

**ПУБЛИЧНОЕ АКЦИОНЕРНОЕ ОБЩЕСТВО
«СТРАХОВАЯ КОМПАНИЯ ГАЙДЕ»**

УТВЕРЖДАЮ

Генеральный директор

Т.М. Гай

«26» мая 2016 г.



**ПРАВИЛА
комбинированного добровольного медицинского страхования трудовых
мигрантов**

г. Санкт-Петербург

СОДЕРЖАНИЕ

1. ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ. ОПРЕДЕЛЕНИЯ
2. ОБЪЕКТ СТРАХОВАНИЯ
3. СТРАХОВЫЕ РИСКИ. СТРАХОВЫЕ СЛУЧАИ
4. СТРАХОВАЯ СУММА
5. СТРАХОВЫЕ ТАРИФЫ И СТРАХОВАЯ ПРЕМИЯ
6. ПОРЯДОК ЗАКЛЮЧЕНИЯ, ИСПОЛНЕНИЯ И ПРЕКРАЩЕНИЯ ДОГОВОРА СТРАХОВАНИЯ
7. ПРАВА И ОБЯЗАННОСТИ СТОРОН
8. ОБЯЗАТЕЛЬСТВА СТОРОН ПРИ НАСТУПЛЕНИИ СОБЫТИЯ, ИМЕЮЩЕГО ПРИЗНАКИ СТРАХОВОГО СЛУЧАЯ
9. СТРАХОВАЯ ВЫПЛАТА
10. ОСНОВАНИЯ ОТКАЗА В ПРИЗНАНИИ СОБЫТИЯ СТРАХОВЫМ СЛУЧАЕМ (В ОСУЩЕСТВЛЕНИИ СТРАХОВОЙ ВЫПЛАТЫ)
11. ФОРС-МАЖОР
12. ПОРЯДОК РАЗРЕШЕНИЯ СПОРОВ

1. ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ. ОПРЕДЕЛЕНИЯ

1.1. Настоящие Правила комбинированного добровольного медицинского страхования трудовых мигрантов (далее - Правила) приняты в соответствии с действующим законодательством Российской Федерации и содержат в себе общие (стандартные) условия и порядок страхования, в соответствии с которыми Публичное акционерное общество «Страховая компания ГАЙДЕ», имеющее лицензию на осуществление страховой деятельности (далее – Страховщик), заключает со Страхователями договоры комбинированного добровольного медицинского страхования трудовых мигрантов (далее – Договоры).

1.2. По Договору (Полису) (далее именуемые «Договор»), заключенному на основании настоящих Правил, Страховщик обязуется за обусловленную Договором плату (страховую премию) при наступлении события, произошедшего в период страхования (страхового покрытия), признанного Страховщиком страховым случаем, предусмотренным Договором, организовать предоставление (оказание) и произвести оплату первичной медико-санитарной помощи и специализированной медицинской помощи (а также скорой медицинской помощи, если это предусмотрено Договором и/или Программой страхования) в неотложной и экстренной форме, потребность в которой явилась следствием внезапного расстройства здоровья физического лица (Застрахованного), в т.ч. в результате несчастного случая (травмы), и (или) произвести оплату расходов по организации и осуществлению репатриации Застрахованного в страну постоянного проживания в случае его смерти, а также в случае необходимости досрочного возвращения Застрахованного по причине внезапного расстройства здоровья, в т.ч. в результате несчастного случая (травмы), повлекшего необходимость пребывания Застрахованного на стационарном лечении. Страховщик организует и оплачивает предоставление медицинских услуг и услуг по репатриации в соответствии с условиями Договора и Программой страхования, в пределах определенной Договором страховой суммы.

1.3. При заключении Договора на условиях, содержащихся в настоящих Правилах, эти Правила становятся неотъемлемой частью Договора и обязательны для исполнения Страхователем (Застрахованным) и Страховщиком. Условия, содержащиеся в Правилах и не включенные в текст Договора, обязательны для Страхователя (Застрахованного), если в тексте Договора имеется ссылка на данные Правила, а сами правила вручены Страхователю при заключении Договора и (или) размещены на официальном сайте Страховщика в сети «Интернет».

1.4. В Договоре оговариваются конкретные условия страхования. По соглашению Сторон в Договор могут быть включены иные условия, дополнения, исключения, уточнения, не противоречащие действующему законодательству Российской Федерации. При наличии расхождений между положениями Договора и настоящих Правил преимущественную силу имеют положения Договора.

1.5. Страховщик и Страхователь являются Сторонами по Договору (далее по тексту Правил по отдельности Сторона или при совместном прочтении Стороны).

1.6. Термины и понятия, применяемые в Правилах:

1.6.1. Страховщик – Публичное акционерное общество «Страховая компания ГАЙДЕ», юридическое лицо, созданное в соответствии с законодательством Российской Федерации для осуществления страховой деятельности и действующее на основании лицензии, полученной в установленном порядке.

1.6.2. Страхователь – юридическое лицо любой организационно-правовой формы, предусмотренной законодательством Российской Федерации, гражданин, занимающийся предпринимательской деятельностью без образования юридического лица (индивидуальный предприниматель), зарегистрированный в установленном порядке, дееспособное физическое лицо (гражданин Российской Федерации, иностранный гражданин, лицо без гражданства), заключившее со Страховщиком Договор в соответствии с настоящими Правилами. Страхователи - юридические лица заключают со Страховщиком Договоры о страховании третьих лиц в пользу последних (Застрахованных лиц) – договоры коллективного страхования. Страхователи - физические лица - заключают со Страховщиком Договоры в свою пользу (в этом случае они считаются Застрахованными) или о страховании третьих лиц в пользу последних (Застрахованных лиц).

1.6.3. Указание ЦБ РФ N 3793-У – Указание Банка России от 13.09.2015 N 3793-У «О минимальных (стандартных) требованиях к условиям и порядку осуществления медицинского страхования в части добровольного медицинского страхования иностранных граждан и лиц без гражданства, находящихся на территории Российской Федерации с целью осуществления ими трудовой деятельности».

1.6.4. Трудовой мигрант – иностранный гражданин или лицо без гражданства, прибывшее в Российскую Федерацию и намеревающееся осуществлять или осуществляющее трудовую деятельность на основании разрешения на работу или патента.

1.6.5. Застрахованный (Застрахованное лицо) – физическое лицо, являющееся трудовым мигрантом, в отношении которого заключен Договор, на основании которого Застрахованный получает медицинскую помощь, а также расходы по репатриации которого в страну постоянного проживания являются объектом страхования.

1.6.6. Страховой риск – это предполагаемое событие, на случай наступления которого, в соответствии с настоящими Правилами, проводится страхование, обладающее признаками вероятности и случайности его наступления.

1.6.7. Страховой случай – предусмотренное настоящими Правилами, Договором, Программой страхования событие, совершившееся в период страхования на территории страхования, с наступлением которого возникает обязанность Страховщика осуществить страховую выплату - оплату за медицинские услуги, которые были или будут оказаны Застрахованному лицу в Медицинских организациях в соответствии с Программой страхования, а также за иные предусмотренные Правилами, Договором, Программой страхования расходы. Признание события страховым случаем фиксируется решением Страховщика, отраженным в Страховом акте. До момента составления (подписания) Страховщиком Страхового акта, признающего событие страховым случаем, событие считается имеющим признаки страхового случая.

1.6.8. Программа добровольного медицинского страхования трудовых мигрантов (далее – Программа страхования) – перечень медицинских услуг, оплачиваемых Страховщиком, и порядок их оказания, видов обслуживания, страховых рисков и возможных расходов, которые возмещаются по Договору. Программа страхования является приложением к Правилам и признается неотъемлемой частью Договора. Обслуживание Застрахованного производится только и исключительно в соответствии с Программой страхования. Если иное не предусмотрено Договором, обслуживание Застрахованного производится в соответствии с Программой страхования «Комплексная медицинская помощь (АП, СМГ, ЭГ, ДВ, Рп)» (для трудовых мигрантов).

1.6.9. Страховая сумма – денежная сумма, которая определена в порядке, установленном настоящими Правилами и Договором при его заключении, исходя из которой устанавливаются размер страховой премии и размер страховой выплаты при наступлении страхового случая и в пределах которой Страховщик обязуется осуществить страховую выплату по Договору. Если иное не определено Договором, сумма всех страховых выплат по всем страховым случаям по Договору не может превышать страховую сумму, указанную в Договоре.

1.6.10. Страховая выплата – денежная сумма, которая определяется в порядке, установленном настоящими Правилами и Договором, и выплачивается Страховщиком при наступлении страхового случая (признании Страховщиком наступившего события страховым случаем). Страховая выплата осуществляется в пределах определенной Договором страховой суммы. Получателем страховой выплаты, если иное не предусмотрено Договором, признается Медицинская организация, оказавшая медицинскую помощь Застрахованному, и/или Сервисная компания, которая понесла расходы по репатриации Застрахованного в страну постоянного проживания, и/или Застрахованный либо иное лицо, которое понесло соответствующие расходы, если они были понесены по согласованию со Страховщиком (Сервисной компанией) при обращении в диспетчерскую службу Страховщика (Сервисной компании) в соответствии с Правилами, Договором, Программой страхования.

1.6.11. Страховой тариф – ставка страховой премии с единицы страховой суммы, устанавливаемая с учетом объекта страхования и характера страхового риска, а также других условий страхования, в том числе наличия франшизы и ее размера в соответствии с условиями страхования.

1.6.12. Страховая премия (страховой взнос) - денежная сумма, уплачиваемая Страхователем по Договору Страховщику в качестве платы за страхование. Страховая премия уплачивается Страхователем в валюте Российской Федерации, за исключением случаев, предусмотренных валютным законодательством Российской Федерации и принятыми в соответствии с ним нормативными правовыми актами органов валютного регулирования.

1.6.13. Период страхования (страхового покрытия) – период времени между датами, указанными в Договоре, в течение которого могут произойти события, имеющие признаки страхового случая в соответствии с условиями Договора и настоящих Правил.

Страхование, обусловленное Договором, если в Договоре не предусмотрен иной срок начала действия периода страхования, распространяется на события, произошедшие с 00 час. 00 мин. с даты, указанной в Договоре в качестве начала периода страхования, и действует до 23 час. 59 мин. 59 с. дня, указанного в Договоре как день окончания периода страхования. Ответственность Страховщика начинается с даты, указанной в Договоре в качестве начала периода страхования. Дата окончания периода страхования (ответственности Страховщика) указывается в Договоре.

1.6.14. Медицинская организация – 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, и с которым Страховщиком заключен договор о предоставлении медицинских услуг.

1.6.15. Сервисная компания – организация, которая по договору со Страховщиком организует оказание медицинской помощи и/или медицинского сопровождения (в т.ч. консультирования и направления на медицинское обслуживание) Застрахованных, а также услуги по репатриации Застрахованных и, при необходимости (на основании договора со Страховщиком), оплачивающая расходы, в т.ч. расходы по репатриации.

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

1.6.17. Первичная медико-санитарная помощь – мероприятия по диагностике и лечению заболеваний. Перечень предоставляемой первичной медико-санитарной помощи устанавливается Договором и/или Программой страхования.

1.6.18. Специализированная медицинская помощь – мероприятия по диагностике и лечению заболеваний, требующих использования специальных методов диагностики и лечения. Перечень предоставляемой специализированной медицинской помощи устанавливается Договором и/или Программой страхования.

1.6.19. Неотложная медицинская помощь – медицинская помощь, оказываемая при внезапных острых заболеваниях, состояниях, травмах, обострении хронических заболеваний без явных признаков угрозы жизни Застрахованного.

1.6.20. Экстренная медицинская помощь – медицинская помощь, оказываемая при внезапных острых заболеваниях, состояниях, обострении хронических заболеваний, травмах, представляющих угрозу жизни Застрахованного.

1.6.21. Медицинская услуга – медицинское вмешательство или комплекс медицинских вмешательств, направленных на диагностику и лечение заболеваний и имеющих самостоятельное законченное значение. Конкретный перечень медицинских услуг, оказываемых Застрахованным, указывается в Договоре и/или Программе страхования.

1.6.22. Репатриация – возвращение Застрахованного в страну постоянного проживания при наступлении страхового случая.

1.6.23. Страна постоянного проживания – страна, гражданином которой является Застрахованное лицо, или имеет вид на жительство или иной документ, подтверждающий право постоянного проживания в соответствии с законодательством этой страны.

2. ОБЪЕКТЫ СТРАХОВАНИЯ

2.1. Объектом страхования в соответствии с Правилами являются не противоречащие законодательству Российской Федерации имущественные интересы Страхователя (Застрахованного лица), связанные:

2.1.1. с расходами по организации и оказанию первичной медико-санитарной помощи и специализированной медицинской помощи (а также скорой медицинской помощи, если это предусмотрено Договором и/или Программой страхования) в неотложной и экстренной форме, необходимыми вследствие внезапного расстройства здоровья физического лица (Застрахованного), в т.ч. в результате несчастного случая (травмы), требующего организации и оказания таких услуг;

2.1.2. с расходами по организации и осуществлению репатриации Застрахованного в страну постоянного проживания в случае его смерти, а также в случае необходимости досрочного возвращения Застрахованного по причине внезапного расстройства здоровья, в т.ч. в результате несчастного случая (травмы), повлекшего необходимость пребывания Застрахованного на стационарном лечении.

3. СТРАХОВЫЕ РИСКИ. СТРАХОВЫЕ СЛУЧАИ

3.1. Страховыми рисками в соответствии с настоящими Правилами признаются следующие события (указанные в кавычках краткие названия страховых рисков приведены для удобства оформления Договоров и не могут использоваться для определения событий, на случай наступления которых проводится страхование):

3.1.1. **«Скорая медицинская помощь»** – возникновение непредвиденных медико-транспортных расходов, т.е. расходов на транспортировку Застрахованного медицинским транспортом, включая медицинское сопровождение (с медицинской бригадой, если это необходимо) с места заболевания (происшествия) в Медицинскую организацию, в которую он направлен Страховщиком (Сервисной компанией).

3.1.2. **«Медицинская помощь в условиях стационара»** – обращение Застрахованного лица в течение периода страхования в Медицинские организации, если это обращение согласовано и/или организовано Страховщиком (Сервисной компанией), за получением первичной медико-санитарной помощи и (или) специализированной медицинской помощи в условиях стационара в неотложной и (или) экстренной форме в случаях заболеваний и состояний, входящих согласно части шестой статьи 35 Федерального закона от 29.11.2010 N 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» в базовую программу обязательного медицинского страхования с учетом особенностей, установленных пунктом 3 Указания ЦБ РФ N 3793-У, Договором и Программой страхования.

При наличии или выявлении хронического или постоянного заболевания Страховщик оплачивает только купирование его обострения, требующего оказания медицинской помощи в неотложной и (или) экстренной форме, дальнейшее лечение Страховщиком не оплачивается.

Если состояние Застрахованного требует пребывания его на стационарном лечении и вместе с тем позволяет организовать транспортировку Застрахованного (при необходимости со специальным медицинским сопровождением, специальными средствами и приспособлениями) до ближайшего к месту постоянного проживания в Стране постоянного проживания аэропорта или вокзала, то Страховщик (Сервисная компания) вправе организовать и осуществить такую транспортировку Застрахованного. Возможность транспортировки Застрахованного определяется Страховщиком (Сервисной компанией). Необходимость медицинского сопровождения, специальных средств и приспособлений определяется Страховщиком (Сервисной компанией). Страховщик оставляет за собой право выбора между продолжением лечения или транспортировкой Застрахованного в Страну постоянного проживания.

3.1.3. **«Амбулаторная медицинская помощь»** – обращение Застрахованного лица в течение периода страхования в Медицинские организации, если это обращение согласовано и/или организовано Страховщиком (Сервисной компанией), за получением амбулаторной первичной медико-санитарной помощи и (или) специализированной медицинской помощи в неотложной и (или) экстренной форме в случаях заболеваний и состояний, входящих согласно части шестой статьи 35 Федерального закона от 29.11.2010 N 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» в базовую программу обязательного медицинского страхования с учетом особенностей, установленных пунктом 3 Указания ЦБ РФ N 3793-У, Договором и Программой страхования.

3.1.4. **«Досрочное возвращение Застрахованного»** – досрочное возвращение (репатриация) Застрахованного, а именно расходы Застрахованного на проезд к месту постоянного проживания в Стране постоянного проживания в один конец экономическим классом, а также расходы на проезд до вокзала (аэропорта), в случае, если отъезд Застрахованного не состоялся вовремя, (т.е. в день, указанный в проездных документах, находящихся на руках у Застрахованного) по причине внезапного расстройства здоровья, в т.ч. в результате несчастного случая (травмы), повлекшего необходимость пребывания Застрахованного на стационарном лечении. Застрахованный обязан сделать все от него зависящее, чтобы вернуть (сдать) неиспользованные проездные документы. При несоблюдении данного условия Страховщик вправе вычесть из суммы страховой выплаты стоимость несданных Застрахованным проездных документов.

3.1.5. **«Репатриация»** – возникновение непредвиденных расходов на репатриацию в случае смерти Застрахованного, т.е. расходов на репатриацию тела умершего до ближайшего к месту постоянного проживания в Стране постоянного проживания аэропорта или вокзала.

По согласованию с родственниками умершего Застрахованного репатриация тела умершего может быть заменена кремацией на территории страхования. При этом страховая выплата за расходы на кремацию осуществляется в пределах частной страховой суммы, указанной в Договоре в отношении страхового риска «Репатриация».

3.2. Перечень конкретных страховых рисков согласовывается между Страховщиком и Страхователем и указывается в Договоре и/или Программе страхования. Страховые риски, указанные в п. 3.1.1., 3.1.2., 3.1.3. настоящих Правил, могут совместно упоминаться в настоящих Правилах, Программе страхования, Договоре как «Первичная медико-санитарная помощь и специализированная медицинская помощь в неотложной и (или) экстренной форме».

3.3. Страховым случаем, с наступлением которого возникает обязанность Страховщика произвести страховую выплату (при условии соблюдения Страхователем (Застрахованным) условий Договора и настоящих Правил), является совершившееся на территории страхования в период страхования событие из числа указанных в п. 3.1. настоящих Правил, предусмотренное Договором и Программой страхования, не являющееся исключением (т.е. событием, указанным в п. 3.7., п. 3.8., п. 3.9., п. 3.10. настоящих Правил), с учетом п. 9.5. настоящих Правил, Раздела 10 настоящих Правил и иных положений настоящих Правил.

3.4. Датой наступления страхового случая, предусмотренного п. 3.3. настоящих Правил, признается:

3.4.1. по рискам, указанным в п. 3.1.1., 3.1.2., 3.1.3., 3.1.4. Правил – дата обращения Застрахованного в Медицинскую организацию за получением медицинской помощи;

3.4.2. по риску, указанному в п. 3.1.5. Правил – дата смерти Застрахованного либо, если Застрахованный был госпитализирован по риску, указанному в п. 3.1.2. Правил, не позднее даты окончания периода страхования, но при этом в связи с состоянием его здоровья продолжалось оказание ему медицинских услуг, и при этом он умер в стационаре после окончания периода страхования – дата госпитализации Застрахованного.

3.5. Страховщик при наступлении страхового случая организует предоставление медицинских услуг Застрахованному лицу, а также их оплату:

3.5.1. по рискам, указанным в п. 3.1.1., 3.1.3. Правил – до окончания периода страхования;

3.5.2. по риску, указанному в п. 3.1.2. Правил – до момента выписки из стационара или, если смерть Застрахованного произошла в стационаре, до момента смерти Застрахованного.

3.6. Положения п. 3.5.2. настоящих Правил применяются также в случае, если обращение Застрахованного лица по риску, указанному в п. 3.1.2. Правил, произошло в течение периода страхования (то есть, дата госпитализации должна быть не позднее даты окончания периода страхования), но на дату окончания периода страхования состояние здоровья Застрахованного лица требует продолжения оказания

ему медицинских услуг в условиях стационара. При этом сумма страховых выплат не может превысить страховую сумму, указанную в Договоре.

3.7. Во всех случаях, если иное не предусмотрено Договором (Программой страхования), не является страховым случаем и не влечет обязанности Страховщика по осуществлению страховой выплаты обращение Застрахованного лица в Медицинскую организацию с целью получения медицинских услуг (медицинской помощи):

3.7.1. по оказанию Застрахованному лицу медицинской помощи, не назначенной врачом, оказывающим медицинскую помощь в рамках Программы страхования;

3.7.2. по оказанию Застрахованному лицу медицинской помощи при особо опасных инфекционных болезнях (натуральная оспа, полиомиелит, малярия ТОРС), заболеваниях, включенных в утверждаемый Правительством Российской Федерации перечень заболеваний, представляющих опасность для окружающих (в соответствии с частью 2 статьи 43 Федерального закона от 21.11.2011 N 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»), а также при злокачественных новообразованиях, сахарном диабете, психических расстройствах и расстройствах поведения;

3.7.3. по оказанию Застрахованному лицу высокотехнологичной медицинской помощи;

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

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

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

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

3.7.8. связанных с беременностью, родами, послеродовым периодом и абортми Застрахованного лица.

3.8. Во всех случаях, если иное не предусмотрено Договором (Программой страхования), не является страховым случаем и не влечет обязанности Страховщика по осуществлению страховой выплаты обращение Застрахованного лица в Медицинскую организацию с целью получения медицинских услуг (медицинской помощи) при следующих заболеваниях, расстройствах здоровья и состояниях:

3.8.1. возникших в результате применения терапевтических или оперативных методов лечения, которые Застрахованное лицо применяет сам по отношению к себе или поручает другому лицу;

3.8.2. возникших или обострившихся в результате нарушения Застрахованным предписаний лечащего врача и/или отказа Застрахованного от рекомендованной медицинской помощи;

3.8.3. расстройствах здоровья, в т.ч. в результате несчастного случая (травмы), состояний Застрахованного, которые не требуют оказания медицинской помощи в неотложной или экстренной форме;

3.8.4. хронических заболеваний, кроме купирования их обострений, требующих оказания медицинской помощи в неотложной и (или) экстренной форме (частная страховая сумма по таким расходам может быть указана в Договоре);

3.8.5. заболеваниях, которые были диагностированы у Застрахованного до въезда на территорию Российской Федерации (кроме обострений хронических заболеваний);

3.8.6. алкоголизме, наркомании, токсикомании и их осложнениях;

3.8.7. заболеваниях и состояниях, требующих применения косметической и/или пластической хирургии, кроме случаев, требующих оказания медицинской помощи в неотложной и (или) экстренной форме;

3.8.8. аллергических заболеваниях, кроме случаев, требующих оказания медицинской помощи в неотложной и (или) экстренной форме.

3.9. При страховании в соответствии с настоящими Правилами не признаются страховыми случаями и не влекут обязанности Страховщика по осуществлению страховой выплаты убытки и (или) расстройства здоровья Страхователя (Застрахованного):

3.9.1. возникшие вследствие воздействия ядерного взрыва, радиации или радиоактивного заражения;

3.9.2. возникшие вследствие участия Застрахованного в военных действиях, а также маневрах или иных военных мероприятиях, гражданской войне, народных волнениях всякого рода или забастовках;

3.9.3. возникшие вне периода страхования;

3.9.4. возникшие до начала действия разрешения на работу или патента Застрахованного и после окончания его действия;

3.9.5. произошедшие вне пределов территории страхования;

3.9.6. произошедшие с 00 часов 00 минут даты, следующей за датой, указанной в Договоре как дата уплаты страховой премии (очередного платежа по страховой премии), в случае неуплаты

Страхователем страховой премии (очередного платежа по страховой премии) в размере и сроки, предусмотренные Договором;

3.9.7. расходы в части их превышения над страховой суммой;

3.9.8. расходы на получение медицинских и иных услуг, не согласованных со Страховщиком (Сервисной компанией);

3.9.9. расходы на оплату любых профилактических мероприятий, карантинных мероприятий, вакцинаций, дезинфекций, диспансерного наблюдения;

3.9.10. расходы на диагностические исследования, кроме исследований, необходимых для диагностики внезапного заболевания или несчастного случая (травм), а также минимально необходимого объема диагностических исследований (частная страховая сумма по таким расходам может быть указана в Договоре) в связи с хроническим заболеванием (или его обострением), если данное заболевание потребовало оказания медицинской помощи в неотложной и (или) экстренной форме;

3.9.11. расходы на оказание Застрахованному лицу медицинской помощи в плановой форме;

3.9.12. расходы, не являющиеся необходимыми с точки зрения лечения заболевания;

3.9.13. расходы на обследование с целью выдачи справок на автовождение, на право ношения оружия, для трудоустройства, для посещения спортивно-оздоровительных мероприятий; для поступления в учебные заведения; для оформления выезда за рубеж, в бассейн, оформление санаторно-курортных карт;

3.9.14. расходы, связанные с предоставлением дополнительного комфорта, не предусмотренного Договором, во время пребывания в Медицинской организации, в частности: одноместные или двухместные палаты, палаты типа «люкс», телевизор, телефон, кондиционер, услуги парикмахера, переводчика и т.п.;

3.9.15. расходы на лечение, назначенное и проведенное членом семьи Застрахованного лица или Страхователя;

3.9.16. расходы на предоставление результатов медицинской экспертизы, лабораторные и другие исследования, не связанные со страховым случаем;

3.9.17. расходы на лечение, проведенное Медицинской организацией, не имеющей соответствующей лицензии, или лицом, не имеющим права заниматься медицинской практикой;

3.9.18. убытки вследствие курсовой разницы, упущенная выгода, простой, потеря дохода, другие косвенные и коммерческие убытки и расходы Страхователя (Застрахованного), такие как: утрата трудового дохода, суммы штрафных санкций (в т.ч. неустойки, пени), расходы на проживание в гостинице во время урегулирования события, имеющего признаки страхового, командировочные расходы, расходы на телефонные переговоры и т.п.;

3.9.19. причинение морального вреда.

3.10. Страховщик не осуществляет страховые выплаты за следующие медицинские услуги:

3.10.1. медицинский уход на дому за больным Застрахованным, выполнение медицинских услуг на дому, индивидуальный пост, госпитализация для реабилитационного лечения, услуги стационара одного дня;

3.10.2. не предусмотренные Договором и/или Программой страхования;

3.10.3. лицу, не являющемуся Застрахованным по Договору.

3.11. В Договоре и/или Программе страхования по соглашению сторон могут быть предусмотрены и иные исключения из страхования в зависимости от оцениваемой Страховщиком при заключении Договора степени риска в отношении объекта страхования, вероятности наступления страхового случая и размера возможных убытков от его наступления.

3.12. Медицинская помощь в неотложной (экстренной) форме в условиях стационара оказывается в соответствии с порядками оказания медицинской помощи и стандартами медицинской помощи, утверждаемыми уполномоченным федеральным органом исполнительной власти, распространяющимися на расстройство здоровья Застрахованного, в т.ч. в результате несчастного случая (травмы), явившееся причиной госпитализации в стационаре.

3.13. Для получения медицинских услуг Застрахованный обязан обратиться за организацией оказания медицинской помощи к Страховщику или в Сервисную компанию, указанную Страховщиком в Договоре страхования (или Программе страхования).

3.14. При обращении в Медицинскую организацию Застрахованный обязан предъявить паспорт или иной документ, удостоверяющий его личность, а также Договор (Страховой полис).

3.15. Медицинская организация, с которой Страховщик заключил соответствующий договор на оказание медицинских услуг, в случае отсутствия у нее по преysкранту и/или роду деятельности (специализации) соответствующих услуг, может организовать оказание таких медицинских услуг в других Медицинских организациях, при обязательном письменном согласовании со Страховщиком, если иное не предусмотрено договором между Страховщиком и Медицинской организацией.

3.16. Территория страхования: действие Договора распространяется на события, произошедшие на территории Российской Федерации, если иное не предусмотрено Договором.

4. СТРАХОВАЯ СУММА

4.1. Страховая сумма – денежная сумма, которая определена в порядке, установленном настоящими Правилами и Договором при его заключении, исходя из которой устанавливаются размер страховой премии и размер страховой выплаты при наступлении страхового случая, в пределах которой Страховщик обязуется осуществить страховую выплату по Договору.

4.2. Страховая сумма устанавливается по согласованию между Страхователем и Страховщиком на всех Застрахованных или на каждого Застрахованного и определяется исходя из Программы страхования, возраста Застрахованного, периода страхования и иных условий.

4.3. Страховая сумма устанавливается в российских рублях, если иное не предусмотрено Договором.

4.4. Договором устанавливается страховая сумма (в т.ч. отдельные (частные) страховые суммы по отдельным страховым рискам, по отдельным Застрахованным и/или группам Застрахованных, по отдельным видам медицинских услуг (медицинской помощи)), в пределах которой Страховщик осуществляет страховую выплату по Договору. Страховая сумма по группе страховых рисков «Первичная медико-санитарная помощь и специализированная медицинская помощь в неотложной и (или) экстренной форме» устанавливается в размере не менее 100 000 рублей на каждого Застрахованного на период страхования по Договору. Страховая сумма является максимальным размером страховой выплаты, в пределах которой Страховщик осуществляет выплату по всем страховым случаям, произошедшим в период страхования. Страховая сумма устанавливается в виде уменьшаемой страховой суммы, рассчитываемой как разность страховой суммы на начало периода страхования и суммы страховых выплат, осуществленных Страховщиком по всем произошедшим в период страхования страховым случаям (далее - агрегатная страховая сумма). Страховая сумма считается уменьшенной с даты наступления страхового случая. Страхователь имеет право по согласованию со Страховщиком восстановить первоначальный размер страховой суммы. Страховая сумма может быть восстановлена путем заключения дополнительного соглашения к Договору на оставшийся период страхования с уплатой соответствующей дополнительной страховой премии. Дополнительное соглашение оформляется в той же форме и том же порядке, что и Договор, с указанием восстановленной страховой суммы и дополнительной страховой премии, подлежащей оплате. Страховая сумма считается восстановленной с даты подписания дополнительного соглашения, если Договором или дополнительным соглашением не предусмотрено иное.

5. СТРАХОВЫЕ ТАРИФЫ И СТРАХОВАЯ ПРЕМИЯ

5.1. Под страховой премией понимается плата за страхование, которую Страхователь обязан уплатить Страховщику в порядке и в сроки, установленные Договором. Страховая премия рассчитывается как произведение страховой суммы на страховой тариф.

5.2. Страховой тариф представляет собой ставку страховой премии с единицы страховой суммы.

Страховой тариф исчисляется как произведение базового страхового тарифа на величину поправочных коэффициентов. Размер страхового тарифа устанавливается с учетом объекта страхования и характера страхового риска, а также других условий страхования, в том числе наличия франшизы и ее размера в соответствии с условиями страхования. Размеры страховых тарифов по конкретному Договору устанавливаются по соглашению сторон при его заключении.

5.3. Страховая премия оплачивается Страхователем единовременно, если иное не согласовано Сторонами в Договоре.

Порядок и сроки уплаты страховой премии определяются в Договоре по соглашению Сторон.

5.4. Оплата страховой премии производится Страхователем в соответствии с условиями Договора: безналичным путем или наличными денежными средствами в соответствии с действующим законодательством Российской Федерации. Если страховую премию вместо Страхователя уплачивает какое-либо иное лицо, то оно никаких прав по Договору в связи с этим не приобретает.

5.5. Страхователь обязан уплатить Страховщику страховую премию или первый платеж по страховой премии (в случае оплаты страховой премии в рассрочку) путем перечисления на расчетный счет Страховщика или путем оплаты страховой премии или первого платежа по страховой премии (при оплате в рассрочку) в кассу Страховщика в течение 5-ти рабочих дней после подписания Договора, если иной срок не согласован в Договоре.

5.6. Датой оплаты страховой премии считается день поступления страховой премии на расчетный счет Страховщика (при оплате путем безналичного расчета) или дата, указанная в квитанции установленной формы на получение страховой премии (взноса) (при оплате наличными денежными средствами).

5.7. Договор считается не вступившим в силу в случае неоплаты Страхователем страховой премии (первого платежа по страховой премии) в размере и в сроки, оговоренные в Договоре, стороны не несут по нему обязательств, события, произошедшие в течение периода страхования, указанного в таком Договоре, не являются страховыми случаями и не влекут обязанности Страховщика по осуществлению страховой выплаты.

5.8. Денежные средства, оплаченные в размере меньшем, чем установлено Договором для оплаты страховой премии (первого платежа по страховой премии), а также уплаченные после даты, указанной в Договоре в качестве даты оплаты страховой премии (первого платежа по страховой премии), считаются ошибочно оплаченными и подлежат возврату лицу, оплатившему их, через кассу Страховщика или в безналичном порядке.

5.9. Если очередной платеж по страховой премии не был оплачен Страхователем в полном размере и в срок, указанный в Договоре как дата оплаты очередного платежа по страховой премии, то Договор может быть расторгнут по инициативе Страховщика с 00 часов 00 минут даты, следующей за датой, указанной в Договоре как дата оплаты очередного платежа по страховой премии, при условии письменного уведомления Страхователя. В этом случае Страховщик не возвращает Страхователю ранее оплаченную страховую премию.

5.10. Если на момент наступления страхового случая страховая премия по Договору оплачена не полностью за весь период страхования (при оплате страховой премии в рассрочку), Страховщик имеет право потребовать у Страхователя оплатить оставшуюся неоплаченную часть страховой премии до указанной в Договоре величины страховой премии вне зависимости от того, наступил ли срок уплаты очередного платежа по страховой премии. Если Страхователь возражает против оплаты страховой премии в полном объеме, Страховщик вправе удержать не невнесенную (не оплаченную) часть страховой премии из страховой выплаты.

5.11. Страховая премия по Договору оплачивается в российских рублях.

6. ПОРЯДОК ЗАКЛЮЧЕНИЯ, ИСПОЛНЕНИЯ И ПРЕКРАЩЕНИЯ ДОГОВОРА СТРАХОВАНИЯ

6.1. Договор должен быть заключен в письменной форме. Договор может быть заключен путем составления одного документа, подписанного Страхователем и Страховщиком.

6.2. Договор заключается на основании письменного или устного заявления Страхователя (по выбору Страховщика). Если Договор заключается на основании письменного заявления Страхователя, то оно является неотъемлемой частью Договора. В этом случае заявление представляется Страхователем Страховщику по установленной Страховщиком форме. В заявлении Страхователя указываются все сведения, необходимые для заключения Договора и оценки страхового риска, указанные в п. 6.3., п. 6.4., п. 6.5. Правил. Они признаются существенными условиями договора, в т.ч. при заключении Договора на основании устного заявления Страхователя.

6.3. Страхователь – юридическое лицо представляет Страховщику:

- 6.3.1. копию свидетельства о государственной регистрации юридического лица;
- 6.3.2. копию свидетельства о постановке на учет в налоговом органе (о присвоении ИНН);
- 6.3.3. копию выписки из единого государственного реестра юридических лиц, актуальной на дату заключения Договора;
- 6.3.4. копию устава;
- 6.3.5. копию документа, подтверждающий полномочия лица, подписывающего Договор от имени Страхователя (представителя);
- 6.3.6. копию документа, удостоверяющего личность представителя Страхователя;
- 6.3.7. телефон (факс), адрес сайта и (или) электронной почты Страхователя (при наличии);
- 6.3.8. иные запрашиваемые документы, необходимые для исполнения требований законодательных актов Российской Федерации, нормативных актов Банка России и нормативных правовых актов Российской Федерации в области противодействия легализации (отмыванию) доходов, полученных преступным путем, и финансированию терроризма (далее - ПОД/ФТ), включая информацию о своих выгодоприобретателях и бенефициарных владельцах;
- 6.3.9. сведения о Застрахованных лицах: ФИО, пол, дата рождения, вид и данные удостоверяющего личность трудового мигранта документа, предусмотренного федеральным законом или признаваемого в соответствии с международным договором Российской Федерации в качестве документа, удостоверяющего личность иностранного гражданина или лица без гражданства; данные миграционной карты; данные документа, подтверждающего право иностранного гражданина или лица без гражданства на пребывание (проживание) в Российской Федерации; данные документа, подтверждающего право иностранного гражданина или лица без гражданства на трудовую деятельность в Российской Федерации (разрешение на работу, патент); адрес места жительства (регистрации) или адрес места пребывания на территории Российской Федерации; гражданство (при наличии), телефон, адрес электронной почты (при наличии), период страхования, Программа страхования, страховая сумма на каждого Застрахованного (при наличии таковой);
- 6.3.10. Дополнительные данные (по запросу Страховщика):
 - 6.3.10.1. Данные о состоянии здоровья Застрахованного;

- 6.3.10.2. Данные о перенесенных заболеваниях/болезнях Застрахованного;
 - 6.3.10.3. Данные о виде профессиональной деятельности Застрахованного, в частности занятии профессиональной деятельностью, относящейся к разряду повышенного риска (в качестве профессионального водителя автотранспорта, горняка, строителя, электромонтажника, спортсмена и т.д.);
 - 6.3.10.4. Информация о специфических рисках, которым подвержен Застрахованный;
 - 6.3.10.5. Информация об отсутствии постановки Застрахованного на учет в специальные Медицинские организации (наркологический, психоневрологический, туберкулезный или кожно-венерологический диспансер и т.д.);
 - 6.3.10.6. Информация о наличии у Застрахованного хронических заболеваний;
 - 6.3.10.7. Информация об образе жизни и наличии хобби (увлечений), способных повлиять на степень риска в отношении объекта страхования, вероятность наступления страхового случая и размер возможных убытков от его наступления;
 - 6.3.10.8. Иные сведения (по запросу Страховщика)
- 6.4. Страхователь – физическое лицо (в т.ч. зарегистрированное в качестве индивидуального предпринимателя) представляет Страховщику:
- 6.4.1. копию документа Страхователя, удостоверяющего его личность (для иностранных граждан и лиц без гражданства – документа, предусмотренного федеральным законом или признаваемого в соответствии с международным договором Российской Федерации в качестве документа, удостоверяющего личность иностранного гражданина или лица без гражданства);
 - 6.4.2. копию удостоверяющего личность Трудового мигранта, подлежащего страхованию (Застрахованного), документа, предусмотренного федеральным законом или признаваемого в соответствии с международным договором Российской Федерации в качестве документа, удостоверяющего личность иностранного гражданина или лица без гражданства;
 - 6.4.3. копию миграционной карты Страхователя (Застрахованного); копию документа, подтверждающего право Страхователя (Застрахованного) на пребывание (проживание) в Российской Федерации; копию документа, подтверждающего право Страхователя (Застрахованного) на трудовую деятельность в Российской Федерации (разрешение на работу, патент);
 - 6.4.4. копию свидетельства о постановке на учет в налоговом органе (о присвоении ИНН) (при наличии);
 - 6.4.5. страховой номер индивидуального лицевого счета застрахованного лица в системе обязательного пенсионного страхования (СНИЛС) (при наличии);
 - 6.4.6. телефон, адрес электронной почты (при наличии);
 - 6.4.7. индивидуальный предприниматель – дату государственной регистрации физического лица в качестве индивидуального предпринимателя и данные документа, подтверждающего факт внесения в единый государственный реестр индивидуальных предпринимателей записи об указанной государственной регистрации; основной государственный регистрационный номер записи о государственной регистрации индивидуального предпринимателя согласно свидетельству о государственной регистрации физического лица в качестве индивидуального предпринимателя (свидетельству о внесении записи в Единый государственный реестр индивидуальных предпринимателей записи об индивидуальном предпринимателе, зарегистрированном до 1 января 2004 года), в т.ч. копию данного свидетельства, место регистрации;
 - 6.4.8. иные запрашиваемые документы, необходимые для исполнения требований законодательных актов Российской Федерации, нормативных актов Банка России и нормативных правовых актов Российской Федерации в области ПОД/ФТ;
 - 6.4.9. сведения о Застрахованных лицах: согласно п. 6.3.9. настоящих Правил;
 - 6.4.10. дополнительные данные (по запросу Страховщика): согласно п. 6.3.10. настоящих Правил;
- 6.5. Страхователь обязан:
- 6.5.1. сообщить Страховщику в заявлении достоверные и полные сведения об обстоятельствах, имеющих существенное значение для определения степени риска в отношении объекта страхования, вероятности наступления страхового случая и размера возможных убытков от его наступления, обеспечить осуществление прав Страховщика, предусмотренных п. 6.6. Правил. Существенными признаются во всяком случае обстоятельства, определенно оговоренные Страховщиком в настоящих Правилах, Договоре, заявлении на страхование или в ином письменном запросе Страховщика;
 - 6.5.2. дать достоверные и полные ответы на все поставленные ему Страховщиком вопросы для определения степени риска в отношении объекта страхования, вероятности наступления страхового случая и размера возможных убытков от его наступления.
- Страхователь (и Застрахованный) несет ответственность за полноту и достоверность сведений, указанных в заявлении и в прилагаемых к заявлению документах.
- 6.6. Страховщик имеет право:

- 6.6.1. провести анкетирование Страхователя и лиц, подлежащих страхованию (Застрахованных);
- 6.6.2. перед заключением Договора потребовать проведения предварительного освидетельствования (осмотра) лиц, подлежащих страхованию (Застрахованных), за счет Страхователя;
- 6.6.3. проверить достоверность сведений, указанных в анкете.
- 6.7. В случае невозможности осуществления Страховщиком прав согласно п. 6.6.1., п. 6.6.2. Правил, а также в случае предоставления недостоверных сведений Страхователем (Застрахованным) Страховщику, Страховщик имеет право отказать в заключении Договора.
- 6.8. Застрахованному лицу запрещается передавать свой Страховой полис другим лицам, с целью получения медицинских услуг по Договору. Если данный факт будет установлен и подтвержден, то Страховщик имеет право досрочно прекратить действие Договора в отношении такого Застрахованного. Возврат страховой премии в этом случае не производится.
- 6.9. При заключении Договора между Страховщиком и Страхователем должно быть достигнуто соглашение:
- 6.9.1. о Застрахованных лицах;
- 6.9.2. о характере события, на случай наступления которого осуществляется страхование (страховом риске);
- 6.9.3. о Программе страхования, в соответствии с которой будет осуществляться предоставление медицинских услуг (медицинской помощи);
- 6.9.4. о размере страховой суммы;
- 6.9.5. о периоде страхования (страхового покрытия);
- 6.9.6. о территории страхования;
- 6.9.7. о размере и порядке оплаты страховой премии.
- 6.10. Договор может быть заключен по соглашению сторон на срок (период) 1 год, если иное не предусмотрено Договором.
- 6.11. Договор считается заключенным с момента подписания. Дата начала и окончания периода страхования (страхового покрытия) (п. 1.6.13. настоящих Правил) указываются в Договоре.
- 6.12. Договор прекращает свое действие в случаях:
- 6.12.1. истечения периода страхования (до 24 час. 00 мин. дня, указанного в Договоре, как день окончания периода страхования);
- 6.12.2. при исполнении Страховщиком обязательств перед Страхователем по Договору в полном объеме (после того, как будет исчерпан размер страховой суммы в результате осуществления страховых выплат по Договору);
- 6.12.3. в 24 час. 00 мин. дня наступления события, повлекшего страховую выплату в полном размере страховой суммы по Договору;
- 6.12.4. в случае ликвидации Страховщика или Страхователя в порядке, установленном законодательными актами Российской Федерации;
- 6.12.5. полного отзыва субъектом персональных данных, являющимся Страхователем, согласия на обработку персональных данных в соответствии с п. 7.8. Правил. При этом полный отзыв такого согласия считается отказом от Договора и оплаченная по Договору премия возврату не подлежит. В случае полного отзыва субъектом персональных данных, являющимся Застрахованным, согласия на обработку персональных данных в соответствии с п. 7.8. Правил, Договор прекращает свое действие в отношении данного Застрахованного. При этом оплаченная по Договору премия в отношении данного Застрахованного возврату не подлежит;
- 6.12.6. расторжения Договора по инициативе Страхователя;
- 6.12.7. расторжения Договора по соглашению между Страхователем и Страховщиком;
- 6.12.8. расторжения Договора по инициативе Страховщика в соответствии с настоящими Правилами и (или) Договором;
- 6.12.9. при принятии судом решения о признании Договора недействительным;
- 6.12.10. смерти Застрахованного (в отношении данного Застрахованного).
- 6.13. В случае расторжения Договора по основаниям, предусмотренным п. 6.12.5., 6.12.6. Правил, Договор считается расторгнутым с даты, указанной в письменном заявлении от Страхователя, но не ранее получения его Страховщиком.
- 6.14. В случае расторжения Договора по основаниям, предусмотренным п. 6.12.7. Правил, Договор считается прекращенным с даты, указанной в письменном соглашении Страхователя и Страховщика.
- 6.15. Договор прекращается до окончания срока, на который он был заключен, если после его вступления в силу возможность наступления страхового случая отпала, и существование страхового риска прекратилось по обстоятельствам иным, чем страховой случай. Страховщик возвращает Страхователю часть страховой премии за не истекший период страхования, за вычетом расходов на ведение дела в структуре тарифной ставки в размере 30% от страховой премии по Договору.
- 6.16. Страхователь вправе отказаться от Договора в любое время, если к моменту отказа возможность наступления страхового случая не отпала по обстоятельствам иным, чем страховой случай. При досрочном отказе Страхователя от Договора, оплаченная Страховщику страховая премия не подлежит возврату, кроме случаев, предусмотренных п. 6.15. Правил.

7. ПРАВА И ОБЯЗАННОСТИ СТОРОН

7.1. В период страхования **Страхователь имеет право:**

7.1.1. досрочно расторгнуть Договор в порядке, предусмотренном гражданским законодательством Российской Федерации и Правилами;

7.1.2. по согласованию сторон внести изменения в условия Договора (увеличить размер страховой суммы, количество Застрахованных лиц) с заключением дополнительного соглашения о внесении соответствующих изменений в Договор и уплатой дополнительной страховой премии;

7.1.3. получить дубликат Договора (Страхового полиса) в случае его утраты. После выдачи дубликата утраченный экземпляр Договора (Полиса) считается недействительным и никакие выплаты по нему не производятся;

7.1.4. осуществлять иные права, предусмотренные действующим законодательством РФ, Правилами и Договором.

7.2. **Страхователь обязан:**

7.2.1. своевременно и в полном объеме уплатить страховую премию в порядке и сроки, предусмотренные Договором;

7.2.2. представить (по запросу Страховщика) возможность Страховщику осуществить освидетельствование (осмотр) и/или анкетирование Застрахованных в порядке и сроки, указанные Страховщиком;

7.2.3. соблюдать настоящие Правила; не предпринимать и не допускать какие-либо действия, ведущие к увеличению степени риска в отношении объекта страхования, вероятности наступления страхового случая и размера возможных убытков от его наступления; сообщать Страховщику обо всех известных ему обстоятельствах, имеющих существенное значение для определения степени риска, вероятности наступления страхового случая и размера возможных убытков от его наступления при заключении Договора и всех изменениях степени риска вероятности наступления страхового случая и размера возможных убытков от его наступления в период страхования;

7.2.4. незамедлительно (но в любом случае не позднее 3-х рабочих дней с момента, как Страхователю (Застрахованному) стало известно о возникновении данных обстоятельств) сообщить в письменной форме Страховщику о ставших ему известными изменениях в существенных обстоятельствах, сообщенных Страховщику при заключении Договора, если эти изменения могут повлиять на увеличение степени риска в отношении объекта страхования, вероятности наступления страхового случая и размера возможных убытков от его наступления (в т.ч. в случае выявления у Застрахованного хронического заболевания или установления группы инвалидности), с приложением документов, подтверждающих эти изменения. Существенными признаются во всяком случае обстоятельства, определенно оговоренные Страховщиком в настоящих Правилах, Договоре, заявлении на страхование или в ином письменном запросе Страховщика;

7.2.5. выполнять условия настоящих Правил, довести до сведения Застрахованных лиц требования настоящих Правил, Договора, Программы страхования (нарушение Правил Застрахованным лицом расценивается как нарушение Правил самим Страхователем);

7.2.6. в пределах своей компетенции принимать меры по устранению неблагоприятных факторов воздействия на здоровье Застрахованных;

7.2.7. незамедлительно (но в любом случае не позднее 3-х рабочих дней с момента, как Страхователю (Застрахованному лицу) стало известно о возникновении данных обстоятельств) сообщить в письменной форме Страховщику о ставших ему известными изменениях в документах и сведениях, предоставленных Страховщику для исполнения требований законодательных актов Российской Федерации, нормативных актов Банка России и нормативных правовых актов Российской Федерации в области ПОД/ФТ, включая информацию о своих выгодоприобретателях и бенефициарных владельцах, с приложением документов, подтверждающих эти изменения.

7.3. **Застрахованный обязан:**

7.3.1. для получения медицинских услуг обратиться к Страховщику (Сервисной компании) по указанным в Договоре (Программе страхования) телефонам;

7.3.2. соблюдать порядок пользования Страховым полисом, не передавать его другим лицам, при утрате немедленно сообщать Страховщику;

7.3.3. своевременно сообщать Страховщику об изменении своих фамилии, имени, отчества (при наличии), вида и данных удостоверяющего его личность документа, предусмотренного федеральным законом или признаваемого в соответствии с международным договором Российской Федерации в качестве документа, удостоверяющего личность иностранного гражданина или лица без гражданства, адреса места жительства (регистрации) или адреса места пребывания на территории Российской Федерации, гражданства (при наличии), телефона, адреса электронной почты (при наличии) и иных данных, сообщенных при заключении Договора.

7.4. **Застрахованный имеет право:**

7.4.1. получать медицинские услуги в соответствии с условиями Договора, Правил и Программы страхования в Медицинских организациях, обращение в которые организовано и/или согласовано со Страховщиком (Сервисной компанией);

7.4.2. на оплату расходов по репатриации в страну постоянного проживания в случаях, предусмотренных Правилами, Договором и Программой страхования;

7.4.3. требовать от Страховщика соблюдения условий Договора;

7.4.4. на получение дубликата Страхового полиса в случае утраты.

7.5. **Страховщик имеет право:**

7.5.1. требовать от Страхователя (Застрахованного) предоставления информации, имеющей существенное значение для определения степени риска в отношении объекта страхования, вероятности наступления страхового случая и размера возможных убытков от его наступления при заключении Договора и в течение периода страхования, проверять сообщенную Страхователем информацию (в частности, при заключении Договора и в течение периода страхования осуществлять освидетельствование (осмотр) и/или анкетирование Застрахованных, а также проверять достоверность сообщенных Страхователем сведений), а также выполнение Страхователем (Застрахованным) положений Правил и условий Договора. Страхователь обязан обеспечить Страховщику (его представителю) возможность проведения такой проверки. В случае создания Страхователем (Застрахованным) препятствий в осуществлении Страховщиком своего права проверки и (или) непредоставлении Страховщику затребованной им информации, последний вправе расторгнуть Договор в одностороннем порядке, уведомив об этом Страхователя в письменной форме. В этом случае Страховщик возвращает Страхователю часть страховой премии за не истекший период страхования, за вычетом расходов на ведение дела в структуре тарифной ставки в размере 30% от страховой премии по Договору, если по Договору не осуществлялись страховые выплаты. При расторжении Договора по указанному в настоящем пункте основанию все обязательства сторон прекращаются, в том числе и те, которые существовали на дату расторжения.

7.5.2. не принимать на страхование лиц, на момент заключения Договора больных особо опасными инфекционными болезнями (натуральная оспа, полиомиелит, малярия ТОРС), заболеваниями, включенными в утверждаемый Правительством Российской Федерации перечень заболеваний, представляющих опасность для окружающих (в соответствии с частью 2 статьи 43 Федерального закона от 21.11.2011 N 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»), а также больных злокачественными новообразованиями, сахарным диабетом, психическими расстройствами и расстройствами поведения, страдающих хроническим алкоголизмом, наркоманией и токсикоманией, состоящих на учете в наркологических, психоневрологических, туберкулезных, кожно-венерических диспансерах, инвалидов, находящихся на стационарном лечении, а также лиц моложе 18 лет.

7.5.3. после получения письменного заявления от Страхователя (Застрахованного) об увеличении степени риска в отношении объекта страхования, вероятности наступления страхового случая и размера возможных убытков от его наступления, изменении перечня Застрахованных Страховщик вправе получать от Страхователя сведения о дополнительно страхуемых лицах согласно п. 6.3., п. 6.4. Правил и потребовать изменения условий Договора или уплаты дополнительной страховой премии соразмерно увеличению степени риска в отношении объекта страхования, вероятности наступления страхового случая и размера возможных убытков от его наступления;

Дополнительная страховая премия (P_n) рассчитывается по формуле:

$$P_n = (P - Pr) \cdot k,$$

где:

P_n – дополнительная страховая премия;

Pr – оплаченная страховая премия по Договору, соответствующая условиям Договора на момент его заключения;

P – страховая премия по Договору, соответствующая новым условиям Договора;

k – коэффициент, учитывающий период страхования.

Если Страхователь возражает против изменения условий Договора или не оплатил дополнительную страховую премию в размере и сроки, указанные в соответствующем уведомлении Страховщика, Договор считается расторгнутым с 00 час. 00 мин. даты, указанной в уведомлении Страховщика. При этом ранее уплаченная страховая премия возврату не подлежит.

7.5.4. произвести перерасчет и потребовать уплаты дополнительной страховой премии, если при заключении Договора у сторон отсутствовала информация о количестве и характере страховых событий, имевших место в период страхования предыдущего Договора, и отсутствие такой информации повлияло на порядок расчета страховой премии по Договору;

7.5.5. если Страхователь не сообщит Страховщику об изменениях степени риска в отношении объекта страхования, вероятности наступления страхового случая и размера возможных убытков от его наступления, которые стали известны Страховщику при уведомлении его о событии, имеющем признаки страхового случая, если эти изменения возникли до момента наступления этого события, Страховщик вправе расторгнуть Договор с даты, когда ему стало известно об этих изменениях, и потребовать возмещения убытков, причиненных расторжением Договора, включая, но не ограничиваясь дополнительной

страховой премией, которую Страхователь был бы обязан уплатить в случае исполнения им обязанностей, предусмотренных п. 7.2.4. и п. 7.5.3. Правил, и расходами на ведение дела в структуре тарифной ставки в размере 30% (если иное не предусмотрено Договором) от страховой премии по Договору. В этом случае Страховщик не возвращает Страхователю ранее оплаченную страховую премию.

Страховщик не вправе требовать расторжения Договора, если обстоятельства, влекущие увеличение степени риска в отношении объекта страхования, вероятности наступления страхового случая и размера возможных убытков от его наступления, уже отпали.

7.5.6. потребовать признания Договора недействительным и применения последствий, предусмотренных п. 2 ст. 179 Гражданского Кодекса Российской Федерации если после заключения Договора будет установлено, что Страхователь (Застрахованный) сообщил Страховщику заведомо ложные сведения (либо полностью или частично не соответствующие действительности), предусмотренные п. 6.2., 6.3., 6.4., 6.5., 6.6. настоящих Правил;

7.5.7. направлять запросы в организации и компетентные органы о предоставлении соответствующих документов и информации, подтверждающих факт и причину наступления события, имеющего признаки страхового; самостоятельно выяснять причины и обстоятельства возникновения убытка, назначить независимую экспертизу. Если для получения информации из указанных органов (организаций) Страховщику требуется разрешение (доверенность) Страхователя (Застрахованного), данное лицо обязано предоставить такое разрешение (доверенность);

7.5.8. выбирать между продолжением лечения или транспортировкой Застрахованного в Страну постоянного проживания;

7.5.9. приостановить оказание медицинских услуг Застрахованному в случае возникновения оснований для замораживания (блокирования) денежных средств или иного имущества, приостановления операций с денежными средствами или иным имуществом, отказа в совершении операций с денежными средствами или иным имуществом Страхователя (Застрахованного) в соответствии с законодательными актами Российской Федерации, нормативными актами Банка России и нормативными правовыми актами Российской Федерации в области ПОД/ФТ – до момента получения Страховщиком документов, подтверждающих, что такие основания отпали;

7.5.10. отсрочить принятие решения о признании события страховым случаем и осуществлении страховой выплаты (или отказе в признании события страховым случаем либо отказе в осуществлении страховой выплаты) в случаях, предусмотренных п. 8.8. настоящих Правил;

7.5.11. требовать предоставления всех необходимых документов для установления факта, причин, обстоятельств и последствий возникновения события, имеющего признаки страхового случая, согласно п. 8.4. настоящих Правил, включая сведения, составляющие коммерческую тайну;

7.5.12. отказать в признании события страховым случаем (отказаться в осуществлении страховой выплаты) по основаниям, предусмотренным п. 3.7, п. 3.8., п. 3.9., п. 3.10., п. 10.2. настоящих Правил.

7.6. Страховщик обязан:

7.6.1. ознакомить Страхователя с Правилами, Договором, Программой страхования;

7.6.2. организовать предоставление Застрахованным лицам медицинских услуг в соответствии с условиями Правил, Договора, Программы страхования;

7.6.3. контролировать объем и сроки предоставления услуг, предоставленных Застрахованному в соответствии с условиями Правил, Договора, Программы страхования;

7.6.4. обеспечить своевременную выдачу Застрахованным лицам индивидуальных Страховых полисов;

7.6.5. в случае принятия решения о намерении досрочного прекращения Договора, направить Страхователю уведомление об этом решении с использованием любых средств связи, обеспечивающих фиксирование его отправления;

7.6.6. хранить коммерческую тайну Страхователя (Застрахованных лиц), ставшую ему известной в связи с заключением Договора, не разглашать сведения об его имущественном положении, состоянии здоровья, за исключением случаев, предусмотренных действующим законодательством;

7.6.7. рассмотреть заявление Страхователя об изменении степени страхового риска и сообщить Страхователю о принятии решения по изменению, дополнению или прекращению Договора в течение 30 рабочих дней с момента получения заявления Страхователя;

7.6.8. если получателем страховой выплаты является Медицинская организация или Сервисная компания – принять решение о признании события страховым случаем и осуществлении страховой выплаты и осуществить страховую выплату или принять решение об отказе в признании события страховым случаем либо отказе в осуществлении страховой выплаты в порядке и сроки, предусмотренные договором между Страховщиком и Медицинской организацией (или Страховщиком и Сервисной компанией), и в соответствии с общими положениями настоящих Правил;

7.6.9. если получателем страховой выплаты является Застрахованный либо иное лицо, которое понесло соответствующие расходы – принять решение о признании события страховым случаем и осуществлении страховой выплаты и осуществить страховую выплату или принять решение об отказе в признании события страховым случаем либо отказе в осуществлении страховой выплаты в порядке и сроки, предусмотренные Разделами 8, 9 и 10 настоящих Правил;

7.6.10. уведомить Страхователя и Застрахованное лицо об уменьшении агрегатной страховой суммы в течение пяти рабочих дней с момента уменьшения размера страховой суммы по Договору до размера менее чем 10 000 рублей;

7.6.11. выполнять иные обязанности, предусмотренные Правилами и/или Договором;

7.7. Договором могут быть предусмотрены иные права и обязанности Сторон.

7.8. **Обработка Страховщиком персональных данных.**

Страхователь, если он является физическим лицом, а также Застрахованный в интересах которых заключается Договор, (если они являются физическими лицами), заключивший Договор со Страховщиком на условиях настоящих Правил, подтверждает свое согласие на обработку Страховщиком перечисленных ниже персональных данных Страхователя (Застрахованного) для осуществления страхования по Договору, в том числе в целях проверки качества оказания страховых услуг и урегулирования убытков по Договору, администрирования Договора, а также в целях информирования Страхователя о других продуктах и услугах Страховщика.

Персональные данные Страхователя (Застрахованного), включают в себя: фамилия, имя, отчество, год, месяц, дата и место рождения, паспортные данные, адрес проживания, другие данные, указанные в заключенном со Страховщиком Договоре (включая неотъемлемые его части – заявление на страхование, приложения и др.), которые могут быть отнесены в соответствии с законодательством РФ к персональным данным.

Страхователь (Застрахованный) предоставляет Страховщику право осуществлять все действия (операции) с персональными данными, включая сбор, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), использование, обезличивание, блокирование, уничтожение. Страховщик вправе обрабатывать персональные данные посредством включения их в электронные базы данных Страховщика.

Страховщик имеет право во исполнение своих обязательств по Договору передавать персональные данные Страхователя (Застрахованного) третьим лицам, при условии, что у Страховщика есть соглашение с указанными третьими лицами, обеспечивающее безопасность персональных данных при их обработке и предотвращение разглашения персональных данных.

Заключая Договор, Страхователь (если он является физическим лицом), а также Застрахованный, в чьих интересах заключается Договор, дают свое согласие на обработку персональных данных Страхователя (Застрахованного) с момента заключения Договора. Согласие Страхователя на обработку персональных данных Страхователя (Застрахованного) действует в течение 100 (сто) лет (если иное не установлено Договором).

Страхователь (Застрахованный) вправе отозвать своё согласие посредством составления соответствующего письменного документа, который должен быть направлен в адрес Страховщика заказным письмом с уведомлением о вручении либо вручен лично под расписку уполномоченному представителю Страховщика. В случае поступления Страховщику от Страхователя (Застрахованного) письменного заявления об отзыве согласия на обработку персональных данных, согласие считается отозванным с даты поступления указанного заявления Страховщику. После окончания периода страхования (в том числе при его расторжении) или отзыва согласия на обработку персональных данных Страховщик обязуется прекратить обработку персональных данных и уничтожить персональные данные Страхователя (Застрахованного) в срок, не превышающий 100 (сто) лет с даты окончания срока периода страхования или отзыва согласия на обработку персональных данных.

Указанные выше положения настоящего пункта Правил относятся и к Застрахованному в случае, когда Страхователь заключает Договор в интересах Застрахованного.

Заключение Договора на основании настоящих Правил освобождает любого врача, Медицинскую организацию и ее персонал от обязательства соблюдать врачебную тайну в связи с запросом любых документов и любой информации Страховщиком относительно состояния здоровья Застрахованных, организации и оказания медицинской и лекарственной помощи и иных услуг вследствие расстройства здоровья физического лица (Застрахованного) или состояния физического лица (Застрахованного), требующих организации и оказания таких услуг, а также проведения профилактических мероприятий, снижающих степень опасных для жизни или здоровья физического лица (Застрахованного) угроз и (или) устраняющих их.

7.9. Заключая Договор на условиях настоящих Правил, Страхователь подтверждает, что Страхователь (представитель Страхователя, Застрахованное лицо) не является публичным должностным лицом (его представителем, доверенным лицом), указанным в ст. 7.3 Федерального закона от 07.08.2001 N 115-ФЗ «О противодействии легализации (отмыванию) доходов, полученных преступным путем, и финансированию терроризма», что такое лицо не является его выгодоприобретателем, бенефициарным владельцем, супругом (супругой), близким родственником согласно вышеуказанному Федеральному закону. Страхователь подтверждает, что целью установления деловых отношений со Страховщиком является страхование, их предполагаемый характер определяется условиями настоящих Правил. Страхователь подтверждает, что имеет удовлетворительное финансовое положение и деловую репутацию. Страхователь – физическое лицо подтверждает, что целью его деятельности является получение трудового дохода, который является источником происхождения его денежных средств. Страхователь – индивидуальный предприниматель подтверждает, что целью его финансово-хозяйственной деятельности является

предпринимательская деятельность, которая является источником происхождения его денежных средств. Страхователь – юридическое лицо подтверждает, что целью его деятельности является осуществление уставных видов деятельности, которые являются источником происхождения его денежных средств. В ином случае Страхователь обязуется предоставить Страховщику подтверждающие это сведения и документы, предусмотренные действующим законодательством Российской Федерации.

8. ОБЯЗАТЕЛЬСТВА СТОРОН ПРИ НАСТУПЛЕНИИ СОБЫТИЯ, ИМЕЮЩЕГО ПРИЗНАКИ СТРАХОВОГО СЛУЧАЯ

8.1. Для получения медицинских услуг Застрахованный обязан обратиться к Страховщику (Сервисной компании) по указанным в Договоре (Программе страхования) телефонам.

8.2. Застрахованный обязан:

8.2.1. принять разумные и доступные в сложившихся обстоятельствах меры, чтобы уменьшить возможные расходы, и действовать так, как если бы они не были застрахованы;

8.2.2. незамедлительно уведомить о событии, имеющем признаки страхового случая, Страховщика (Сервисную компанию) по указанным в Договоре (Программе страхования) телефонам для обеспечения им возможности своевременно организовать необходимую помощь, выдать необходимые рекомендации и пр. Застрахованный (его представитель) и/или Страхователь обязаны сообщить среди прочего следующую информацию:

8.2.2.1. фамилия, имя, отчество Застрахованного;

8.2.2.2. номер Договора и период страхования;

8.2.2.3. время и обстоятельства происшедшего;

8.2.2.4. местонахождение Застрахованного;

8.2.2.5. номер контактного телефона для обратной связи.

8.2.3. строго следовать указаниям Страховщика (Сервисной компании);

8.2.4. соблюдать предписания лечащего врача, полученные при оказании медицинской помощи, соблюдать порядок, установленный Медицинской организацией;

8.2.5. сообщать Страховщику (по требованию Страховщика) всю необходимую информацию (если требуется - в письменном виде), а также предоставить ему все документы, необходимые для выяснения обстоятельств наступления события, имеющего признаки страхового;

8.2.6. выполнять другие обязанности при наступлении события, имеющего признаки страхового случая, если они предусмотрены Договором.

8.3. Если получателем страховой выплаты является Медицинская организация (Сервисная компания), то случай признается страховым и страховая выплата осуществляется в порядке, в сроки, и по расценкам, предусмотренным договором, заключенным между Страховщиком и Медицинской организацией (Сервисной компанией), за фактически оказанные медицинские услуги на основании документов, указанных в договоре между Страховщиком и Медицинской организацией (Сервисной компанией), и в соответствии с положениями настоящих Правил.

8.4. Если получателем страховой выплаты является Застрахованный либо иное лицо, которое понесло соответствующие расходы, то Застрахованный либо иное лицо, которое понесло соответствующие расходы обязано предоставить все предусмотренные законом, Правилами, Программой страхования, Договором, обычаями места возникновения события, имеющего признаки страхового, документы, удостоверяющие лицо (личность) Страхователя (Застрахованного), факт наступления события, его причины, дату, состав и размер расходов на оплату медицинских и иных предусмотренных Договором услуг, включая сведения, составляющие коммерческую тайну. К таким документам относятся:

8.4.1. Договор (Страховой полис);

8.4.2. Документ, подтверждающий факт уплаты страховой премии;

8.4.3. Заявление по установленной Страховщиком форме;

8.4.4. от Страхователя - физического лица и Застрахованного: паспорт или иной документ, удостоверяющий личность; свидетельство о государственной регистрации физического лица в качестве индивидуального предпринимателя; миграционная карта; документ, подтверждающий право иностранного гражданина или лица без гражданства на пребывание (проживание) в Российской Федерации; документ, подтверждающий право иностранного гражданина или лица без гражданства на трудовую деятельность в Российской Федерации (разрешение на работу, патент); свидетельство о постановке на учет в налоговом органе (о присвоении ИНН) (при наличии); страховой номер индивидуального лицевого счета застрахованного лица в системе обязательного пенсионного страхования (СНИЛС) (при наличии); от Страхователя - юридического лица: копию свидетельства о государственной регистрации юридического лица; копию выписки из единого государственного реестра юридических лиц, актуальной на дату события, имеющего признаки страхового случая; копию устава; копию свидетельства о постановке на учет в налоговом органе (о присвоении ИНН); доверенность на право представления интересов; копию документа, удостоверяющего личность представителя Страхователя; иные запрашиваемые документы, необходимые для исполнения требований законодательных актов Российской Федерации, нормативных актов Банка

- России и нормативных правовых актов Российской Федерации в области ПОД/ФТ, включая информацию о своих выгодоприобретателях и бенефициарных владельцах;
- 8.4.5. документы, подтверждающие оказание и оплату медицинских услуг;
 - 8.4.6. консультативное заключение от лечащего врача Медицинской организации с указанием даты первичного обращения, диагноза и перечня назначенных медицинских услуг;
 - 8.4.7. выписка из истории болезни Застрахованного;
 - 8.4.8. официальный протокол или справка, подтверждающая факт несчастного случая и обстоятельства происшествия (если такой протокол составляется);
 - 8.4.9. дополнительно при наступлении события, имеющего признаки страхового случая по Договору по риску «**Скорая медицинская помощь**» от лица, которое понесло медико-транспортные расходы:
 - 8.4.9.1. от физического лица (в т.ч. зарегистрированного в качестве индивидуального предпринимателя) / юридического лица – соответствующие документы согласно п. 8.4.4. настоящих Правил;
 - 8.4.9.2. документы, подтверждающие состав и размер понесенных медико-транспортных расходов расходов.
 - 8.4.10. дополнительно при наступлении события, имеющего признаки страхового случая по Договору по риску «**Досрочное возвращение Застрахованного**» от лица, которое понесло соответствующие расходы:
 - 8.4.10.1. от физического лица (в т.ч. зарегистрированного в качестве индивидуального предпринимателя) / юридического лица – соответствующие документы согласно п. 8.4.4. настоящих Правил;
 - 8.4.10.2. документы, подтверждающие состав и размер понесенных расходов, в частности, проездные документы.
 - 8.4.11. дополнительно при наступлении события, имеющего признаки страхового случая по Договору по риску «**Репатриация**» от лица, которое понесло расходы на репатриацию:
 - 8.4.11.1. от физического лица (в т.ч. зарегистрированного в качестве индивидуального предпринимателя) / юридического лица – соответствующие документы согласно п. 8.4.4. настоящих Правил;
 - 8.4.11.2. свидетельство о смерти Застрахованного;
 - 8.4.11.3. документы, подтверждающие состав и размер понесенных расходов на репатриацию.
- 8.5. Страховщик принимает только оригиналы документов либо копии, заверенные нотариально, либо копии, заверенные компетентным органом (организацией), выдавшим данные документы. Копии документов, предоставленных Страхователем (Застрахованным), должны быть заверены подписью уполномоченного лица и печатью организации, выдавшей оригинал документа (подписью и печатью нотариуса). Документы, оформленные с нарушением существующих норм (как то: отсутствие номера, печати, даты, незаверенные исправления, незаверенные копии, не расшифрованные подписи без указания фамилии и должности) не принимаются Страховщиком к рассмотрению. В том случае, если оригинальный текст документа выполнен на иностранном языке, необходимо предоставить Страховщику нотариально заверенный перевод на русский язык. Расходы на перевод Страховщиком не возмещаются. При этом Страховщику предоставляется безусловное право сличения оригиналов с копиями. Кроме этого, Страховщик вправе самостоятельно заверить копии представленных ему оригиналов документов.
- 8.6. Предоставление документов, предусмотренных Договором, а также доказывание факта наступления страхового случая и стоимости оказанных Застрахованному медицинских услуг является обязанностью Страхователя (Застрахованного). Страхователь (Застрахованный) несет ответственность за полноту и достоверность сведений, содержащихся в представляемых Страховщику документах.
- 8.7. **Страховщик обязан** (если иное не предусмотрено договором между Страховщиком и Медицинской организацией, в которой оказываются медицинские услуги Застрахованному по направлению Страховщика):
- 8.7.1. принять решение о признании события страховым случаем и осуществлении страховой выплаты (или отказе в признании события страховым случаем либо отказе в осуществлении страховой выплаты) в течение 30-ти рабочих дней с момента представления Страхователем (Застрахованным, Медицинской организацией, Сервисной компанией) всех документов, необходимых для принятия решения о признании события страховым случаем и осуществлении страховой выплаты (или отказе в признании события страховым случаем либо отказе в осуществлении страховой выплаты), согласно п. 8.4. настоящих Правил. Решение о признании события страховым случаем и осуществлении страховой выплаты отражается в Страховом акте, составляемом по форме и в порядке, установленном Страховщиком;
 - 8.7.2. осуществить страховую выплату в течение 15-ти рабочих дней с момента принятия решения о признании события, имеющего признаки страхового, страховым случаем (составления Страхового Акта);
 - 8.7.3. в случае принятия решения о непризнании события страховым случаем или отказе в страховой выплате (при наличии оснований для принятия такого решения), Страховщик извещает об этом решении Страхователя (Застрахованного, Медицинскую организацию, Сервисную компанию). Отказ в признании события страховым случаем или Отказ в осуществлении страховой выплаты сообщается Страхователю (Застрахованному, Медицинской организации, Сервисной компании) в письменной форме с обоснованием причин отказа в течение 15-ти рабочих дней с момента принятия такого решения. Отказ направляется по почте либо иным согласованным сторонами способом.

8.8. Страховщик имеет право перенести срок принятия решения о признании события страховым случаем и осуществлении страховой выплаты (или отказе в признании события страховым случаем, либо отказе в осуществлении страховой выплаты). Основаниями этого могут являться:

8.8.1. отсутствие возможности на основании представленных Страхователем (Застрахованным, Медицинской организацией, Сервисной компанией) документов установить правомочность Страхователя (Застрахованного, Медицинской организации, Сервисной компании) на получение страховой выплаты - до тех пор, пока не будут представлены необходимые доказательства;

8.8.2. проведение Страховщиком дополнительного расследования причин и обстоятельств наступления события, имеющего признаки страхового, невозможность на основании предоставленных Страхователем (Застрахованным, Медицинской организацией, Сервисной компанией) документов определить состав оказанных медицинских услуг, дату их оказания и их стоимость – до момента окончания такого расследования, о чем Страховщик обязан письменно уведомить Страхователя (Застрахованного, Медицинскую организацию, Сервисную компанию);

8.8.3. проведение Страховщиком проверки подлинности документов, подтверждающих факт наступления события, имеющего признаки страхового, и стоимость оказанных Застрахованному медицинских услуг (в частности, но не ограничиваясь, при предоставлении Страхователем (Застрахованным, Медицинской организацией, Сервисной компанией) незаверенных копий документов, документов, подписанных лицом, не имеющим на это полномочий, и т.п.) – до тех пор, пока не будет подтверждена подлинность таких документов, либо в документах имеются исправления, подчистки, ошибки – до момента их исправления и заверения надлежащим образом;

8.8.4. направление Страховщиком запроса в компетентные органы (организации), назначение независимой экспертизы согласно п. 7.5.7. настоящих Правил - до получения Страховщиком ответа на запрос в компетентные органы (организации) или результатов независимой экспертизы соответственно. Страховщик при этом имеет право передавать документы, полученные от Страхователя (Застрахованного, Медицинской организации, Сервисной компании) и/или компетентных органов (организаций), для проведения независимой экспертизы и/или направления иных запросов в компетентные органы (организации), включая сведения, составляющие коммерческую (медицинскую) тайну Страхователя (Застрахованного, Медицинской организации, Сервисной компании);

8.8.5. если для получения информации из указанных органов (организаций) Страховщику требуется разрешение (доверенность) Страхователя (Застрахованного, Медицинской организации, Сервисной компании), то Страховщик имеет право продлить срок принятия решения о признании события страховым случаем и осуществлении страховой выплаты (или отказе в признании события страховым случаем либо отказе в осуществлении страховой выплаты) также на период времени, необходимый для получения такого разрешения;

8.8.6. возбуждение связанного с событием, имеющим признаки страхового, уголовного дела, в т.ч. против Страхователя (Застрахованного, Медицинской организации, Сервисной компании), проведение расследования обстоятельств, приведших к событию, имеющему признаки страхового, - до окончания расследования или до получения Страховщиком приговора (решения) суда либо Постановления о приостановлении производства по уголовному делу или Постановления о прекращении уголовного дела. В том случае, если предварительное следствие продлевается на срок более двух месяцев, Страховщик может принять решение об осуществлении страховой выплаты на основании постановления о возбуждении уголовного дела и утвержденного соответствующим должностным лицом постановления о возбуждении ходатайства о продлении срока предварительного следствия;

8.8.7. в случае обжалования (опротестования) судебного решения в установленном порядке – до момента получения Страховщиком окончательного судебного решения;

8.8.8. если Страхователь (Застрахованный, Медицинская организация, Сервисная компания) не предоставил документы и информацию, подтверждающие факт наступления события, имеющего признаки страхового, и стоимость оказанных Застрахованному медицинских услуг, указанные в настоящих Правилах и (или) препятствовал Страховщику в выяснении обстоятельств произошедшего события, в результате чего Страховщик был лишен возможности принять решение о признании события страховым случаем (или отказе в признании события страховым случаем либо отказе в осуществлении страховой выплаты) – до предоставления таких документов и сведений;

8.8.9. в случае возникновения оснований для замораживания (блокирования) денежных средств или иного имущества, приостановления операций с денежными средствами или иным имуществом Страхователя (Застрахованного) в соответствии с законодательными актами Российской Федерации, нормативными актами Банка России и нормативными правовыми актами Российской Федерации в области ПОД/ФТ – до момента получения Страховщиком документов, подтверждающих, что такие основания отпали.

8.9. Срок принятия решения о признании события страховым случаем и осуществлении страховой выплаты (или отказе в признании события страховым случаем либо отказе в осуществлении страховой выплаты) исчисляется со дня, следующего за днем предоставления Страховщику последнего запрашиваемого Страховщиком документа, в т.ч. ответа на запрос в компетентные органы (организации) или результатов независимой экспертизы.

8.10. В случае возникновения разногласий между Страховщиком и Страхователем (Застрахованным, Медицинской организацией, Сервисной компанией) по поводу обстоятельств возникновения и стоимости оказанных Застрахованному медицинских услуг, вопрос может решаться с привлечением независимых экспертов и оплатой их услуг несогласной стороной, если иное не предусмотрено Договором.

8.11. Любые действия, предпринятые Страховщиком в процессе урегулирования убытка, не могут быть истолкованы как его отказ от своих прав, а также как признание своих обязательств.

8.12. Страховщик вправе проверить соответствие оказанных Застрахованному лицу услуг их перечню по Договору и Программе страхования.

9. СТРАХОВАЯ ВЫПЛАТА

9.1. Размер страховой выплаты определяется стоимостью медицинских услуг, оказанных Застрахованному лицу в соответствии с условиями Правил, Договора и Программы страхования, а также размером расходов по репатриации (если она осуществлялась), и не может превышать соответствующей страховой суммы, указанной в Договоре.

9.2. Если получателем страховой выплаты является Медицинская организация (Сервисная компания), то случай признается страховым и страховая выплата осуществляется в порядке, в сроки и по расценкам, предусмотренным договором, заключенным между Страховщиком и Медицинской организацией (Сервисной компанией), за фактически оказанные медицинские услуги (или услуги по репатриации Застрахованного) на основании документов, указанных в договоре между Страховщиком и Медицинской организацией (Сервисной компанией).

9.3. Страховая выплата Застрахованному либо иному лицу, которое понесло соответствующие расходы, осуществляется на основании Страхового акта и документов, подтверждающих, что данное лицо понесло соответствующие расходы.

9.4. Если иное не предусмотрено договором между Страховщиком и Медицинской организацией (Сервисной компанией), в которой оказываются медицинские услуги Застрахованному по направлению Страховщика, то решение о размере страховой выплаты принимается Страховщиком на основании данных Заявления по форме, установленной Страховщиком, установленных Страховщиком и представленных Страхователем (Застрахованным, Медицинской организацией, Сервисной компанией) документов (данных), документов (сведений) от компетентных органов, требований соответствующих нормативных документов, условий Договора (а также результатов независимой экспертизы, если она проводилась). Решение о признании события страховым случаем, размере страховой выплаты и ее осуществлении отражается в Страховом акте.

9.5. Обязательными условиями страховой выплаты являются:

9.5.1. обращение Застрахованного к Страховщику (Сервисной компании) за организацией получения медицинских и иных услуг в соответствии с условиями Договора и Программы страхования;

9.5.2. выполнение Страхователем (Застрахованным) условий Договора, необходимых для осуществления страховой выплаты.

9.6. Общая сумма страховых выплат не может превышать частной страховой суммы по страховым рискам, Застрахованным и/или группам Застрахованных, видам медицинских услуг (медицинской помощи), расходам Застрахованного), при наличии таковых в Договоре.

9.7. Если иное не предусмотрено Договором, днем осуществления страховой выплаты считается дата списания денежных средств со счета Страховщика, дата выплаты денежных средств из кассы Страховщика.

10. ОСНОВАНИЯ ОТКАЗА В ПРИЗНАНИИ СОБЫТИЯ СТРАХОВЫМ СЛУЧАЕМ (В ОСУЩЕСТВЛЕНИИ СТРАХОВОЙ ВЫПЛАТЫ)

10.1. Не является страховым случаем и не подлежит возмещению (страховой выплате) по Договору возникновение убытков Страхователя (Застрахованного) вследствие событий, которые не являются страховыми рисками по Договору; событий, указанных в п. 3.7, п. 3.8., п. 3.9., п. 3.10. настоящих Правил.

10.2. Страховщик вправе отказать в признании события страховым случаем либо в осуществлении страховой выплаты полностью или частично (в той мере, в какой Страхователь (Застрахованный) способствовал увеличению убытков Страховщика), если Страхователь (Застрахованный):

10.2.1. сообщил полностью или частично не соответствующие действительности или заведомо ложные сведения об обстоятельствах, имеющих значение для суждения о степени риска в отношении объекта страхования, вероятности наступления страхового случая и размера возможных убытков от его наступления;

10.2.2. не сообщил о возникших существенных изменениях в степени риска в отношении объекта страхования, вероятности наступления страхового случая и размера возможных убытков от его наступления;

10.2.3. в порядке и в сроки, предусмотренные настоящими Правилами, не уведомил Страховщика о наступлении события, имеющего признаки страхового (если не будет доказано, что Страховщик

своевременно узнал о наступлении такого события либо что отсутствие у Страховщика сведений об этом не могло сказаться на его обязанности осуществить страховую выплату);

10.2.4. не представил документы, указанные в п. 8.4. Правил, в порядке и в сроки, предусмотренные настоящими Правилами (т.е. когда Страхователь (Застрахованный) не исполнил своих обязанностей, предусмотренных Правилами, что привело к невозможности определить причины и обстоятельства события, имеющего признаки страхового);

10.2.5. препятствовал Страховщику в установлении факта наступления, причин, даты, размера убытка, наличия виновных лиц, последствий, иных обстоятельств события, имеющего признаки страхового случая;

10.2.6. сообщил Страховщику заведомо ложные сведения об обстоятельствах и причинах наступления события, имеющего признаки страхового, в том числе путем представления Страховщику недействительных или фальсифицированных (подложных) документов;

10.2.7. каким-либо иным образом преднамеренно содействовал необоснованному получению страховой выплаты;

10.2.8. в случае возникновения оснований для отказа в совершении операций с денежными средствами или иным имуществом Страхователя (Застрахованного) в соответствии с законодательными актами Российской Федерации, нормативными актами Банка России и нормативными правовыми актами Российской Федерации в области ПОД/ФТ;

10.2.9. не выполнил иные обязанности, предусмотренные настоящими Правилами или Договором.

10.3. Решение об отказе в признании события страховым случаем (об отказе в осуществлении страховой выплаты) с мотивированным обоснованием причин отказа Страховщик должен направить Страхователю (Застрахованному, Медицинской организации, Сервисной компании) в течение 15-ти рабочих дней с момента его принятия.

11. ФОРС-МАЖОР

11.1. Стороны освобождаются от ответственности за частичное или полное неисполнение, а также ненадлежащее исполнение обязательств по Договору, если это неисполнение или ненадлежащее исполнение обязательств явилось следствием обстоятельств чрезвычайного характера, возникших после его заключения, которые стороны не могли ни предвидеть, ни предотвратить.

11.2. К обстоятельствам чрезвычайного характера относятся: война и военные действия, бунт, мятеж, восстание, революция, государственный переворот, введение военного положения или узурпация власти, гражданские волнения, гражданская война, действия вооруженных формирований, террористический акт (согласно ст. 205 УК РФ), забастовка в отрасли или регионе.

11.3. Возможное неисполнение обязательств по Договору должно находиться в непосредственной причинной связи с указанными в настоящем подпункте обстоятельствами.

11.4. Сторона, для которой создалась невозможность исполнения обязательств, обязана в разумные сроки с момента наступления вышеуказанных обстоятельств в письменной форме уведомить другую сторону о наступлении и предполагаемом сроке их действия.

11.5. Не уведомление или несвоевременное уведомление лишает неуведомившую сторону права ссылаться на любое вышеуказанное обстоятельство как на основание, освобождающее от ответственности за неисполнение или ненадлежащее исполнение обязательств.

12. ПОРЯДОК РАЗРЕШЕНИЯ СПОРОВ

12.1. Все споры по Договору между Страхователем и Страховщиком разрешаются путем направления письменной претензии. Претензия должна быть рассмотрена получившей ее стороной в течение тридцати рабочих дней, начиная со дня, следующего за датой получения. В случае недостижения согласия споры рассматриваются в установленном действующим законодательством Российской Федерации порядке, в т.ч. в органах суда в соответствии с их компетенцией.

12.2. Право на предъявление претензий к Страховщику по Договору сохраняется в течение срока исковой давности, установленного действующим законодательством Российской Федерации.

Программа страхования «Комплексная медицинская помощь (АП, СМГ, ЭГ, ДВ, Рп)» (для трудовых мигрантов)

Перечень медицинских услуг, оплачиваемых Страховщиком, и порядок их оказания:

Примечание: настоящая Программа страхования включает медицинские услуги, входящие в состав первичной медико-санитарной помощи и специализированной медицинской помощи в неотложной и (или) экстренной форме в случаях заболеваний и состояний, входящих согласно части шестой статьи 35 Федерального закона от 29.11.2010 N 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 N 3793-У «О минимальных (стандартных) требованиях к условиям и порядку осуществления медицинского страхования в части добровольного медицинского страхования иностранных граждан и лиц без гражданства, находящихся на территории Российской Федерации с целью осуществления ими трудовой деятельности»

Обращение Застрахованного лица за медицинской помощью осуществляется только через диспетчерскую службу Страховщика, при нахождении Застрахованного в Санкт-Петербурге или Ленинградской области – по телефонам **611-00-17, 611-00-18**, в других регионах России – по телефону **8-800-444-02-75**.

Вызов бригады скорой помощи осуществляется через круглосуточную диспетчерскую службу Страховщика, при нахождении Застрахованного в Санкт-Петербурге или Ленинградской области – по телефону **906-58-17**, в других регионах России – по телефону **8-800-444-02-75**.

Настоящая Программа страхования включает следующие страховые риски:

1. «Скорая медицинская помощь» (СМП)

Выезд бригады врачей скорой (экстренной и неотложной) медицинской помощи осуществляется на специализированном автомобиле, оснащенный современной медицинской техникой для интенсивной терапии в пределах территории страхования, указанной в Договоре.

Объем предоставляемых медицинских услуг:

- 1) вызов и контроль прибытия бригады скорой (экстренной и неотложной) медицинской помощи при внезапном расстройстве здоровья, в т.ч. в результате несчастного случая (травмы), требующем срочного медицинского вмешательства;
- 2) проведение экспресс-диагностики бригадой скорой (экстренной и неотложной) медицинской помощи, купирование экстренного (неотложного) состояния;
- 3) медицинское сопровождение при транспортировке Застрахованного в медицинскую организацию при наличии медицинских показаний.

Примечание: Врач бригады скорой помощи не выписывает рецептов и не выдает больничного листа. У Застрахованного остается выписка с указанием предварительного диагноза, оказанного и рекомендованного лечения, времени обслуживания, данными диагностики.

2. «Медицинская помощь в условиях стационара» (экстренная и неотложная госпитализация) (ЭГ)

Объем предоставляемых медицинских услуг:

- 1) **пребывание** во время стационарного лечения в общих палатах профильного отделения (кроме палат консультативно-диагностических отделений);

- 2) **проведение комплексного обследования** Застрахованного в условиях стационара, необходимого для постановки диагноза заболевания, снятия угрозы жизни, явившегося причиной госпитализации;
- 3) **медикаментозное обеспечение** на весь период стационарного лечения по данному страховому случаю, включая используемые медицинским персоналом при оказании медицинской помощи в неотложной и (или) экстренной форме в соответствии со стандартами первичной медико-санитарной помощи и специализированной медицинской помощи лекарственные препараты, включенные в утверждаемый Правительством Российской Федерации перечень жизненно необходимых и важнейших лекарственных препаратов для медицинского применения и медицинских изделий (в соответствии с пунктом 6 статьи 4 Федерального закона от 12.04.2010 N 61-ФЗ «Об обращении лекарственных средств»);
- 4) **предоставление лечебной помощи** (консервативного лечения и хирургических методик), проводимой в соответствии с порядками оказания медицинской помощи и стандартами медицинской помощи, утверждаемыми уполномоченным федеральным органом исполнительной власти, распространяющимися на расстройство здоровья Застрахованного, в т.ч. в результате несчастного случая (травмы), явившееся причиной госпитализации в стационаре, включая используемые медицинским персоналом при оказании медицинской помощи в неотложной и (или) экстренной форме в соответствии со стандартами первичной медико-санитарной помощи и специализированной медицинской помощи медицинские изделия, включенные в утверждаемый Правительством Российской Федерации перечень медицинских изделий, имплантируемых в организм человека при оказании медицинской помощи в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи (в соответствии с частью 2.1 статьи 80 Федерального закона от 21.11.2011 N 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»), в том числе оплату лечебного питания в стационаре и донорской крови и ее компонентов, с учетом п. 3.7.-3.9. Правил комбинированного добровольного медицинского страхования трудовых мигрантов от 26.05.2016;
- 5) **оформление медицинской документации** (выписки из истории болезни, выписные рекомендации). Вся необходимая медицинская документация выдается Застрахованным лицам на общих основаниях согласно действующему законодательству;
- 6) **контроль объема и сроков** оказания медицинских услуг врачами-экспертами Страховщика.

3. «Амбулаторная медицинская помощь» (АП)

I. Объем предоставляемых медицинских услуг:

- консультации и лечение у врача-терапевта, врачей-специалистов (за исключением врача-психиатра);
- диагностические исследования: лабораторные, ультразвуковые, эндоскопическая диагностика, функциональная диагностика, рентгенологическое исследование (за исключением проведения ФЛГ в профилактических целях);
- вызов врача на дом по медицинским показаниям и по предварительному обращению в диспетчерскую службу Страховщика.

II. Медицинская помощь, оказываемая в условиях травмпункта и амбулаторно-поликлинических Медицинских организаций:

- осмотр врача-травматолога, наложение гипсовой иммобилизации, обработка и ушивание ран, вакцинация по показаниям, рентгенодиагностика;
- медицинские манипуляции, которые включены в базовую программу обязательного медицинского страхования с учетом особенностей, установленных пунктом 3 Указания Банка России от 13.09.2015 N 3793-У «О минимальных (стандартных) требованиях к условиям и порядку осуществления медицинского страхования в части добровольного медицинского страхования иностранных граждан и лиц без гражданства, находящихся на территории Российской Федерации с целью осуществления ими трудовой деятельности» и Правил комбинированного добровольного медицинского страхования трудовых мигрантов от 26.05.2016, по назначению врача-терапевта и врачей-специалистов при наступлении страхового случая.

III. Оказание экстренной стоматологической помощи при острой зубной боли:

- простое и сложное удаление, прицельный снимок зуба, терапевтическое с применением пломбировочных материалов российских производителей.

IV. Оформление необходимой медицинской документации:

- экспертиза временной нетрудоспособности (оформление листков временной нетрудоспособности), оформление рецептов на лекарственные препараты (кроме льготных), выдача медицинских справок, направлений и выписок из амбулаторных карт по медицинским показаниям.

4. «Досрочное возвращение Застрахованного» (ДВ)

Осуществляется на условиях Правил комбинированного добровольного медицинского страхования трудовых мигрантов от 26.05.2016 (расходы Застрахованного оплачиваются Страховщиком в пределах страховой суммы по данному страховому риску, указанной в Договоре страхования).

5. «Репатриация» (Рп)

Осуществляется на условиях Правил комбинированного добровольного медицинского страхования трудовых мигрантов от 26.05.2016 (расходы на репатриацию тела умершего Застрахованного оплачиваются Страховщиком в пределах страховой суммы по данному страховому риску, указанной в Договоре страхования).

В случае смерти Застрахованного необходимо сообщить об этом по телефону ООО «Универсальная Ассистанская Компания» (Класс-Ассист): (812) 644 7292

**ПУБЛИЧНОЕ АКЦИОНЕРНОЕ ОБЩЕСТВО
«СТРАХОВАЯ КОМПАНИЯ ГАЙДЕ»**



БАЗОВЫЕ ТАРИФНЫЕ СТАВКИ

**к Правилам комбинированного добровольного медицинского страхования
трудовых мигрантов от 26.05.2016г.**

(в % к страховой сумме на период страхования – один год)

№ п/п	СТРАХОВЫЕ РИСКИ	ТАРИФНЫЕ СТАВКИ
1	2	3
1.	«Амбулаторная медицинская помощь»	1,18%
2.	«Медицинская помощь в условиях стационара»	0,74%
3.	«Скорая медицинская помощь»	0,20%
4.	«Досрочное возвращение Застрахованного»	0,02%
5.	«Репатриация»	0,08%

По договорам страхования и дополнительным соглашениям, заключенным на период менее одного года, страховая премия устанавливается в следующих размерах от суммы годовой страховой премии: за 1 месяц - 25%, 2 месяца - 35%, 3 месяца - 40%, 4 месяца - 50%, 5 месяцев - 60%, 6 месяцев - 70%, 7 месяцев - 75%, 8 месяцев - 80%, 9 месяцев - 85%, 10 месяцев - 90%, 11 месяцев и более (но менее 12 полных месяцев) - 95%.

Страховщик имеет право применять к базовым тарифным ставкам повышающие или понижающие коэффициенты, исходя из возраста Страхователя (Застрахованного) (повышающие от 1,1 до 10,0 или понижающие от 0,1 до 0,99), состояния здоровья Страхователя (Застрахованного) (повышающие от 1,1 до 10,0 или понижающие от 0,1 до 0,99), места работы Страхователя (Застрахованного) (повышающие от 1,1 до 10,0 или понижающие от 0,1 до 0,99), сферы деятельности работодателя Страхователя (Застрахованного) (повышающие от 1,1 до 10,0 или понижающие от 0,1 до 0,99), образа жизни и наличия хобби Страхователя (Застрахованного) (повышающие от 1,1 до 10,0 или понижающие от 0,1 до 0,99), других обстоятельств, имеющих существенное значение для определения степени риска в отношении объекта страхования, вероятности наступления страхового случая и размера возможных убытков от его наступления, которые определяются Страховщиком в каждом конкретном случае при заключении конкретного договора страхования по результатам оценки страхового риска (повышающие от 1,1 до 10,0 или понижающие от 0,1 до 0,99).

При определении страхового тарифа по конкретному договору страхования результирующий коэффициент не может превышать 10,0 или быть меньше 0,1.

Страховой тариф по конкретному договору страхования определяется Страховщиком путем умножения базовой тарифной ставки на повышающий или понижающий коэффициент.

В любом случае при применении повышающих или понижающих коэффициентов результирующая тарифная ставка не должна превышать 99% от страховой суммы.

Конкретные значения повышающих или понижающих коэффициентов определяются Страховщиком исходя из наличия (отсутствия) факторов риска и их влияния на повышение (понижение) вероятности наступления страхового случая и размера возможных убытков от его наступления.

Страховой тариф согласовывается со Страхователем и используется для расчета страховой премии.

В связи с тем, что конкретные факторы риска и обстоятельства, увеличивающие (уменьшающие) вероятность наступления страхового случая и размер возможных убытков от его наступления, а также конкретные размеры повышающих (понижающих) коэффициентов, которые Страховщик вправе применять к базовым тарифным ставкам, могут быть выявлены (определены) только в ходе оценки Страховщиком страхового риска при заключении конкретного договора страхования, указаны минимальные и максимальные значения повышающих и понижающих коэффициентов в определенном диапазоне их применения. Это позволяет Страховщику определить страховой тариф с учетом объекта страхования и характера страхового риска, а также других условий страхования по конкретному договору страхования, и является гарантией обеспечения его финансовой устойчивости.