

**ОБЩЕСТВО С ОГРАНИЧЕННОЙ ОТВЕТСТВЕННОСТЬЮ
«СМП – Страхование»**

У Т В Е Р Ж Д Е Н Ы
Приказом
№ 46-ОД от 28 апреля 2021 г.

Генеральный директор
ООО «СМП – Страхование»

 Ободенская О.В.



**ПРАВИЛА
ДОБРОВОЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ
ТРУДОВЫХ МИГРАНТОВ
(от 28.04.2021)**

г. Москва

1. ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ

1.1. Настоящими Правилами добровольного медицинского страхования трудовых мигрантов (далее – Правила страхования, Правила) определяются общие условия страхования, на основании которых **Общество с ограниченной ответственностью «СМП-Страхование» (ООО «СМП-Страхование»)** (далее также - Страховщик) осуществляет добровольное медицинское страхование (далее также - ДМС) иностранных граждан и лиц без гражданства, прибывших в Российскую Федерацию и намеревающихся осуществлять или осуществляющих трудовую деятельность на основании разрешения на работу или патента (далее также - трудовые мигранты) путем заключения и исполнения договоров добровольного медицинского страхования трудовых мигрантов.

1.2. Договором добровольного медицинского страхования трудовых мигрантов (далее также - договор страхования, договор ДМС трудовых мигрантов) является соглашение между Страхователем и Страховщиком, в соответствии с которым последний обязуется организовать и финансировать предоставление застрахованным лицам (далее - Застрахованные лица) медицинской помощи определенного объема и качества или иных услуг по программам добровольного медицинского страхования трудовых мигрантов (далее - Программа ДМС трудовых мигрантов).

Страховщик на основании настоящих Правил заключает как индивидуальные договоры ДМС трудовых мигрантов, так и коллективные (далее – коллективный договор ДМС трудовых мигрантов). Договор коллективного ДМС трудовых мигрантов заключается Страховщиком с юридическими лицами, представляющими интересы физических лиц, в отношении работников этого юридического лица и членов их семей, если договором страхования не предусмотрено иное.

Договор страхования заключается Страховщиком с физическим лицом, обладающим гражданской дееспособностью, в отношении этого физического лица или в отношении третьих лиц.

1.3. На условиях настоящих Правил, договоры страхования заключаются в пользу Застрахованных лиц - иностранных граждан, въезжающих или пребывающих на территории Российской Федерации и лиц без гражданства.

1.4. Добровольное медицинское страхование трудовых мигрантов осуществляется Страховщиком по Программе ДМС трудовых мигрантов и обеспечивает Застрахованным лицам получение первичной медико-санитарной помощи и специализированной медицинской помощи в неотложной форме в случаях заболеваний и состояний в объеме, не менее чем регламентирован указанием ЦБ РФ от 13.09.2015 № 3793-У «О минимальных (стандартных) требованиях к условиям и порядку осуществления медицинского страхования в части добровольного медицинского страхования иностранных граждан и лиц без гражданства, находящихся на территории Российской Федерации с целью осуществления ими трудовой деятельности» (далее также - указание ЦБ РФ от 13.09.2015 № 3793-У), а также иными нормативно-правовыми документами Российской Федерации, определяющими виды и объемы медицинской помощи иностранным гражданам и лицам без гражданства, находящимся на территории Российской Федерации.

1.5. Условия, содержащиеся в Правилах страхования и не включенные в текст договора страхования, обязательны для Страхователя (Выгодоприобретателя), если в договоре страхования прямо указывается на применение настоящих Правил страхования и сами Правила страхования приложены к нему. Вручение Страхователю при заключении договора страхования Правил страхования удостоверяется записью в договоре страхования (согласно п. 2 ст. 943 ГК РФ).

1.6. Правила могут быть вручены Страховщиком Страхователю выбранным Страхователем способом: на бумажном носителе и/или размещены Страховщиком на официальном сайте Страховщика в сети «Интернет» и/или направлены Страховщиком Страхователю в виде файла в формате «PDF», содержащего текст данного документа, на указанный Страхователем адрес электронной почты.

Официальный сайт Страховщика - официальный сайт ООО «СМП – Страхование» в информационно-коммуникационной сети «Интернет» по адресу: www.smpins.ru.

1.7. При заключении договора страхования Страхователь и Страховщик (также по тексту - **Стороны**) могут договориться об изменении или исключении отдельных положений Правил страхования и о дополнении Правил страхования (согласно п. 3 ст. 943 ГК РФ).

2. СУБЪЕКТЫ СТРАХОВАНИЯ

2.1. **Страховщик** – **Общество с ограниченной ответственностью «СМП-Страхование» (ООО «СМП-Страхование»)**, созданное в соответствии с законодательством Российской Федерации для осуществления страхования и получившее лицензию на осуществление страхования в установленном порядке.

2.2. **Страхователи** – физические лица, обладающие гражданской дееспособностью, иностранные граждане и лица без гражданства, прибывшие в Российскую Федерацию и намеревающиеся осуществлять или осуществляющие трудовую деятельность на основании разрешения на работу или патента, индивидуальные предприниматели или (и) юридические лица, представляющие интересы этих физических лиц.

2.3. **Медицинские учреждения** - имеющие лицензию медицинские организации, научно-исследовательские и медицинские институты, а также частнопрактикующие врачи.

2.4. **Застрахованное лицо** – физическое лицо в возрасте от 18 до 90 лет, в отношении которого заключен договор страхования или который заключил такой договор самостоятельно. Страхователь – физическое лицо вправе заключить договор страхования как в отношении себя, так и в отношении третьих лиц.

2.5. Выгодоприобретатель по договору страхования не назначается, если иное не установлено договором страхования.

2.6. Договор страхования на условиях настоящих Правил не может быть заключен в отношении лиц:

- а) состоящих на учете в наркологических, психоневрологических, противотуберкулезных, кожно-венерологических диспансерах, центрах по профилактике и борьбе со СПИДом;
- б) инвалидов 1 группы;
- в) больных онкологическими заболеваниями и системными заболеваниями крови;
- г) старше 90 лет и младше 18 лет.

Такие лица принимаются на страхование Страховщиком на других условиях добровольного медицинского страхования.

2.7. Застрахованное лицо, указанное в договоре страхования, может быть заменено по заявлению Страхователя другим лицом при условии предоставления Страховщику письменного согласия Застрахованного лица.

2.8. Коллективным договором ДМС трудовых мигрантов может быть предусмотрено, что Застрахованным лицом являются только работники Страхователя и (или) члены их семей. В указанном случае согласия Застрахованного лица на замену в случае его увольнения не требуется.

2.9. Страховщик не вправе разглашать полученные им в результате своей профессиональной деятельности сведения о Страхователе, Застрахованном лице, состоянии их здоровья и имущественном положении.

За нарушение тайны страхования Страховщик в зависимости от рода нарушенных прав и характера нарушения несет ответственность в порядке, предусмотренном гражданским законодательством Российской Федерации.

3. ОБЪЕКТ СТРАХОВАНИЯ

3.1. Объектом страхования являются имущественные интересы Застрахованного лица, связанные с оплатой организации и оказания медицинской и лекарственной помощи (медицинских услуг) и иных услуг вследствие расстройства здоровья Застрахованного лица или состояния Застрахованного лица, требующих организации и оказания таких услуг, а также проведения профилактических мероприятий, снижающих степень опасных для жизни или здоровья Застрахованного лица угроз и (или) устраняющих их.

4. СТРАХОВЫЕ РИСКИ И СТРАХОВЫЕ СЛУЧАИ. ИСКЛЮЧЕНИЯ ИЗ СТРАХОВАНИЯ

4.1. **Страховым риском** является предполагаемое событие, на случай наступления, которого проводится страхование.

Событие, рассматриваемое в качестве страхового риска, должно обладать признаками вероятности и случайности его наступления.

Страховым риском согласно настоящим Правилам является риск документально подтвержденного обращения Застрахованного лица в медицинское учреждение, сервисную компанию и/или иное учреждение, из числа предусмотренных договором страхования, или согласованных со Страховщиком, при остром заболевании, обострении хронического заболевания, травме, отравлении и в других случаях, предусмотренных договором страхования за получением медицинской, в том числе лекарственной, медико-социальной и иной помощи, и иных услуг (медицинских, медико-транспортных, услуг по посмертной репатриации тела) в объеме, предусмотренном Программой ДМС трудовых мигрантов.

Договор страхования может быть заключен по любому из рисков (набору рисков), предусмотренных настоящими Правилами, входящих в Программу ДМС трудовых мигрантов.

4.2. **Страховым случаем** является совершившееся событие, предусмотренное договором страхования, с наступлением которого возникает обязанность Страховщика произвести страховую выплату Страхователю, Застрахованному лицу.

4.2.1. Страховым случаем согласно настоящим Правилам страхования является документально подтвержденное обращение Застрахованного лица в медицинское учреждение, сервисную компанию и/или иное учреждение, из числа предусмотренных договором страхования, или согласованных со Страховщиком, при остром заболевании, обострении хронического заболевания, травме, отравлении и в других случаях, предусмотренных договором страхования за получением медицинской, в том числе лекарственной, медико-социальной и иной помощи, и иных услуг (медицинских, медико-транспортных, услуг по посмертной репатриации тела) в объеме, предусмотренном Программой ДМС трудовых мигрантов.

4.3. Перечень медицинских и иных услуг и объем медицинской помощи определяется Программой ДМС трудовых мигрантов, на условиях которой заключен договор страхования.

4.4. Программа ДМС трудовых мигрантов содержащая общий перечень медицинских и иных услуг и объем медицинской помощи является приложением к настоящим Правилам.

4.5. Медицинское учреждение, с которым Страховщик заключил соответствующий договор на оказание Застрахованным лицам медицинских услуг, в случае отсутствия у него по преискуранту и (или) роду деятельности (специализации) соответствующих услуг, может организовать оказание таких медицинских в других медицинских учреждениях. При этом письменное согласие Страховщика на этот счет является обязательным, если иное не предусмотрено договором между Страховщиком и медицинским учреждением.

4.6. В соответствии с договором страхования Страховщик принимает на себя обязательство организовать и оплатить медицинские и/или иные услуги, оказанные Застрахованным лицам в медицинских и/или иных учреждениях/организациях по существующим технологиям в соответствии с условиями договора страхования, в пределах обусловленной в нем страховой суммы. Страховщик гарантирует оплату медицинских и/или иных услуг, предусмотренных настоящими Правилами и соответствующей Программой ДМС трудовых мигрантов, предоставляемых медицинскими и/или иными учреждениями в Российской Федерации и за рубежом. При этом организация оказания медицинских и/или иных услуг в зарубежных медицинских и/или иных учреждениях может осуществляться как на основе прямых договоров Страховщика с зарубежными медицинскими учреждениями, так и через российские медицинские и/или иные учреждения либо при посредничестве сервисных медицинских компаний, однако во всех перечисленных случаях оплата таких услуг будет считаться обоснованной при надлежащем оформлении документов и наличии у медицинского и/или иного учреждения, оказавшего медицинские услуги, соответствующих регистрационных сертификатов, лицензии (аккредитации, разрешения и т.п.), которые необходимы ему по законодательству местонахождения учреждения для осуществления им деятельности.

4.7. Не является страховым риском и страховым случаем (исключения из страхования) обращение Застрахованного лица в медицинское и/или иное учреждение (если иное не установлено договором страхования):

4.7.1. в связи с получением травматического повреждения или иного расстройства здоровья, наступившего при совершении Застрахованным лицом действий, в которых судом установлены признаки умышленного преступления;

4.7.2. для оказания Застрахованному лицу медицинской помощи, не назначенной врачом, оказывающим медицинскую помощь в рамках Программы ДМС трудовых мигрантов;

4.7.3. для оказания Застрахованному лицу медицинской помощи при особо опасных инфекционных болезнях (натуральная оспа, полиомиелит, малярия ТОРС), заболеваниях, включенных в утверждаемый Правительством Российской Федерации перечень заболеваний, представляющих опасность для окружающих <1>, а также при злокачественных новообразованиях, сахарном диабете, психических расстройствах и расстройствах поведения;

<1> В соответствии с частью 2 статьи 43 Федерального закона от 21 ноября 2011 года N 323-ФЗ "Об основах охраны

здоровья граждан в Российской Федерации".

4.7.4. для оказания Застрахованному лицу высокотехнологичной медицинской помощи;

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

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

4.7.7. для оказания медицинской помощи при умышленном причинении себе телесных повреждений Застрахованным лицом;

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

4.8. Не является страховым риском и страховым случаем (исключения из страхования) обращение Застрахованного лица в медицинское и/или иное учреждение:

4.8.1. за получением медицинской помощи и иных услуг, не предусмотренных Программой ДМС трудовых мигрантов и договором страхования или исключённой из страхования в Программе ДМС трудовых мигрантов;

4.8.2. в медицинское и/или иное учреждение, не предусмотренное Договором страхования;

4.8.3. в других случаях, не предусмотренных Программой ДМС трудовых мигрантов и договором страхования.

4.9. Страховщик освобождается от страховой выплаты, если обращение Застрахованного лица в медицинское и/или иное учреждение вызвано заболеваниями и травмами, возникшими в результате:

- воздействия ядерного взрыва, радиации или радиоактивного заражения;

- военных действий, а также маневров или иных военных мероприятий;

- гражданской войны, народных волнений всякого рода или забастовок.

4.10. Обращение Застрахованного лица за оказанием медицинской помощи и иных услуг в течение срока действия Договора страхования является страховым случаем даже в случае, если срок оказания медицинской помощи и иных услуг превышает срок действия Договора страхования, но не более чем на 30 (тридцать) календарных дней.

5. ТЕРРИТОРИЯ ДЕЙСТВИЯ ДОГОВОРА СТРАХОВАНИЯ

5.1. Указанная в договоре территория, в пределах которой на события, имеющие признаки страхового случая, распространяется действие договора страхования.

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

6. СТРАХОВАЯ СУММА. ФРАНШИЗА

6.1. Под страховой суммой понимается денежная сумма, которая определена договором страхования, и исходя из которой устанавливаются размер страховых взносов и размер страховой выплаты при наступлении страхового случая.

Страховая сумма устанавливается Страховщиком по соглашению со Страхователем, но не менее 100 000 рублей на каждое Застрахованное лицо на период действия договора страхования. Страховая сумма устанавливается в виде уменьшаемой страховой суммы, рассчитываемой как разность страховой суммы на начало срока действия договора страхования трудовых мигрантов и суммы страхового возмещения, осуществляемого Страховщиком в период действия договора страхования по всем произошедшим страховым случаям (далее - агрегатная страховая сумма). Если агрегатная страховая сумма исчерпана полностью, обязательство Страховщика по договору страхования считаются исполненными, и он прекращает свое действие.

6.2. Страховая сумма, если иное не установлено договором страхования, определяет максимальную стоимость медицинской помощи и иных услуг, которые вправе получить Застрахованное лицо в течение срока действия договора страхования независимо от числа обращений в медицинские учреждения.

6.3. Страхователь вправе в период действия договора страхования по согласованию со Страховщиком изменить страховую сумму и/или расширить перечень предоставляемых Программой ДМС мигрантов услуг в рамках иных услуг, предусмотренных Программой ДМС трудовых мигрантов, приложенной к Правилам путем заключения дополнительного соглашения с указанием условий внесения соответствующих изменений.

6.4. В случаях, если стоимость медицинской помощи или иных услуг превышает размер страховой суммы, Страхователь вправе заключить со Страховщиком соглашение, в соответствии с которым Страхователь обязуется возместить Страховщику расходы на оказание медицинской помощи и/или иных услуг, в сумме, превышающей страховую сумму.

6.5. В договоре страхования может быть установлена условная или безусловная франшиза.

При установлении условной франшизы Страховщик освобождается от оплаты расходов, связанных с оказанием Застрахованному лицу медицинских и иных услуг, если их размер не превышает франшизу.

При установлении в договоре страхования безусловной франшизы обязательства Страховщика определяются размером понесенных расходов на оказание Застрахованному лицу медицинских и/или иных услуг, предусмотренных договором, за минусом франшизы.

Франшиза определяется Сторонами в процентном отношении к страховой сумме или в абсолютной величине.

В договоре страхования также может быть установлена временная франшиза – период времени с момента вступления договора страхования в силу, в течение которого страховые выплаты при возникновении страхового случая или отдельных оговоренных заболеваний (состояний, травм, повреждений) не производятся.

7. СТРАХОВОЙ ТАРИФ. СТРАХОВАЯ ПРЕМИЯ

7.1. Под страховой премией понимается плата за страхование, которую Страхователь обязан уплатить Страховщику в порядке и в сроки, установленные договором страхования.

7.2. Страховщик при определении размера страховой премии, подлежащей уплате по договору страхования, вправе применять разработанные им страховые тарифы.

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

Страховщик применяет актуарно (экономически) обоснованные страховые тарифы, которые рассчитываются в соответствии со стандартами актуарной деятельности.

Страховщик устанавливает страховые тарифы в соответствии с утвержденной им методикой расчета страховых тарифов, содержащей указание на стандарты актуарной деятельности, которые были использованы при определении страховых тарифов.

Страховой тариф по конкретному договору страхования определяется по соглашению сторон.

При страховании на срок более одного года страховая премия по договору страхования в целом устанавливается как сумма страховых взносов за каждый год.

Если срок страхования устанавливается как год (несколько лет) и месяц (несколько месяцев), то страховой взнос за последний период времени определяется как часть страхового взноса за год пропорционально полным месяцам последнего страхового периода.

7.3. При определении размера страховой премии Застрахованному лицу может быть предложено заполнить Медицинскую анкету. Сведения, указанные в заявлении на страхование или в Медицинских анкетах, подтверждаются подписью Страхователя (Застрахованного лица). В случае необходимости, для уточнения указанных данных, Страховщик имеет право направить Застрахованное лицо на медицинское обследование. В случае отказа Застрахованного лица от заполнения Медицинской анкеты или прохождения медицинского обследования Страховщик имеет право отказать Страхователю в заключении договора страхования.

7.4. Страховая премия по договору страхования уплачивается единовременно разовым платежом за весь срок действия договора страхования наличными денежными средствами или в безналичном порядке на расчетный счет Страховщика до начала срока действия договора страхования, если договором страхования не предусмотрена оплата страховой премии после начала срока действия договора страхования.

По соглашению Сторон страховая премия может уплачиваться в рассрочку в течение срока действия договора страхования. Такой порядок уплаты страховых взносов (ежемесячно, ежеквартально, по полугодиям, пропорционально, не пропорционально) определяется в договоре страхования.

7.5. Если иное не предусмотрено договором страхования днем уплаты страховой премии (страхового взноса) считается:

7.5.1. при безналичной форме оплаты:

- обязательства Страхователя перед Страховщиком по оплате страховой премии (страхового взноса) считаются исполненными в сумме, указанной в распоряжении о переводе денежных средств, с момента подтверждения его исполнения обслуживающей Страхователя кредитной организацией (дата оплаты страховой премии (страхового взноса)), если Страхователем по договору страхования является физическое лицо;

- день поступления денежных средств на расчетный счет Страховщика (его представителя), если Страхователем по договору страхования является юридическое лицо или индивидуальный предприниматель;

7.5.2. при оплате наличными денежными средствами – дата получения страховой премии (страхового взноса) уполномоченным представителем Страховщика или дата уплаты денежных средств в кассу Страховщика.

7.6. Если на дату наступления страхового случая страховая премия по договору страхования уплачена не полностью, но при этом отсутствует просрочка по уплате очередных взносов, Страхователь, по требованию Страховщика, обязан, в срок не позднее 10 (десяти) календарных дней с даты предъявления такого требования, произвести доплату страховой премии (недостающей части взносов) до указанной в договоре страхования величины страховой премии.

В случае невыполнения Страхователем обязанности по уплате всей суммы страховой премии, Страховщик вправе зачесть сумму страховой премии (в т.ч. просроченного страхового взноса) при выплате страхового возмещения.

8. ПОРЯДОК ЗАКЛЮЧЕНИЯ И ИЗМЕНЕНИЯ ДОГОВОРА СТРАХОВАНИЯ

8.1. Срок действия договора ДМС трудовых мигрантов определяется исходя из сообщенного Страхователем (Застрахованным лицом) предполагаемого срока действия разрешения на работу или патента.

8.1.1. Вступление договора страхования в силу:

8.1.1.1. Если страховая премия (первый страховой взнос при оплате премии в рассрочку) должна быть уплачена до даты начала срока действия договора страхования, договор страхования вступает в силу и действует с 00 часов 00 минут даты оплаты страховой премии или иной даты указанной в договоре страхования (дата начала срока действия договора страхования). При неоплате страховой премии (первого страхового взноса при оплате страховой премии в рассрочку) в размере и в срок, предусмотренные в договоре страхования, договор страхования считается не вступившим в силу и страховые выплаты по нему не осуществляются, а уплаченные денежные средства (при наличии) подлежат возврату Страхователю на основании его письменного обращения (составляется в свободной форме с указанием всех необходимых для перечисления реквизитов) в течение 10 (десяти) рабочих дней с даты получения Страховщиком указанного обращения Страхователя

8.1.1.2. Если договором страхования предусмотрена уплата страховой премии (первого взноса при оплате премии в рассрочку) после даты начала срока действия договора страхования, договор страхования вступает в силу с 00 часов 00 минут даты начала срока действия договора страхования;

8.1.1.3. Договором страхования может быть предусмотрен иной порядок вступления договора страхования в силу, в том числе независимо от момента уплаты страховой премии (ее первого взноса). Договор ДМС трудовых мигрантов может содержать условие о вступлении его в силу не ранее даты начала действия разрешения на работу или патента.

8.1.2. Если иное не предусмотрено договором страхования, страхование, обусловленное договором страхования, распространяется на события, обладающие признаками страхового случая, происшедшие после вступления договора страхования в силу.

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

8.3. При заключении договора страхования между Страхователем и Страховщиком должно быть достигнуто соглашение по следующим существенным условиям:

- 8.3.1 о Застрахованном лице;
- 8.3.2. о характере события, на случай наступления, которого осуществляется страхование (страховой риск);
- 8.3.3. о сроке действия договора страхования и размере страховой суммы;
- 8.3.4. о размере, сроках, порядке оплаты страховой премии (внесения страховых взносов);
- 8.3.5. о перечне медицинских услуг, соответствующих Программе ДМС трудовых мигрантов.

8.4. Страховщик обязан ознакомить Страхователя с содержанием Правил страхования, Программой ДМС трудовых мигрантов и иными условиями страхования.

8.5. При заключении договора страхования Страхователь (Застрахованное лицо) обязан сообщить Страховщику известные Страхователю обстоятельства, имеющие существенное значение для определения вероятности наступления страхового случая, если эти обстоятельства не известны и не должны быть известны Страховщику. Существенными признаются во всяком случае обстоятельства, определенно оговоренные Страховщиком в настоящих Правилах страхования, договоре страхования (страховом полисе) или в его письменном запросе – Заявлении на страхование. Согласно настоящим Правилам страхования из указанных в договоре страхования (страховом полисе) и Заявлении на страхование существенными признаются обстоятельства:

- о поле и возрасте Застрахованного лица;
- о наличии у Застрахованного лица инвалидности;
- о наличии у Застрахованного лица ВИЧ инфекции или болезни СПИД;
- о наличии у Застрахованного лица психических заболеваний и расстройств;
- о нахождении Застрахованного лица на учете в наркологическом и психоневрологическом диспансере, наличии вредных привычек;
- о наличии у Застрахованного лица диагностированного врачом сердечно-сосудистого, онкологического заболевания или о наличии у Застрахованного лица иного угрожающего жизни заболевания или его симптомов;
- профессии и роде занятий Застрахованного лица, занятиях Застрахованного лица спортом;
- о выполнении Застрахованным лицом опасной работы, о контактах с вредными производственными факторами;
- о проживании Застрахованного лица в эндемичных зонах;
- о проживании Застрахованного лица в тяжелых климатических условиях;
- о наличии у Застрахованного лица иных известных ему заболеваний.

Перечень запрашиваемых сведений в отношении обстоятельств, которые являются существенными, может быть уменьшен Страховщиком при заключении конкретного договора страхования. Таким образом, если Страховщик не указал в Заявлении на страхование запрос соответствующего сведения или в договоре страхования соответствующее обстоятельство, то данное обстоятельство не является существенным.

8.6. Если договор страхования заключен при отсутствии ответов Страхователя (Застрахованного лица) на какие - либо вопросы Страховщика, Страховщик не может впоследствии требовать расторжения договора страхования, либо признания его недействительным на том основании, что соответствующие обстоятельства не были сообщены Страхователем (Застрахованным лицом).

8.7. Если после заключения договора страхования будет установлено, что Страхователь (Застрахованное лицо) сообщил Страховщику заведомо ложные сведения об обстоятельствах, имеющих существенное значение для определения вероятности наступления страхового случая и размера возможных убытков от его наступления (страхового риска), Страховщик вправе потребовать признания договора страхования недействительным и применения последствий, предусмотренных п. 2 ст.179 Гражданского кодекса Российской Федерации.

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

8.8. При заключении Договора страхования Страховщик, при необходимости, вправе назначить дополнительный медицинский осмотр страхуемого лица (страхуемых лиц) для оценки фактического состояния его (их) здоровья.

Предварительный медицинский осмотр производится за счет средств Страхователя, если иное не оговорено соглашением Сторон.

8.9. Заключение договора страхования:

8.9.1. Договор страхования может быть заключен в отношении любого количества работников Страхователя и членов их семей, если иное не предусмотрено договором страхования.

8.9.2. Основанием для заключения договора страхования является устное или письменное заявление Страхователя по форме Страховщика.

При заключении коллективного договора ДМС трудовых мигрантов в письменном заявлении указываются:

- полное наименование и адрес юридического лица - Страхователя, его банковские реквизиты, контактная информация и/или фамилия, имя и отчество Страхователя, его адрес места жительства и телефон, адрес электронной почты, почтовый адрес;
- паспортные данные Страхователя или информация о регистрации юридического лица;
- список Застрахованных лиц с указанием имени, отчества, фамилии, даты рождения, адреса места жительства и телефона, прочей необходимой информации о каждом Застрахованном лице согласно законодательству Российской Федерации и указанию ЦБ РФ от 13.09.2015 № 3793-У.

8.9.3. К устному или письменному заявлению по требованию Страховщика прилагаются:

- 8.9.3.1. документы, позволяющие идентифицировать потенциального Страхователя / Застрахованное лицо, а также их представителей: документы, удостоверяющие личность – для физических лиц (паспорт гражданина Российской Федерации, временное удостоверение личности, удостоверение личности или военный билет военнослужащего, общегосударственный заграничный паспорт, удостоверение беженца, паспорт моряка, паспорт иностранного гражданина, виза либо вид на жительство иностранного гражданина, вид на жительство (для лиц без гражданства); документы о государственной регистрации или внесении записи в Единый государственный реестр юридических лиц - для юридических лиц; выписка из Единого государственного реестра юридических лиц, отражающая все изменения (при этом Страховщик вправе установить допустимый максимальный срок, прошедший с момента выдачи выписки), и учредительные документы - для юридических лиц; свидетельство о государственной регистрации физического лица в качестве индивидуального предпринимателя или Свидетельство о внесении в

Единый государственный реестр индивидуальных предпринимателей записи об индивидуальном предпринимателе, зарегистрированном до 1 января 2004 года (в зависимости от того, что применимо), выписка из Единого государственного реестра индивидуальных предпринимателей, отражающая все изменения (при этом Страховщик вправе установить допустимый максимальный срок, прошедший с момента выдачи выписки) – для индивидуальных предпринимателей;

8.9.3.2. документы, подтверждающие полномочия представителей, в частности, такими документами являются решения / протоколы о назначении (избрании) или продлении полномочий, доверенность, приказ о назначении на должность;

8.9.3.3. согласие на обработку персональных данных (если согласно законодательству Российской Федерации, Страховщик не вправе осуществлять обработку персональных данных без такого согласия);

8.9.3.4. документ, подтверждающий прохождение Застрахованным лицом медицинского осмотра или обследования и/или Анкету Застрахованного лица о состоянии здоровья и/или Декларацию о состоянии здоровья Застрахованного лица;

8.9.3.5. прочие документы, требование о предоставлении которых обусловлено выполнением Страховщиком при заключении договора страхования или при обращении потребителя страховых услуг законодательства Российской Федерации или базовых стандартов саморегулируемой организации страховщиков, членом которой является Страховщик (в т.ч. налогового законодательства, нормативными правовыми актами в сфере противодействия легализации (отмыванию) доходов, полученных преступным путем, и финансированию терроризма).

8.9.4. Форма предоставления документов для заключения договора страхования (надлежащим образом заверенные копии или простые копии, оригиналы) устанавливается Страховщиком и доводится до сведения потенциального Страхователя при его обращении.

8.9.5. Перечень сведений и документов для заключения договора страхования, указанный в Правилах, является исчерпывающим. Страховщик вправе уточнить или сократить перечень предоставляемых Страхователем документов и сведений, или принять взамен иные сведения и документы, из числа предоставленных потенциальным Страхователем / Застрахованным лицом. Заявление на страхование, а также документы, прилагаемые к нему (копии документов), и иные документы, запрошенные Страховщиком при заключении договора страхования, являются неотъемлемой частью договора страхования.

8.9.6. Страховщик в течение пяти рабочих дней принимает решение о возможности заключения договора страхования. Если лицом, имеющим намерение заключить договор страхования, потенциальным Застрахованным лицом указаны неполные или неточные сведения/документы, из числа предусмотренных в Правилах, Страховщик вправе отложить вопрос об оформлении договора страхования до получения необходимых сведений/документов. О необходимости предоставления недостающих сведений/документов Страховщик уведомляет лицо, имеющее намерение заключить договор страхования.

8.10. Договор страхования может быть заключен путем составления одного документа либо вручения Страховщиком Страхователю на основании его письменного или устного заявления страхового полиса, подписанного Страховщиком.

8.11. При заключении договора страхования путем выдачи Страхователю страхового полиса в нём указываются сведения о Страхователе и Застрахованном лице, а также условия страхования согласно настоящим Правилам, указанию ЦБ РФ от 13.09.2015 № 3793-У и законодательству Российской Федерации.

8.12. При утрате Застрахованным лицом договора страхования, он должен незамедлительно известить об этом Страховщика. Утраченные документы признаются недействительными и не могут являться основанием для получения медицинской помощи в соответствии с договором страхования. Взамен утраченных документов Страхователю (Застрахованному лицу) выдаются новые документы.

8.13. В случае изменения списка Застрахованных лиц Страхователь представляет Страховщику сведения, предусмотренные настоящими Правилами о каждом Застрахованном лице, включаемом в список Застрахованных лиц, и дополнительно уплачивает соответствующий страховой взнос за период: с момента включения указанных лиц в список Застрахованных лиц до окончания срока действия Договора страхования.

8.14. Договор страхования может быть заключен в соответствии с пунктом 2 статьи 160 Гражданского кодекса Российской Федерации с использованием факсимильного воспроизведения подписи и печати Страховщика с помощью средств копирования.

8.15. Если иное не предусмотрено соглашением Сторон, все заявления и извещения, которые делают друг другу Страховщик и Страхователь в процессе исполнения договора страхования, должны производиться в письменной форме по следующим адресам и иным контактным данным сторон, содержащимся в следующих документах (иных информационных источниках):

8.15.1. о Страховщике – в договоре страхования;

8.15.2. о Страхователе и Застрахованных лицах – в договоре страхования (страховом полисе), платежном поручении, а также в базах данных, которые Страховщик может вести в процессе страховой деятельности (при наличии);

8.15.3. о Сторонах и Застрахованных лицах – в уведомлениях, которые Стороны направляют друг другу в связи с изменениями контактной информации в порядке, установленном настоящими Правилами.

При изменении контактных данных Страхователь обязан незамедлительно уведомить об этом Страховщика путем направления письменного уведомления нарочно или посредством почтовой связи, если иное не предусмотрено законодательством Российской Федерации, в противном случае Страхователь несет риск любых неблагоприятных последствий, вызванных не уведомлением/несвоевременным уведомлением.

Страховщик уведомляет Страхователя об изменениях своих контактных данных (в т.ч. адреса места нахождения, телефона) посредством размещения обновленной информации на своем официальном сайте в информационно-телекоммуникационной сети «Интернет».

8.16. Если иное не установлено законом или договором страхования, Страховщик вправе направлять Страхователю (Застрахованному лицу) сообщения посредством электронной почты по адресу, указанному Страхователем (Застрахованным лицом) в имеющихся у Страховщика документах, или посредством размещения информации на своем официальном сайте в информационно-телекоммуникационной сети «Интернет». В таком случае сообщение считается направленным надлежащим образом, если можно достоверно установить, от кого исходило сообщение и кому оно адресовано.

8.17. Страховщик вправе предусмотреть на своем официальном сайте в информационно-телекоммуникационной сети «Интернет» возможность создания и отправки Страхователем (Застрахованным лицом) Страховщику информации в электронной форме (в т.ч. обращений, касающихся заключения и/или изменения и/или досрочного прекращения договора страхования и/или

страховой выплаты и связанных с ними документов/сведений). При этом требования к использованию электронных документов и порядок обмена информацией в электронной форме (в т.ч. случаи и порядок создания и отправки, указанной в настоящем пункте информации) устанавливаются соглашением между Страхователем (Застрахованным лицом,) и Страховщиком в соответствии с действующим законодательством Российской Федерации.

Любые документы, оформленные Страховщиком и/или Страхователем (Застрахованным лицом) в виде электронного документооборота в соответствии с требованиями законодательства признаются равнозначными документами, оформленными на бумажном носителе.

9. ПОРЯДОК ПРЕДОСТАВЛЕНИЯ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ

9.1. Предоставление медицинской помощи и иных услуг, обусловленных договором страхования и Программой ДМС трудовых мигрантов, осуществляется путем обращения Застрахованного лица в медицинские и/или иные учреждения, указанные в договоре страхования, или предварительно к Страховщику по указанным им телефонам.

9.2. Застрахованное лицо при обращении в медицинское и/или иное учреждение обязано предъявить договор ДМС трудовых мигрантов или иной документ, выданный Страховщиком, а также паспорт или иной документ, удостоверяющий личность, если иное не предусмотрено правилами оказания медицинских услуг.

9.3. Страховщик в целях исполнения своих обязательств по организации предоставления Застрахованным лицам услуг в соответствии с условиями договора страхования заключает договоры по оказанию медицинской помощи и иных услуг Застрахованным лицам с государственными, частными медицинскими и иными учреждениями, находящимися на территории Российской Федерации и за ее пределами, включая зарубежные страховые компании, сервисными компаниями, научно-исследовательскими институтами, лабораториями, медицинскими центрами, аптечными учреждениями, частнопрактикующими врачами и иные организации различных форм собственности, являющиеся резидентами или нерезидентами на территории Российской Федерации, при условии, что это не противоречит законодательству Российской Федерации.

Медицинские учреждения, сервисные компании и иные учреждения, в соответствии с договором, заключенным со Страховщиком, оказывают услуги Застрахованным лицам, предусмотренные договором страхования и программой ДМС трудовых мигрантов.

9.4. Оплата стоимости услуг, оказанных медицинскими и/или иными учреждениями, производится исходя из фактических затрат на оказание медицинских и/или иных услуг по ценам, согласованным между Страховщиком и медицинским и/или иным учреждением, путем перечисления Страховщиком денежных средств на счет медицинского и/или иного учреждения.

9.5. Перечисление производится либо авансировано, либо после получения от медицинских и/или иных учреждений, сервисных компаний счета с указанием диагноза, сроков лечения, перечня оказанных услуг, их стоимости и общей суммы расходов, понесенных по всем услугам, оказанным Застрахованному лицу в пределах Программы ДМС трудовых мигрантов, предусмотренной договором страхования.

9.6. Договор страхования может предусматривать возмещение расходов, понесенных Страхователем (Застрахованным лицом) в виде возмещения Застрахованному лицу (Выгодоприобретателю, если данное лицо предусмотрено договором страхования) его личных средств, израсходованных на получение медицинской помощи (медицинских и иных услуг, приобретение лекарственных средств, изделий медицинского назначения) на основании предъявленных документов, подтверждающих оказание медицинской помощи Застрахованному лицу и произведенные Застрахованным лицом (Выгодоприобретателем) расходы. При этом возможность такой выплаты и условия ее получения определяются договором или Программой ДМС трудовых мигрантов.

9.7. Для осуществления выплаты в соответствии с п. 9.6 настоящих Правил Застрахованное лицо должно предоставить Страховщику:

- письменное заявление на получение страхового возмещения;
- документы, подтверждающие факт оказания услуг Застрахованному лицу;
- копию лицензии лечебного учреждения на право оказания медицинской помощи;
- оригиналы оплаченных счетов/*счетов-фактур* с указанием медицинского учреждения (аптечной или иной организации) и подробного перечня оказанных услуг (лекарственных средств, изделий медицинского назначения) и их стоимости, а также документы по факту оказания услуг (например, договоры на оказания услуг), чеков, квитанций, платежных поручений с отметкой банка о его исполнении;

- в случае если возмещение связано с компенсацией расходов, понесенных застрахованным лицом на приобретение лекарственных средств и / или изделий медицинского назначения, документы, подтверждающие их назначение лечащим врачом медицинского учреждения, а также документы по факту оплаты приобретения лекарственных средств и/или изделий медицинского назначения.

9.7.1. Заявление и прилагаемые к нему документы Застрахованное лицо предоставляет в следующем порядке:

9.7.1.1. при личном обращении в офис Страховщика – по акту приемки-передачи с подписью представителя Страховщика и Застрахованного лица с указанием даты;

9.7.1.2. при отправке по почте или по электронной почте – с составлением описи.

При получении заявления и приложенных документов по почте/электронной почте Страховщик проверяет комплектность документов. При недостаточности документов Страховщик принимает документы, уведомляет Застрахованное лицо о недостаточности документов в течение 15 рабочих дней.

9.8. Страховщик в течение 30 (тридцати) календарных дней с даты, следующей за датой получения последнего документа из комплекта документов, указанного в п. 9.7 Правил, осуществляет принятие решения и осуществляет выплату страхового возмещения Застрахованному лицу или направляет обоснованный отказ в страховой выплате. В случаях проведения сверки и/или экспертизы выставленных к оплате счетов на предмет их относимости к страховому случаю и объему страхового покрытия, срок их оплаты может быть увеличен до 90 рабочих дней. Об использовании права на отсрочку выплаты Страховщик уведомляет Застрахованное лицо.

9.9. Страховое возмещение выплачивается через кассу Страховщика, либо перечисляется на счет Застрахованного лица (или иного лица, указанного в заявлении) в любом банке Российской Федерации, указанном в заявлении.

9.9.1. Если Застрахованное лицо не предоставило банковские реквизиты для получения страховой выплаты, то Страховщик приостанавливает выплату, уведомляет Застрахованное лицо и запрашивает у него реквизиты.

9.10. Взаимоотношения Страховщика с медицинским и/или иным учреждением определяются соответствующим договором.

9.11. Страховщик проверяет соответствие оказываемых Застрахованному услуг оговоренному в договоре страхования объему, сроки предоставления услуг и выполнение других положений договора страхования, а также проводит экспертизу качества оказанных услуг по своему усмотрению или по письменному заявлению Страхователя (Застрахованного лица).

9.12. Не являются страховым случаем и не оплачиваются Страховщиком расходы, понесенные Страхователем (Застрахованным лицом) в связи с событиями, произошедшими после окончания срока действия договора страхования. Страховщик оплачивает расходы, связанные со страховым случаем, наступившим в течение срока действия договора страхования, и понесенные до момента устранения угрозы жизни Застрахованного лица, если иное не предусмотрено договором страхования.

9.13. Ответственность за объем и качество предоставляемых медицинских услуг, а также за отказ в оказании медицинской помощи Застрахованному лицу несет медицинское учреждение в соответствии с законодательством Российской Федерации.

10. ПОСЛЕДСТВИЯ УВЕЛИЧЕНИЯ СТЕПЕНИ СТРАХОВОГО РИСКА В ПЕРИОД ДЕЙСТВИЯ ДОГОВОРА СТРАХОВАНИЯ

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

10.2. В любом случае значительными признаются обстоятельства:

а) оговоренные в договоре страхования (страховом договоре), в Правилах страхования или в заявлении о заключении договора страхования;

б) исключающие возможность заключения договора страхования в отношении Застрахованного лица в соответствии с Правилами страхования.

10.3. При получении информации об обстоятельствах, влекущих увеличение степени страхового риска, Страховщик вправе потребовать изменения условий договора страхования или уплаты дополнительного страхового взноса соразмерно увеличению степени страхового риска.

10.4. Если Страхователь (Застрахованное лицо) возражает против изменения условий договора страхования или доплаты страхового взноса, Страховщик вправе потребовать расторжения договора страхования.

10.5. При неисполнении Страхователем (Застрахованным лицом) обязанностей по сообщению Страховщику об увеличении степени страхового риска Страховщик вправе потребовать расторжения договора страхования и возмещения убытков, причиненных расторжением договора страхования.

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

11. ПРАВА И ОБЯЗАННОСТИ СТОРОН И ЗАСТРАХОВАННОГО ЛИЦА

11.1. Права и обязанности Застрахованного лица по договору страхования.

11.1.1. **Застрахованное лицо имеет право:**

а) на получение медицинской помощи и иных услуг, объем которых определен в Программой ДМС трудовых мигрантов по условиям договора страхования, в медицинских и/или иных учреждениях, перечень которых определен в договоре страхования;

б) требовать от Страховщика в законном порядке соблюдения условий договора страхования;

в) на получение дубликата страхового договора в случае его утраты.

11.1.2. **Застрахованное лицо обязано:**

а) представлять Страховщику необходимые для заключения договора страхования достоверные сведения, а также иную необходимую информацию, связанную с исполнением договора страхования;

б) при получении страховой документации (договора страхования, страхового полиса, Правил страхования, Программы ДМС трудовых мигрантов и др.) удостоверить личной подписью факт получения указанных документов;

в) соблюдать требования Правил страхования, условий договора страхования, предписания лечащего врача в ходе получения медицинской помощи, распорядок, установленный медицинским учреждением;

г) заботиться о сохранности страховых документов и не передавать их другим лицам с целью получения ими медицинской помощи;

д) при утрате договора ДМС трудовых мигрантов незамедлительно извещать об этом Страховщика;

е) сообщать своевременно Страховщику об изменении своей фамилии или места жительства;

ж) предоставлять Страховщику право на ознакомление с медицинской документацией из любых медицинских и иных учреждений для решения вопросов, связанных с реализацией договора страхования и оплатой оказанных Застрахованному лицу услуг;

з) посещать заранее согласованные с медицинским и/или иным учреждением процедуры, приемы и исследования, не нарушать лечебный режим, вызывать скорую медицинскую помощь только в случае необходимости.

В случае неявки без уважительной причины Застрахованного лица на заранее согласованные с медицинским и/или иным учреждением процедуры, приемы и исследования, а также в связи с необоснованным или ложным вызовом скорой медицинской помощи (СМП), нарушением лечебного режима, Застрахованное лицо обязано компенсировать Страховщику его расходы, возникшие в связи с этими событиями. Указанные расходы должны быть компенсированы Застрахованным лицом путем внесения соответствующей суммы денежных средств в кассу Страховщика/перечисления на расчетный счет Страховщика в срок

не позднее 14 (Четырнадцати) рабочих дней с даты получения Застрахованным лицом соответствующего требования Страховщика.

В случае неисполнения Страхователем (Застрахованным лицом) обязанности по компенсации Страховщику расходов, понесенных им в результате действий Страхователя (Застрахованного лица) в случаях, указанных в пп. з) п. 11.1.2 настоящих Правил, Страховщик вправе расторгнуть договор страхования в одностороннем порядке, письменно уведомив Страхователя. При этом возврат уплаченных страховых взносов не производится;

11.2. Права и обязанности Страхователя по договору страхования.

11.2.1. **Страхователь обязан:**

а) предоставить Страховщику полностью достоверную информацию, необходимую для заключения договора страхования;

б) уплачивать страховые взносы в размерах и сроки, определенные договором страхования.

11.2.2. **Страхователь имеет право:**

а) требовать от Страховщика в законном порядке соблюдения условий договора страхования;

б) при коллективном страховании изменить список Застрахованных лиц в соответствии с порядком, предусмотренным Правилами страхования;

в) по соглашению со Страховщиком расширить перечень медицинских услуг в пределах, предусмотренных Правилами страхования и Программой ДМС трудовых мигрантов, приложенной к Правилам страхования, путем подписания дополнительного соглашения к договору страхования и при условии уплаты дополнительного страхового взноса;

г) в случае увольнения Застрахованного лица, являющегося работником Страхователя, заменить его другим в порядке, предусмотренном Правилами страхования;

д) досрочно отказаться от договора страхования;

е) получить у Страховщика на основании письменного заявления дубликат договора страхования и документов для обращения в медицинские учреждения в случае его утраты.

11.3. Права и обязанности Страховщика.

11.3.1. **Страховщик обязан:**

а) ознакомить Страхователя с Правилами страхования, способом установленном Правилами и выбранным Страхователем;

б) по требованию Страхователей, Застрахованных лиц, Выгодоприобретателей, а также лиц, имеющих намерение заключить договор страхования, разъяснить положения, содержащиеся в Правилах страхования и договорах страхования, предоставить информацию о расчете страховой выплаты, об изменениях страховой суммы в течение срока действия договора страхования.

в) выдавать Страхователю (Застрахованным лицам) договоры страхования установленной формы при их заключении;

г) производить страховые выплаты при наступлении страховых случаев в порядке, установленном настоящими Правилами и договором страхования;

д) обеспечивать конфиденциальность в отношении со Страхователем (Застрахованными лицами) в соответствии со ст. 13 Федерального закона Российской Федерации от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» и Федеральным законом от 27.07.2006 № 152-ФЗ «О персональных данных». Информация о диагнозах заболеваний Застрахованных лиц, их обращениях за медицинской помощью и ее объеме может быть представлена Страхователю только по письменному разрешению Застрахованных лиц;

е) контролировать объем, сроки и качество медицинской помощи и иных услуг, оказанных Застрахованному лицу в медицинских и/или иных учреждениях, предусмотренных договором страхования, и медицинских и/или иных учреждениях, медицинская помощь и иные услуги в которых были организованы Страховщиком;

ж) содействовать Застрахованному лицу по его письменному заявлению в предъявлении им в судебном порядке иска путем составления искового заявления, связанного с качеством оказанных ему в рамках договора страхования медицинской помощи и иных услуг, а также в получении им результатов медицинской экспертизы, подтверждающей оказание Застрахованному лицу неполной или некачественной медицинской помощи;

з) уведомить Страхователя и Застрахованное лицо об уменьшении агрегатной страховой суммы в течение пяти рабочих дней с момента уменьшения размера страховой суммы до размера менее чем 10000 рублей;

и) проинформировать Страхователя о факте просрочки уплаты очередного страхового взноса или факте его уплаты не в полном объеме.

11.3.2. **Страховщик имеет право:**

а) требовать от Страхователя предоставления достоверной информации, необходимой для заключения договора страхования;

б) досрочно расторгнуть договор страхования в случае:

- несоблюдения Застрахованным лицом или Страхователем своих обязанностей по договору страхования;

- если будет установлено, что Застрахованное лицо передало другому лицу договор страхования или иной документ, подтверждающий заключение договора страхования, с целью получения последним услуг по договору страхования;

- в других случаях, предусмотренных законодательством Российской Федерации;

в) организовать экстренную медицинскую помощь Застрахованному лицу по жизненным показаниям с привлечением муниципальной медицины (скорая медицинская помощь «03» («112», «103»), госпитализация в ближайший стационар и пр.) с дальнейшей организацией перевода по желанию Страхователя (Застрахованного лица) и при отсутствии медицинских противопоказаний в медицинское учреждение, предусмотренное договором страхования;

г) по согласованию со Страхователем внести изменения в договор страхования в случае прекращения договора с медицинским и/или иным учреждением, указанным в договоре страхования;

д) требовать от Страхователя уплаты дополнительного страхового взноса при увеличении степени страхового риска;

е) проверять сообщенную Страхователем информацию;

ж) изменить по согласованию со Страхователем страховую сумму по договору страхования при изменении медицинским и/или иным учреждением стоимости, предоставляемой медицинской, в том числе лекарственной и медико-социальной помощи, и иных услуг.

12. ПРЕКРАЩЕНИЕ ДЕЙСТВИЯ ДОГОВОРА СТРАХОВАНИЯ

12.1. Договор страхования прекращается в случаях:

- а) истечения срока его действия;
- б) исполнения Страховщиком обязательств перед Страхователем по договору страхования в полном объеме;
- в) неуплаты Страхователем страхового взноса в установленные договором страхования сроки в случае, если предоставлена отсрочка или рассрочка уплаты страхового взноса в течение срока действия договора страхования;
- г) ликвидации Страхователя, являющегося юридическим лицом, или смерти Страхователя, являющегося физическим лицом;
- д) в случае смерти Застрахованного лица;
- е) при неуплате Страхователем страховой премии (первого страхового взноса при уплате страховой премии в рассрочку) в размере и сроки, предусмотренные договором страхования, если уплата страховой премии (первого страхового взноса при уплате страховой премии в рассрочку) должна быть произведена после вступления договора страхования в силу, – в 24 часа 00 минут последнего дня срока уплаты страховой премии (первого страхового взноса).

В случае неуплаты очередного страхового взноса по договору страхования (за период страхования) в размере и сроки, установленные договором страхования, действие договора страхования прекращается по письменному уведомлению Страховщика, направленному в адрес Страхователя.

Конкретным договором страхования могут быть предусмотрены иные последствия неоплаты страховой премии (первого страхового взноса, очередных страховых взносов при уплате страховой премии в рассрочку или за период страхования).

ж) в других случаях, предусмотренных в Правилах страхования и договоре страхования, а также законодательством Российской Федерации.

12.2. Договор страхования может быть прекращен досрочно по требованию Страхователя или Страховщика в соответствии с нормами гражданского законодательства с письменным уведомлением другой стороны не менее чем за 30 (тридцать) дней до предполагаемой даты прекращения договора страхования, если договором страхования не определено иное.

12.3. Договор страхования прекращается в целом или в отношении отдельных лиц, исключенных из списка Застрахованных лиц, до наступления 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. При этом Страхователю возвращается страховой взнос пропорционально не истекшему сроку действия договора страхования.

12.4. При досрочном расторжении договора страхования по требованию Страхователя, Страховщик возвращает ему часть уже уплаченного страхового взноса за вычетом одной из двух сумм, которая больше по абсолютному значению (если иное не оговорено договором страхования или предусмотрено законодательством Российской Федерации):

1) за неистекший срок действия договора страхования за вычетом понесенных расходов на ведение дела в размере, указанном в структуре тарифной ставки. В этом случае расчет подлежащей возврату неиспользованной части страхового взноса производится следующим образом:

$$\begin{array}{l} \text{Неиспользованный} \\ \text{страховой взнос} \end{array} = \frac{\begin{array}{l} \text{Сумма страховых взносов, предусмотренная} \\ \text{Договором страхования} \end{array} \cdot \begin{array}{l} \text{Число дней до окончания срока} \\ \text{действия Договора страхования} \end{array} \cdot 0,75}{\text{Число дней срока действия Договора страхования}}$$

Если договор страхования предусматривает возможность уплаты страховых взносов в рассрочку, то возврат неиспользованной части страхового взноса производится только в отношении оплаченной части страхового взноса, предусмотренной договором страхования, исходя из следующих параметров:

$$\begin{array}{l} \text{Неиспользованный} \\ \text{страховой взнос} \end{array} = \frac{\begin{array}{l} \text{Сумма фактически оплаченных страховых} \\ \text{взносов} \end{array} \cdot 0,75 \cdot \begin{array}{l} \text{Число дней до окончания} \\ \text{оплаченного периода} \end{array}}{\text{Число дней оплаченного периода}}$$

Если требование Страхователя о расторжении договора страхования обусловлено нарушением Страховщиком Правил страхования, последний возвращает Страхователю внесенный им страховой взнос полностью, если договором страхования не определено иное.

2) За вычетом суммы произведенных страховых выплат по договору страхования и понесенных расходов на ведение дела в размере, указанном в структуре тарифной ставки.

12.5. При досрочном расторжении договора страхования по требованию Страховщика, если требование Страховщика о расторжении договора страхования обусловлено невыполнением Страхователем Правил страхования или договора страхования, Страховщик возвращает Страхователю страховой взнос за неистекший срок действия Договора страхования за вычетом понесенных расходов в порядке, предусмотренном пунктом 12.4 настоящих Правил, если договором страхования не определено иное. Условия данного пункта не распространяются на взаимоотношения Сторон по уплате Страхователем страховой премии (страхового взноса).

12.6. Если уплата страхового взноса состоялась до даты вступления договора страхования в силу, указанной в договоре страхования, а Страхователь или Страховщик в силу обстоятельств, определенных законодательством Российской Федерации,

отказываются от заключения договора страхования, и при этом дата вступления договора в силу не наступила, страховой взнос, уплаченный до даты вступления договора страхования в силу, возвращается в полном объеме без удержания расходов Страховщика.

12.7. Во всех случаях досрочного прекращения договора страхования, Застрахованные лица обязаны вернуть Страховщику документы, подтверждающие действие договоров страхования, действие которых прекращается с момента прекращения договора страхования.

13. ПОРЯДОК РАЗРЕШЕНИЯ СПОРОВ

13.1. Отношения Сторон, не предусмотренные настоящими Правилами, определяются в соответствии действующим законодательством Российской Федерации.

13.2. Качество оказания медицинской помощи и иных услуг, соответствие их условиям, предусмотренным в договоре страхования, контролируется врачами-экспертами Страховщика.

13.3. Все споры по договору страхования между Страховщиком и Страхователем (Застрахованным лицом, Выгодоприобретателем) разрешаются в досудебном порядке путем направления письменной, обоснованной претензии с приложением подтверждающих документов.

Страховщик в порядке, установленном действующим законодательством Российской Федерации обязан рассмотреть письменную претензию Страхователя (Застрахованного лица, Выгодоприобретателя) и направить ему мотивированный письменный ответ об удовлетворении, частичном удовлетворении или отказе в удовлетворении предъявленных требований в следующие сроки:

- в течение 15 (пятнадцати) рабочих дней со дня получения Страховщиком претензии Страхователя (Застрахованного лица, Выгодоприобретателя) в случае, если Страхователь (Застрахованное лицо, Выгодоприобретатель) является потребителем финансовых услуг в соответствии с Федеральным законом от 04.06.2018 N 123-ФЗ "Об уполномоченном по правам потребителей финансовых услуг", указанная претензия направлена в электронной форме по стандартной форме, которая утверждена Советом Службы финансового уполномоченного, и если со дня нарушения прав потребителя финансовых услуг прошло не более ста восьмидесяти дней;

- в течение тридцати дней со дня получения заявления Страхователя (Выгодоприобретателя) в иных случаях.

Споры, возникающие в процессе оказания медицинской помощи и иных услуг Застрахованным лицам, в досудебном претензионном порядке может разрешать согласительная комиссия, в состав которой входят представители Страхователя, Страховщика, медицинского учреждения и/или иного учреждения и, в случае необходимости, независимые эксперты по требованию и за счет потребовавшей Стороны.

13.4. В случае неудовлетворения претензии Страховщиком в досудебном порядке Страхователь (Застрахованное лицо, Выгодоприобретатель) - физическое лицо - с учетом особенностей, установленных Федеральным законом от 04.06.2018 N 123-ФЗ «Об уполномоченном по правам потребителей финансовых услуг», вправе направить обращение финансовому уполномоченному после получения ответа Страховщика либо в случае неполучения ответа Страховщика по истечении соответствующих сроков рассмотрения претензии.

13.5. При не достижении соглашения по исполнению договора страхования в досудебном порядке спор передается на рассмотрение суда в порядке, установленном законодательством Российской Федерации.

13.6. Если иное не предусмотрено договором страхования, все споры, которые возникли между Страховщиком и Страхователем в связи с договором страхования и неразрешенные в досудебном порядке передаются:

- в Арбитражный суд г. Москвы, если Страхователь (Выгодоприобретатель) – юридическое лицо или индивидуальный предприниматель;

- в соответствии с действующим законодательством, если Страхователь (Застрахованное лицо, Выгодоприобретатель) – физическое лицо.

14. ПРАВО СТРАХОВЩИКА НА ВОЗМЕЩЕНИЕ РАСХОДОВ

14.1. Страховщик имеет право требовать от юридических или физических лиц, ответственных за причиненный вред здоровью Застрахованного лица, возмещения ему расходов в пределах суммы, затраченной на оказание Застрахованному лицу медицинской помощи и иных услуг, за исключением случаев, когда вред причинен Страхователем.

15. ТЕРМИНЫ, ИСПОЛЬЗУЕМЫЕ В ПРАВИЛАХ

Договор добровольного медицинского страхования трудовых мигрантов - документ, выдаваемый Страховщиком Страхователю и удостоверяющий факт заключения договора страхования.

Страховая выплата – денежная сумма, установленная договором страхования и выплачиваемая Страховщиком Страхователю, Застрахованному лицу, Выгодоприобретателю при наступлении страхового случая.

Программа добровольного медицинского страхования трудовых мигрантов (по тексту - программа ДМС трудовых мигрантов) - перечень медицинских услуг, предоставляемых Страховщиком, а также медицинских учреждений, сервисных компаний и иных учреждений, в которых Застрахованное лицо может получить медицинские и/или иные услуги.

Сервисные компании - сервисные или ассистанские компании и учреждения, имеющие договоры со Страховщиком по организации медицинских, экспертных, медико-транспортных и иных (в том числе медико-социальных) услуг, и оказывающие помощь по репатриации.

Аптечные учреждения – организации, осуществляющие розничную торговлю лекарственными средствами, изготовление и отпуск лекарственных средств в соответствии с требованиями законодательства Российской Федерации, имеющие лицензию на осуществление фармацевтической деятельности, оказывающие услуги Застрахованным лицам по медикаментозному обеспечению.

Медицинские услуги - мероприятия или комплекс мероприятий, направленных на профилактику заболеваний, их диагностику и лечение, имеющих самостоятельное законченное значение и определенную стоимость.

Медико-транспортные услуги – услуги, связанные с транспортировкой Застрахованного лица по медицинским показаниям:

- машиной скорой помощи, или иным видом транспорта до ближайшего медицинского учреждения на территории Российской Федерации;
- адекватным состоянию здоровья Застрахованного лица транспортным средством (при необходимости, в сопровождении медицинского персонала), в другое медицинское учреждение на территории Российской Федерации по медицинским причинам (по предписанию врача);
- адекватным состоянию здоровья Застрахованного лица транспортным средством (при необходимости, в сопровождении медицинского персонала) до ближайшего к месту постоянного проживания Застрахованного лица медицинского учреждения на территории Российской Федерации.
- адекватным состоянию здоровья Застрахованного лица транспортным средством из страны пребывания – Российской Федерации до ближайшего медицинского учреждения в стране постоянного проживания или гражданства для получения медицинской помощи;

Посмертная репатриация тела:

- останков до транспортного узла, ближайшего к месту постоянного проживания Застрахованного лица.