



УТВЕРЖДЕНО
Приказом Генерального Директора
Акционерного общества
«Страховая компания «Астро-Волга»
от 24.10.2019г. приказ № 1024/А-1

**ПРАВИЛА
ДОБРОВОЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ
ТРУДОВЫХ МИГРАНТОВ**

(№10350/002)¹

СОДЕРЖАНИЕ

1. ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ И ТЕРМИНЫ. СУБЪЕКТЫ СТРАХОВАНИЯ. ПОРЯДОК ЗАКЛЮЧЕНИЯ ДОГОВОРА
2. ОБЪЕКТ СТРАХОВАНИЯ
3. ОБЪЕМ СТРАХОВОГО ПОКРЫТИЯ. СТРАХОВЫЕ РИСКИ, СТРАХОВЫЕ СОБЫТИЯ И СТРАХОВЫЕ СЛУЧАИ. СТРАХОВАЯ СУММА И СРОК (ПЕРИОД) СТРАХОВАНИЯ
4. СТРАХОВАЯ ПРЕМИЯ И СТРАХОВЫЕ ТАРИФЫ
5. ПРЕКРАЩЕНИЕ ДЕЙСТВИЯ ДОГОВОРА СТРАХОВАНИЯ
6. ПОРЯДОК ОСУЩЕСТВЛЕНИЯ СТРАХОВЫХ ВЫПЛАТ, ОСНОВАНИЯ ДЛЯ ОТКАЗА В СТРАХОВОЙ ВЫПЛАТЕ
7. ПРАВА И ОБЯЗАННОСТИ СТОРОН.
8. НЕПРЕОДОЛИМАЯ СИЛА (ФОРС-МАЖОР)
9. ПЕРСОНАЛЬНЫЕ ДАННЫЕ
10. ПОРЯДОК РАЗРЕШЕНИЯ СПОРОВ И ОТВЕТСТВЕННОСТЬ СТОРОН
11. ОСНОВНЫЕ ПОЛОЖЕНИЯ ВЗАИМОДЕЙСТВИЯ С ПОТРЕБИТЕЛЯМИ СТРАХОВЫХ УСЛУГ

ПРИЛОЖЕНИЯ

¹ Указанный номер **10350** 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) **/002** - соответствует порядковому номеру редакции Правил.

1. ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ И ТЕРМИНЫ. СУБЪЕКТЫ СТРАХОВАНИЯ. ПОРЯДОК ЗАКЛЮЧЕНИЯ ДОГОВОРА

1.1. На основании настоящих Правил добровольного медицинского страхования трудовых мигрантов (далее - *Правила страхования, Правила ДМС трудовых мигрантов или Правила*) Акционерное общество «Страховая компания «Астро-Волга» (АО «СК «Астро-Волга», далее также - *Страховщик*) осуществляет добровольное медицинское страхование трудовых мигрантов (далее - *ДМС трудовых мигрантов*) в соответствии с Программой добровольного медицинского страхования трудовых мигрантов (далее также - *Программа ДМС трудовых мигрантов, Программа ДМС или Программа*, Приложение № 1 к Правилам) и условиями заключаемых со Страхователями договоров страхования.

1.2. Настоящие Правила и Программа ДМС трудовых мигрантов разработаны Страховщиком в соответствии с Гражданским Кодексом Российской Федерации (далее - *ГК РФ*), Законом Российской Федерации от 27.11.1992 № 4015-1 от «Об организации страхового дела в Российской Федерации», Федеральным законом от 25.07.2002г. №115-ФЗ «О правовом положении иностранных граждан в Российской Федерации», Федеральным законом от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», Федеральным законом от 29.11.2010 № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации», Постановлением Правительства Российской Федерации от 06.03.2013г № 186 «Об утверждении Правил оказания медицинской помощи иностранным гражданам на территории РФ», Указанием Банка России от 13.09.2015 № 3793-У «О минимальных (стандартных) требованиях к условиям и порядку осуществления медицинского страхования в части добровольного медицинского страхования иностранных граждан и лиц без гражданства, находящихся на территории Российской Федерации с целью осуществления ими трудовой деятельности» и иными нормативно-правовыми актами Российской Федерации, применимыми к вышеуказанному виду страхования (далее в целом - *применимое действующее законодательство РФ*).

1.3. По договору ДМС трудового мигранта Страховщик за предусмотренную договором плату (*страховую премию*) обязуется при наступлении в оговоренный договором страхования период (*период страхования*) предусмотренных договором событий (*страховых случаев*) организовать и оплатить в соответствии с условиями договора и в пределах установленной договором суммы (*страховой суммы*) оговоренные договором медицинские услуги (*медицинскую помощь*), оказанные в оговоренной договором форме, (далее - *застрахованные медицинские услуги (медицинская помощь)*) застрахованному трудовому мигранту медицинскими организациями из числа оговоренных договором.

Договор ДМС заключается в отношении и в пользу трудового мигранта (далее - *Застрахованное лицо или Застрахованный*) в письменной форме - в виде Полиса ДМС трудового мигранта (далее - *Полис*, Приложение № 2 к Правилам) с приложением к нему Программы ДМС трудовых мигрантов и Правил. Программа и Полис могут содержать Приложения, являющиеся их неотъемлемыми частями.

Внесение необходимых изменений в условия договора ДМС трудового мигранта осуществляется путем заключения Страховщиком и Страхователем (далее - *Стороны*) соответствующих Дополнительных соглашений к Полису (с перерасчетом, при необходимости, размера страховой премии).

Условия договора ДМС трудового мигранта определяются в совокупности условиями Полиса, Программы с приложениями к ней, имеющихся Дополнительных соглашений к Полису, а также Правил - в той части, в которой положения Правил не противоречат положениям Полиса и Программы. Договор ДМС трудового мигранта представляет собой совокупность вышеперечисленных документов.

Факт получения Страхователем Правил и Программы ДМС трудовых мигрантов удостоверяется в договоре страхования (Полисе) подписью Страхователя; при этом изложенные в Правилах и Программе условия являются неотъемлемой частью договора страхования и обязательными для Сторон - в соответствии с вышеприведенными положениями настоящего пункта Правил. В части, не нашедшей отражения в Правилах и Программе, Стороны договора страхования руководствуются нормами действующего законодательства, регулируемыми договорные правоотношения, а также не противоречащими им положениями договора страхования.

1.4. Под *трудовыми мигрантами* понимаются иностранные граждане и лица без гражданства, прибывшие в Российскую Федерацию и намеревающиеся осуществлять или осуществляющие трудовую деятельность на основании разрешения на работу или патента.²

Если применимым действующим законодательством РФ установлено иное определение термина «трудо­вые мигранты», Страховщик вправе осуществлять ДМС трудовых мигрантов в рамках настоящих Правил и прилагаемой к ним Программы с учетом такого определения; при необходимости соответствующие изменения вносятся в заключаемые Страховщиком договоры страхования (Полисы и/или Программу).

1.5. *Страхователями* по договорам ДМС трудовых мигрантов могут выступать трудовые мигранты (при заключении ими договора в свою пользу) или иные физические лица, а также юридические лица - в соответствии с возможностями, предусмотренными применимым действующим законодательством РФ.

Если Страхователь - физическое лицо заключил договор страхования в отношении себя (в свою пользу), Страхователь является также Застрахованным лицом (на него распространяются права и обязанности Застрахованного).

1.6. Для заключения договора ДМС трудового мигранта Страхователь (Застрахованное лицо) предоставляет Страховщику документ, удостоверяющий личность Застрахованного лица, а также иные документы и сведения,

² в соответствии с Указанием Банка России от 13.09.2015 № 3793-У «О минимальных (стандартных) требованиях к условиям и порядку осуществления медицинского страхования в части добровольного медицинского страхования иностранных граждан и лиц без гражданства, находящихся на территории Российской Федерации с целью осуществления ими трудовой деятельности»

необходимые для оценки страхового риска, оформления Полиса в соответствии с требованиями применимого действующего законодательства и/или исполнения Страховщиком иных требований действующего законодательства (в частности, требований Федерального закона от 07.08.2001г. № 115-ФЗ «О противодействии легализации (отмыванию) доходов, полученных преступным путем, и финансированию терроризма»). Перечень сведений и документов, необходимых для заключения договора ДМС трудового мигранта, приведен в Приложении № 2.1 к Правилам.

1.6.1. Если после заключения договора страхования будет установлено, что Страхователь сообщил Страховщику заведомо ложные сведения, Страховщик вправе (п.3 ст.944 ГК РФ) потребовать признания договора страхования недействительным и применения санкций, предусмотренных в ст. 179 ГК РФ (за исключением случая, когда обстоятельства, о которых умолчал Страхователь, уже отпали).

1.6.2. В случае утери Полиса в период его действия Страховщик выдает Страхователю по его письменному заявлению дубликат взамен утраченного. После этого утерянный Полис считается недействительным (аннулированным) и никакие выплаты по нему не производятся.

1.6.3. При получении Страховщиком от Страхователя устного или письменного заявления на страхование нескольких трудовых мигрантов Страховщик заключает договор ДМС в отношении каждого из указанных Страхователем лиц с выдачей в порядке, предусмотренном настоящими Правилами, в отношении каждого из них отдельного Полиса ДМС трудового мигранта действующей у Страховщика формы.

При необходимости письменного подтверждения своего намерения заключить договоры ДМС в отношении указанных трудовых мигрантов Стороны могут заключить договор соответствующего содержания в рамках возможностей, предоставленных действующим законодательством (договор о сотрудничестве (об организации ДМС трудовых мигрантов), о намерениях (предварительный договор) и т.д.). Страховщик также вправе оформить единый договор ДМС трудовых мигрантов со Страхователем на условиях настоящих Правил с выдачей Страхователю Полисов в отношении каждого из Застрахованных лиц.

1.7. Содержание специальных терминов, применяемых в рамках настоящих Правил, Программы и заключаемых в соответствии с ними договоров страхования, определяется исходя из норм применимого действующего законодательства (в частности, в соответствии с Федеральным законом от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в РФ» и Федеральным законом от 29.11.2010 № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации», Указанием Банка России от 13.09.2015 № 3793-У «О минимальных (стандартных) требованиях к условиям и порядку осуществления медицинского страхования в части добровольного медицинского страхования иностранных граждан и лиц без гражданства, находящихся на территории Российской Федерации с целью осуществления ими трудовой деятельности»).

2. ОБЪЕКТ СТРАХОВАНИЯ

2.1. *Объектом страхования* в рамках настоящих Правил являются имущественные интересы, связанные с оплатой организации и оказания медицинской и лекарственной помощи (медицинских услуг) в неотложной форме вследствие расстройства здоровья (состояния) Застрахованного лица, а именно в случаях заболеваний и состояний, входящих согласно [части 6 статьи 35](#) Федерального закона от 29 ноября 2010 № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» в базовую программу обязательного медицинского страхования с учетом особенностей, установленных [пунктом 3](#) Указания Банка России от 13.09.2015 № 3793-У «О минимальных (стандартных) требованиях к условиям и порядку осуществления медицинского страхования в части добровольного медицинского страхования иностранных граждан и лиц без гражданства, находящихся на территории Российской Федерации с целью осуществления ими трудовой деятельности».

2.2. В рамках Программы ДМС трудовых мигрантов Страховщик оплачивает только *застрахованные медицинские услуги (медицинскую помощь)*, оказанные Застрахованному лицу, то есть лишь те виды (разновидности) и формы полученных Застрахованным лицом медицинских услуг (медицинской помощи) и лишь на тех условиях, которые оговорены в договоре страхования (в прилагаемой к Полису Программе ДМС трудовых мигрантов, с учетом имеющихся Приложений к ней).

3. ОБЪЕМ СТРАХОВОГО ПОКРЫТИЯ.

СТРАХОВЫЕ РИСКИ, СТРАХОВЫЕ СОБЫТИЯ И СТРАХОВЫЕ СЛУЧАИ. СТРАХОВАЯ СУММА И СРОК (ПЕРИОД) СТРАХОВАНИЯ

3.1. Под *страховым риском* понимается предполагаемое событие, на случай наступления которого проводится страхование. Событие, рассматриваемое в качестве страхового риска, должно обладать признаками вероятности и случайности его наступления.

Страховым риском по договору ДМС трудового мигранта является риск обращения в период страхования застрахованного по ДМС трудового мигранта (Застрахованного лица) в медицинскую организацию, предусмотренную прилагаемой к его Полису Программой ДМС трудовых мигрантов, за получением в соответствии с условиями договора ДМС трудового мигранта предусмотренных вышеуказанной Программой медицинских услуг (медицинской помощи) в неотложной форме - *застрахованных медицинских услуг (медицинской помощи)*.

3.2. Под *страховым событием* по настоящим Правилам понимается наступившее событие, которое может быть в дальнейшем признано в качестве страхового случая при наличии всех необходимых и достаточных признаков страхового случая, устанавливаемых в соответствии с условиями договора страхования.

3.3. *Страховым случаем* является совершившееся событие, предусмотренное договором страхования, с

наступлением которого возникает обязанность Страховщика произвести страховую выплату надлежащим лицам в установленном законодательством и договором страхования порядке и объеме. Событие не может быть признано страховым случаем, если Страховщику или Страхователю (Выгодоприобретателю) до заключения договора страхования было известно о наличии обстоятельств, исключающих вероятный (случайный) характер данного события.

Обязательства Страховщика по выплате страхового возмещения (далее также - *действие страхования*) распространяются только на имеющие признаки страхового случая события, произошедшие в период страхования.

Страховым случаем по договору ДМС трудового мигранта - с учетом всех положений, определений и исключений, предусмотренных данным договором (п.1.3 Правил) - является оказание в период страхования (п.3.7 Правил) Застрахованному лицу медицинскими организациями из числа указанных в договоре (в Программе ДМС трудовых мигрантов) застрахованных медицинских услуг (медицинской помощи) в соответствии с условиями данного договора, в том числе с оговоренным в договоре (в Программе ДМС трудовых мигрантов) порядком обращения Застрахованного лица за оказанием застрахованных медицинских услуг (медицинской помощи).

3.4. Под *страховым покрытием* понимается совокупность всех вероятных (случайных) событий, при наступлении любого из которых у Страховщика возникает обязанность произвести страховую выплату на условиях и в объеме возмещения, предусмотренных договором страхования.

Под *объемом страхового покрытия* по договору страхования понимаются условия страхования и прочие факторы, формирующие в совокупности объем обязательств, которые несет Страховщик по конкретному договору страхования за согласованную Сторонами плату (страховую премию), уплаченную Страхователем. К числу таких условий и факторов относятся:

- определение страхового случая,
- перечень исключений из страхового покрытия (изъятий из страховых случаев и/или возмещаемых Страховщиком расходов, рисков),
- размер страховой суммы и порядок ее изменения,
- период действия страхования,
- другие аналогичные параметры, определяющие в целом объем обязательств Страховщика по договору страхования.

Объем страхового покрытия по договору (Полису) ДМС трудового мигранта определяется условиями страхования - с учетом всех документов, на основании которых определяется объем обязательств Страховщика по конкретному Полису (п.1.3 Правил).

3.5. *Программа ДМС трудовых мигрантов содержит:*

- перечень застрахованных медицинских услуг (медицинской помощи) - перечень видов медицинских услуг (медицинской помощи), оплачиваемых Страховщиком при условии их оказания Застрахованному лицу (трудоному мигранту) в неотложной форме;
- перечень исключений из страхового покрытия (не возмещаемых по договору страхования рисков, событий и/или расходов, исключаемых из покрытия видов, разновидностей и форм оказания медицинских услуг (медицинской помощи));
- перечень медицинских организаций, в которых Страховщиком организовано оказание Застрахованному лицу застрахованных медицинских услуг (медицинской помощи) в рамках Программы ДМС трудовых мигрантов («Перечень медицинских организаций по Программе ДМС трудовых мигрантов», далее сокращенно - *Список медицинских организаций*, Приложение к Программе);
- прочие параметры (условия реализации) Программы ДМС трудовых мигрантов.

3.6. В *Полисе ДМС трудового мигранта (Полисе)* указываются:

- размер страховой суммы (п.3.7 Правил),
- период страхования (п.3.8 Правил),
- территория действия договора ДМС трудового мигранта (субъект Российской Федерации, на территории которого Застрахованное лицо намеревается осуществлять трудовую деятельность),³
- иные (прочие) условия,

а также содержатся все иные сведения, подлежащие отражению в форме Полиса ДМС трудовых мигрантов в соответствии с требованиями применимого действующего законодательства.

Страховщик выдает Полис Страхователю в порядке и в сроки, оговоренные в п.4.5 Правил.

3.7. В рамках настоящих Правил под *страховой суммой* понимается денежная сумма, которая определена в порядке, установленном применимым действующим законодательством⁴ и договором страхования при его заключении, и исходя из которой устанавливаются размер страховой премии (страховых взносов) и размер страховой выплаты при наступлении страхового случая.

По настоящим Правилам страховая сумма устанавливается (указывается) в Полисе ДМС трудового мигранта в

³ В соответствии с применимым действующим законодательством территория действия договора ДМС трудового мигранта должна включать субъект Российской Федерации, на территории которого Застрахованное лицо намеревается осуществлять трудовую деятельность. Вместе с тем страховым случаем признается оказание Застрахованному лицу застрахованных медицинской помощи (медицинских услуг) только в той медицинской организации, расположенной на территории действия договора ДМС трудового мигранта, которая указана в договоре (Программе страхования или Полисе).

⁴ в соответствии с Указанием Банка России от 13.09.2015 № 3793-У «О минимальных (стандартных) требованиях к условиям и порядку осуществления медицинского страхования в части добровольного медицинского страхования иностранных граждан и лиц без гражданства, находящихся на территории Российской Федерации с целью осуществления ими трудовой деятельности»

размере не менее 100 000 рублей на Застрахованное лицо и уменьшается с каждым страховым случаем, то есть *текущая страховая сумма* рассчитывается как разность страховой суммы на начало срока действия договора ДМС трудового мигранта и суммы страхового возмещения, осуществляемого Страховщиком в период действия договора ДМС трудового мигранта по всем произошедшим страховым случаям (далее также - *агрегатная страховая сумма*).

Таким образом, размер страховой суммы, первоначально установленной в Полисе, носит характер максимально возможного суммарного (совокупного) размера страхового возмещения по данному Полису - с учетом всех страховых случаев, по которым Страховщик производил страховые выплаты.

Если агрегатная страховая сумма исчерпана полностью, обязательства Страховщика по договору ДМС трудового мигранта считаются исполненными, договор ДМС трудового мигранта 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.

3.8. *Срок действия договора ДМС трудового мигранта* устанавливается по соглашению Сторон (в частности - исходя из сообщенного Страхователем (Застрахованным лицом) предполагаемого срока действия разрешения на работу или патента).

Если иное прямо не установлено Полисом (Программой) или иным письменным соглашением Сторон, договор ДМС трудового мигранта вступает в силу с 00.00 часов дня, следующего за днем уплаты Страхователем единовременной страховой премии по данному договору (или первого страхового взноса - при уплате в рассрочку) в порядке и на условиях, предусмотренных в разделе 4 Правил. Договор ДМС трудового мигранта может содержать условие о вступлении его в силу с иного момента (срока), согласованного Сторонами (с указанного в Полисе момента уплаты страховой премии; с даты начала действия разрешения на работу или патента; с иной согласованной Сторонами даты и т.п.). Вступление договора страхования в силу именуется также *вступлением действия страхования в силу* и означает начало течения срока страхования (начало действия страхования).

Период с момента начала действия страхования и до момента его окончания (до истечения согласованного срока страхования) именуется *периодом страхования*.

Даты начала и окончания периода страхования указываются в Полисе; если в Полисе не указаны точные моменты начала и окончания периода страхования, считается, что период страхования начинается в 00.00 часов даты начала и заканчивается в 24.00 часов даты окончания.

Программой (Полисом) ДМС трудового мигранта могут быть установлены условия, определяющие начало и окончание периода страхования иным образом, чем это описано выше в настоящем пункте.

3.9. Прочие условия, влияющие на объем страхового покрытия, приведены в иных разделах Правил, а также в Программе и Полисе.

4. СТРАХОВАЯ ПРЕМИЯ И СТРАХОВЫЕ ТАРИФЫ

4.1. Под *страховой премией* понимается сумма, которую Страхователь обязан уплатить Страховщику по договору страхования в порядке, размере и в сроки, установленные договором страхования (плата за страхование).

Размер страховой премии рассчитывается Страховщиком исходя из величины страховой суммы и страхового тарифа. Страховая премия (страховые взносы, п.4.3 Правил) указываются в рублях.

4.2. Под *страховым тарифом* понимается ставка страховой премии с единицы страховой суммы с учетом объекта страхования и характера страхового риска, а также условий страхования.

Размер страхового тарифа по договору ДМС трудового мигранта определяется в зависимости от объема страхового покрытия и иных обстоятельств, влияющих на степень страхового риска по конкретному договору.

4.3. Если договором страхования не предусмотрено иное, Страхователь обязан уплатить сумму страховой премии в полном объеме одним платежом (*единовременная страховая премия*).

Страховщик вправе предоставить Страхователю возможность уплатить страховую премию в рассрочку - в виде *страховых взносов*; в этом случае Страховщик вправе увеличить размер страховой премии (в сравнении с размером единовременной страховой премией). Последствия просрочки в уплате очередного страхового взноса оговорены в п.5.1.4 Правил.

Уплата страховой премии (страховых взносов) может производиться наличными деньгами или по безналичному расчету.

4.4. Если договором страхования не предусмотрено иное, датой уплаты страховой премии (страхового взноса) признается:

- дата уплаты денежных средств в кассу Страховщика или уполномоченному представителю Страховщика по квитанции - при наличных расчетах;

- дата поступления (зачисления) денежных средств на расчетный счет Страховщика - при безналичных расчетах.

4.5. Полис выдается Страховщиком Страхователю одновременно с уплатой единовременной страховой премии (при уплате наличными денежными средствами) или в течение 3-х рабочих дней после уплаты единовременной страховой премии (при уплате безналичным способом).

При выдаче Полиса до срока уплаты страховой премии в полном объеме, согласованный Сторонами порядок и сроки уплаты страховых взносов указываются в Полисе или ином письменном соглашении Сторон.

4.6. Порядок исчисления страховых тарифов и страховых премий указан в Приложении №3 к Правилам.

5. ПРЕКРАЩЕНИЕ ДЕЙСТВИЯ ДОГОВОРА СТРАХОВАНИЯ

5.1. Договор страхования прекращает свое действие:

5.1.1. по истечении срока его действия (одновременно с окончанием периода страхования);

5.1.2. в случае исполнения Страховщиком обязательств по договору страхования в полном объеме, с учетом всех его условий (п.1.3 Правил) (в частности, если совокупная страховая выплата достигла размера агрегатной страховой суммы, оговоренной Полисом, то есть агрегатная страховая сумма исчерпана (п.3.6 Правил)); в этом случае договор страхования прекращает свое действие с момента выполнения Страховщиком своих обязательств, а уплаченная Страховщику страховая премия (ее часть за неистекший срок действия страхования) не подлежит возврату;

5.1.3. в случае признания договора страхования недействительным по основаниям и в порядке, установленными ГК РФ; в этом случае договор страхования прекращает свое действие с момента его заключения; при недействительности договора каждая из Сторон обязана возвратить другой Стороне все полученное по нему, если иные последствия недействительности договора не предусмотрены законом;

5.1.4. при уплате страховой премии в рассрочку (см. п. 4.3 Правил) - в случае неуплаты Страхователем очередного страхового взноса в установленные договором страхования или иным письменным соглашением Сторон размере и срок; при этом:

- действие договора страхования прекращается со дня, следующего за датой, согласованной Сторонами как дата уплаты данного страхового взноса;

- уже уплаченная Страховщику часть страховой премии не подлежит возврату (ни полностью, ни в части), если договором страхования или письменным соглашением Сторон по данному договору (либо применимым действующим законодательством) не предписано иное.

Договором страхования или иным письменным соглашением Сторон по данному договору могут быть предусмотрены иные последствия нарушения сроков уплаты страховой премии.

5.1.5. если после начала действия страхования возможность наступления страхового случая отпала и существование страхового риска прекратилось по обстоятельствам иным, чем страховой случай; в этом случае договор страхования прекращает свое действие с даты возникновения таких обстоятельств, а Страховщик возвращает Страхователю в согласованные с ним сроки часть страховой премии за неистекший срок действия страхования за вычетом расходов Страховщика по данному договору страхования, если действующим законодательством Российской Федерации не предусмотрено иное;

5.1.6. по письменному соглашению Сторон, определяющему условия и порядок досрочного расторжения договора (в том числе и порядок взаиморасчетов) - если это не противоречит положениям применимого действующего законодательства;

5.1.7. в случаях, предусмотренных соответствующими положениями договора страхования (Правил, Программы, письменного соглашения Сторон и т.п.), не противоречащими применимому действующему законодательству Российской Федерации;

5.1.8. в других случаях, предусмотренных применимым действующим законодательством Российской Федерации.

5.2. Прекращение действия договора страхования влечет за собой одновременное прекращение действия страхования, но не влечет прекращение обязательств Сторон, вытекающих из договора и возникших до момента его прекращения, в том числе не освобождает Страховщика от обязанности произвести страховую выплату по произошедшим в период действия страхования страховым случаям.

6. ПОРЯДОК ОСУЩЕСТВЛЕНИЯ СТРАХОВЫХ ВЫПЛАТ, ОСНОВАНИЯ ДЛЯ ОТКАЗА В СТРАХОВОЙ ВЫПЛАТЕ

6.1. Под *страховой выплатой* понимается денежная сумма, которая определена в порядке, установленном федеральным законом и/или договором страхования, и выплачивается Страховщиком надлежащему лицу (Страхователю, Застрахованному лицу, Выгодоприобретателю) при наступлении страхового случая. Страховая выплата по договорам страхования производится в валюте Российской Федерации, за исключением случаев, предусмотренных валютным [законодательством](#) Российской Федерации и принятыми в соответствии с ним нормативными правовыми актами органов валютного регулирования.

По договору ДМС страховая выплата производится медицинской организации, оказавшей Застрахованному лицу в пределах объема страхового покрытия по данному договору ДМС медицинские услуги (медицинскую помощь), оговоренные данным договором ДМС.

6.2. Страховщик осуществляет выплату страхового возмещения (страховую выплату) при наступлении страхового случая на условиях, в размере, в порядке и в сроки, описанные в Программе ДМС трудовых мигрантов (Программе).

6.3. Страховщик не производит страховой выплаты в отношении событий, не являющихся страховыми случаями, а также вправе отказать в страховой выплате иных в случаях, предусмотренных применимым действующим законодательством.

Страховщик не вправе отказать в страховой выплате по основаниям, не предусмотренным федеральным законом или договором страхования (в том числе - не предусмотренным Правилами и Программой страхования).

7. ПРАВА И ОБЯЗАННОСТИ СТОРОН

7.1. Страховщик обязан:

7.1.1. Вручить Страхователю экземпляр Правил и Программы;

7.1.2. Разъяснить Страхователю и Застрахованному лицу условия страхования по Программе (Полису);

7.1.3. Оформить договор страхования (Полис) в порядке, предусмотренном Правилами;

7.1.4. В случае повреждения или утраты Страхователем (Застрахованным лицом) Полиса - по требованию Страхователя выдать дубликат;

7.1.5. Не разглашать сведения (информацию, которая стала Страховщику известна в результате его профессиональной деятельности) о Страхователе, Застрахованном лице - за исключением случаев, предусмотренных законодательством Российской Федерации;

7.1.6. При наступлении страхового случая - исполнить соответствующие обязанности, предусмотренные в разделе 6 Правил и в Программе;

7.1.7. Исполнять прочие обязанности, предусмотренные договором (Правилами, Программой), а также положениями законодательства Российской Федерации, имеющими отношение к правоотношениям, вытекающим из договора страхования.

7.2. Страхователь (или, в соответствующей части, - Застрахованное лицо) обязан:

7.2.1. При заключении договора - исполнить предусмотренные Правилами обязанности, имеющие отношение к процедуре заключения договора (предоставление Страховщику необходимых сведений и документов и т.д.);

7.2.2. Предоставлять при заключении договора страхования и в период его действия по требованию Страховщика информацию и документы, необходимые для исполнения Страховщиком требований, установленных законодательством Российской Федерации (в том числе Федеральным законом от 07.08.2001г. № 115-ФЗ «О противодействии легализации (отмыванию) доходов, полученных преступным путем, и финансированию терроризма»), нормативными документами Центрального банка Российской Федерации и разработанными в соответствии с ними внутренними документами Страховщика;

7.2.3. Уплатить (уплачивать) страховую премию (страховые взносы) в размере, порядке и сроки, согласованные Сторонами в договоре страхования;

7.2.4. Сообщать Страховщику в разумный срок об изменении ранее сообщенных ему сведений (персональных данных, почтового адреса, телефона и т.д.) о Страхователе, Застрахованном лице, предоставленных в соответствии с требованиями, установленными законодательством Российской Федерации (в том числе Федеральным законом от 07.08.2001г. № 115-ФЗ «О противодействии легализации (отмыванию) доходов, полученных преступным путем, и финансированию терроризма»), нормативными документами Центрального банка Российской Федерации и разработанными в соответствии с ними внутренними документами Страховщика, а также предоставлять документы, подтверждающие указанные изменения;

7.2.5. При наступлении страхового события - обратиться к Страховщику за направлением на получение застрахованных медицинских услуг (медицинской помощи) в соответствии с положениями Программы, Правил и Полиса.

7.2.6. Страхователь, отличный от Застрахованного лица, обязан сообщить Застрахованному лицу о заключении в его пользу договора страхования и предоставить ему все документы и информацию (Полис, Программу, Правила), необходимые Застрахованному лицу для реализации его прав и обязанностей по договору страхования.

7.2.7. Исполнять прочие обязанности, предусмотренные договором (Правилами, Программой), а также положениями законодательства Российской Федерации, имеющими отношение к правоотношениям, вытекающим из договора страхования.

7.3. Страховщик вправе:

7.3.1. При заключении договора страхования - осуществлять действия (реализовывать права), предусмотренные Правилами;

7.3.2. В течение срока действия договора страхования - проверять соответствие сообщенных Страховщику Страхователем сведений действительным обстоятельствам;

7.3.3. Потребовать признания договора страхования недействительным и применения последствий, предусмотренных в ст.179 ГК РФ, если после заключения договора будет установлено, что Страхователь сообщил Страховщику заведомо ложные сведения при заключении договора, а также в иных случаях, предусмотренных действующим законодательством РФ;

7.3.4. При заключении договора страхования и в период его действия запрашивать у Страхователя информацию и документы, необходимые для исполнения Страховщиком требований, установленных законодательством Российской Федерации (в том числе Федеральным законом от 07.08.2001г. № 115-ФЗ «О противодействии легализации (отмыванию) доходов, полученных преступным путем, и финансированию терроризма»), нормативными документами Центрального банка Российской Федерации и разработанными в соответствии с ними внутренними документами Страховщика;

7.3.6. В установленных законодательством Российской Федерации случаях осуществлять в отношении Страхователя (Застрахованного лица) контрольные и иные функции, возложенные на Страховщика законодательством Российской Федерации, и запрашивать в связи с этим у данных лиц необходимые документы и/или письменные пояснения;

7.3.7. Воспользоваться иными своими правами, предусмотренными договором (Правилами, Программой) или действующим законодательством Российской Федерации.

7.4. Страхователь (или, в соответствующей части, - Застрахованное лицо) вправе:

- 7.4.1. Получить информацию о Страховщике в соответствии с действующим законодательством.
 - 7.4.2. Требовать от Страховщика разъяснения условий и порядка страхования по договору;
 - 7.4.3. Получить дубликат Полиса в случае его утраты;
 - 7.4.4. При наступлении страхового случая - реализовать право на получение застрахованных медицинских услуг (медицинской помощи) в соответствии с условиями договора (Полиса, Программы, Правил).
 - 7.4.5. Воспользоваться иными своими правами, предусмотренными договором (Правилами, Программой) или действующим законодательством Российской Федерации.
- 7.5. Иные права и обязанности Страховщика, Страхователя (Застрахованного лица), не нашедшие отражения в настоящем разделе, приведены в иных разделах Правил.

8. НЕПРЕОДОЛИМАЯ СИЛА (ФОРС-МАЖОР)

8.1. При возникновении обстоятельств непреодолимой силы, то есть чрезвычайных и непредотвратимых при данных условиях обстоятельств, не зависящих и не могущих зависеть от волеизъявления Сторон, возникших после заключения договора страхования и препятствующих выполнению Сторонами своих обязательств по договору, выполнение договора страхования прекращается в соответствии с действующим законодательством Российской Федерации.

8.2. Обязанность доказывания возникновения таких обстоятельств лежит на Стороне договора страхования, выполнению обязательств которой препятствует возникновение таких обстоятельств.

9. ПЕРСОНАЛЬНЫЕ ДАННЫЕ

9.1. Заключая договор страхования на основании настоящих Правил, Страхователь - физическое лицо подтверждает свое согласие на обработку (включая все действия, перечисленные в ст.3 Федерального закона от 27.07.2006 г. № 152-ФЗ «О персональных данных») своих персональных данных, включая данные, указанные в Полисе и документах, представленных при заключении договора страхования и в период его действия, в целях надлежащего исполнения договора страхования и организации оказания страховых услуг, включая урегулирование убытков и осуществление страховых выплат.

Согласие на обработку персональных данных с использованием средств автоматизации и без использования таких средств действительно в течение срока действия договора страхования и в течение 5 (Пяти) лет после окончания действия договора страхования.

Согласие на обработку персональных данных может быть отозвано посредством направления соответствующего письменного уведомления в адрес Страховщика.

9.2. Заключая договор страхования на основании настоящих Правил, Страхователь подтверждает согласие на информирование о других продуктах и услугах Страховщика, а также об условиях продления правоотношений со Страховщиком, путем прямых контактов с помощью средств связи.

10. ПОРЯДОК РАЗРЕШЕНИЯ СПОРОВ И ОТВЕТСТВЕННОСТЬ СТОРОН

10.1. До предъявления к Страховщику иска, содержащего требование об осуществлении страховой выплаты, лицо, претендующее на получение страхового возмещения, (далее – *получатель страхового возмещения*) обязано обратиться к Страховщику с Заявлением о страховой выплате с приложенными к нему документами, предусмотренными настоящими [Правилами](#). Указанное положение распространяется на любые требования о выплате страхового возмещения.

В случае наличия разногласий между получателем страхового возмещения и Страховщиком, в том числе несогласия получателя страхового возмещения с размером осуществленной (исчисленной) Страховщиком страховой выплаты, обязателен следующий досудебный (претензионный) порядок урегулирования спора:

- Споры, вытекающие из договора страхования, разрешаются путем переговоров.
- При недостижении соглашения по предмету спора в процессе переговоров сторона спора, считающая, что ее права нарушены, обязана до обращения в соответствующие компетентные (судебные) органы направить другой стороне спора письменную претензию с приложенными к ней документами, обосновывающими требование (в претензии должны быть указаны требования и доводы (обоснования, доказательства, правовые основания) по предъявляемым требованиям).
- Сторона, к которой предъявлена претензия, обязана:
 - рассмотреть претензию в течение 10 (Десяти) рабочих дней со дня ее получения (если иной срок не оговорен договором страхования);
 - в течение вышеуказанного срока - сообщить предъявителю претензии (заявителю) о принятии решения об удовлетворении предъявленных требований в согласованные с заявителем сроки, либо направить мотивированный отказ (полный или частичный) в удовлетворении предъявленных требований; нарушение срока для рассмотрения претензии приравнивается к отказу от удовлетворения требований заявителя; датой ответа на претензию считается дата направления письменного ответа заявителю.
- Претензия и ответ на претензию направляются в письменной форме - заказным письмом либо вручаются под расписку. В случае направления претензии (ответа на претензию) по почте заказным письмом претензия (ответ на претензию) считается полученной(ым) по истечении 10 (Десяти) дней с даты направления заказного письма.

Каждая из сторон спора несет ответственность за достоверность сообщенных реквизитов (в частности, почтового адреса).

- В случае неудовлетворения претензии, полного или частичного отказа в удовлетворении претензии или неполучения в срок, установленный настоящими Правилами (договором страхования), ответа на претензию такой спор передается на рассмотрение соответствующих компетентных (судебных) органов в порядке, предусмотренном действующим законодательством Российской Федерации.

10.2. Иск по требованиям, вытекающим из договора страхования, может быть предъявлен в течение соответствующего срока исковой давности, установленного действующим законодательством Российской Федерации.

10.3. Права и обязательства, вытекающие из договора страхования, устанавливаются с учетом информации и положений, содержащихся в договоре страхования (п.1.3 Правил). При этом вопросы, связанные с заключением и исполнением договора страхования, не урегулированные названными в договоре страхования документами с учетом их установленного договором страхования приоритета, разрешаются на основании действующего гражданского законодательства РФ, а также нормативно-правовых актов, регламентирующих деятельность Страхователя (в том числе путем применения сформулированных ст.431 ГК РФ правил толкования договоров).

10.4. Ответственность Сторон за нарушение обязательств по договору страхования регламентируется нормами действующего законодательства Российской Федерации. Положения статьи 317.1 Гражданского Кодекса Российской Федерации не применяются.

11. ОСНОВНЫЕ ПОЛОЖЕНИЯ ВЗАИМОДЕЙСТВИЯ С ПОТРЕБИТЕЛЯМИ СТРАХОВЫХ УСЛУГ

11.1. Общая часть.

11.1.1. 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.

11.1.2. 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.

11.1.3. 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.

11.1.4. 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.

11.2. Термины и определения:

11.2.1. 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.

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

11.2.3. 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.

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

11.2.5. 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.

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

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

11.2.8. 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.

11.2.9. 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.

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

11.3. Правила и принципы раскрытия информации получателю страховых услуг.

11.3.1. 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.

11.3.2. 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.

11.3.3. 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.

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

11.3.5. 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.

11.4. Общий порядок взаимодействия с получателями страховых услуг

11.4.1. 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.

11.4.2. Страховщик не может ставить заключение договора страхования по одному виду страхования в зависимость 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).

11.4.3. 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.

11.4.4. 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.

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

11.4.6. 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.

11.4.7. Осуществление действий, указанных в пунктах 11.3.3, 11.4.5 и 11.4.6 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.

11.4.8. 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.

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

11.5.1. 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.

11.5.2. 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.

11.5.3. 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.

11.5.4. 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.

11.5.5. 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.

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

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

11.5.8. 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.

11.5.9. 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.

11.5.10. 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.

11.5.11. 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.

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

11.6.1. 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 изменениях таких адресов на официальном сайте, а также непосредственно получателя страховых услуг при его обращении.

11.6.2. 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.

11.6.3. 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.

11.6.4. 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.

11.6.5. 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 начинается 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.

11.6.6. 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.

11.6.7. 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.

11.6.8. 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.

11.6.9. 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.

11.6.10. 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..

11.6.11. 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.

11.7. Порядок рассмотрения обращений получателей страховых услуг

11.7.1. 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).

11.7.2. 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).

11.7.3. 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.

11.7.4. Итогом рассмотрения обращения является направление мотивированного ответа получателю страховых услуг или принятие решения об оставлении обращения без ответа в случаях, предусмотренных пунктом 11.7.5.

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

11.7.5. 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.

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

Программа
добровольного медицинского страхования (ДМС) трудовых мигрантов
«НЕОТЛОЖНАЯ МЕДИЦИНСКАЯ ПОМОЩЬ» (далее - Программа)

Параметры Программы:

Страховая сумма: _____ рублей
Срок страхования: _____
Иное (указать): _____
Стоимость (страховая премия): _____

1. Настоящая Программа разработана Страховщиком в соответствии с Правилами ДМС трудовых мигрантов (далее - *Правила* или *Правила страхования*), определяет условия и порядок осуществления добровольного медицинского страхования (ДМС) трудовых мигрантов и направлена на обеспечение получения трудовым мигрантом, являющимся *Застрахованным лицом*, первичной медико-санитарной помощи и специализированной медицинской помощи в неотложной форме в случаях заболеваний и состояний, входящих согласно [части 6 статьи 35](#) Федерального закона от 29.11.2010 № 326-ФЗ "Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации" в базовую программу обязательного медицинского страхования с учетом особенностей, установленных [пунктом 3](#) настоящей Программы⁵.

В рамках Программы Страховщик оплачивает только *застрахованные медицинские услуги (медицинскую помощь)*, оказанные Застрахованному лицу, то есть лишь те виды (разновидности) и формы полученных Застрахованным лицом медицинских услуг (медицинской помощи) и лишь на тех условиях, которые оговорены в Программе с учетом Приложений к ней.

Перечень медицинских услуг, оплачиваемых Страховщиком по настоящей Программе - *перечень застрахованных медицинских услуг* - определяется исходя из содержания пунктов 2 и 3 настоящей Программы.

Подтверждением заключения договора ДМС трудового мигранта является Полис ДМС трудового мигранта (далее - *Полис*).

2. По настоящей Программе Страховщик, с учетом исключений из страхового покрытия, установленных [пунктом 3](#) настоящей Программы, оплачивает оказанные Застрахованному лицу медицинские услуги, обеспечивающие получение Застрахованным лицом в неотложной форме:

- первичной медико-санитарную помощи, исключая профилактическую помощь,
 - специализированной медицинской помощи, исключая высокотехнологичную медицинскую помощь
- в случаях следующих заболеваний и состояний:

1) инфекционные и паразитарные болезни, за исключением заболеваний, передаваемых половым путем, туберкулеза, ВИЧ-инфекции и синдрома приобретенного иммунодефицита;

2) новообразования;

3) болезни эндокринной системы;

4) расстройства питания и нарушения обмена веществ;

5) болезни нервной системы;

6) болезни крови, кроветворных органов;

7) отдельные нарушения, вовлекающие иммунный механизм;

8) болезни глаза и его придаточного аппарата;

9) болезни уха и сосцевидного отростка;

10) болезни системы кровообращения;

11) болезни органов дыхания;

12) болезни органов пищеварения;

13) болезни мочеполовой системы;

14) болезни кожи и подкожной клетчатки;

15) болезни костно-мышечной системы и соединительной ткани;

16) травмы, отравления и некоторые другие последствия воздействия внешних причин;

17) врожденные аномалии (пороки развития);

18) деформации и хромосомные нарушения.

По настоящей Программе Страховщик также 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 в рамках Программы лекарственные препараты, включенные в утверждаемый Правительством Российской Федерации перечень жизненно необходимых и важнейших лекарственных препаратов для медицинского применения и медицинских изделий⁶, и медицинские изделия,

⁵ на основании пункта 3 Указания Банка России от 13.09.2015 № 3793-У «О минимальных (стандартных) требованиях к условиям и порядку осуществления медицинского страхования в части добровольного медицинского страхования иностранных граждан и лиц без гражданства, находящихся на территории Российской Федерации с целью осуществления ими трудовой деятельности»

⁶ в соответствии с [пунктом 6 статьи 4](#) Федерального закона от 12.04.2010 № 61-ФЗ "Об обращении лекарственных средств", где под *перечнем жизненно необходимых и важнейших лекарственных препаратов* понимается ежегодно утверждаемый Правительством РФ перечень лекарственных препаратов для медицинского применения, обеспечивающих приоритетные потребности здравоохранения в целях профилактики и

включенные в утверждаемый Правительством Российской Федерации перечень медицинских изделий, имплантируемых в организм человека при оказании медицинской помощи в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи⁷, в том числе оплату лечебного питания в стационаре и донорской крови и ее компонентов.

3. По настоящей Программе не оплачиваются (исключаются из объема страхового покрытия) следующие медицинские услуги:

- 1) по оказанию Застрахованному лицу услуг, не соответствующих критериям неотложной формы медицинской помощи;
- 2) по оказанию Застрахованному лицу медицинской помощи, не назначенной врачом, оказывающим медицинскую помощь в рамках Программы;
- 3) по оказанию Застрахованному лицу медицинской помощи при особо опасных инфекционных болезнях (натуральная оспа, полиомиелит, малярия ТОРС),
- 4) по оказанию Застрахованному лицу медицинской помощи при заболеваниях, включенных в утверждаемый Правительством Российской Федерации перечень заболеваний, представляющих опасность для окружающих⁸,
- 5) по оказанию Застрахованному лицу медицинской помощи при злокачественных новообразованиях, сахарном диабете, психических расстройствах и расстройствах поведения;
- 6) по оказанию Застрахованному лицу высокотехнологичной медицинской помощи;
- 7) 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;
- 8) по оказанию Застрахованному лицу медицинской помощи при возникновении травматических повреждений или иных нарушений здоровья, наступивших в результате совершения Застрахованным лицом умышленных противоправных действий;
- 9) 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;
- 10) по оказанию медицинской помощи при умышленном причинении себе телесных повреждений Застрахованным лицом;
- 11) связанных с беременностью, родами, послеродовым периодом и абортами Застрахованного лица.

Также исключено из настоящей Программы возмещение расходов, вызванных смертью Застрахованного лица (расходов на репатриацию, ритуальные услуги, организацию похорон и т.д.).

4. По настоящей Программе установлен следующий порядок оказания Застрахованному лицу застрахованных медицинских услуг (медицинской помощи):

4.1. Страховщиком в рамках настоящей Программы организовано оказание Застрахованному лицу застрахованных медицинских услуг (медицинской помощи) в неотложной форме в медицинских организациях, указанных в прилагаемом к Программе «Перечне медицинских организаций по Программе ДМС трудовых мигрантов» (далее также - *Список медицинских организаций*, Приложение №1 к Программе).

4.2. Оказание Застрахованному лицу застрахованных медицинских услуг (медицинской помощи) производится при условии предварительного обращения Застрахованного лица к Страховщику за направлением в медицинскую организацию, предусмотренную Программой. Направление дается Застрахованному лицу при телефонном звонке Страховщику в соответствии с контактной информацией, указанной в Полисе и/или Программе ДМС трудовых мигрантов.

Страховым случаем не является, и оплата за оказанные медицинские услуги (медицинскую помощь) Страховщиком не производится, если Застрахованное лицо получило медицинские услуги (медицинскую помощь) в медицинской организации, не предусмотренной Программой, или без предварительного обращения к Страховщику за направлением в медицинскую организацию.

4.3. В соответствии с Правилами страхования настоящей Программой установлены следующие необходимые признаки страхового случая:

- 1) медицинская организация, в которую Застрахованное лицо обратилось за получением медицинских услуг (медицинской помощи), входит в прилагаемый к Программе Список медицинских организаций;
- 2) выданный Страховщиком в отношении Застрахованного лица Полис является действующим, то есть на момент обращения за получением медицинских услуг (медицинской помощи):
 - а) период страхования по Полису не истек;
 - б) агрегатная страховая сумма по Полису не исчерпана;
 - в) при уплате по Полису страховой премии в рассрочку - не просрочена уплата очередного страхового взноса;
- 3) необходимые Застрахованному лицу медицинские услуги имеют характер неотложной медицинской помощи и являются застрахованными в соответствии с условиями Полиса (пунктами 2 и 3 Программы);
- 4) Застрахованным лицом предъявлены в медицинскую организацию: действующий Полис, выданный

лечения заболеваний, в том числе преобладающих в структуре заболеваемости в Российской Федерации

⁷ в соответствии с [частью 2.1 статьи 80](#) Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации"

⁸ в соответствии с [частью 2 статьи 43](#) Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации" и Постановлением Правительства Российской Федерации от 01.12.2004 № 715 (если упомянутый перечень не оговорен в иных актах применимого действующего законодательства)

Страховщиком в отношении данного Застрахованного лица, и направление Страховщика в данную медицинскую организацию на оказание застрахованных медицинских услуг (медицинской помощи) по данному страховому случаю.

При этом Страховщик оплачивает медицинские услуги, оказанные Застрахованному лицу медицинской организацией, в размере не более текущего размера агрегатной страховой суммы по Полису Застрахованного лица.

4.4. В связи с наступлением страхового случая с Застрахованным лицом Страховщик выплачивает страховое возмещение (в пределах текущего размера агрегатной страховой суммы по Полису данного Застрахованного лица) медицинской организации, оказавшей Застрахованному лицу в неотложной форме и в порядке, установленном настоящей Программой, застрахованные (предусмотренные Программой) медицинские услуги (медицинскую помощь).

При наступлении страхового(ых) события(й) по договору(ам) ДМС трудовых мигрантов Страховщик на основании счета, полученного от медицинской организации, входящей в Список медицинских организаций, в течение 30 рабочих дней с даты получения счета составляет акт медицинской экспертизы страхового(ых) события(й), фиксирующий принятие Страховщиком решения об осуществлении страховой выплаты (в той части, в которой оказанные медицинской организацией медицинские услуги входят в объем страхового покрытия по данному(ым) договору(ам)) либо об отказе в страховой выплате с обоснованном причин отказа (в той части, в которой оказанные медицинской организацией медицинские услуги не входят в объем страхового покрытия по данному(ым) договору(ам)). Страховая выплата производится безналичным перечислением на расчетный счет медицинской организации в течение 30 рабочих дней с даты составления Страховщиком вышеописанного акта.

Приложение № 1 к Программе ДМС трудовых мигрантов

СПИСОК МЕДИЦИНСКИХ ОРГАНИЗАЦИЙ

(Перечень медицинских организаций по Программе ДМС трудовых мигрантов - список лечебных учреждений, оказывающих медицинскую помощь по Программе ДМС трудовых мигрантов):

№ п.п	Наименование медицинской организации	Адрес

Приложение № 2 к Программе ДМС трудовых мигрантов

Контактная информация: При наступлении страхового случая для получения направления в медицинскую организацию Застрахованному лицу следует обратиться к Страховщику по телефонам:

_____ или непосредственно по адресу: _____

<p>Согласен (Застрахованное лицо согласно) с условиями страхования по Программе, текст Программы (с приложениями) получил «__»__20__г</p> <p>Страхователь _____ (_____)</p> <p style="text-align: center;"><i>подпись</i> <i>ФИО</i></p>
--

БАЗОВЫЕ СТРАХОВЫЕ ТАРИФЫ**1. БАЗОВЫЕ СТРАХОВЫЕ ТАРИФЫ (Тб, в % от страховой суммы) на годовой срок страхования:**

Добровольное медицинское страхование трудовых мигрантов		Базовый тариф, %
Количество обращений за медицинской помощью в период действия страхования:	без ограничения	3,48
	не более 1-го раза	1,20
	не более 2-х раз	2,07

2. ИСЧИСЛЕНИЕ РАЗМЕРА СТРАХОВОЙ ПРЕМИИ (ИНДИВИДУАЛЬНОГО СТРАХОВОГО ТАРИФА)

Сумма страховой премии (СП) исчисляется по формуле:

$$СП = 0,01 * СС * СТ, \text{ где}$$

СС — страховая сумма (руб.),

СТ — индивидуальный страховой тариф (в %).

При расчете размера индивидуального страхового тарифа по договору страхования Страховщик вправе применять к указанным в п. 1 базовым страховым тарифам (Тб) поправочные коэффициенты (K_i , где $i = 1, 2, \dots, n$) из числа нижеперечисленных, т.е.:

$$СТ = Тб * K_1 * \dots * K_i * \dots * K_n$$

ПОПРАВОЧНЫЕ КОЭФФИЦИЕНТЫ:

- 1) Поправочный коэффициент в зависимости от размера страховой суммы по договору страхования — в размере от 0,3 до 0,99 (при установлении страховой суммы в размере более 100 000 руб.).
- 2) Поправочный коэффициент в зависимости от состояния здоровья Застрахованного лица - в размере от 1,0 до 2,0 (применяется при наличии у Страховщика сведений о состоянии здоровья Застрахованного лица).
- 3) Поправочный коэффициент за уплату страховой премии в рассрочку - в размере от 1,01 до 1,15 (зависит от варианта рассрочки и доходности (включая условие начисления процентов)).
- 4) **Поправочный коэффициент в зависимости от срока страхования:**

Срок страхования	Поправочный коэффициент
до 1 месяца включительно	0,25
свыше 1 месяца до 2 месяцев включительно	0,35
свыше 2 месяцев до 3 месяцев включительно	0,45
свыше 3 месяцев до 4 месяцев включительно	0,55
свыше 4 месяцев до 5 месяцев включительно	0,65
свыше 5 месяцев до 6 месяцев включительно	0,7
свыше 6 месяцев до 7 месяцев включительно	0,75
свыше 7 месяцев до 8 месяцев включительно	0,8
свыше 8 месяцев до 9 месяцев включительно	0,85
свыше 9 месяцев до 10 месяцев включительно	0,9
свыше 10 месяцев до 11 месяцев включительно	0,95
свыше 11 месяцев до 12 месяцев включительно	1,0

- 5) Поправочный коэффициент за снижения размера агентского вознаграждения по договору страхования на $q\%$ ($0\% \leq q \leq 20\%$) – в размере $80\% / (80\% + q\%)$.
- 6) Поправочный коэффициент за индивидуальные условия страхования и дополнительные факторы, влияющие на индивидуальную степень риска, не охваченные вышеуказанными поправочными коэффициентами, (коэффициент андеррайтера) — в размере от 0,6 до 1,6.
- 7) Поправочный коэффициент, учитывающий внешние факторы, влияющие на рост убыточности по страховому портфелю договоров добровольного медицинского страхования трудовых мигрантов (в частности, уменьшение объема страхового портфеля Страховщика по данному виду страхования; резкий рост цен на медицинские услуги), — в размере от 1,02 до 1,6.