



Утверждено
Приказом Генерального Директора
Акционерного общества
«Страховая компания «Астро-Волга»
от 10.07.2020г. приказ № 0710/А-1

ПРАВИЛА МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ ТРУДОВЫХ МИГРАНТОВ

(2350/003)¹

СОДЕРЖАНИЕ

1. Общие положения. Субъекты страхования
2. Объект страхования
3. Страховой риск. Страховой случай
4. Страховая сумма. Лимиты ответственности. Франшиза
5. Страховая премия. Страховой тариф
6. Порядок заключения договора страхования. Вступление в силу и срок действия договора страхования
7. Порядок прекращения договора страхования
8. Права и обязанности сторон
9. Страховая выплата
10. Порядок разрешения споров
11. Заключительные положения
12. Основные положения взаимодействия с потребителями страховых услуг

Приложения:

¹ Указанный номер 2350 соответствует коду Правил в «Кодификаторе правил страхования и страховых продуктов», утвержденном страховой организацией в целях удобства учета правил страхования и разработанных на их основе страховых продуктов; дополнительная цифра (число) /003 - соответствует порядковому номеру редакции Правил.

1. ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ. СУБЪЕКТЫ СТРАХОВАНИЯ

1.1. Настоящие правила медицинского страхования трудовых мигрантов (далее – Правила), разработанные в соответствии с действующим законодательством Российской Федерации, содержат условия страхования, на которых Акционерное общество «Страховая Компания «Астро-Волга» (далее – Страховщик) заключает договоры страхования медицинских расходов при оказании первичной медико-санитарной и специализированной медицинской помощи в неотложной форме для трудовых мигрантов (далее – договор страхования) с юридическими лицами (предприятиями, учреждениями, организациями любых организационно-правовых форм), дееспособными физическими лицами (далее – Страхователи).

1.2. Страхователи вправе заключать договор страхования в отношении третьих лиц (Застрахованных лиц). В случае если договор страхования заключен Страхователем в отношении себя лично, на него распространяются права и обязанности Застрахованного лица. Застрахованными лицами по настоящим Правилам могут быть только физические лица – иностранные граждане или лица без гражданства, прибывшие в Российскую Федерацию и намеревающиеся осуществлять или осуществляющие трудовую деятельность на основании разрешения на работу или патента (далее – трудовые мигранты).

1.3. Применяемые в настоящих Правилах наименования и понятия в ряде случаев специально поясняются соответствующими определениями. Если значение какого-либо наименования или понятия не оговорено Правилами и не может быть определено исходя из законодательства или нормативных актов, то такое наименование или понятие используется в своем обычном лексическом значении.

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

1.5. При заключении договора страхования Страхователь и Страховщик могут договориться об изменении или исключении отдельных положений настоящих Правил и о дополнении Правил, если такие исключения и/или дополнения не противоречат действующему законодательству Российской Федерации.

При наличии расхождений между нормами договора страхования и настоящих Правил преимущественную силу имеют положения договора страхования.

1.6. Денежные обязательства сторон по договору страхования (страховые суммы, страховые премии, страховые выплаты) выражаются в рублях, если договором страхования не установлено иное. Договором может быть предусмотрена оплата обязательств в рублях в сумме, эквивалентной определенной сумме в иностранной валюте. В этом случае подлежащая оплате в рублях сумма определяется по курсу Центрального банка Российской Федерации соответствующей валюты на день платежа, если иной курс или иная дата его определения не установлены договором страхования

2. ОБЪЕКТ СТРАХОВАНИЯ

2.1. Объектом страхования являются не противоречащие законодательству Российской Федерации:

2.1.1. имущественные интересы, связанные с оплатой организации и оказания первичной медико-санитарной и специализированной медицинской помощи в неотложной форме, лекарственной помощи и иных услуг вследствие расстройства здоровья Застрахованного лица или состояния Застрахованного лица, требующих организации и оказания таких услуг, а также проведения профилактических мероприятий, снижающих степень опасных для жизни или здоровья Застрахованного лица угроз и (или) устраняющих их в объеме и на условиях предусмотренных программой медицинского страхования трудовых мигрантов (далее – Программа).

2.1.2. имущественные интересы Страхователя (Застрахованного лица), связанные с риском возникновения непредвиденных расходов, не относящихся к предпринимательской деятельности, связанных со смертью Застрахованного лица и необходимостью осуществления расходов на транспортировку, репатриацию и (или) оказание ритуальных услуг (страхование финансового риска).

3. СТРАХОВОЙ РИСК. СТРАХОВОЙ СЛУЧАЙ

3.1. Страховым риском является предполагаемое событие, на случай наступления которого проводится страхование. Страховым случаем является свершившееся событие, предусмотренное договором страхования, с наступлением которого возникает обязанность Страховщика выплатить страховое возмещение.

3.2. Страховым случаем по настоящим Правилам является обращение Застрахованного лица в течение срока действия договора страхования за получением различных видов платной медицинской и иной помощи, включенных в Программу, в связи с внезапным заболеванием Застрахованного лица и/или несчастным случаем с Застрахованным лицом, при условии, что указанные события произошли во время пребывания Застрахованного лица в субъекте Российской Федерации, на территории которого Застрахованное лицо осуществляет или намеревается осуществлять трудовую деятельность, в период действия договора страхования и повлекли необходимость обращения за медицинскими и иными услугам, включенными в Программу, в т.ч. медико-транспортными.

В случае если это предусмотрено договором страхования также признается страховым случаем возникновение непредвиденных расходов на посмертную репатриацию тела Застрахованного лица в объеме, предусмотренном договором страхования и выбранной Программой.

3.3. Не является страховым случаем обращение Застрахованного лица в медицинскую организацию с целью получения медицинской помощи, если иное не предусмотрено Программой, связанное с:

- травматическими повреждениями или иными нарушениями здоровья, наступившими в результате совершения Застрахованным лицом умышленных противоправных действий;
- оказанием 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;
- покушением на самоубийство, за исключением тех случаев, когда Застрахованное лицо было доведено до такого состояния противоправными действиями третьих лиц;
- умышленным причинением себе телесных повреждений Застрахованным лицом.

3.4. Не является страховым случаем, если иное не предусмотрено Программой:

- оказание Застрахованному лицу медицинской помощи, не назначенной врачом, оказывающим медицинскую помощь в рамках Программы;
- оказание 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 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», а также при злокачественных новообразованиях, сахарном диабете, психических расстройствах и расстройствах поведения;
- оказание Застрахованному лицу высокотехнологичной медицинской помощи;
- оказание медицинской помощи, связанной с беременностью, родами, послеродовым периодом и абортми Застрахованного лица;
- оказание медицинской помощи по окончании срока действия договора страхования, за исключением расходов, связанных с экстренной госпитализацией Застрахованного лица, начавшейся в течение срока действия договора страхования, но не более срока госпитализации после окончания срока действия договора страхования, предусмотренного Программой или непосредственно договором страхования.

4. СТРАХОВАЯ СУММА. ФРАНШИЗА

4.1. Страховой суммой является денежная сумма, которая определяется в порядке, установленном договором страхования при его заключении, и исходя из которой устанавливаются размер страховой премии (страховых взносов) и размер страховой выплаты при наступлении страхового случая.

4.2. Страховая сумма по договору страхования определяется по соглашению сторон. Страховая сумма может быть установлена по договору страхования, по Программе и (или) по видам медицинской и иной помощи. Страховая сумма по страховым случаям получения Застрахованным лицам первичной медико-санитарной помощи и специализированной медицинской помощи в неотложной форме не может быть менее 100 000 рублей на каждое Застрахованное лицо.

4.3. Страховая сумма, указанная в п. 4.2 настоящих Правил, 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 (далее – агрегатная страховая сумма).

Если агрегатная страховая сумма исчерпана полностью, обязательства Страховщика по договору страхования считаются исполненными, договор страхования прекращается.

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

4.4. Страхователь и Страховщик могут договориться о включении в договор страхования франшизы.

Под франшизой понимается определенная договором страхования часть убытков, которая не подлежит возмещению Страховщиком Страхователю или иному лицу, интерес которого застрахован в соответствии с условиями договора страхования. Франшиза может устанавливаться в виде определенного процента от страховой суммы или в фиксированном размере.

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).

Договором страхования могут быть предусмотрены иные виды франшизы.

5. СТРАХОВАЯ ПРЕМИЯ. СТРАХОВОЙ ТАРИФ

5.1. Страховая премия является платой за страхование, которую Страхователь (Выгодоприобретатель) обязан уплатить Страховщику в порядке и сроки, установленные договором страхования.

5.2. Страховой тариф является ставкой страховой премии с единицы страховой суммы, рассчитывается

Страховщиком на основании базовых страховых тарифов и поправочных коэффициентов к ним, учитывающих объект страхования и характера страхового риска, а также другие условия страхования, в том числе наличия франшизы и ее размера в соответствии с условиями страхования.

Страховой тариф по конкретному договору страхования определяется по соглашению сторон.

5.3. Страховая премия уплачивается Страховщику в порядке (единовременно или в рассрочку) и в сроки, предусмотренные договором страхования, наличными денежными средствами или безналичным перечислением.

Под уплатой страховой премии (взносов) Страховщику понимается ее уплата непосредственно Страховщику или его представителю. В последнем случае уплата страховой премии (взносов) представителю Страховщика равносильна уплате Страховщику.

Если договором страхования предусмотрено внесение страховой премии в рассрочку, договором могут быть определены последствия неуплаты в установленные сроки очередных страховых взносов.

При этом, если страховой случай наступил до уплаты страхового взноса, внесение которого просрочено, Страховщик при определении размера страховой выплаты вправе уменьшить ее размер на сумму просроченных взносов, если договор страхования не был прекращен в соответствии с п. 7.1.2. настоящих Правил.

5.4. При заключении договора страхования на срок менее года страховая премия рассчитывается в следующих размерах от годовой страховой премии (неполный месяц принимается за полный):

Срок страхования, мес.										
1	2	3	4	5	6	7	8	9	0 1	1 1
Процент от годовой премии										
2	3	4	5	6	7	7	8	8	9	9
0	0	0	0	0	0	5	0	5	0	5

6. ПОРЯДОК ЗАКЛЮЧЕНИЯ ДОГОВОРА СТРАХОВАНИЯ. ВСТУПЛЕНИЕ В СИЛУ И СРОК ДЕЙСТВИЯ ДОГОВОРА СТРАХОВАНИЯ

6.1. По договору страхования Страховщик обязуется за обусловленную договором плату (страховую премию), уплачиваемую Страхователем, организовать и (или) оплатить предоставление Застрахованному лицу предусмотренных Программой, в пределах определенной договором суммы (страховой суммы) медико-санитарной и специализированной медицинской помощи в неотложной форме, лекарственной помощи и иных услуг вследствие расстройства здоровья Застрахованного лица или состояния Застрахованного лица, требующих организации и оказания таких услуг, а также проведения профилактических мероприятий, снижающих степень опасных для жизни или здоровья Застрахованного лица угроз и (или) устраняющих.

6.2. Договор страхования заключается на основании устного или письменного заявления Страхователя, в котором Страхователь сообщает Страховщику обстоятельства, имеющие существенное значение для определения вероятности наступления страхового случая и размера возможных убытков от его наступления (страхового риска), если эти обстоятельства не известны и не должны быть известны Страховщику.

Существенными признаются во всяком случае обстоятельства, определенно оговоренные Страховщиком в стандартной форме договора страхования, письменном заявлении на страхование или дополнительном письменном запросе.

6.3. Для заключения договора страхования Страхователь (Застрахованное лицо) предоставляет следующие данные:

6.3.1. о Страхователе:

а) в случае если Страхователем является физическое лицо:

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

- пол;

- дата рождения;

- гражданство (при наличии);

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

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

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

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

- фамилия, имя, отчество (последнее - при наличии) на русском языке (для иностранных граждан и лиц без гражданства такие сведения дополнительно указываются с помощью букв латинского алфавита на основании сведений, содержащихся в документе, предусмотренном федеральным законом или признаваемом в соответствии с

международным договором Российской Федерации в качестве документа, удостоверяющего личность иностранного гражданина или лица без гражданства);

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

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

- контактная информация (телефон, адрес электронной почты (при наличии));
- дата государственной регистрации физического лица в качестве индивидуального предпринимателя и данные документа, подтверждающего факт внесения в единый государственный реестр индивидуальных предпринимателей записи об указанной государственной регистрации;

в) в случае если Страхователем является юридическое лицо:

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

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

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

- фамилия, имя, отчество (последнее - при наличии) и должность лица, уполномоченного подписывать договор ДМС от имени страхователя и документ, на основании которого он подписывает договор ДМС.

6.3.2. о Застрахованном лице:

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

- пол;

- дата рождения;

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

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

- гражданство (при наличии);

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

6.4. При заключении договора страхования Страховщик вправе потребовать от Страхователя заполнения анкеты Страхователя, а от Застрахованного лица – заполнения медицинских анкет или прохождения медицинского освидетельствования для оценки состояния их здоровья и степени страхового риска. В случае отказа Страхователя и (или) Застрахованного лица от заполнения медицинской анкеты или прохождения медицинского освидетельствования, договор страхования может быть заключен только на условиях, применяемых для обстоятельств наибольшего страхового риска.

6.5. Договор страхования может быть заключен путем составления одного документа, подписанного от имени сторон уполномоченными лицами (пункт 2 статьи 434), либо вручения Страховщиком Страхователю на основании его письменного или устного заявления страхового полиса, подписанного от имени Страховщика уполномоченным лицом.

В последнем случае согласие Страхователя заключить договор на предложенных Страховщиком условиях подтверждается принятием от Страховщика страхового полиса.

6.6. Договор страхования должен включать Программу, содержащую перечень медицинских услуг, организуемых и оплачиваемых Страховщиком, и порядок их оказания, обеспечивающих получение трудовым мигрантом, являющимся Застрахованным лицом, первичной медико-санитарной помощи и специализированной медицинской помощи в неотложной форме в случаях 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.

6.7. Формирование Программы осуществляется Страховщиком исходя из обязательных требований Указания Банка России от 13.09.2015 N 3793-У «О минимальных (стандартных) требованиях к условиям и порядку осуществления медицинского страхования в части медицинского страхования иностранных граждан и лиц без гражданства, находящихся на территории Российской Федерации с целью осуществления ими трудовой

деятельности» (далее – Указание ЦБ РФ), а также пожеланиями Страхователя на основании типового состава видов медицинской помощи, которые могут быть включены в Программу.

Программа может содержать как один из видов медицинской помощи, так и любую их комбинацию, но не менее объема медицинской помощи, указанных в требованиях Указания ЦБ РФ. Состав медицинской помощи для конкретных программ может быть дополнен. В этих целях Страховщик может использовать действующие в Российской Федерации классификаторы простых и сложных медицинских услуг, международную классификацию болезней и проблем, связанных со здоровьем, классификатор медицинских специальностей, иные классификаторы.

В Программу могут быть включены дополнительные (сервисные и иные) услуги с указанием их состава и объема.

6.8. При утрате Страхователем договора страхования (страхового полиса) в период его действия Страховщик по письменному заявлению Страхователя выдает дубликат. Утраченный документ аннулируется и выплаты по нему не производятся

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

6.10. Договор страхования вступает в силу (если его условиями не предусмотрено иное):

– при уплате страховой премии по безналичному расчету - с 00 часов дня, следующего за днем поступления страховой премии (при единовременной уплате) или ее первого взноса (при уплате в рассрочку) на расчетный счет Страховщика или представителя Страховщика;

– при уплате страховой премии наличными деньгами - с 00 часов дня, следующего за днем уплаты в кассу Страховщика или получения представителем Страховщика страховой премии (при единовременной уплате) или ее первого взноса (при уплате в рассрочку).

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

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

7. ПОРЯДОК ПРЕКРАЩЕНИЯ ДОГОВОРА СТРАХОВАНИЯ

7.1. Договор страхования прекращается:

7.1.1. по истечении его срока действия;

7.1.2. в случае неуплаты Страхователем очередного страхового взноса в установленные сроки (при уплате страховой премии в рассрочку), если договором не предусмотрено иное.

Досрочное прекращение договора страхования по причине неуплаты очередного страхового взноса производится путем направления Страховщиком письменного уведомления в адрес Страхователя о прекращении договора страхования нарочным или почтовым отправлением, позволяющим достоверно установить и зафиксировать дату такого почтового отправления (например, заказным письмом).

Дата досрочного прекращения договора страхования указывается Страховщиком в уведомлении, и, если иное не предусмотрено договором страхования или не указано в уведомлении, определяется исходя из оплаченного периода действия договора страхования (в днях), рассчитанного пропорционально уплаченной части страховой премии:

– если оплаченный период действия договора страхования превышает срок, прошедший с даты вступления договора в силу до даты, до которой должен был быть уплачен очередной страховой взнос, то при просрочке его уплаты договор страхования прекращается с 00 часов дня следующего за последним днем оплаченного периода;

– если оплаченный период действия договора страхования не превышает срок, прошедший с даты вступления договора в силу до даты, до которой должен был быть уплачен очередной страховой взнос, то при просрочке его уплаты датой досрочного прекращения договора страхования будет являться дата отправления уведомления или дата вручения уведомления Страхователю при доставке нарочным.

Досрочное прекращение договора страхования по причине неуплаты очередного страхового взноса не освобождает Страхователя от обязанности уплатить страховую премию за период, в течение которого действовало страхование.

7.1.3. после осуществления страховой выплаты в размере соответствующей страховой суммы;

7.1.4. в случае ликвидации Страховщика – в порядке, установленном законодательством Российской Федерации;

7.1.5. если 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;

7.1.6. В других случаях, предусмотренных действующим законодательством РФ.

В частности, в соответствии с Указанием Банка России от 21.08.2017 г. № 4500-У «О внесении изменения в пункт 1 Указания Банка России от 20 ноября 2015 года № 3854-У «О минимальных (стандартных) требованиях к условиям и порядку осуществления отдельных видов добровольного страхования» установлен следующий порядок расторжения договора страхования по инициативе Страхователя:

7.1.6.1. В случае отказа Страхователя от договора страхования (посредством обращения к Страховщику с письменным заявлением об отказе от договора страхования) в течение 14 (Четырнадцати) календарных дней со дня его заключения независимо от момента уплаты страховой премии и при условии отсутствия в данном периоде

страховых случаев (событий, имеющих признаки страхового случая), уплаченная Страхователем страховая премия (страховой взнос) подлежит возврату Страховщиком Страхователю:

а) в полном объеме – в случае, если Страхователь отказался от договора страхования до даты начала действия страхования;

б) за вычетом части страховой премии, пропорциональной сроку, в течение которого действовало страхование (то есть пропорционально периоду с даты начала действия страхования до даты прекращения действия договора страхования), – в случае, если Страхователь отказался от договора страхования после даты начала действия страхования.

7.1.6.2. Договор страхования считается прекратившим свое действие с даты получения Страховщиком письменного заявления Страхователя об отказе от договора страхования.

7.1.6.3. Возврат Страховщиком страховой премии (ее части) производится по выбору Страхователя наличными деньгами или в безналичном порядке в течение 10 (Десяти) рабочих дней со дня получения Страховщиком письменного заявления Страхователя об отказе от договора страхования.

7.1.6.4. В случаях, отличных от указанных в настоящем пункте, действуют положения, предусмотренные Правилами страхования и договором страхования (полисом или иным письменным соглашением Сторон).

7.1.7. во всех остальных случаях при отказе Страхователя от договора страхования уплаченная страховая премия в соответствии со ст. 958 Гражданского кодекса Российской Федерации не подлежит возврату, если договором не предусмотрено иное.

7.1.8. по соглашению сторон;

7.1.9. в других случаях, предусмотренных законодательством Российской Федерации или договором страхования.

7.2. Действие досрочно прекращаемого договора страхования заканчивается в 00 часов 00 минут дня, указанного как дата его досрочного прекращения.

8. ПРАВА И ОБЯЗАННОСТИ СТОРОН

8.1. Страхователь имеет право:

8.1.1. выбирать Программы в любом их сочетании и наполнении медицинскими и иными услугами, из числа предложенных Страховщиком и по согласованию с ним;

8.1.2. по согласованию со Страховщиком изменить условия договора страхования (список Застрахованных лиц, перечень страховых рисков, Программ, размер страховой суммы, срок действия договора страхования и т.п.) при условии заключения дополнительного соглашения и уплаты, при необходимости, дополнительной страховой премии;

8.1.3. получить дубликат договора страхования (страхового полиса) в случае его утраты, обратившись с письменным заявлением к Страховщику;

8.1.4. досрочно расторгнуть договор страхования в порядке, предусмотренном гражданским законодательством Российской Федерации, настоящими Правилами и договором страхования.

8.2. Страхователь обязан:

8.2.1. при заключении договора страхования сообщить Страховщику всю необходимую информацию и представить сведения и документы, необходимые для оценки страхового риска и принятия решения о заключении договора страхования в соответствии с пп. 6.2 и 6.3 настоящих Правил;

8.2.2. доводить до сведения Застрахованного лица информацию об условиях договора страхования, Правилах и Программах, порядке предоставления медицинских и иных услуг;

8.2.3. уплатить страховую премию (страховые взносы) в размере, порядке и сроки, установленные договором страхования;

8.2.4. незамедлительно сообщить Страховщику способом, обеспечивающим фиксирование текста (с указанием отправителя) и даты сообщения (по факсимильной связи, телеграммой, телефонограммой и т.п.) о ставших Страхователю известными значительных изменениях в обстоятельствах, сообщенных Страховщику при заключении договора страхования, если эти изменения могут существенно повлиять на увеличение страхового риска.

Значительными признаются изменения в обстоятельствах, определенно оговоренных Страховщиком в договоре страхования (страховом полисе), заявлении на страхование и/или в письменном запросе Страховщика.

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;

8.2.5. в течение срока действия договора страхования обеспечивать сохранность документов по договору страхования;

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

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

8.2.8. совершать другие действия, предусмотренные настоящими Правилами и/или договором

страхования.

8.3. Страховщик имеет право:

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

8.3.2. потребовать признания заключенного договора страхования недействительным и применения последствий, предусмотренных ст. 179 Гражданского кодекса Российской Федерации, если после заключения договора будет установлено, что при заключении договора страхования Страхователь сообщил Страховщику заведомо ложные сведения об обстоятельствах, имевших существенное значение для определения вероятности наступления страхового случая и размера возможных убытков от его наступления.

Страховщик не может требовать признания договора страхования недействительным, если обстоятельства, о которых умолчал Страхователь, уже отпали.

8.3.3. при заключении договора страхования потребовать заполнения Страхователем (Застрахованным лицом) анкет и (или) проведения предварительного медицинского освидетельствования;

8.3.4. потребовать изменения условий договора страхования и/или уплаты дополнительной страховой премии соразмерно увеличению степени риска при значительном изменении обстоятельств по сравнению с оговоренными в договоре страхования (п. 8.2.4 настоящих Правил).

Если Страхователь (Выгодоприобретатель) возражает против изменения условий договора страхования или доплаты страховой премии, Страховщик вправе потребовать расторжения договора в соответствии с правилами, предусмотренными главой 29 Гражданского кодекса Российской Федерации.

При неисполнении Страхователем либо Выгодоприобретателем предусмотренной в п. 8.2.4 настоящих Правил обязанности Страховщик вправе потребовать расторжения договора страхования и возмещения убытков, причиненных расторжением договора.

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

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

8.3.6. запрашивать в компетентных органах документы, подтверждающие обстоятельства страхового случая;

8.3.7. отказать в страховой выплате в случаях, указанных в пункте 9.11 настоящих Правил.

8.4. Страховщик обязан:

8.4.1. ознакомить Страхователя с настоящими Правилами;

8.4.2. вручить Страхователю страховые медицинские полисы, оформленные согласно требованиям Указания ЦБ РФ, в срок, указанный в договоре страхования;

8.4.3. организовать предоставление Застрахованному лицу медицинской помощи, медицинских и иных услуг, предусмотренных Программой.

Если медицинская организация не выполнила своих обязательств по объему и качеству оказания медицинской помощи, по согласованию с Застрахованным лицом ему предоставляется медицинская помощь в другом медицинском учреждении;

8.4.4. не разглашать полученные им в результате своей профессиональной деятельности сведения о Страхователе и Застрахованном лице, а также об имущественном положении этих лиц, за исключением случаев, предусмотренных действующим законодательством РФ, а также при проверке страхового случая и данных, изложенных в заявлении на страхование;

8.4.5. выдать Страхователю дубликат договора страхования в случае его утраты;

8.4.6. осуществлять контроль за медицинским обслуживанием Застрахованных лиц.

8.4.7. при наступлении страхового случая оплатить стоимость медицинской помощи, медицинских и иных услуг, оказываемых Застрахованному лицу.

8.4.8. совершать другие действия, предусмотренные договором страхования и/или настоящими Правилами.

8.5. Застрахованное лицо имеет право:

8.5.1. получать медицинскую помощь в медицинских организациях в соответствии с Программой;

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

8.6. Застрахованное лицо обязано:

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

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

8.6.3. своевременно сообщать Страховщику об изменении своей фамилии, иных паспортных данных;

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

8.6.5. при наступлении страхового случая Застрахованное лицо (или его представитель) должно в течение 30 (тридцати) календарных дней уведомить о его наступлении Страховщика или его представителя и сообщить

следующую информацию:

- фамилию и имя Застрахованного лица;
- номер страхового полиса;
- подробное описание обстоятельства страхового случая;
- местонахождение Застрахованного лица;
- контактный телефон.

8.6.6. выполнять рекомендации Страховщика и (или) его представителя;

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

9. СТРАХОВАЯ ВЫПЛАТА

9.1. Для получения услуг по договору страхования, Застрахованное лицо должно обратиться к Страховщику или его представителю по указанным в договоре страхования телефонам для организации и предоставления медицинской помощи (медицинских и иных услуг, предусмотренных Программой).

9.1.1. В случаях, когда Застрахованное лицо по объективным причинам не могло связаться со Страховщиком или его представителем до оказания медицинской или иной помощи Застрахованное лицо (или его представитель) должны при первой возможности уведомить Страховщика или его представителя о произошедшем событии.

9.2. Медицинские и иные учреждения, в соответствии с договором страхования, заключенным со Страховщиком, оказывают услуги Застрахованному лицу, предусмотренные Программой и условиями договора страхования.

9.3. Выплата по договору страхования осуществляется Страховщиком путем оплаты стоимости оказанной Застрахованному лицу медицинской помощи (медицинских и иных услуг, а также лекарственных средств или изделий медицинского назначения) непосредственно (или через поверенного, агента, комиссионера) в медицинское учреждение и в аптечную (или иную) организацию по их счетам.

Сроки и порядок принятия решения о страховой выплате и сроки осуществления страховой выплаты по договору страхования за оказанную медицинскую помощь или иные услуги Застрахованному лицу, а также оплате лекарственных средств или изделий медицинского назначения определяются условиями договоров с медицинским и (или) иными учреждениями, аптечными (или иными) организациями.

9.4. Если Страхователь (Застрахованное лицо) самостоятельно оплатил расходы за оказанную медицинскую и иную помощь, то он должен обратиться к Страховщику с заявлением на выплату компенсации понесенного ущерба не позднее 30 (тридцати) рабочих дней с момента страхового случая и приложить к заявлению оригиналы всех документов, подтверждающих факт наступления страхового случая и размер ущерба (страховой полис, медицинские отчеты, справки, оригиналы рецептов, выписанных врачом в связи с данным заболеванием, со штампом аптеки и указанием стоимости каждого приобретенного медикамента, оплаченные счета лечебных учреждений, аптек, все документы, подтверждающие факт оплаты за лечение, медикаменты и прочие услуги (штамп об оплате, расписка в получении денег или подтверждение банка о перечислении суммы), с разбивкой по дате и оплаченной сумме, и т.д.). В случае непредставления Застрахованным лицом указанных выше документов, Страховщик имеет право признать требование о компенсации понесенных расходов необоснованным. Документы должны быть предоставлены Страховщику в оригинале. Для возмещения расходов Страховщик принимает только оплаченные счета. При предъявлении неоплаченных счетов Страхователь (Застрахованный) обязан предоставить Страховщику письменное объяснение. Неоплаченные счета, полученные Страхователем (Застрахованным лицом) по почте, должны быть предоставлены Страховщику в течение 10-ти (десяти) рабочих дней с момента их получения.

9.5. В случае отказа Страхователя (Застрахованного лица) от предоставления запрашиваемых документов, Страховщик имеет право произвести страховую выплату в неоспариваемой части, подтвержденной предоставленными на момент выплаты документами, либо отказать в страховой выплате.

9.6. Страховая выплата Застрахованному лицу производится на основании страхового акта, технической и/или медицинской экспертизы страхового случая утвержденных Страховщиком.

Страховщик обязан в течение 15 (пятнадцати) рабочих дней после получения всех документов, необходимых и достаточных для установления факта, причин, обстоятельств страхового случая и размера убытка, если иной срок не предусмотрен договором страхования, принять решение о признании или непризнании случая страховым. Решение о признании или непризнании случая страховым оформляется следующим образом:

– если произошедшее событие признано страховым случаем, Страховщик составляет страховой акт и производит страховую выплату в течение 15 (пятнадцати) рабочих дней с даты утверждения страхового акта, если договором страхования не предусмотрен иной срок, в соответствии с условиями договора страхования.

Днем выплаты страхового возмещения считается день списания денежных средств с расчетного счета Страховщика или выдачи их через кассу Страховщика, если договором страхования не предусмотрено иное.

– если произошедшее событие не признано страховым случаем, Страховщик вручает под роспись или направляет заказным письмом с уведомлением аргументированный отказ в страховой выплате в адрес лица, обратившегося за выплатой.

9.7. При установлении в договоре страхования франшизы, часть стоимости оказанных Застрахованному лицу услуг в сумме, равной размеру установленной в договоре страхования франшизы, оплачивается Страхователем (Застрахованным лицом) при получении (оказании) услуг непосредственно учреждению, которое оказывает эти услуги, либо Страховщику в срок до 30 (тридцати) рабочих дней после признания произошедшего

события страховым случаем и получения от Страховщика уведомления об оплате последним оказанных услуг.

9.8. Страховщик освобождается от выплаты страхового возмещения в следующих случаях:

9.8.1. если страховой случай наступил вследствие умысла Страхователя, Выгодоприобретателя или Застрахованного лица;

9.8.2. в части страхования финансового риска – Страхователь, Выгодоприобретатель или Застрахованное лицо отказался от своего права требования к лицу, ответственному за ущерб, или осуществление этого права стало невозможным по вине Страхователя, Выгодоприобретателя или Застрахованного лица.

9.9. Если законом или договором страхования не предусмотрено иное, 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.

9.10. Страхователь, Выгодоприобретатель или Застрахованное лицо обязан возратить Страховщику полученное по договору страхования страховое возмещение (или его соответствующую часть), если:

9.10.1. в части страхования финансового риска – лицо, виновное в причинении ущерба Страхователю, Выгодоприобретателю или Застрахованному лицу возместило этот ущерб (полностью или частично);

9.10.2. в течение предусмотренного законодательством срока исковой давности обнаружится обстоятельство, которое по закону, настоящим Правилам или договору страхования полностью или частично лишает Страхователя, Выгодоприобретателя или Застрахованное лицо права на получение страхового возмещения;

9.11. Основаниями для отказа в выплате страхового возмещения являются:

9.11.1. наступление события, не являющего страховым случаем в соответствии с пунктами 3.2- 3.4 настоящих Правил и/или договором страхования;

9.11.2. случаи освобождения Страховщика от выплаты страхового возмещения, указанные в п.9.8 и 9.9 настоящих Правил;

9.11.3. неисполнение Страхователем (Застрахованным лицом) обязанности, предусмотренной п. 8.6.5 настоящих Правил, за исключением случая, когда будет доказано, что Страховщик своевременно узнал о наступлении страхового случая, либо отсутствие у Страховщика сведений об этом не могло сказаться на его обязанности возместить ущерб.

9.12. В части страхования финансового риска Страховщик освобождается от возмещения убытков, возникших вследствие того, что Страхователь, Выгодоприобретатель или Застрахованное лицо умышленно не принял разумных и доступных ему мер, чтобы уменьшить возможные убытки.

9.13. В части страхования финансового риска к Страховщику, выплатившему страховое возмещение, переходит в пределах выплаченной суммы право требования, которое Страхователь (Выгодоприобретатель) имеет к лицу, ответственному за убытки, возмещенные в результате страхования.

Страхователь (Выгодоприобретатель) обязан передать Страховщику все документы и доказательства и сообщить ему все сведения, необходимые для осуществления Страховщиком перешедшего к нему права требования.

10. ПОРЯДОК РАЗРЕШЕНИЯ СПОРОВ

10.1. Все споры по договору страхования до обращения в суд подлежат обязательному рассмотрению в претензионном порядке.

10.2. Претензия предъявляется в письменной форме с указанием контактных данных (почтовый и/или электронный адреса, телефон) заявителя и приложением документов, подтверждающих ее обоснованность. Претензия подлежит рассмотрению в течение 30 (тридцати) рабочих дней со дня ее получения.

10.3. Иск в суд может быть предъявлен в случае полного или частичного отказа в удовлетворении претензии либо неполучения ответа на претензию в тридцатидневный срок.

11. ЗАКЛЮЧИТЕЛЬНЫЕ ПОЛОЖЕНИЯ

Страховщик является оператором обработки персональных данных в целях исполнения договора страхования, осуществляемой с использованием и без использования средств автоматизации.

Источниками персональных данных являются типовые формы документов, заполняемые субъектами договора страхования (Страхователем, Выгодоприобретателями, Застрахованными лицами) при заключении, изменении, исполнении и расторжении (прекращении) договоров страхования.

Подписанием договора страхования (страхового полиса) Страхователь дает согласие на обработку в целях исполнения договора страхования полученных Страховщиком персональных данных третьими лицами, участвующими в заключении, изменении, исполнении и расторжении (прекращении) договоров страхования (страховыми агентами и брокерами, медицинскими учреждениями и т.п.).

Обработка персональных данных включает их сбор, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), использование, распространение (в том числе передачу), обезличивание, блокирование и уничтожение и осуществляется в течение срока действия договора страхования, периода исполнения обязательств по договору страхования и срока исковой давности по требованиям, вытекающим из договора страхования, в период установленного действующим законодательством срока хранения договоров страхования.

Страхователь обязуется предоставить всем лицам (включая Застрахованных лиц и Выгодоприобретателей),

персональные данные которых передаются Страховщику в целях исполнения договора страхования (далее по тексту - субъекты персональных данных), сведения о Страховщике (наименование и адрес), изложенную в настоящем разделе информацию об обработке персональных данных и права субъектов персональных данных, установленные Федеральным законом №152-ФЗ от 27 июля 2006 г. «О персональных данных».

Подписанием договора страхования (страхового полиса) Страхователь подтверждает наличие согласия субъектов персональных данных на обработку их персональных данных на условиях, изложенных в настоящем разделе Правил страхования.

12. ОСНОВНЫЕ ПОЛОЖЕНИЯ ВЗАИМОДЕЙСТВИЯ С ПОТРЕБИТЕЛЯМИ СТРАХОВЫХ УСЛУГ

12.1. Общая часть.

12.1.1. Данные Правила страхования разработаны в соответствии с законодательством Российской Федерации с учетом положений и требований базовых стандартов: «Базовый стандарт защиты прав и интересов физических и юридических лиц – получателей финансовых услуг, оказываемых членами саморегулируемых организаций, объединяющих страховые организации» и «Базовый стандарт совершения страховыми организациями операций на финансовом рынке», утвержденные Банком России (Протокол КФНП-24 от 9 августа 2018г), далее – именуемые Базовые стандарты.

12.1.2. Базовые стандарты обязательны к применению всеми страховыми организациями вне зависимости от их членства в саморегулируемой организации в сфере финансового рынка, объединяющих страховые организации (далее – саморегулируемая организация), и действуют в части, не противоречащей законодательству Российской Федерации и нормативным актам Банка России.

12.1.3. Страховщик должен обеспечивать соблюдение требований Базовых стандартов от третьего лица, действующего по его поручению от его имени и (или) в его интересах, в том числе на основании гражданско-правового договора и (или) доверенности.

12.1.4. Страховщик обязан соблюдать требования, определенные законодательством Российской Федерации, иными нормативно-правовыми актами и национальными стандартами при обеспечении защиты информации, полученной Страховщиком при осуществлении им страховой деятельности, включая обеспечение ее целостности, доступности и конфиденциальности, независимо от формы ее представления, а также защите персональных данных получателей страховых услуг.

12.2. Термины и определения:

12.2.1. Страховщик – страховая организация, созданная в соответствии с законодательством Российской Федерации для осуществления деятельности по страхованию и (или) перестрахованию и получившая лицензию на осуществление соответствующего вида страховой деятельности в установленном законодательством порядке.

12.2.2. Страхователь – юридическое лицо или физическое лицо, заключившее со страховщиком договор страхования либо являющееся страхователем в силу закона.

12.2.3. Получатель страховых услуг – физическое лицо (в том числе зарегистрированное в качестве индивидуального предпринимателя) или юридическое лицо, обратившееся в страховую организацию с намерением заключить договор страхования (потенциальный получатель страховой услуги), а также страхователь, застрахованное лицо и (или) выгодоприобретатель по заключенному договору страхования.

12.2.4. Страховые услуги – финансовые услуги страховых организаций по заключению, изменению, расторжению и исполнению договоров страхования.

12.2.5. Страховой агент – физическое лицо, в том числе физическое лицо, зарегистрированное в установленном законодательством Российской Федерации порядке в качестве индивидуального предпринимателя, или юридическое лицо, осуществляющее деятельность на основании гражданско-правового договора от имени и за счет страховщика в соответствии с предоставленными ему полномочиями.

12.2.6. Официальный сайт – сайт страховой организации в информационно-телекоммуникационной сети «Интернет», содержащий информацию о деятельности страховой организации, указанный в Едином государственном реестре субъектов страхового дела.

12.2.7. Личный кабинет – информационный ресурс, который размещен на официальном сайте страховой организации, позволяющий получателю страховых услуг взаимодействовать со страховой организацией.

12.2.8. Офис – специально оборудованное помещение, в котором осуществляется заключение и (или) расторжение договора страхования, и (или) прием документов для рассмотрения вопроса о признании события страховым случаем, и (или) прием заявлений и других обращений получателей страховых услуг и иных лиц, обращающихся в страховую организацию.

12.2.9. Обращение (жалоба) – направленная в страховую организацию получателем страховых услуг в письменной форме на бумажном носителе или в виде электронного документа просьба о восстановлении или защите нарушенных прав, свобод и законных интересов, связанных с деятельностью страховой организации по оказанию страховых услуг.

12.2.10. Застрахованное лицо - физическое лицо, в отношении жизни и здоровья которого заключен договор личного страхования;

12.3. Правила и принципы раскрытия информации получателю страховых услуг.

12.3.1. Информация, подлежащая раскрытию Страховщиком (представителем страховщика) доводится до получателей страховых услуг в соответствии с принципами: на равных правах, в равном объеме для всех, в доступной форме на русском языке, без затрат или совершения дополнительных действий, не предусмотренных

законодательством РФ, при этом не допускается искажение смысла информации, приводящее к двусмысленности или иным образом допускающее неоднозначное толкование свойств страховых услуг.

12.3.2. Страховщик (представитель страховщика) до заключения договора страхования обязан предоставить информацию о страховых услугах любому обратившемуся за ней лицу без исключений (либо потенциальному получателю страховых услуг для ознакомления при заключении с ним договора страхования, либо при обращении с намерением заключить договор страхования) в устной бумажной или электронной форме, в том числе посредством сети «Интернет» на сайте Страховщика.

12.3.3. При заключении договора страхования Страховщик (представителем страховщика) предоставляет следующая информация получателю страховых услуг (Страхователю):

1) об основных условиях, на которых может быть заключен договор страхования, включающих: объект страхования, страховые риски, размер страховой премии, порядок осуществления страховой выплаты (страхового возмещения), в том числе перечень документов, которые необходимо представить вместе с заявлением о наступлении события, имеющего признаки страхового случая;

2) о способах и сроках (периодичности) уплаты страховой премии, о последствиях неуплаты, уплаты не в полном размере или несвоевременной уплаты страховой премии (страховых взносов);

3) о применяемых франшизах и исключениях из перечня страховых событий, а также о действиях получателя страховых услуг, совершение которых может повлечь отказ страховой организации в страховой выплате или сокращение ее размера;

4) о наличии дополнительных условий для заключения договора страхования, в том числе о необходимости проведения обследования получателя страховых услуг при заключении договора страхования или осмотра имущества, подлежащего страхованию, а также о перечне документов и информации, необходимых для заключения договора страхования;

5) о предусмотренных законодательством возможных последствиях отсутствия имущественного интереса в сохранении застрахованного имущества у страхователя или выгодоприобретателя, если договор страхования имущества заключается без проверки наличия имущественного интереса у получателя страховых услуг.

6) о размере (примерном расчете) страховой премии на основании представленного получателем страховых услуг заявления о заключении договора страхования с уведомлением получателя страховых услуг о возможном изменении размера страховой премии, страховой суммы или иных условий страхования по результатам оценки страхового риска;

7) о наличии условия возврата страхователю уплаченной страховой премии в случае отказа страхователя от договора страхования в течение определенного срока со дня его заключения, если это предусмотрено Правилами страхования, в соответствии с действующим законодательством;

8) о сроках рассмотрения обращений получателей страховых услуг относительно страховой выплаты, а также о случаях продления таких сроков в связи с необходимостью получения информации от компетентных органов и (или) сторонних организаций, непосредственно связанной с возможностью принятия страховой организацией решения о признании события страховым случаем или о размере страховой выплаты;

9) о принципах расчета ущерба, причиненного застрахованному имуществу в случае его повреждения, а также о порядке расчета износа застрахованного имущества в случае наличия в договоре страхования условия осуществления страховой выплаты с учетом износа застрахованного имущества.

12.3.4. Основными принципами предоставления информации рекламного характера о деятельности страховой организации являются законность, добросовестность, достоверность и полнота сообщаемых сведений.

12.3.5. Информация рекламного характера не должна содержать каких-либо текстовых, звуковых или визуальных обращений или заявлений, которые прямо или косвенно, посредством замалчивания, двусмысленности или преувеличения, могут ввести получателя страховых услуг в заблуждение, в частности, в отношении условий страховых услуг, которые могут повлиять на выбор получателя страховых услуг.

12.4. Общий порядок взаимодействия с получателями страховых услуг

12.4.1. Получатель страховых услуг должен быть проинформирован о способах и порядке подачи в страховую организацию письменного или устного заявления о заключении договора страхования, или об ином порядке заключения договора страхования, расторжения договора, или отказа Страхователя от договора страхования.

12.4.2. Страховщик не может ставить заключение договора страхования по одному виду страхования в зависимости от наличия (заключения) договора по другому виду страхования, а также от наличия (заключения) договоров оказания иных видов финансовых услуг, за исключением договоров комбинированного страхования.

Не является нарушением предложение страховых продуктов, которые предполагают наличие у получателя страховых услуг других договоров страхования или договоров оказания финансовых услуг (например, страхования рисков заемщиков кредита при наличии кредитного договора).

12.4.3. В случае расторжения договора страхования или отказа страхователя от договора добровольного страхования Страховщик обязан принять заявление страхователя о возврате уплаченной страховой премии части страховой премии.

Страховщик обязан обеспечить прием заявления в офисе, в котором был заключен договор страхования, в ином указанном страховой организацией офисе, либо посредством почтовой связи, через личный кабинет (при наличии), а также, если это предусмотрено условиями страхования, через третье лицо, действующее по поручению Страховщика.

12.4.4. По запросу, позволяющему идентифицировать получателя страховых услуг, Страховщик один раз по одному договору страхования бесплатно обязан предоставить ему заверенный страховой организацией расчет

суммы страховой премии (части страховой премии), подлежащих возврату в связи с расторжением или досрочным прекращением договора страхования.

12.4.5. Страховщик при заключении договора страхования обязан предоставить получателю страховых услуг правила, программы, планы, дополнительные условия страхования, если они являются неотъемлемой частью договора страхования.

12.4.6. Если договор страхования имущества заключается без проверки наличия имущественного интереса в сохранении застрахованного имущества у получателя страховых услуг, то Страховщик информирует Страхователя о предусмотренных законодательством возможных последствиях отсутствия имущественного интереса в сохранении застрахованного имущества у страхователя или выгодоприобретателя.

12.4.7. Осуществление действий, указанных в пунктах 12.3.3, 12.4.5 и 12.4.6 фиксироваться любым из следующих способов:

- 1) подписью получателя страховых услуг;
- 2) проставлением получателем страховых услуг специальных отметок (подтверждений) в электронной форме в личном кабинете (при его наличии);
- 3) аудио - и (или) видеозаписью, осуществляемой страховой организацией с согласия получателя страховых услуг в офисе или ином месте совершения действий, связанных с осуществлением страховой деятельности;
- 4) иным способом, предусмотренным законом или согласованным с получателем страховых услуг.

12.4.8. Если договором страхования предусмотрено его заключение без указания фамилии, имени, отчества (при наличии) или наименования застрахованного лица (выгодоприобретателя), в договоре страхования должен быть четко определен идентифицирующий признак, позволяющий однозначно установить такое лицо (собственник строения, пассажир определенного транспортного средства, участник мероприятия, владелец билета, работник предприятия согласно штатному расписанию и т.п.), а также предусмотрена обязательная идентификация застрахованного лица (выгодоприобретателя) при урегулировании убытка.

12.5. Полномочия и условия совершения операций, связанных с заключением, расторжением и исполнением договора страхования.

12.5.1. Для заключения от имени Страховщика договора страхования работник страховщика, страховой агент (страховой брокер) должны иметь необходимые полномочия.

Для выполнения иных действий по оформлению договора страхования работнику страховщика доверенность не требуется.

12.5.2. При подписании договора страхования работником страховщика, не являющимся единоличным исполнительным органом страховщика или руководителем коллегиального исполнительного органа страховщика, его полномочия подтверждаются доверенностью.

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

12.5.3. Страховой агент (страховой брокер), представляя Страховщика в отношениях со Страхователем при заключении договора страхования, действует от имени Страховщика и по его поручению в соответствии с предоставленными полномочиями.

Такие полномочия определяются и подтверждаются заключенным со страховщиком гражданско-правовым договором (договор поручения, договор агентирования, договор об оказании услуг страхового брокера) и (или) доверенностью на заключение договоров страхования.

12.5.4. В договоре страхования должны быть указаны фамилия, имя отчество (при наличии) или инициалы, должность (при подписании договора работником страховщика) лица, подписывающего от имени страховщика договор страхования, а также сведения о документе, подтверждающем полномочия данного лица.

12.5.5. Договор страхования может быть заключен на основании устного или письменного заявления Страхователя или его представителя.

По просьбе Страхователя и с его слов заявление о заключении договора страхования и прилагаемые к нему документы (описи, списки, анкеты и т.п.) могут быть заполнены представителем страховщика с соблюдением следующих требований:

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

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

12.5.7. Заявление о заключении договора страхования, если оно изложено в письменной форме, является неотъемлемой частью договора страхования.

12.5.8. Если договором страхования предусмотрено внесение страховой премии в рассрочку, то договором страхования также должны предусматриваться последствия неуплаты в установленные сроки очередных страховых взносов или их уплаты не в полном объеме.

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

12.5.10. Страховщик обеспечивает соблюдение требований к идентификации получателей страховых услуг их представителей в целях противодействия легализации (отмыванию) доходов, полученных преступным путем, и финансированию терроризма при урегулировании требований о страховой выплате.

12.5.11. На стадии урегулирования требований о страховой выплате обеспечивается идентификация лица, обратившегося к Страховщику с заявлением о получении страховой выплаты (выгодоприобретателя, страхователя,

застрахованного лица, или их представителей), а также получателя страховой выплаты.

12.6. Порядок и условия взаимодействия при урегулировании требований о страховой выплате

12.6.1. Страховщик при заключении договора страхования информирует получателя страховых услуг об адресах мест приема документов при наступлении событий, имеющих признаки страхового случая, в том числе о возможности приема таких документов в электронной форме, если такая возможность предусмотрена условиями договора или правил страхования, а также своевременно информирует получателей страховых услуг об изменении таких адресов на официальном сайте, а также непосредственно получателя страховых услуг при его обращении.

12.6.2. После того, как Страховщику стало известно о наступлении события, имеющего признаки страхового случая, по запросу получателя страховых услуг он должен быть проинформирован:

1) обо всех предусмотренных договором и (или) правилами страхования необходимых действиях, которые получатель страховых услуг должен предпринять, и обо всех документах, представление которых обязательно для рассмотрения вопроса о признании события страховым случаем и определения размера страховой выплаты.

2) о предусмотренных договором и (или) правилами страхования форме и способах осуществления страховой выплаты и порядке их изменения.

12.6.3. При личном обращении получателя страховых услуг Страховщик принимает документы на страховую выплату по описи, реестру или акту приема-передачи. Опись, реестр или акт приема-передачи подписывается страховщиком и получателем страховых услуг с указанием даты приема документов. Дата приема документов может быть внесена посредством использования автоматизированных систем.

12.6.4. В случае если документы на страховую выплату были направлены без сопроводительного письма, содержащего перечень представленных документов или опись, Страховщик не имеет права отказать в их приеме.

12.6.5. В случае выявления факта предоставления получателем страховых услуг документов, недостаточных для принятия страховщиком решения об осуществлении страховой выплаты, и (или) ненадлежащим образом оформленных документов в соответствии с требованиями правил страхования и (или) договора страхования, страховщик обязан:

- принять их, если иное не предусмотрено для отдельного вида страхования законодательством Российской Федерации, при этом срок принятия решения или единый срок урегулирования требования о страховой выплате не начинает течь до предоставления последнего из необходимых и надлежащим образом оформленных документов;

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

12.6.6. Срок уведомления физических лиц - получателей страховых услуг о выявлении факта предоставления получателем страховых услуг документов, недостаточных для принятия страховщиком решения об осуществлении страховой выплаты, и (или) ненадлежащим образом оформленных документов не должен превышать 15 рабочих дней.

12.6.7. По устному или письменному запросу получателя страховых услуг, в том числе полученному в электронной форме, в срок, не превышающий тридцати дней с момента получения такого запроса, при условии возможности идентификации получателя страховых услуг в соответствии с требованиями Федерального закона от 27 июня 2006 года №152-ФЗ «О персональных данных», страховая организация после принятия решения о страховой выплате предоставляет информацию о расчете суммы страховой выплаты, которая должна включать:

1) страховую сумму (ее часть) по личному страхованию, за исключением медицинского страхования, подлежащую выплате или окончательную сумму страхового возмещения, подлежащую выплате, по имущественному страхованию и (или) указание на компенсацию ущерба в натуральной форме, с перечнем имущества, передаваемого получателю страховых услуг в качестве страхового возмещения, ремонтных (восстановительных) работ, иных действий по страховому возмещению в натуральной форме;

2) порядок расчета страховой выплаты;

3) исчерпывающий перечень норм права и (или) условий договора страхования и правил страхования, обстоятельств и документов, на основании которых произведен расчет.

12.6.8. В случае наличия в договоре и (или) правилах страхования условия осуществления выплаты с учетом износа застрахованного имущества страховая организация предоставляет получателю страховых услуг по его письменному запросу письменный расчет суммы страховой выплаты с указанием сведений о примененном порядке расчета износа застрахованного имущества.

12.6.9. По письменному запросу получателя страховых услуг страховая организация в срок, не превышающий тридцати дней, обязана предоставить ему в письменном виде исчерпывающую информацию и документы (в том числе копии документов и (или) выписки из них), на основании которых страховой организацией было принято решение о страховой выплате (за исключением документов, которые свидетельствуют о возможных противоправных действиях получателя страховых услуг, направленных на получение страховой выплаты), бесплатно один раз по каждому страховому случаю.

12.6.10. В случае отсутствия правовых оснований для осуществления страховой выплаты (далее – решение об отказе) страховая организация в течение трех рабочих дней после принятия решения об отказе информирует получателя страховых услуг в письменном виде об основаниях принятия такого решения со ссылками на нормы права и (или) условия договора страхования и правил страхования, на основании которых принято решение об отказе..

12.6.11. Страховая организация по письменному запросу получателя страховых услуг в срок, не превышающий тридцати дней, предоставляет документы (в том числе копии документов и (или) выписки из них), обосновывающие решение об отказе, бесплатно один раз по одному событию, за исключением документов, которые свидетельствуют о возможных противоправных действиях получателя страховых услуг, направленных на

получение страховой выплаты.

12.7. Порядок рассмотрения обращений получателей страховых услуг

12.7.1. Подлежат обязательному рассмотрению Страховщиком обращения получателя страховых услуг или его представителя, в том числе переадресованные из органов государственной власти, органов местного самоуправления и иных организаций, а также запросы и обращения, поступившие в рамках обязательного взаимодействия с финансовым уполномоченным (согласно ст. 28 федерального закона от 04.06.2019 №123-ФЗ).

12.7.2. Поступившее обращение подлежит обязательной регистрации в течение трех рабочих дней, при этом Страховщик информирует получателя страховых услуг о получении его обращения (при поступлении обращения в бумажной форме такое информирование осуществляется по запросу получателя страховых услуг).

12.7.3. Предельный срок рассмотрения обращения составляет тридцать дней с момента регистрации обращения, за исключением случаев, когда для ответа на обращение необходимо проведение проверки (экспертизы) и (или) получения документов от других организаций, о чем получатель страховых услуг должен быть письменно уведомлен страховой организацией в установленный для рассмотрения обращений срок.

12.7.4. Итогом рассмотрения обращения является направление мотивированного ответа получателю страховых услуг или принятие решения об оставлении обращения без ответа в случаях, предусмотренных пунктом 12.7.5.

Ответ на обращение подписывается руководителем страховой организации или иным уполномоченным лицом и подлежит обязательной регистрации.

12.7.5. Ответ на обращение не дается в следующих случаях:

- 1) в обращении недостаточно данных для определения получателя страховых услуг;
- 2) текст обращения не поддается прочтению;
- 3) в обращении содержатся только те вопросы, на которые получателю страховых услуг ранее давался ответ по существу, и при этом в обращении не приводятся новые доводы;
- 4) в обращении содержатся нецензурные либо оскорбительные выражения, угрозы имуществу страховой организации, имуществу, жизни и (или) здоровью работников страховой организации, а также членов их семей;
- 5) обращение является рекламой и (или) обладает признаками массовой (спам-) рассылки;
- 6) из обращения прямо следует, что оно не требует ответа.

12.7.6. Страховщик обязан ежегодно представлять в саморегулируемую организацию отчет об обращениях получателей страховых услуг за календарный год в порядке, установленном внутренним документом саморегулируемой организации.

БАЗОВЫЕ СТРАХОВЫЕ ТАРИФЫ
по медицинскому страхованию мигрантов

№ п/п	Программы медицинского страхования мигрантов	Годовой тариф (в % от страховой суммы)
1	Программа страхования № 1 «Неотложная медицинская помощь».	5,01
2	Программа страхования № 2 «Неотложная медицинская помощь, неотложная стоматология».	4,58
3	Программа страхования № 3 «Неотложная медицинская помощь, неотложная стоматология, медико-транспортные услуги, репатриация».	4,46

Базовые страховые тарифы рассчитаны для периода страхования 1 год.

При заключении Договора страхования, предусматривающего период страхования отличный от 1 года, величина страхового тарифа рассчитывается по формуле:

$$СТ/365 \times N,$$

где:

СТ - величина базового страхового тарифа (в %),

N - период страхования в днях.

При заключении договора страхования и определении размера страховой премии, подлежащей оплате по договору страхования, Страховщик вправе применять к разработанным базовым страховым тарифам поправочные коэффициенты, определяемые Страховщиком экспертным путем в зависимости от факторов, влияющих на размер страхового тарифа:

- пол и возраст Застрахованного (понижающие коэффициенты от 0,4 до 0,9, повышающие коэффициенты от 1,1 до 5,0);
- результаты предварительного медицинского освидетельствования (понижающие коэффициенты от 0,4 до 0,9, повышающие коэффициенты от 1,1 до 7,0);
- характер производственной деятельности Застрахованного (повышающие коэффициенты от 1,1 до 5,0);
- техническое оснащение медицинского учреждения, профессиональный уровень и практический опыт медицинского персонала, стоимость медицинских и иных услуг в конкретном медицинском учреждении, сервисной компании и иных учреждениях (понижающие коэффициенты от 0,3 до 0,9, повышающие коэффициенты от 1,1 до 5,0);
- транспортная доступность Застрахованного от медицинских учреждений (понижающие коэффициенты от 0,5 до 0,9, повышающие коэффициенты от 1,1 до 3,0);
- зона покрытия (понижающие коэффициенты от 0,4 до 0,9, повышающие коэффициенты от 1,1 до 4,0);
- регион пребывания (понижающие коэффициенты от 0,4 до 0,9, повышающие коэффициенты от 1,1 до 5,0);
- численность Застрахованных (количественный состав группы при коллективном страховании) (понижающие коэффициенты от 0,5 до 0,9);
- наличие франшизы (понижающие коэффициенты от 0,6 до 0,9);
- лимит ответственности в договоре страхования (понижающие коэффициенты от 0,5 до 0,9, повышающие коэффициенты от 1,1 до 3,0);
- кратность предоставления услуг (понижающие коэффициенты от 0,4 до 0,9);
- другие экспертно определяемые факторы риска.

При определении общего размера страховой премии по конкретному договору страхования суммированный поправочный коэффициент не может быть менее 0,05 или более 7,0.

Страховщик вправе применить коэффициент андеррайтера, учитывающий дополнительные основания, влияющие на степень страхового риска, а так же иные условия договора страхования, не учтенные вышеуказанными поправочными коэффициентами, в размере от 0,3 до 3,0.

ПРОГРАММЫ МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ ТРУДОВЫХ МИГРАНТОВ

Программа страхования № 1 «Неотложная медицинская помощь».

Страховщик оплачивает расходы по первичной медико-санитарной и специализированной помощи в неотложной форме в амбулаторных и стационарных условиях.

Первичная медико-санитарная помощь в амбулаторных условиях в неотложной форме оказывается в следующем объеме:

- приемы, консультации, манипуляции и оказание первичной доврачебной медицинской помощи фельдшером и другим медицинским работником со средним медицинским образованием;
- приемы, консультации, манипуляции и другие профессиональные услуги врачей (без ограничения по количеству приемов) по следующим специальностям: гинекологии, гастроэнтерологии, дерматовенерологии, инфекционным болезням, кардиологии, колопроктологии, неврологии, оториноларингологии, офтальмологии, пульмонологии, рентгенологии, терапии, травматологии-ортопедии, ультразвуковой диагностике, урологии, функциональной диагностике, хирургии, эндокринологии, эндоскопии;
- оформление медицинской документации: экспертиза временной нетрудоспособности с оформлением листков нетрудоспособности и рецептов (за исключением льготных);
- диагностические лабораторные и инструментальные исследования:

Лабораторные: общеклинические (химико-микроскопические и гематологические); биохимические, микробиологические: микроскопия, культивирование и идентификация при бактериологических исследованиях; цитологические и гистологические исследования.

Инструментальные: функциональная диагностика (ЭКГ); ультразвуковая диагностика: (УЗИ органов и тканей); рентгенологические исследования в объеме рентгенографии, эндоскопические исследования;

- процедуры, манипуляции и методы лечения:

Подкожные, внутривенные, внутримышечные, внутривенные струйные инъекции.

Противостолбнячная и антирабическая (при наличии вакцины в медицинской организации) вакцинация при травме (в том числе при укусе).

Неотложные вмешательства, проведение малых хирургических операций выполняемые на приеме врачом, а также манипуляции среднего медицинского персонала по назначению врача, последующие перевязки.

Специализированная медицинская помощь в стационарных условиях в неотложной форме оказывается в следующем объеме:

- пребывание в стационаре, питание;
- приемы, консультации врачей специалистов;
- лабораторные исследования: общеклинические, биохимические, иммунологические, микробиологические, цитологические и гистологические исследования;
- инструментальные диагностические исследования: функциональная и ультразвуковая диагностика; рентгенологические и эндоскопические исследования;
- процедуры, манипуляции и методы лечения: лечебные и диагностические манипуляции; консервативные методы лечения; хирургические методы лечения; реанимационные мероприятия;
- обеспечение лекарственными средствами, включая анестезиологические пособия и медицинские изделия, необходимыми при выполнении процедур и манипуляций и имеющимися в распоряжении стационара;
- оформление медицинской документации.

Программа страхования № 2 «Неотложная медицинская помощь, неотложная стоматология».

Страховщик оплачивает расходы по первичной медико-санитарной и специализированной помощи в неотложной форме в амбулаторных и стационарных условиях.

Первичная медико-санитарная помощь в амбулаторных условиях в неотложной форме оказывается в следующем объеме:

- приемы, консультации, манипуляции и оказание первичной доврачебной медицинской помощи фельдшером и другим медицинским работником со средним медицинским образованием;
- приемы, консультации, манипуляции и другие профессиональные услуги врачей (без ограничения по количеству приемов) по следующим специальностям: гинекологии, гастроэнтерологии, дерматовенерологии, инфекционным болезням, кардиологии, колопроктологии, неврологии, оториноларингологии, офтальмологии, пульмонологии, рентгенологии, терапии, травматологии-ортопедии, ультразвуковой диагностике, урологии, функциональной диагностике, хирургии, эндокринологии, эндоскопии;
- оформление медицинской документации: экспертиза временной нетрудоспособности с оформлением листков нетрудоспособности и рецептов (за исключением льготных);
- диагностические лабораторные и инструментальные исследования:

Лабораторные: общеклинические (химико-микроскопические и гематологические); биохимические, микробиологические: микроскопия, культивирование и идентификация при бактериологических исследованиях; цитологические и гистологические исследования.

Инструментальные: функциональная диагностика (ЭКГ); ультразвуковая диагностика: (УЗИ органов и тканей); рентгенологические исследования в объеме рентгенографии, эндоскопические исследования;

- процедуры, манипуляции и методы лечения:

Подкожные, внутривенные, внутримышечные, внутривенные струйные инъекции.

Противостолбнячная и антирабическая (при наличии вакцины в медицинской организации) вакцинация при травме (в том числе при укусе).

Неотложные вмешательства, проведение малых хирургических операций выполняемые на приеме врачом, а также манипуляции среднего медицинского персонала по назначению врача, последующие перевязки.

Услуги по неотложной стоматологии оказываются в следующем объеме:

- первичный осмотр стоматологом-терапевтом или стоматологом-хирургом, прицельная рентгенография пораженного зуба, использование местной или инфильтрационной анестезии, удаление зуба по неотложным медицинским показаниям, вскрытие абсцессов;

- при травме зуба – медицинские услуги по обезболиванию, удалению зуба, удалению отломков, устранение острых краев коронки зуба/культа зуба.

Специализированная медицинская помощь в стационарных условиях в неотложной форме оказывается в следующем объеме:

- пребывание в стационаре, питание;

- приемы, консультации врачей специалистов;

- лабораторные исследования: общеклинические, биохимические, иммунологические, микробиологические, цитологические и гистологические исследования;

- инструментальные диагностические исследования: функциональная и ультразвуковая диагностика; рентгенологические и эндоскопические исследования;

- процедуры, манипуляции и методы лечения: лечебные и диагностические манипуляции; консервативные методы лечения; хирургические методы лечения; реанимационные мероприятия;

- обеспечение лекарственными средствами, включая анестезиологические пособия и медицинские изделия, необходимыми при выполнении процедур и манипуляций и имеющимися в распоряжении стационара;

- оформление медицинской документации.

Программа страхования № 3 «Неотложная медицинская помощь, неотложная стоматология, медико-транспортные услуги, репатриация».

Страховщик оплачивает расходы по первичной медико-санитарной и специализированной помощи в неотложной форме в амбулаторных и стационарных условиях, медико-транспортные расходы.

Первичная медико-санитарная помощь в амбулаторных условиях в неотложной форме оказывается в следующем объеме:

- приемы, консультации, манипуляции и оказание первичной доврачебной медицинской помощи фельдшером и другим медицинским работником со средним медицинским образованием;

- приемы, консультации, манипуляции и другие профессиональные услуги врачей (без ограничения по количеству приемов) по следующим специальностям: гинекологии, гастроэнтерологии, дерматовенерологии, инфекционным болезням, кардиологии, колопроктологии, неврологии, оториноларингологии, офтальмологии, пульмонологии, рентгенологии, терапии, травматологии-ортопедии, ультразвуковой диагностике, урологии, функциональной диагностике, хирургии, эндокринологии, эндоскопии;

- оформление медицинской документации: экспертиза временной нетрудоспособности с оформлением листков нетрудоспособности и рецептов (за исключением льготных);

- диагностические лабораторные и инструментальные исследования:

Лабораторные: общеклинические (химико-микроскопические и гематологические); биохимические, микробиологические: микроскопия, культивирование и идентификация при бактериологических исследованиях; цитологические и гистологические исследования.

Инструментальные: функциональная диагностика (ЭКГ); ультразвуковая диагностика: (УЗИ органов и тканей); рентгенологические исследования в объеме рентгенографии, эндоскопические исследования;

- процедуры, манипуляции и методы лечения:

Подкожные, внутривенные, внутримышечные, внутривенные струйные инъекции.

Противостолбнячная и антирабическая (при наличии вакцины в медицинской организации)

вакцинация при травме (в том числе при укусе).

Неотложные вмешательства, проведение малых хирургических операций выполняемые на приеме врачом, а также манипуляции среднего медицинского персонала по назначению врача, последующие перевязки.

Услуги по неотложной стоматологии (не более двух обращений в течении срока действия договора).

Специализированная медицинская помощь в стационарных условиях в неотложной форме оказывается в следующем объеме:

- пребывание в стационаре, питание;

- приемы, консультации врачей специалистов;

- лабораторные исследования: общеклинические, биохимические, иммунологические, микробиологические, цитологические и гистологические исследования;

- инструментальные диагностические исследования: функциональная и ультразвуковая диагностика; рентгенологические и эндоскопические исследования;

- процедуры, манипуляции и методы лечения: лечебные и диагностические манипуляции; консервативные методы лечения; хирургические методы лечения; реанимационные мероприятия;

- обеспечение лекарственными средствами, включая анестезиологические пособия и медицинские

изделия, необходимыми при выполнении процедур и манипуляций и имеющимися в распоряжении стационара;

- оформление медицинской документации.

Медико-транспортные расходы, возникшие вследствие несчастного случая, заболевания или смерти Застрахованного лица, включают расходы:

- по медицинской транспортировке до ЛПУ;
- по медицинской эвакуации Застрахованного лица в страну постоянного проживания;
- по посмертной репатриации тела;

Медицинская транспортировка, при отсутствии противопоказаний, медицинская эвакуация и посмертная репатриация организуются только при наличии заключения врача, назначенного Страховщиком или Сервисной компанией на основании документов, предоставленных лечащим врачом или медицинским учреждением.

Лимит ответственности Страховщика по медико-транспортным расходам: до 50% от установленной в Договоре страхования страховой суммы.