

**УТВЕРЖДАЮ
Генеральный директор
ООО СК «Паритет-СК»**

Маренова Г. А.

Приказ № 22 от 29 сентября 2021 года

Первоначальная редакция
и все последующие изменения:
20 июля 2016 г. Приказ №17 (Редакция №1)
04 марта 2020 г. Приказ №08 (Редакция №2)

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

**(Редакция №3)
(начало действия редакции 30.09.2021 г.)**

СОДЕРЖАНИЕ

ПРАВИЛА.....	1
1. ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ	3
2. СУБЪЕКТЫ СТРАХОВАНИЯ	4
3. ОБЪЕКТ СТРАХОВАНИЯ	4
4. СТРАХОВЫЕ СЛУЧАИ. СТРАХОВЫЕ РИСКИ.....	4
5. ИСКЛЮЧЕНИЯ ИЗ СТРАХОВАНИЯ	5
6. СТРАХОВАЯ СУММА	5
7. СТРАХОВАЯ ПРЕМИЯ (СТРАХОВОЙ ВЗНОС).....	6
8. СРОК ДЕЙСТВИЯ ДОГОВОРА СТРАХОВАНИЯ.....	7
9. ПОРЯДОК ЗАКЛЮЧЕНИЯ И ИСПОЛНЕНИЯ ДОГОВОРА СТРАХОВАНИЯ.....	7
10. ПОСЛЕДСТВИЯ ИЗМЕНЕНИЯ СТЕПЕНИ РИСКА.....	12
11. ПОРЯДОК ОРГАНИЗАЦИИ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ, СТРАХОВАЯ ВЫПЛАТА.....	12
12. ПРАВА И ОБЯЗАННОСТИ СТОРОН	15
13. ПОРЯДОК РАЗРЕШЕНИЯ СПОРОВ	20
ПРИЛОЖЕНИЕ (ОБРАЗЦЫ):.....	22

1. ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ

1.1. На основании настоящих Правил и действующего законодательства Российской Федерации ООО Страхование компания «Паритет-СК», именуемое в дальнейшем «Страховщик», заключает договоры медицинского страхования иностранных граждан и лиц без гражданства, находящихся на территории Российской Федерации с целью осуществления трудовой деятельности, по условиям которых гарантирует возмещение в объеме, предусмотренном в страховой медицинской программе, расходов на медицинские услуги и иные услуги.

1.2. Основные термины, используемые в настоящих Правилах.

Страховщик - юридическое лицо, созданное в соответствии с законодательством Российской Федерации для осуществления деятельности по страхованию, перестрахованию, взаимному страхованию и получившее лицензии на осуществление соответствующего вида страховой деятельности

Страхователи - юридические лица и дееспособные физические лица, заключившие со Страховщиками договоры страхования, либо являющиеся Страхователями в силу закона.

Застрахованный - физическое лицо, застрахованное по договору медицинского страхования, имеющее право на получение медицинских услуг в соответствии с программами медицинского страхования.

Страховая сумма - денежная сумма, которая определена в порядке, установленном федеральным законом и (или) договором страхования при его заключении, и исходя из которой устанавливаются размер страховой премии (страховых взносов) и размер страховой выплаты при наступлении страхового случая.

Страховая премия (страховой взнос) - плата за страхование, которую Страхователь обязан уплатить Страховщику в порядке и сроки, определенные договором страхования.

Страховой тариф - ставка страховой премии с единицы страховой суммы с учетом объекта страхования и характера страхового риска, а также других условий страхования.

Страховой риск - предполагаемое событие, на случай наступления которого проводится страхование.

Страховой случай – совершившееся событие, предусмотренное договором страхования или законом, с наступлением которого возникает обязанность Страховщика произвести страховую выплату Страхователю, Застрахованному лицу, Выгодоприобретателю или иным третьим лицам.

Страховая выплата - денежная сумма, которая определена в порядке, установленном федеральным законом и (или) договором страхования, и выплачивается Страховщиком Страхователю, Застрахованному лицу, Выгодоприобретателю при наступлении страхового случая.

Программа добровольного медицинского страхования (далее – Программа) – перечень медицинских услуг в рамках договора страхования, а также порядок их предоставления (амбулаторное, стационарное лечение, скорая помощь), которые будут оплачены страховой организацией с указанием общей страховой суммы и (или) отдельных страховых сумм по каждому виду помощи, а также медицинских учреждений, где застрахованный может получить помощь.

Медицинская организация (медицинское учреждение) - юридическое лицо независимо от организационно-правовой формы, осуществляющее в качестве основного (уставного) вида деятельности медицинскую деятельность на основании лицензии, выданной в порядке, установленном законодательством Российской Федерации. К медицинским организациям приравниваются индивидуальные предприниматели, осуществляющие медицинскую деятельность.

1.3. По договору страхования одна сторона (Страховщик) обязуется за обусловленную договором плату (страховую премию), уплачиваемую другой стороной (Страхователем), при наступлении страхового случая, организовать оказание Застрахованному лицу медицинской помощи в медицинском учреждении, а также оплатить оказанные медицинские и иные услуги, указанные в Программе добровольного медицинского страхования и оказанные в Медицинском учреждении в порядке и на условиях, предусмотренных настоящими Правилами и Договором страхования

1.4. Сайт Компании – совокупность информационных ресурсов и сервисов, размещенных в сети Интернет по адресу: <http://www.paritet-sk.com/>

2. СУБЪЕКТЫ СТРАХОВАНИЯ

2.1. Медицинскими учреждениями являются имеющие лицензии лечебно-профилактические учреждения, с которыми Страховщик состоит в договорных отношениях и перечень которых приводится в приложении к договору страхования.

2.2. Страхователями в рамках настоящих Правил признаются юридические лица любой организационно-правовой формы, зарегистрированные и действующие в соответствии с законодательством Российской Федерации, а также дееспособные физические лица.

2.3. Застрахованными по настоящим Правилам могут быть только физические лица в возрасте от 18 — 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)

2.4. Страховщик вправе отказать в заключении договора страхования в отношении лиц, возраст которых на момент заключения договора меньше 18 лет, а также лиц, имеющих наркологические, психические, венерологические заболевания, туберкулез, злокачественные новообразования, заболевания, передающиеся половым путем, ВИЧ-инфекции, синдром приобретенного иммунодефицита, болезни эндокринной системы, врожденные аномалии (пороки развития), беременность.

3. ОБЪЕКТ СТРАХОВАНИЯ

3.1. Объектом страхования являются не противоречащие действующему законодательству Российской Федерации имущественные интересы Страхователя (Застрахованного лица), связанные с оплатой организации и оказания медицинской и лекарственной помощи (медицинских услуг) и иных услуг вследствие расстройства здоровья физического лица или состояния физического лица, требующих организации и оказания таких услуг.

4. СТРАХОВЫЕ СЛУЧАИ. СТРАХОВЫЕ РИСКИ

4.1. Договор страхования заключается на условиях страхования риска возникновения обстоятельств, требующих оказания первичной медико-санитарной и специализированной медицинской помощи в неотложной форме иностранным гражданам и лицам без гражданства, прибывшим на территорию РФ и осуществляющим трудовую деятельность на основании разрешения на работу

4.2. По настоящим Правилам страховыми случаями признаются факты обращения за получением Страхователем (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, за исключением случаев, предусмотренных в разделе 5 настоящих Правил.

4.3. Объем медицинской помощи и иных услуг, оказываемых Застрахованному лицу медицинским и иными учреждениями и оплачиваемыми Страховщиком, определяется Договором страхования и/или выбранной Страхователем Программой.

4.4. Обращение за получением медицинской помощи, предусмотренной Программой добровольного медицинского страхования, в медицинское учреждение должно быть подтверждено направлением или гарантийным письмом Страховщика, которое дается

Застрахованному лицу при обращении по телефону/ электронной почте/ личном обращении непосредственно к Страховщику.

5. ИСКЛЮЧЕНИЯ ИЗ СТРАХОВАНИЯ

5.1. Произошедшие события не признаются страховыми, и оплата медицинских услуг не производится в следующих случаях:

5.1.1. при покушении на самоубийство, за исключением тех случаев, когда Застрахованное лицо было доведено до такого состояния противоправными действиями третьих лиц;

5.1.2. при получении травматического повреждения и/или иного расстройства здоровья в связи с участием Застрахованного в военных действиях, гражданских волнениях, беспорядках, несанкционированных митингах и демонстрациях, если это не сопряжено с исполнением Застрахованным его служебных обязанностей.

5.1.3. при оказании Застрахованному лицу медицинской помощи, не назначенной врачом, оказывающим медицинскую помощь в рамках программы страхования;

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

5.1.5. при оказании Застрахованному лицу высокотехнологичной медицинской помощи;

5.1.6. при оказании Застрахованному лицу медицинской помощи при патологических состояниях, отравлениях и травмах, возникших у Застрахованного лица в состоянии алкогольного опьянения или под воздействием иных психоактивных веществ и (или) лекарственных препаратов, употребленных без назначения врача;

5.1.7. при оказании Застрахованному лицу медицинской помощи при возникновении травматических повреждений или иных нарушений здоровья, наступивших в результате совершения застрахованным лицом умышленных противоправных действий;

5.1.8. в случае оказания медицинской помощи при умышленном причинении себе телесных повреждений застрахованным лицом;

5.1.9. в случае оказания медицинских услуг, связанных с беременностью, родами, послеродовым периодом и абортами Застрахованного лица.

5.2. Страховщик освобождается от страховой выплаты, если обращение Застрахованного лица в медицинскую и/или иную организацию вызвано заболеваниями и травмами, возникшими в результате:

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

6. СТРАХОВАЯ СУММА

6.1. Страховая сумма на всех или на каждого Застрахованного по Договору страхования определяется Страховщиком и Страхователем по соглашению сторон исходя из программы, но не менее 100 000 рублей.

Страховая сумма — лимит выплат, произведенных Страховщиком за весь срок страхования (период действия договора страхования) - может быть агрегатной, то есть после

выплаты страхового возмещения страховая сумма уменьшается на размер страховой выплаты, произведённой по данному риску.

6.2. Если в договоре страхования предусмотрено несколько страховых рисков, по каждому из них страховая сумма (лимит возмещения) может устанавливаться индивидуально.

6.3. Страховщик оплачивает все произведенные, разумно понесенные расходы Застрахованного лица в Медицинском учреждении в соответствии со страховым случаем в рамках медицинской программы в пределах страховой суммы (лимита возмещения), установленной по договору страхования.

6.4. Общая сумма выплат за один или несколько страховых случаев, происшедших в период действия Договора, не может превышать размера страховой суммы, указанной в Договоре. Договором может быть предусмотрена страховая сумма по Программе и/или по отдельным заболеваниям или видам медицинской помощи, входящим в Программу.

6.5. Если агрегатная страховая сумма исчерпана полностью, обязательства Страховщика по договору ДМС трудовых мигрантов считаются исполненными, договор ДМС трудовых мигрантов прекращается. Страховщик обязан уведомить Страхователя и Застрахованное лицо об уменьшении агрегатной страховой суммы в течение пяти рабочих дней с момента уменьшения размера страховой суммы до размера менее чем 10 000 рублей

6.6. Страхователь вправе в период действия договора страхования по согласованию со Страховщиком изменить страховую сумму и/или расширить перечень предоставляемых медицинской программой услуг (в рамках настоящих Правил страхования и Программ, являющихся неотъемлемой частью Правил) путем оформления на условиях настоящих Правил дополнительного соглашения с указанием условий внесения соответствующих изменений.

7. СТРАХОВАЯ ПРЕМИЯ (СТРАХОВОЙ ВЗНОС)

7.1. Страховая премия, уплачиваемая Страхователем по договору страхования, устанавливается в зависимости от выбранных Страхователем страховых рисков, перечня медицинских и иных услуг, условий их предоставления, размера страховой суммы, срока страхования, результатов предварительного медицинского освидетельствования (если оно предусмотрено программой) и иных условий, определенных договором страхования.

7.2. Страховщик для определения размера страховой премии применяет разработанные им страховые тарифы. При этом Страховщик вправе вводить повышающие или понижающие коэффициенты к страховым тарифам, в зависимости от степени риска, установленного по результатам медицинского освидетельствования Застрахованного, а также исходя из рода занятий, должности Застрахованного, перечня и профиля медицинских учреждений, на основании анализа иных сведений, полученных Страховщиком при заключении договора страхования Застрахованных.

7.3. Страховая премия вносится единовременным платежом за весь период страхования, если договором не предусмотрено иное. Порядок и сроки уплаты страховой премии определяется в договоре страхования.

7.4. Страховая премия может быть уплачена Страхователем:

- наличными денежными средствами в кассу Страховщика;
- перечислением на расчетный счет Страховщика.

7.5. При страховании на срок менее одного года страховой взнос уплачивается в следующем проценте от годового размера страховой премии:

- на срок до 3-х месяцев – 50%;
- на срок от 3-х месяцев до 6-ти месяцев – 65%;
- на срок от 6-ти до 9-ти месяцев – 75 %;
- на срок от 9-ти месяцев – 100 %.

8. СРОК ДЕЙСТВИЯ ДОГОВОРА СТРАХОВАНИЯ

8.1. Договор страхования может быть заключен:

- на один год;
- на определенный срок в месяцах

8.2. При заключении договора страхования на определенный срок, неполный месяц принимается за полный.

9. ПОРЯДОК ЗАКЛЮЧЕНИЯ И ИСПОЛНЕНИЯ ДОГОВОРА СТРАХОВАНИЯ

9.1. При заключении Договора страхования на условиях настоящих Правил, эти условия становятся неотъемлемой частью Договора страхования и обязательными для субъектов страхования. В соответствии с законодательством Российской Федерации Договор страхования может включать изменения, дополнения к настоящим Правилам и/или исключения из них. При расхождении положений настоящих Правил с положениями Договора страхования, применяются соответствующие положения Договора страхования, если это не противоречит законодательству Российской Федерации.

Если в договоре страхования (страховом полисе) имеется ссылка на документ, в котором изложены условия страхования (полностью или частично), то данные условия должны быть изложены в договоре страхования (страховом полисе) либо на его оборотной стороне как его неотъемлемая часть, либо договор страхования должен содержать ссылку на адрес размещения таких условий на сайте Страховщика в сети «Интернет», либо Страхователь должен быть проинформирован о таких условиях путем направления файла, содержащего текст данного документа, на указанный Страхователем адрес электронной почты или путем вручения Страхователю электронного носителя информации, на котором размещен файл, содержащий текст данного документа. В договоре страхования (страховом Полисе) должны быть признаки, позволяющие однозначно определить редакцию документа, в котором изложены условия страхования.

При заключении договора страхования в форме электронного документа факт ознакомления Страхователя с условиями страхования может подтверждаться, в том числе специальными отметками (подтверждениями), проставляемыми Страхователем в электронном виде на сайте Страховщика.

В случае если документ, в котором изложены условия страхования, был представлен Страхователю без вручения текста документа на бумажном носителе, Страховщик обязан по требованию Страхователя выдать ему текст указанного документа на бумажном носителе.

Договор страхования заключается в письменной форме, несоблюдение которой влечет его недействительность.

Договор страхования составляется в двух экземплярах, имеющих одинаковую силу, по одному для каждой из сторон.

9.2. Для заключения договора страхования Страхователь представляет Страховщику устное или письменное заявление (письменное заявление может быть оформлено в произвольной письменной форме или на бланке Страховщика) о своем желании заключить договор страхования. При заключении договора страхования Страхователь должен сообщить Страховщику следующие сведения для обязательного внесения их в полис страхования:

9.2.1. информацию о Страхователе:

а) при заключении договора медицинского страхования с физическим лицом / физическим лицом, зарегистрированным в установленном законодательством Российской Федерации порядке в качестве индивидуального предпринимателя:

- фамилия, имя, отчество;
- гражданство;

- 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);

- дата рождения, домашний адрес и телефон Страхователя;

- дата государственной регистрации физического лица в качестве индивидуального предпринимателя и данные документа, подтверждающего факт внесения в единый государственный реестр индивидуальных предпринимателей записи об указанной государственной регистрации;

- срок и условия страхования (наименование медицинской программы);

- иные сведения, позволяющие судить о степени риска, по запросу Страховщика;

б) при заключении договора медицинского страхования с юридическим лицом:

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

- срок и условия страхования (наименование медицинской программы);

- иные сведения, по запросу Страховщика, позволяющие судить о степени риска;

9.2.2. информацию о Застрахованном лице:

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

- пол;

- дату 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));

- иные сведения, по запросу Страховщика, позволяющие судить о степени риска.

Целями обработки персональных данных являются: обеспечение соблюдения действующего законодательства Российской Федерации и иных нормативных правовых актов, осуществление страхования по заключаемому Договору страхования, надлежащее исполнение Страховщиком своих обязанностей и реализация Страховщиком своих прав, предусмотренных действующим законодательством Российской Федерации, иными нормативными правовыми актами и заключаемым Договором страхования, обеспечение высокого качества предоставляемых страховых услуг, администрирование и сопровождение заключаемого Договора страхования, информирование о страховых продуктах Страховщика.

Страхователь дает согласие на осуществление любых действий (совокупности действий) с персональными данными, требуемых для достижения указанных целей, как с использованием средств автоматизации, так и без использования средств автоматизации, включая, но не ограничиваясь: сбор, запись, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), извлечение, использование, передачу (распространение, предоставление, доступ), обезличивание, блокирование, удаление, уничтожение персональных данных. Обработка персональных данных осуществляется, включая, но не ограничиваясь, следующими способами: хранение, запись на электронные и бумажные носители, их хранение, составление перечней, маркировка.

Страховщик вправе в случае необходимости для достижения целей обработки персональных данных передавать персональные данные и (или) их обработку третьим лицам.

Указанными третьими лицами могут быть: профессиональные объединения страховщиков, иные некоммерческие организации, страховые и перестраховочные компании, обслуживающие Страховщика банки, независимые экспертные организации и эксперты (оценщики), органы государственной власти и местного самоуправления, в том числе федеральный орган исполнительной власти, к компетенции которого относится осуществление функций по контролю и надзору в сфере страховой деятельности (страхового дела) и его территориальные подразделения, федеральный антимонопольный орган и его территориальные подразделения.

Моментом получения согласия на обработку персональных данных является момент подписания Страхователем Договора страхования, а если заключению Договора страхования предшествовала подача Заявления на страхования, то момент подачи Заявления на страхования Страхователем Страховщику. Согласие на обработку персональных данных дается на срок действия Договора страхования, увеличенный на 10 лет. Персональные данные, включаемые в документы, обязанность по хранению которых установлена действующим законодательством Российской Федерации и внутренними документами Страховщика, подлежат хранению в течение установленного срока.

Согласие на обработку персональных данных может быть отозвано путем передачи Страховщику подписанного письменного уведомления. Согласие считается отозванным в день получения ООО СК «Паритет-СК» соответствующего уведомления.

Страхователь подтверждает, что на момент заключения Договора страхования все Застрахованные лица и Выгодоприобретатели проинформированы:

- о передаче Страховщику своих персональных данных на условиях, предусмотренных Договором страхования, настоящими Правилами страхования, Страховым полисом, заявлением на страхование;
- о целях такой передачи и правовых основаниях;
- о наименовании и адресе Страховщика и иных предполагаемых пользователей персональных данных;
- о порядке отзыва согласия на обработку персональных данных и иных правах и обязанностях субъекта персональных данных, предусмотренных Федеральным законом от 27.07.2006 № 152-ФЗ «О персональных данных».

9.3. Страховщик оставляет за собой право потребовать проведение медицинского освидетельствования физического лица, или части лиц выборочно или же всех лиц из списка предоставленного юридическим лицом, желающим заключить договор Добровольного медицинского страхования, до заключения договора, в медицинском учреждении, указанном Страховщиком. Объем медицинских услуг, на основании которых проводится освидетельствование определяет Страховщик. На основании данных, полученных при освидетельствовании, Страховщик имеет право отказать в заключении договора. В любом случае затраты на проведение медицинского освидетельствования ложатся на Страхователя и договором страхования, в случае заключения такового, не компенсируются.

9.4. Документом, удостоверяющим факт заключения договора страхования с физическим лицом, является страховой полис, в котором определены индивидуальные условия страхования, с обязательным приложением медицинской программы. Подпись Застрахованного лица на полисе означает что Застрахованный получил полис, программу, ознакомлен с правилами страхования, дает свое согласие на обработку персональных данных, подтверждает правильность данных внесенных в полис.

9.5. Договор страхования вступает в силу после перечисления страховой премии в полном объеме на расчетный счет Страховщика при безналичной оплате или в кассу Страховщика при оплате наличными денежными средствами, но не ранее даты начала действия разрешения на работу или патента, если условиями договора не предусмотрено иное и действует на территории субъекта Российской Федерации, на которой Застрахованное лицо намеревается осуществлять трудовую деятельность.

9.6. При уплате страховой премии путем безналичного расчета действие договора страхования начинается в 00 часов следующего дня после даты поступления страховой премии/первого страхового взноса на расчетный счет Страховщика с учетом даты начала действия разрешения на работу или патента, если условиями договора не предусмотрено иное.

9.7. При уплате страховой премии наличными денежными средствами в кассу Страховщика действие договора страхования начинается в 00 часов дня, следующего за днем уплаты страховой премии/первого страхового взноса в кассу Страховщика с учетом даты начала действия разрешения на работу или патента, если условиями договора не предусмотрено иное.

9.8. При утрате Застрахованным лицом страхового полиса или иных индивидуальных носителей информации он должен незамедлительно письменно известить об этом Страховщика. Утраченные документы и носители информации признаются недействующими и не могут являться основанием для получения медицинских услуг в соответствии с договором страхования; взамен Страхователю выдаются новые. Дубликат бесплатно выдается один раз в течение срока действия договора страхования.

При повторной утрате страхового полиса или иных индивидуальных носителей информации в течение срока действия договора страхования со Страхователя дополнительно взыскиваются платеж в размере фактической стоимости их изготовления.

9.9. Договор страхования прекращается в случаях:

9.9.1. истечения срока действия договора страхования;

9.9.2. исполнения Страховщиком обязательств по договору страхования в полном объеме (в размере страховой суммы);

9.9.3. выезда Застрахованного лица с территории субъекта Российской Федерации, на которой действовал полис;

9.9.4. ликвидации Страховщика в установленном законодательством Российской Федерации порядке;

9.9.5. смерти Застрахованного лица;

9.9.6. по соглашению Сторон;

9.9.7. выявления факта передачи полиса незастрахованному лицу с целью получения им медицинской услуги;

9.9.8. в других случаях, предусмотренных действующим законодательством Российской Федерации.

9.10. Страхователь вправе отказаться от договора страхования в любое время, если к моменту отказа возможность наступления страхового случая отпала по обстоятельствам иным, чем страховой случай.

9.11. При досрочном прекращении договора страхования (со сроком действия не менее 1 года), по соглашению Сторон или по инициативе Страхователя (Выгодоприобретателя), если Стороны не договорились об ином в письменной форме, Страхователь имеет право на возврат части страховой премии за неистекший период страхования.

9.11.1. Расчет суммы подлежащей возврату производится с учетом даты расторжения по формуле:

$$C \text{ возвр} = (C_{\text{спр}} - PVD) * n/T, \text{ где}$$

C возвр – размер страховой премии, подлежащей возврату;

C_{спр} – страховая премия по договору;

PVD – расходы на ведение дела;

n – число календарных дней до окончания срока действия договора;

T – период страхования (в днях).

По запросу Страхователя Страховщик один раз по одному договору страхования бесплатно предоставляет ему заверенный Страховщиком расчет суммы страховой премии

(части страховой премии), подлежащей возврату в связи с расторжением или досрочным прекращением договора страхования. К указанному расчету по запросу Страхователя прилагаются письменные или даются устные пояснения со ссылками на нормы права и (или) условия договора страхования и настоящих Правил страхования, на основании которых произведен расчет.

Взаимодействие с получателем страховых услуг может осуществляться посредством телефонной и почтовой связи, а также иным способом, установленным положениями настоящих Правил или договором страхования.

9.12. При прекращении Договора на основании пп. 9.9.1. 9.9.2 и 9.9.7 Правил возврат страховой премии не производится.

9.13. Все сведения, указанные Страхователем в заявлении на страхование, а также сведения, содержащиеся в договоре страхования (страховом полисе), имеют существенное значение для определения вероятности наступления страхового случая, размеров возможных убытков от его наступления, а также размера страховой премии.

Если после заключения договора страхования будет установлено, что Страхователь сообщил Страховщику заведомо ложные сведения об обстоятельствах, указанных в абзаце 1 настоящего пункта, Страховщик вправе потребовать признания договора недействительным и применения последствий, предусмотренных пунктом 2 статьи 179 Гражданского кодекса РФ.

10. ПОСЛЕДСТВИЯ ИЗМЕНЕНИЯ СТЕПЕНИ РИСКА

10.1. В период действия договора страхования Страхователь обязан незамедлительно сообщать Страховщику о ставших ему известными значительных изменениях в обстоятельствах, сообщенных Страховщику при заключении договора страхования, если эти изменения могут существенно повлиять на увеличение страхового риска.

10.2. Страховщик, уведомленный об обстоятельствах, влекущих увеличение страхового риска, вправе потребовать изменения условий договора страхования или уплаты дополнительной страховой премии соразмерно увеличению риска.

Если Страхователь возражает против изменения условий договора страхования или доплаты страховой премии, Страховщик вправе потребовать расторжения договора страхования.

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

11. ПОРЯДОК ОРГАНИЗАЦИИ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ, СТРАХОВАЯ ВЫПЛАТА

11.1. Страховой выплатой по настоящим правилам является оплата Страховщиком медицинских услуг, предусмотренных медицинской программой, оказанных Страхователю (Застрахованному лицу) при наступлении страхового случая, осуществляемая путем перечисления денежных средств на расчетный счет медицинского учреждения.

Оплата стоимости медицинской помощи и медицинских услуг производится исходя из предварительной калькуляции или же из фактических затрат на оказание медицинских услуг по ценам, согласованным между Страховщиком и медицинским учреждением, после выставления счета медицинским учреждением Страховщику.

11.2. Для получения медицинской помощи по Договору страхования в рамках Программы, Застрахованному лицу необходимо предварительно проинформировать Страховщика о случившемся страховом событии.

11.3. Застрахованное лицо при обращении в медицинскую и/или иную организацию обязано предъявить Полис добровольного медицинского страхования (Договор), а также паспорт или иной документ, удостоверяющий личность.

11.4. Медицинское учреждение в соответствии с договором, заключенным между ним и Страховщиком, оказывает услуги Застрахованным, предусмотренные Договором страхования и выбранными Программами.

11.5. Страховщик вправе возместить расходы Застрахованного, понесенные Застрахованным при получении медицинских и иных услуг, предусмотренных Медицинской программой, в медицинских учреждениях, не предусмотренных в договоре страхования. В данном случае Страхователь (Застрахованный) обращается к Страховщику с заявлением, в котором должна быть указана причина, получения медицинской помощи в медицинском учреждении, не предусмотренном в договоре страхования, и предъявляет договор страхования (страховой полис) и документ, удостоверяющий его личность. К заявлению также должны быть приложены документы, подтверждающие оказание соответствующих услуг, документ, свидетельствующий об оплате Застрахованным этих услуг и заключение врача-эксперта Страховой компании о признании обращения в данное медицинское учреждение страховым случаем в соответствии с медицинской программой. Размер возмещения расходов может быть произведен в полном объеме или же частично, в зависимости от необходимости назначения полученных процедур, экстренности, возможности или невозможности получения этих услуг в медицинских учреждениях, предусмотренных программой, примерной средней стоимости полученных услуг по прейскурантам медицинских учреждений, предусмотренных программой, и остается на рассмотрении врача-эксперта страховой компании. Также Страховая компания вправе запросить в медицинском учреждении лицензию, прейскурант, учредительные документы, документацию подтверждающую факт обращения пациента в данное медицинское учреждение.

11.6. После того, как Страховщику стало известно о наступлении события, имеющего признаки страхового случая, по запросу Страхователя (Выгодоприобретателя) он должен быть проинформирован:

- обо всех предусмотренных договором страхования и(или) настоящими Правилами страхования необходимых действиях, которые должен предпринять, и обо всех документах, представление которых обязательно для рассмотрения вопроса о признании события страховым случаем и определения размера страховой выплаты, а также о сроках проведения указанных действий и предоставления документов;

- о предусмотренных договором страхования и настоящими Правилами страхования форме и способах осуществления страховой выплаты и порядке их изменения, направленных на обеспечение прав Страхователя (Выгодоприобретателя) на получение страховой выплаты удобным для него способом из числа указанных в договоре страхования.

Указанная информация доводится до Страхователя (Выгодоприобретателя) в устной, бумажной или электронной форме, в том числе посредством информационно-телекоммуникационной сети Интернет. При этом размещение указанной информации на официальном сайте в информационно-телекоммуникационной сети Интернет не исключает предоставление Страхователю указанной информации по его запросу в удобной для него форме при личном взаимодействии с представителем Страховщика;

11.7. 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. Опись, реестр, акт приема-передачи могут быть составными частями заявления о наступлении события, имеющего признаки страхового случая (или аналогичного документа).

11.8. При получении документов на страховую выплату почтовым отправлением или в форме электронного документа Страховщик проверяет комплектность документов (соответствие настоящим Правилам страхования и (или) договору страхования (страховому Полису)) и правильность их оформления.

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.

11.9. В случае выявления факта предоставления Страхователем документов, недостаточных для принятия Страховщиком решения об осуществлении страховой выплаты, и (или) ненадлежащим образом оформленных документов в соответствии с требованиями настоящих Правил и (или) договора страхования, Страховщик обязан:

- принять их при этом срок принятия решения о страховой выплате не начинается течь до предъявления последнего из необходимых и надлежащим образом оформленных документов;
- уведомить об этом Страхователя с указанием перечня недостающих и (или) ненадлежащим образом оформленных документов в течении 15 (Пятнадцать) рабочих дней с момента получения документов.

11.10. В случае непредоставления лицом, обратившимся за страховой выплатой, банковских реквизитов, а также других сведений, необходимых для осуществления страховой выплаты в безналичном порядке, срок осуществления страховой выплаты продлевается до получения Страховщиком указанных сведений. При этом Страховщик уведомляет обратившееся лицо о факте приостановки и запрашивает у него недостающие документы.

11.11. Расчет налога, который будет удержан Страховщиком при расчете страховой выплаты, в случаях, когда Страховщик является налоговым агентом, производится в соответствии со статьей 213 и иными положениями Налогового кодекса Российской Федерации.

11.12. По устному или письменному запросу Страхователя (Выгодоприобретателя), 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», Страховщик после принятия решения о страховой выплате представляет информацию о расчете суммы страховой выплаты, которая должна включать:

- 1) окончательную сумму страхового возмещения, подлежащую выплате;
- 2) порядок расчета страховой выплаты;
- 3) исчерпывающий перечень норм права и (или) условий договора страхования и настоящих правил страхования, обстоятельств и документов, на основании которых произведен расчет.

Страховщик предоставляет Страхователю (Выгодоприобретателю) по его письменному запросу письменный расчет суммы выплаты с указанием сведений о применении порядка расчета износа застрахованного имущества.

11.13. По письменному запросу Страхователя (Выгодоприобретателя) Страховщик в срок, не превышающий 30 (Тридцать) дней, обязан предоставить ему в письменном виде исчерпывающую информацию и документы (в том числе копии документов и (или) выписки из них), на основании которых Страховщиком было принято решение о страховой выплате (за исключением документов, которые свидетельствуют о возможных противоправных действиях Страхователя (Выгодоприобретателя), направленных на получение страховой выплаты), бесплатно один раз по каждому страховому случаю.

11.14. В случае отсутствия правовых оснований для осуществления страховой выплаты (далее – решение об отказе) Страховщик в течение 3 (Трех) рабочих дней после принятия решения об отказе информирует Страхователя (Выгодоприобретателя) в письменном виде об обоснованиях такого решения со ссылками на нормы права и (или) условия договора страхования и настоящих Правил, на основании которых принято решение об отказе.

11.15. Страховщик по письменному запросу Страхователя (Выгодоприобретателя) в срок, не превышающий 30 (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 Страхователя (Выгодоприобретателя), направленных на получение страховой выплаты.

11.16. Урегулирование страхового события осуществляется с учетом соответствия места трудовой деятельности застрахованного, места обращения в лечебное учреждение и территории действия договора ДМС трудового мигранта.

11.17. Основания для отказа в страховой выплате:

11.17.1. Не являются страховыми случаями обращения Застрахованного за медицинской помощью или иными услугами (и Страховщик не производит оплату полученных Застрахованным медицинских и иных услуг), если они:

- не предусмотрены Договором страхования;

- получены в медицинском и/или ином учреждении, не предусмотренном в Договоре страхования;
- являются по характеру экспериментальными или исследовательскими.
- оказаны по желанию Застрахованного, или вопреки рекомендациям врача или иного специалиста в рамках их компетенции.

11.17.2. Страховщик освобождается от страховой выплаты, если страховой случай наступил вследствие умысла Страхователя или Застрахованного лица.

11.17.3. Страховщик освобождается от страховой выплаты, 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.

12. ПРАВА И ОБЯЗАННОСТИ СТОРОН

12.1. Страховщик обязан:

12.1.1. ознакомить Страхователя с Правилами страхования и вручить Страхователю экземпляр Правил, дополнительных условий и иных материалов, если они являются неотъемлемой частью договора страхования, при заключении договора страхования;

12.1.2. предоставить до заключения договора страхования любому обратившемуся лицу без исключений информацию:

- о полном и сокращенном наименовании страховой организации (при наличии),
- об используемом Страховщиком знаке обслуживания (при наличии), о номере и дате выдачи лицензии на право осуществления страховой деятельности;
- о членстве в саморегулируемой организации (включая информацию о дате приема в члены саморегулируемой организации), об исключении из саморегулируемой организации (включая информацию о дате исключения из саморегулируемой организации), и текст Базового стандарта защиты прав и интересов физических и юридических лиц – получателей финансовых услуг, оказываемых членами саморегулируемых организаций, объединяющих страховые организации, утвержденный Решением Комитета финансового надзора Центрального Банка Российской Федерации (Протокол № КФНП-24 от 09.08.2018 г.);
- об адресе места нахождения Страховщика и его офисов с указанием их назначения, о контактном телефоне, по которому осуществляется связь со Страховщиком, об адресе официального сайта;
- о фамилиях, именах и отчествах членов совета директоров (наблюдательного совета), о лицах, занимающих должность единоличного исполнительного органа (членах коллегиального исполнительного органа), о лицах, занимающих должность главного бухгалтера;
- о страховой группе, в состав которой входит Страховщик (при наличии);
- о перечне осуществляемых Страховщиком видов страхования;
- об органе, осуществляющем полномочия по контролю и надзору за страховой деятельностью страховых организаций (с указанием ссылки на сайт или официальный адрес);
- о способах и адресах для направления обращений получателей страховых услуг Страховщику, в органы, осуществляющие полномочия по контролю и надзору за деятельностью страховых организаций, в саморегулируемую организацию, а также в орган досудебного рассмотрения споров (при наличии);
- о способах защиты прав получателей страховых услуг, включая информацию о наличии возможности и способах досудебного урегулирования спора, в том числе о процедуре медиации (при ее наличии);
- иную информацию, размещение которой предусмотрено законодательством Российской Федерации, с учетом требований к месту ее размещения;

12.1.3. Предоставить потенциальному Страхователю для ознакомления при заключении с ним договора страхования (при обращении с намерением заключить договор страхования) следующую информацию:

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

- об обстоятельствах, влияющих на размер страховой премии, о способах и сроках (периодичности) уплаты страховой премии, последствиях неуплаты, уплаты не в полном размере или несвоевременной уплаты страховой премии (страховых взносов);

- о применяемых Страховщиком франшизах и исключениях из перечня страховых событий, а также о действиях Страхователя/ Выгодоприобретателя/ Застрахованного лица, совершение которых может повлечь отказ Страховщика в страховой выплате или сокращение ее размера;

- о размере (примерном расчете) страховой премии на основании представленного Страхователем заявления о заключении договора страхования с уведомлением Страхователя о возможном изменении размера страховой премии, страховой суммы или иных условий страхования по результатам оценки страхового риска;

- о наличии условия возврата Страхователю уплаченной страховой премии в случае отказа страхователя от договора страхования в течение определенного срока со дня его заключения в соответствии с действующим законодательством;

- о сроках рассмотрения обращений Страхователя/Выгодоприобретателя 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 Страховщиком решения о признании события страховым случаем или о размере страховой выплаты;

- о порядке расчета налога, который будет удержан Страховщиком при расчете страховой выплаты и возврате страховой премии или ее части при досрочном прекращении договора страхования (в случаях, предусмотренных положениями налогового законодательства Российской Федерации) в случаях, когда Страховщик является налоговым агентом.

Информация, указанная в пунктах 12.1.1. – 12.1.3. настоящих Правил страхования доводится до Страхователя в устной, бумажной или электронной форме, в том числе посредством информационно-телекоммуникационной сети Интернет. При этом размещение указанной информации на официальном сайте в информационно-телекоммуникационной сети Интернет не исключает предоставление Страхователю указанной информации по его запросу в удобной для него форме при личном взаимодействии с представителем Страховщика.

По требованию Страхователя Страховщик бесплатно разъясняет положения, содержащиеся в информации, предоставляемой при заключении договора страхования, указанной в п. 12.1.3. настоящих Правил;

12.1.4. проинформировать Страхователя о способах и порядке подачи Страховщику письменного или устного заявления о заключении договора страхования, о необходимости ознакомления с Правилами и договором страхования.

12.1.5. выдать страховые полисы (страховые карты, пропуска в медицинские и иные учреждения) Застрахованным (непосредственно или через Страхователя) при заключении Договора страхования;

12.1.6. организовать предоставление медицинской помощи и иных услуг Застрахованным в соответствии с Договором страхования;

12.1.7. контролировать объем, сроки и качество медицинской помощи и услуг, предоставленных Застрахованному в соответствии с условиями Договора страхования;

12.1.8. произвести в установленном порядке оплату услуг, оказанных в соответствии с условиями заключенного Договора страхования при наступлении страхового случая;

12.1.9. не разглашать сведения о Страхователе и его имущественном положении за исключением случаев, предусмотренных законодательством РФ, обеспечивать конфиденциальность и безопасность персональных данных Страхователя

(Выгодоприобретателя), полученных от Страхователя, при их обработке (в соответствии с Федеральным законом «О персональных данных» №152-ФЗ от 27.07.2006);

12.1.10. при обеспечении защиты информации, полученной при осуществлении страховой деятельности, включая обеспечение целостности указанной информации, ее доступности и конфиденциальности, защите персональных данных Страхователей (Выгодоприобретателей), соблюдать требования, определенные законодательством Российской Федерации, иными нормативно-правовыми актами и национальными стандартами.

12.1.11. запросить предоставление документа, удостоверяющего личность получателя страховой выплаты в случае, если получателем страховой выплаты не является лицо, обратившееся к Страховщику с заявлением на страховую выплату;

12.1.12. предоставить по запросу Страхователя, позволяющему подтвердить факт его получения Страховщиком, копии действующего договора страхования (страхового полиса) и иных документов, являющихся неотъемлемой частью договора страхования, за исключением информации, не подлежащей разглашению;

12.1.13. принять заявление Страхователя о возврате уплаченной страховой премии (части страховой премии) в случае расторжения договора страхования или отказа Страхователя от договора страхования. Страховщик обязан обеспечить прием заявления одним из способов:

- в офисе, в котором был заключен договор страхования, в ином указанном Страховщиком офисе;

- посредством почтовой связи;

- через личный кабинет (при наличии);

- через третье лицо, действующее по поручению Страховщика от его имени и за его счет при заключении договора страхования, если это предусмотрено договором Страховщика с указанным третьим лицом;

12.1.14. проинформировать Страхователя, что договор страхования является недействительным в соответствии с п.2 ст.930 Гражданского кодекса РФ в случае, если он заключается без проверки Страховщиком у Страхователя (Выгодоприобретателя) наличия имущественного интереса в сохранении застрахованного имущества, и впоследствии установлено отсутствие у Страхователя (Выгодоприобретателя) имущественного интереса в сохранении застрахованного имущества;

12.1.15. зафиксировать осуществление действий, указанных в пунктах 12.1.1., 12.1.3., 12.1.14. любым из следующих способов:

- подписью Страхователя,

- проставлением Страхователем специальных отметок (подтверждений) в электронной форме на официальном сайте Страховщика или в личном кабинете,

- аудио- и (или) видеозаписью, осуществляемой Страховщиком с согласия Страхователя в офисе или ином месте совершения действия, связанных с осуществлением страховой деятельности,

- иным способом, предусмотренным законом или согласованным со Страхователем.

12.1.16. исключить препятствия к осуществлению Страхователем (Выгодоприобретателем) аудиозаписи, видео- или фотосъемки процесса взаимодействия Страховщика со Страхователем/Выгодоприобретателем и документов, связанных с оказанием страховых услуг непосредственно Страхователю (Выгодоприобретателю) в местах, предназначенных для обслуживания Страхователей (Выгодоприобретателей) (заключения договоров страхования, приема документов о признании события страховым случаем), если Страхователь/Выгодоприобретатель уведомил работника Страховщика о соответствующем намерении до начала осуществления записи и (или) съемки;

12.1.17. проинформировать Страхователя при заключении договора страхования 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 страхования или настоящих Правил, а также своевременно проинформировать Страхователя об изменениях таких адресов на официальном сайте и непосредственно при его обращении. В случае невозможности информирования Страхователя до наступления события, имеющего признаки страхового случая, об адресах приема документов при наступлении таких событий, Страховщик обеспечивает своевременное получение указанных сведений посредством телефонной связи, по электронной почте, а также

иным способом, в случае указания его в договоре страхования, при обращении Страхователя (Выгодоприобретателя).

12.2. Страховщик имеет право:

12.2.1. при заключении Договора страхования с физическим лицом предложить Страхователю или лицу, подлежащему страхованию, заполнить медицинскую анкету (Приложение 3 к настоящим Правилам) и/или провести предварительное медицинское освидетельствование;

12.2.2. проверить достоверность указанных в заявлении на страхование данных, в случае установления недостоверности сообщенных Страхователем данных Страховщик вправе отказать Страхователю в заключении договора страхования. Если же недостоверность сведений, влияющих на степень риска, будет обнаружена после вступления договора страхования в силу, Страховщик имеет право досрочно прекратить договор страхования, с письменным уведомлением Страхователя о причинах расторжения договора. Страховая премия в этом случае возвращается за неистекший срок действия договора за вычетом понесенных Страховщиком расходов;

12.2.3. в случае отсутствия возможности предоставления медицинской помощи и иных услуг необходимых Застрахованному в медицинских и иных учреждениях, определенных Договором страхования, организовать предоставление необходимых и соответствующих по объему и качеству услуг Застрахованному на базе иных учреждений соответствующего профиля, определенных по усмотрению Страховщика;

12.2.4. передавать полученную от Страхователя и/или 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.

12.3. Страхователь обязан:

12.3.1. при заключении Договора страхования и во время его действия представлять Страховщику всю информацию об обстоятельствах, имеющих отношение к заключению и исполнению Договора страхования, а также имеющих существенное значение для определения вероятности наступления страхового случая и размеров возможных убытков от его наступления;

12.3.2. доводить до сведения Застрахованных информацию об условиях Договора страхования, Правилах и Программе страхования, порядке предоставления медицинских и иных услуг;

12.3.3. уплатить страховую премию (страховые взносы) в объеме и в сроки, установленные Договором страхования;

12.3.4. обеспечить сохранность документов по Договору страхования;

12.3.5. принимать меры по устранению обстоятельств, влияющих на увеличение страхового риска;

12.3.6. обеспечить конфиденциальность в отношениях со Страховщиком;

12.3.7. получить от Застрахованных лиц 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.

12.3.7. в случаях досрочного прекращения договора страхования возвращать Страховщику страховые полисы, действие которых прекращается с момента прекращения договора страхования.

12.3. Страхователь имеет право:

12.4.1. до заключения договора страхования (страхового Полиса) получать от Страховщика информацию, указанную в п. 12.1.1, 12.1.2, 12.1.3, 12.1.4, 12.1.14 Правил страхования.

12.4.2. в течение срока действия договора страхования подать заявление на расширение перечня медицинских услуг, размера страховой суммы (лимит возмещения), расширения перечня медицинских учреждений. При этом заключается дополнительное соглашение к договору страхования и уплачивается дополнительный страховой взнос. Дополнительное соглашение является неотъемлемой частью договора страхования и вступает в силу с момента подписания, если в договоре не указано иное;

12.4.3. вносить изменения в список Застрахованных к Договору страхования с предоставлением Страховщику необходимых сведений;

12.4.4. бесплатно один раз в течение срока действия договора страхования получить дубликат страхового полиса (страховой карты) в случае его утраты;

12.4.5. на основании письменного заявления Страховщику отказаться от Договора страхования в любое время, если к моменту отказа возможность наступления страхового случая не отпала по обстоятельствам иным, чем страховой случай.

12.4.6. осуществлять контроль над выполнением условий Договора страхования;

12.4.7. требовать предоставления Застрахованным лицам в Медицинских учреждениях медицинских услуг, определенных в договоре страхования, в соответствии с условиями страхования и медицинской программой с учетом лицензии и профиля медицинского учреждения; в случае же непредставления таких медицинских услуг Страхователь должен в течение 3 рабочих дней поставить в известность об этом Страховщика. При отсутствии у Страхователя возможности сообщить об этом Страховщику, информировать Страховщика может любое уполномоченное Страхователем лицо.

12.4. Застрахованное лицо имеет право:

12.5.1. получать медицинскую помощь и услуги в соответствии с Программой страхования;

12.5.2. получать разъяснения по настоящим Правилам и условиям Договора страхования, о порядке предоставления медицинской помощи и иных услуг;

12.5.3. выбирать любое медицинское учреждение из числа указанных в Программе страхования;

12.5.4. сообщать Страховщику о случаях непредставления, неполного или некачественного предоставления медицинской помощи и иных услуг по Договору страхования;

12.5.5. получить дубликат страхового полиса (страховой карты) в случае его утраты.

12.5. Застрахованные лица обязаны:

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

12.6.2. заботиться о сохранности страховых документов (полиса, иных носителей информации, оговоренных договором страхования) и не передавать их третьим лицам с целью получения ими медицинских услуг по договору страхования. В противном случае Страховщик имеет право досрочно прекратить действие договора страхования в отношении данного Застрахованного лица. Возврат страховой премии Страхователю в этом случае не производится;

12.6.3. своевременно сообщать Страховщику об изменении своих паспортных данных или места жительства (регистрации);

12.6.4. 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;

12.6.5. обеспечить конфиденциальность в отношениях со Страховщиком.

12.7. В Договор страхования могут быть включены иные права и обязанности сторон, не противоречащие законодательству Российской Федерации.

13. ПОРЯДОК РАЗРЕШЕНИЯ СПОРОВ

13.1. Все споры по договору страхования между Страхователем и Страховщиком разрешаются путем переговоров, а при недостижении согласия – в порядке, предусмотренном действующим законодательством Российской Федерации.

13.2. В случае неисполнения или ненадлежащего исполнения обязанностей, предусмотренных настоящими Правилами и договором страхования (полисом) стороны несут ответственность, предусмотренную действующим законодательством РФ.

13.3. При разрешении спорных вопросов положения конкретного Договора страхования имеют преимущественную силу по отношению к положениям настоящих Правил.

13.4. В случае возникновения споров о причинах и размере ущерба каждая из сторон имеет право потребовать проведения экспертизы. Экспертиза проводится за счет Стороны, потребовавшей ее проведения.

13.5. Если иное не предусмотрено Договором страхования, при разрешении споров обязателен претензионный досудебный порядок урегулирования спора как для лиц, ответственность которых застрахована, так и для Выгодоприобретателей. Надлежащим образом врученная претензия должна быть рассмотрена Страховщиком в течение 15 (Пятнадцати) календарных дней с даты получения Страховщиком досудебной претензии.

13.6. Споры, возникающие в процессе исполнения обязательств по Договору страхования, разрешаются путем переговоров. При недостижении соглашения по спорным вопросам их решение передается на рассмотрение финансовому уполномоченному либо судебным органам в порядке, предусмотренном законодательством РФ.

13.7. Иск по требованиям, вытекающим из договора страхования, может быть предъявлен в течение сроков исковой давности в соответствии с законодательством Российской Федерации.

14.ПРИЛОЖЕНИЕ (ОБРАЗЦЫ):

14.1. Приложение 1 Размеры тарифных ставок

14.2. Приложение 2 Программа страхования

14.3. Приложение 3 Страховой полис добровольного медицинского страхования трудовых мигрантов.

УТВЕРЖДАЮ
Генеральный директор
ООО СК «Паритет-СК»

_____/Маренова Г. А./
29.09.2021 г.

**РАЗМЕРЫ ТАРИФНЫХ СТАВОК
ДОБРОВОЛЬНОЕ МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ
ИНОСТРАННЫХ ГРАЖДАН И ЛИЦ БЕЗ ГРАЖДАНСТВА, НАХОДЯЩИХСЯ НА
ТЕРРИТОРИИ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ С ЦЕЛЬЮ ОСУЩЕСТВЛЕНИЯ ТРУДОВОЙ
ДЕЯТЕЛЬНОСТИ**

1. Базовый тариф по добровольному медицинскому страхованию мигрантов

Базовый тариф, в % от страховой суммы
3

2. Поправочный коэффициент, связанный со сроком страхования

Срок страхования (в месяцах)	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
Коэффициент (К1)	0.2	0.3	0.4	0.5	0.6	0.7	0.75	0.8	0.85	0.9	0.95

3. Поправочный коэффициент за возраст Застрахованного лица

Возраст	18-25	26-45	46-55	От 56 и старше
Коэффициент (К2)	1,1	1	0,9	1,2

4. Поправочный коэффициент по профессии и роду деятельности Застрахованного лица

Род деятельности	1	2	3	4	5	6	7
Коэффициент (К3)	3,50	2,50	1,70	1,15	0,90	0,80	1,00

5. Поправочный коэффициент за регион Страхования

Регион	Коэффициент (К4)
Центральный	1,4
Южный	0,95

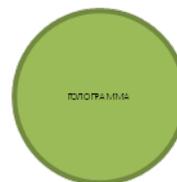
Северо- Западный	0,98
Приволжский	1,2
Уральский	2
Сибирский	2,2
Дальне- Восточный	1
Северо- Кавказский	1,5
Крымский	1,2

Генеральный директор

Маренова Г. А.



СТРАХОВОЙ ПОЛИС ДМС



ТРУДОВЫХ МИГРАНТОВ

СЕРИЯ 001 № 000000001

выдан __. __. 20__ г.

Полис добровольного медицинского страхования иностранных граждан и лиц без гражданства, находящихся на территории Российской Федерации с целью осуществления трудовой деятельности. Является также Заявлением на страхование и подтверждает факт заключения договора добровольного медицинского страхования между ООО Страховая компания «Паритет-СК» (далее – Страховщик) и Страхователем в соответствии с "Правилами добровольного медицинского страхования иностранных граждан и лиц без гражданства, находящихся на территории Российской Федерации с целью осуществления трудовой деятельности" от «29» сентября 2021 г. (далее – Правила). Исполнение и прекращение Договора выполняется согласно Правилам и Программой ДМС трудовых мигрантов Страховщика от "29" сентября 2021г. (далее - Программа).

СТРАХОВЩИК: Общество с Ограниченной Ответственностью Страховая Компания «Паритет-СК». Лицензия ЦБ РФ СЛ № 3268 от 07.05.2015г. Россия, 117152, г. Москва, Загородное шоссе, д. 6, корп. 5. Тел. +7(495) 9582380 ИНН 7705233021 КПП 772601001, р/с 407 018 101 001 800 000 18 в «Банк ВТБ» (ПАО) в г. Москва, к/с 301 018 101 452 500 004 11, БИК 044 525 411, сайт WWW.PARITET-SK.RU

СТРАХОВАТЕЛЬ (для физического лица / индивидуального предпринимателя, далее- ИП):

Ф.И.О. _____	пол	М	Ж
	Гражданство		

Дата рождения: _____	e-mail _____	телефон _____
----------------------	--------------	---------------

ПАСПОРТ <input type="checkbox"/> ИНОЙ ДОКУМЕНТ, удостоверяющий личность <input type="checkbox"/> (указать) _____
Серия - - - - № - - - - - выдан _____
дата выдачи: _____

Адрес места жительства (регистрации) на территории Российской Федерации _____	дата регистрации _____
---	------------------------

(для ИП) данные документа, подтверждающего факт внесения в ЕГРИП _____	дата регистрации _____
Серия _____ № _____ выдан _____	

СТРАХОВАТЕЛЬ (для юридического лица):

форма собственности _____	Наименование организации _____
---------------------------	--------------------------------

сокращенное наименование _____	e-mail _____	телефон _____
--------------------------------	--------------	---------------

Адрес (место нахождения) постоянно действующего исполнительного органа юридического лица _____	дата регистрации _____
--	------------------------

ЗАСТРАХОВАННОЕ ЛИЦО

Ф.И.О.		пол	М	Ж
		Гражданство		
Дата рождения:	e-mail	телефон		
ПАСПОРТ	<input type="checkbox"/>	ИНОЙ ДОКУМЕНТ, удостоверяющий личность		<input type="checkbox"/>
Серия	№	выдан	(указать)	
				дата выдачи:
Адрес места жительства (регистрации) на территории Российской Федерации:			дата регистрации:	
Программа предусматривает оказание Застрахованному лицу первичной медико-санитарной и специализированной медицинской помощи в неотложной форме в случаях заболеваний и состояний, входящих согласно ч.6 ст.35 Федерального закона от 29 ноября 2010 года N 326-ФЗ "Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации" в базовую программу обязательного медицинского страхования, за исключением случаев, предусмотренных в разделе 5 Правил и раздела 3 Программы.				
СТРАХОВАЯ СУММА			СТРАХОВОЙ ТАРИФ	
СТРАХОВАЯ ПРЕМИЯ				
СРОК СТРАХОВАНИЯ	12 месяцев	СРОК ДЕЙСТВИЯ:	с	по
Порядок оплаты - единовременно безналичным платежом на счет Страховщика. Обязательства Страховщика по настоящему полису вступают в силу с даты оплаты страховой премии.				
ТЕРРИТОРИЯ СТРАХОВАНИЯ:	Данный полис действует на территории г. Москва			
ОСОБЫЕ УСЛОВИЯ ДОГОВОРА:	КРУГЛОСУТОЧНЫЙ ТЕЛЕФОН: 8-800-700-17-53			
<p style="font-size: x-small;">В целях надлежащего исполнения Страховщиком договора страхования (Полиса), своевременного принятия решения о признании события страховым случаем и принятия решения об осуществлении страховой выплаты, Я принимаю решение о предоставлении моих персональных данных и даю согласие на их обработку свободно, своей волей и в своем интересе и подтверждаю получение в соответствии с Федеральным законом от 27 июля 2006 года №152-ФЗ «О персональных данных» согласия на обработку персональных данных застрахованных лиц (Выгодоприобретателей), указанных в настоящем полисе. С условиями Договора страхования и Программой страхования согласен. Правила страхования мне вручены.</p>				
СТРАХОВАТЕЛЬ (ПРЕДСТАВИТЕЛЬ):		СТРАХОВЩИК (ПРЕДСТАВИТЕЛЬ):		
Должность				
Доверенность				
_____		_____		
М.П.		М.П.		

Утверждаю

**Генеральный директор
ООО СК «Паритет-СК»**

_____/Маренова Г. А./
29 сентября 2021 г.

ПРОГРАММА ДМС ТРУДОВЫХ МИГРАНТОВ

Программа ДМС трудовых мигрантов предусматривает получение застрахованным лицом первичной медико-санитарной и специализированной медицинской помощи в неотложной форме в случаях заболеваний и состояний, входящих в базовую программу обязательного медицинского страхования.

Застрахованными лицами по договору ДМС являются иностранные граждане и лица без гражданства, прибывшие на территорию РФ и осуществляющие трудовую деятельность на основании официального разрешения на работу.

1. ОБЪЕМ ПРЕДОСТАВЛЯЕМЫХ УСЛУГ.

1.1. При наступлении страхового случая подлежат оплате медицинские услуги, оказываемые в рамках первичной медико-санитарной помощи и специализированной медицинской помощи в неотложной и экстренной форме по поводу заболеваний и состояний, входящих согласно части 6 статьи 35 Федерального закона от 29 ноября 2010 года № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» в базовую программу обязательного медицинского страхования с учетом особенностей, установленных пунктом 3 Программы.

1.2. Программа предусматривает организацию и оплату следующих медицинских услуг, а также оплату используемых медицинским персоналом лекарственных препаратов, включенных в утверждаемый Правительством Российской Федерации перечень жизненно необходимых и важнейших лекарственных препаратов для медицинского применения, и медицинских изделий, включенных в утверждаемый Правительством Российской Федерации перечень медицинских изделий, имплантируемых в организм человека при оказании медицинской помощи в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи, в том числе оплату лечебного питания в стационаре и донорской крови и ее компонентов.

1.2.1. Первичная медико-санитарная помощь в неотложной и экстренной форме:

– первичные, повторные, консультативные приемы, выполняемые по медицинским показаниям врачами различных специальностей, экспертиза временной нетрудоспособности;

– диагностические услуги, оказанные по поводу заболевания, послужившего причиной обращения за медицинской помощью, в соответствии с медицинскими показаниями: рентгенологические исследования, компьютерная и магнитно-резонансная томография, функциональная диагностика, ультразвуковые исследования, эндоскопические исследования, лабораторная диагностика: общеклинические, биохимические, бактериологические исследования, серологические исследования;

– лечебные манипуляции, выполняемые при оказании первичной медико-санитарной помощи по поводу заболевания, послужившего причиной обращения за медицинской помощью;

- стоматологические услуги, оказываемые при осложненном кариесе, пульпите и периодонтите;
- гнойно-воспалительных заболеваниях: воспалительный инфильтрат, пародонтальный абсцесс, периостит, обострение хронического пародонтита: первичные осмотры стоматологом-терапевтом, стоматологом-хирургом;
- прицельная рентгенография (дентальные снимки);
- местная анестезия (проводниковая, инфильтрационная);
- объем услуг по стоматологии терапевтической: препарирование зуба, наложение девитализирующей пасты, наложение временной пломбы; наложение лекарственной повязки;
- объем услуг по стоматологии хирургической: удаление зуба по медицинским показаниям, вскрытие абсцессов, выполнение послабляющих разрезов.

1.2.2. Скорая медицинская помощь:

оказывается только в случаях необходимости оказания медицинской помощи в экстренной форме.

1.2.2.1. Услуги скорой медицинской помощи организуются Страховщиком при наличии договорных отношений с медицинскими учреждениями, имеющими лицензию на оказание услуг по скорой и неотложной медицинской помощи на возмездной основе.

1.2.2.2. В случае отсутствия таких медицинских учреждений в населенном пункте по месту нахождения Застрахованного скорая и неотложная медицинская помощь оказывается Застрахованному муниципальной службой скорой и неотложной медицинской помощи. Федеральный номер для вызова муниципальной службы СиНМП «112».

Услуги службы скорой медицинской помощи:

- выезд бригады скорой помощи;
 - осмотр больного; проведение экспресс-диагностики в объеме, который определяется медицинскими показаниями;
 - купирование неотложного состояния;
 - организация и медицинская транспортировка при необходимости госпитализации.
- 1.2.3. Специализированная медицинская помощь в неотложной и экстренной форме:
- консультации врачей-специалистов;
 - лабораторные и инструментальные исследования;
 - компьютерная и магнитно-резонансная томография;
 - хирургическое и консервативное лечение, в том числе лечение в отделении интенсивной терапии;
 - лекарственные средства и другие необходимые для лечения средства, в том числе имплантируемые в организм человека медицинские изделия в соответствии с установленным настоящей Программой перечнем (п. 1.2 Программы);
 - пребывание в стандартной (общей) палате;
 - экспертиза временной нетрудоспособности;
 - оформление различной медицинской документации.

2. ПОРЯДОК ОБРАЩЕНИЯ ЗАСТРАХОВАННЫХ ЗА МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩЬЮ

2.1. Для организации первичной медико-санитарной и специализированной медицинской помощи в экстренной и неотложной форме Застрахованному необходимо обратиться в контакт-центр по телефонам, указанным в страховом полисе.

2.2. Медицинская помощь организуется в медицинских учреждениях, определяемых Страховщиком, в режиме их работы при наличии у Застрахованного Полиса и документа, удостоверяющего личность.

3. ИСКЛЮЧЕНИЯ ИЗ ПРОГРАММЫ

3.1. В Программу не входят и не подлежат оплате следующие услуги:

- по оказанию Застрахованному медицинской помощи, не назначенной врачом, оказывающим медицинскую помощь в рамках Программы;
- по оказанию Застрахованному 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 (болезнь, вызванная вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ), вирусные лихорадки, передаваемые членистоногими, и вирусные геморрагические лихорадки, гельминтозы, вирусные гепатиты В и С, дифтерия, инфекции, передающиеся преимущественно половым путем, лепра, малярия, педикулез, акариоз и другие инфестации, сип и мелиоидоз, сибирская язва, туберкулез, холера, чума);
- медицинские услуги при злокачественных новообразованиях, сахарном диабете, психических расстройствах и расстройствах поведения;
- по оказанию Застрахованному высокотехнологичной медицинской помощи;
- по оказанию Застрахованному медицинской помощи при патологических состояниях, отравлениях и травмах, возникших у Застрахованного в состоянии любой формы алкогольного опьянения или под воздействием иных психоактивных веществ и/или лекарственных препаратов, употребленных без назначения врача;
- по оказанию Застрахованному медицинской помощи при возникновении травматических повреждений или иных нарушений здоровья, наступивших в результате совершения Застрахованным умышленных противоправных действий;
- по оказанию Застрахованному медицинской помощи при покушении Застрахованного на самоубийство, за исключением тех случаев, когда Застрахованный был доведен до такого состояния противоправными действиями третьих лиц;
- по оказанию медицинской помощи при умышленном причинении себе телесных повреждений Застрахованным;
- связанные с беременностью, родами, послеродовым периодом и абортами Застрахованного;
- медицинские услуги, оказанные по событию, признанному нестраховым случаем;
- медицинские услуги, не предусмотренные настоящей Программой;
- услуги, полученные Застрахованным в медицинском учреждении без направления и без согласования со Страховщиком;
- услуги, полученные Застрахованным вне Территории действия договора страхования.

3.2. Не подлежат оплате услуги, возмещению расходы на приобретение Страхователем (Застрахованным) лекарственных препаратов и медицинских изделий, в том числе при оказании первичной медико-санитарной помощи, за исключением предусмотренных в настоящей Программе.