проверить соответствие оказанных Застрахованному лицу услуг условиям договора страхования, при этом при определении размера страховой выплаты учитываются только те медицинские и иные услуги, которые предусмотрены Программой добровольного медицинского страхования.

4.7. Страховщик не оплачивает медицинские и иные услуги, полученные по инициативе Застрахованного лица в медицинских учреждениях, не указанных в договоре страхования (страховом полисе), за исключением случаев, когда такие услуги получены в медицинском учреждении, не предусмотренным в договоре страхования, но обращение, в которое предварительно согласовано и организовано Страховщиком.

4.8. Репатриация тела (останков) Застрахованного лица осуществляется в соответствии с принятыми международными стандартами. Страховщик не оплачивает расходы на ритуальные услуги сверх стандартной процедуры подготовки к захоронению/кремации и стандартного комплекта похоронных принадлежностей на территории страхования, а также по оплате любых расходов по процедуре захоронения/кремации и оплате стоимости места захоронения на территории Российской Федерации и страны гражданства.

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

1. Страховой случай

1.1. Страховым случаем является документально подтвержденное обращение Застрахованного лица в течение срока действия договора страхования в медицинскую организацию (медицинское учреждение), предусмотренную договором страхования и/или согласованную со Страховщиком, на территории действия договора страхования за получением первичной медико-санитарной и специализированной помощи в неотложной форме при внезапных острых заболеваниях, состояниях, обострении хронических заболеваний вследствие расстройства здоровья или при таком состоянии здоровья, которое требует получение медицинской помощи (медицинских услуг).

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

Настоящей Программой добровольного медицинского страхования предусмотрено оформление необходимой медицинской документации по каждому страховому случаю.

1.3. Объем медицинской помощи и медицинских услуг, обеспечиваемых договором страхования, устанавливается настоящей Программой добровольного медицинского страхования в соответствии с Указанием Банка России от 13.09.2015 N 3793-У «О минимальных (стандартных) требованиях к условиям и порядку осуществления медицинского страхования в части добровольного медицинского страхования иностранных граждан и лиц без гражданства, находящихся на территории Российской Федерации с целью осуществления ими трудовой деятельности».

1.4. Настоящая Программа добровольного медицинского страхования 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 Разделом 3 настоящей Программы добровольного медицинского страхования.

2. Перечень предоставляемых Застрахованному лицу услуг и порядок их оказания

В соответствии настоящей Программой добровольного медицинского страхования Страховщик организует и оплачивает следующую медицинскую помощь:

2.1. Неотложная первичная медико-санитарная амбулаторно-поликлиническая помощь, в том числе хирургическая стоматологическая помощь в неотложной форме, в следующем объеме:

2.1.1. лечебно-диагностические приемы врачом-терапевтом (врачом общей практики), хирургом, травматологом-ортопедом;

2.1.2. консультативные приемы врачами-специалистами по направлению врача-терапевта, хирурга, травматолога-ортопеда (при травмах): инфекционистом, кардиологом, неврологом, офтальмологом, гинекологом, урологом, отоларингологом;

2.1.3. лабораторная диагностика в объеме клинических исследований крови и мочи;

2.1.4. инструментальная диагностика в объеме электрокардиографии (ЭКГ), ультразвуковых исследований, рентгенологических исследований;

- 2.1.5. лечебно-диагностические манипуляции и процедуры при оказании первичной медико-санитарной и/или специализированной помощи в неотложной форме;
- 2.1.6. анестезия: местная (аппликационная, инъекционная) анестезия при оказании медицинской помощи хирургом, травматологом-ортопедом (при травмах);
- 2.1.7. хирургическая стоматологическая помощь в объеме: удаление зубов (простое, сложное), разрезы при периоститах, вскрытие абсцессов, иссечение капюшона при перикоронарите, анестезия, дентальные снимки.
- 2.2. Стационарная помощь по поводу острого заболевания, обострения хронического заболевания, травмы (в том числе – ожога и обморожения) в результате несчастного случая, требующих оказания стационарных видов медицинской помощи в неотложной форме оплачивается Страховщиком в следующем объеме:
 - 2.2.1. приемы врачами-специалистами;
 - 2.2.2. лабораторная диагностика и инструментальные методы диагностики и лечения;
 - 2.2.3. хирургическое лечение, в том числе лечебно-диагностические манипуляции и процедуры при оказании стационарной помощи;
 - 2.2.4. анестезия: местная (аппликационная, инъекционная) анестезия и общая (общий наркоз);
 - 2.2.5. интенсивная терапия;
 - 2.2.6. консервативное лечение;
 - 2.2.7. медикаментозная терапия, физиотерапевтическое лечение, питание, уход.

За получением медицинской помощи в объеме, предусмотренном Программой добровольного медицинского страхования, Застрахованному лицу необходимо обратиться по телефону:

При обращении Застрахованного лица в медицинское учреждение предъявляется Полис добровольного медицинского страхования иностранных граждан и лиц без гражданства, находящихся на территории Российской Федерации с целью осуществления ими трудовой деятельности и документ, удостоверяющий личность.

3. В Программу добровольного медицинского страхования не входит:

- 3.1. Оплата медицинских услуг и иных услуг в связи с обращением по поводу следующих заболеваний и состояний, их осложнений:
 - 3.1.1. особо опасных инфекционных болезней (натуральная оспа, полиомиелит, малярия ТОРС); вирусные лихорадки, передаваемые членистоногими, и вирусные геморрагические лихорадки; гельминтозы; дифтерия; лепта; малярия; педикулез, акариаз и другие инфекации; сап и мелиоидоз; сибирская язва; холера; чума;
 - 3.1.1. новообразований центральной нервной системы; злокачественных онкологических заболеваний, злокачественных заболеваний крови и кроветворных органов;
 - 3.1.2. врожденных заболеваний и аномалий развития; заболеваний и состояний, обусловленных хромосомными (генетическими) нарушениями;
 - 3.1.3. эпилепсии и эпилептиформного синдрома, психических расстройств и расстройств поведения, в том числе алкоголизма, наркомании, токсикомании;
 - 3.1.4. ВИЧ-инфицирования и СПИДа, венерических заболеваний (сифилис, гонорея, шанкроид (мягкий шанкр), лимфогрануломатоз венерический, гранулема венерическая (паховая)), инфекционных заболеваний, передающихся половым путем (ИППП);
 - 3.1.5. сахарного диабета;
 - 3.1.6. вирусных гепатитов В и С, фиброза и цирроза печени;
 - 3.1.7. туберкулеза, саркоидоза, амилоидоза, псориаза, глубоких и системных микозов, онихомикозов;
 - 3.1.8. заболеваний, сопровождающихся хронической почечной и печеночной недостаточностью, требующей проведения экстракорпоральных методов лечения;
 - 3.1.9. системных аутоиммунных заболеваний, деформирующих дорсопатий (за исключением остеохондроза), воспалительных полиартропатий, артрозов (за исключением посттравматических артрозов), болезни Бехтерева;
 - 3.1.10. рассеянного склероза, болезни Паркинсона, иных экстрапирамидных и двигательных нарушений;
 - 3.1.11. профессиональных заболеваний; лучевой болезни;
 - 3.1.12. иных заболеваний (состояний), не требующих оказания первичной медико-санитарной и специализированной медицинской помощи в неотложной форме.
- 3.2. Оплата следующих медицинских и иных услуг:
 - 3.2.1. по оказанию Застрахованному лицу медицинской помощи, не назначенной врачом, оказывающим медицинскую помощь в рамках Программы добровольного медицинского страхования;
 - 3.2.2. по оказанию Застрахованному лицу высокотехнологичной медицинской помощи;
 - 3.2.4. 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;

- 3.2.5. по оказанию Застрахованному лицу медицинской помощи при возникновении травматических повреждений или иных нарушений здоровья, наступивших в результате совершения Застрахованным лицом умышленных противоправных действий;
- 3.2.6. 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;
- 3.2.7. по оказанию медицинской помощи при умышленном причинении себе телесных повреждений Застрахованным лицом;
- 3.2.8. связанных с беременностью, родами, послеродовым периодом и абортами Застрахованного лица.
- 3.2.9. по оказанию Застрахованному лицу медицинской помощи (медицинских услуг), не предусмотренной настоящей Программой добровольного медицинского страхования;
- 3.2.10. в связи с получением Застрахованным лицом медицинской помощи в экстренной и плановой форме;
- 3.2.11. по оказанию Застрахованному лицу паллиативной медицинской помощи, медицинской реабилитации, санаторно-курортного лечения;
- 3.2.12. по амбулаторным видам терапевтической и хирургической стоматологической помощи, в том числе в случаях острой зубной боли и/или травм челюстно-лицевой области;
- 3.2.13. по экстракорпоральному воздействию на кровь, в том числе программный гемодиализ, внутривенная лазеротерапия, и прочие аналогичные услуги; по озонотерапии; по проведению гипо-, нормо- и гипербарической оксигенации;
- 3.2.14. сверх объемов, предусмотренных Программой страхования по отдельным видам медицинской помощи.
- 3.3. Не оплачиваются Страховщиком:
 - 3.3.1. трансплантация (имплантация) органов и тканей;
 - 3.3.2. все виды протезирования, в том числе ортопедическое протезирование (восстановление функции утраченных органов и частей тела при помощи протезов (конечности, суставы, глаза, зубы и другие));
 - 3.3.3. реконструктивные и восстановительные методы хирургического лечения заболеваний отдельных органов и систем;
 - 3.3.4. электрокардиостимуляторы, кардиовертеры-дефибрилляторы, протезы, эндопротезы, имплантаты, наборы для остеосинтеза и фиксации, ангиографии, ангиопластики и стентирования, медицинское оборудование, медицинские изделия по коррекции зрения и слуха, медицинские изделия и расходные материалы, предназначенные для ухода за больными при любых заболеваниях.

**ПРОГРАММА ДОБРОВОЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ
ИНОСТРАННЫХ ГРАЖДАН И ЛИЦ БЕЗ ГРАЖДАНСТВА, НАХОДЯЩИХСЯ НА ТЕРРИТОРИИ
РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ С ЦЕЛЬЮ ОСУЩЕСТВЛЕНИЯ ТРУДОВОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ
«РАСШИРЕННАЯ»**

1. Страховой случай

1.1. Страховым случаем является:

1.1.1. Документально подтвержденное обращение Застрахованного лица в течение срока действия договора страхования в медицинскую организацию (медицинское учреждение), предусмотренную договором страхования и/или согласованную со Страховщиком, на территории действия договора страхования за получением в объеме настоящей Программы добровольного медицинского страхования медицинской помощи в форме, указанной в договоре страхования при внезапных острых заболеваниях, состояниях, обострении хронических заболеваний вследствие расстройства здоровья или при таком состоянии здоровья, которое требует получение медицинской помощи (медицинских и иных услуг);

1.1.2. Документально подтвержденное обращение Застрахованного лица в течение срока действия договора страхования в медицинскую организацию (медицинское учреждение), предусмотренную договором страхования и/или согласованную со Страховщиком, на территории действия договора страхования за медицинской транспортировкой Застрахованного лица по медицинским показаниям выездными наземными бригадами скорой медицинской помощи с проведением, при необходимости, во время транспортировки мероприятий по оказанию медицинской помощи, в том числе с применением медицинского оборудования;

1.1.3. Возникновения расходов на посмертную репатриацию Застрахованного лица.

Настоящей Программой добровольного медицинского страхования предусмотрено оформление необходимой медицинской документации по каждому страховому случаю.

За получением медицинской помощи в объеме, предусмотренном Программой добровольного медицинского страхования, Застрахованному лицу необходимо обратиться по телефону:

_____.

При обращении Застрахованного лица в медицинское учреждение предъявляется Полис добровольного медицинского страхования иностранных граждан и лиц без гражданства, находящихся на территории Российской Федерации с целью осуществления ими трудовой деятельности и документ, удостоверяющий личность.

2. Перечень предоставляемых Застрахованному лицу услуг и порядок их оказания

В соответствии с настоящей Программой добровольного медицинского страхования Страховщик организует и оплачивает следующую медицинскую помощь (медицинские услуги) и иные услуги:

2.1. Первичная медико-санитарная амбулаторно-поликлиническая помощь, в том числе хирургическая стоматологическая помощь, в следующем объеме:

2.1.1. лечебно-диагностические приемы врачом-терапевтом (врачом общей практики), хирургом, травматологом-ортопедом;

2.1.2. консультативные приемы врачами-специалистами по направлению врача-терапевта, хирурга, травматолога-ортопеда (при травмах); инфекционистом, кардиологом, неврологом, офтальмологом, гинекологом, урологом, отоларингологом;

2.1.3. лабораторная диагностика;

2.1.4. инструментальная диагностика в объеме электрокардиографии (ЭКГ), ультразвуковых исследований, рентгенологических исследований;

2.1.5. лечебно-диагностические манипуляции и процедуры при оказании медицинской помощи;

2.1.6. анестезия: местная (аппликационная, инъекционная) анестезия при оказании амбулаторной медицинской помощи хирургом, травматологом-ортопедом (при травмах);

2.1.7. экстренная профилактика столбняка, бешенства, клещевого вирусного энцефалита и болезни Лайма;

2.1.8. хирургическая стоматологическая помощь в объеме: удаление зубов (простое, сложное), разрезы при периоститах, вскрытие абсцессов, иссечение капюшона при перикоронарите, анестезия, дентальные снимки.

2.2. Стационарная помощь по поводу острого заболевания, обострения хронического заболевания, травмы (в том числе – ожога и обморожения) в результате несчастного случая, требующих оказания стационарных видов медицинской, медицинская транспортировка, в том числе репатриация, оплачивается Страховщиком в следующем объеме:

2.2.1. приемы врачами-специалистами;

2.2.2. лабораторная диагностика и инструментальные методы диагностики и лечения;

2.2.3. хирургическое лечение, в том числе лечебно-диагностические манипуляции и процедуры при оказании стационарной помощи;

- 2.2.4. анестезия: местная (аппликационная, инъекционная) анестезия и общая (общий наркоз);
- 2.2.5. интенсивная терапия и реанимационные мероприятия;
- 2.2.6. консервативное лечение;
- 2.2.7. медикаментозная терапия, физиотерапевтическое лечение, питание, уход;
- 2.2.8. Медицинская транспортировка.
- 2.2.9. Расходы на посмертную репатриацию Застрахованного лица в объеме расходов, связанных с репатриацией тела (останков) Застрахованного лица до ближайшего к месту постоянного проживания (или месту предполагаемого захоронения) международного аэропорта или вокзала, с которым есть прямое авиа/железнодорожное сообщение, включая расходы на все необходимые меры по организации репатриации тела Застрахованного лица в соответствии с принятыми международными стандартами.

3. В Программу добровольного медицинского страхования не входит

- 3.1. Оплата медицинских и иных услуг в связи с обращением по поводу следующих заболеваний, их осложнений:
 - 3.1.1. особо опасных инфекционных болезней (натуральная оспа, полиомиелит, малярия ТОРС); вирусные лихорадки, передаваемые членистоногими, и вирусные геморрагические лихорадки; гельминтозы; дифтерия; лепра; малярия; педикулез, аккариоз и другие инфекации; сепсис и мелиоидоз; сибирская язва; холера; чума;
 - 3.1.1. новообразований центральной нервной системы; злокачественных онкологических заболеваний, злокачественных заболеваний крови и кроветворных органов;
 - 3.1.2. врожденных заболеваний и аномалий развития; заболеваний и состояний, обусловленных хромосомными (генетическими) нарушениями;
 - 3.1.3. эпилепсии и эпилептиформного синдрома, психических расстройств и расстройств поведения, в том числе алкоголизма, наркомании, токсикомании;
 - 3.1.4. ВИЧ-инфицирования и СПИДа, венерических заболеваний (сифилис, гонорея, шанкроид (мягкий шанкр), лимфогрануломатоз венерический, гранулема венерическая (паховая)), инфекционных заболеваний, передающихся половым путем (ИППП);
 - 3.1.5. сахарного диабета;
 - 3.1.6. вирусных гепатитов В и С, фиброза и цирроза печени;
 - 3.1.7. туберкулеза, саркоидоза, амилоидоза, псориаза, глубоких и системных микозов, опихомикозов;
 - 3.1.8. заболеваний, сопровождающихся хронической почечной и печеночной недостаточностью, требующей проведения экстракорпоральных методов лечения;
 - 3.1.9. системных аутоиммунных заболеваний, деформирующих дорсопатий (за исключением остеохондроза), воспалительных полиартропатий, артрозов (за исключением посттравматических артрозов), болезни Бехтерева;
 - 3.1.10. рассеянного склероза, болезни Паркинсона, иных экстрапирамидных и двигательных нарушений;
 - 3.1.11. профессиональных заболеваний; лучевой болезни;
- 3.2. Оплата следующих медицинских и иных услуг:
 - 3.2.1. по оказанию Застрахованному лицу медицинской помощи, не назначенной врачом, оказывающим медицинскую помощь в рамках Программы добровольного медицинского страхования;
 - 3.2.2. по оказанию Застрахованному лицу высокотехнологичной медицинской помощи;
 - 3.2.4. 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;
 - 3.2.5. по оказанию Застрахованному лицу медицинской помощи при возникновении травматических повреждений или иных нарушений здоровья, наступивших в результате совершения Застрахованным лицом умышленных противоправных действий;
 - 3.2.6. 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;
 - 3.2.7. по оказанию медицинской помощи при умышленном причинении себе телесных повреждений Застрахованным лицом;
 - 3.2.8. связанных с беременностью, родами, послеродовым периодом и абортами Застрахованного лица.
 - 3.2.9. по оказанию Застрахованному лицу медицинской помощи (медицинских услуг), не предусмотренной настоящей Программой добровольного медицинского страхования;
 - 3.2.11. по оказанию Застрахованному лицу паллиативной медицинской помощи, медицинской реабилитации, санаторно-курортного лечения;
 - 3.2.12. по амбулаторным видам терапевтической и хирургической стоматологической помощи, в том числе в случаях острой зубной боли и/или травм челюстно-лицевой области;
 - 3.2.13. по экстракорпоральному воздействию на кровь, в том числе программный гемодиализ, внутривенная лазеротерапия, и прочие аналогичные услуги, за исключением случаев проведения методов экстракорпорального воздействия на кровь по жизненным показаниям при нахождении больного в отделении реанимации; по

озонотерапии; по проведению гипо-, нормо- и гипербарической оксигенации, за исключением случаев проведения гипербарической оксигенации по жизненным показаниям при нахождении больного в отделении реанимации;

3.2.14. сверх объемов, предусмотренных Программой страхования по отдельным рискам (видам медицинской помощи).

3.3. Не оплачиваются Страховщиком:

3.3.1. трансплантация (имплантация) органов и тканей;

3.3.2. все виды протезирования, в том числе ортопедическое протезирование (восстановление функции утраченных органов и частей тела при помощи протезов (конечности, суставы, глаза, зубы и другие));

3.3.3. реконструктивные и восстановительные методы хирургического лечения заболеваний отдельных органов и систем;

3.3.4. электрокардиостимуляторы, кардиовертеры-дефибрилляторы, протезы, эндопротезы, имплантаты, наборы для остеосинтеза и фиксации, ангиографии, ангиопластики и стентирования, медицинское оборудование, медицинские изделия по коррекции зрения и слуха, медицинские изделия и расходные материалы, предназначенные для ухода за больными при любых заболеваниях.