

Правила добровольного медицинского страхования иностранных граждан и лиц без гражданства, находящихся на территории Российской Федерации с целью осуществления ими трудовой деятельности

Приложение № 1
к Приказу
от 14.04.2016 №106 - од

УТВЕРЖДАЮ

Генеральный директор
ООО СК «ВТБ Страхование»

подписано Г.А. Гальперин
14.04.2016г.

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

ОГЛАВЛЕНИЕ

1.	ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ.....	3
2.	СУБЪЕКТЫ СТРАХОВАНИЯ.....	4
3.	ОБЪЕКТ СТРАХОВАНИЯ.....	4
4.	СТРАХОВОЙ РИСК, СТРАХОВОЙ СЛУЧАЙ.....	5
5.	СТРАХОВАЯ СУММА. СТРАХОВАЯ ПРЕМИЯ И ПОРЯДОК ЕЕ УПЛАТЫ	5
6.	ФРАНШИЗА.....	7
7.	ПОРЯДОК ЗАКЛЮЧЕНИЯ ДОГОВОРА СТРАХОВАНИЯ.....	7
8.	УВЕЛИЧЕНИЕ СТЕПЕНИ СТРАХОВОГО РИСКА.....	8
9.	ПРАВА И ОБЯЗАННОСТИ СТОРОН.....	9
10.	ПРЕКРАЩЕНИЕ ДОГОВОРА СТРАХОВАНИЯ.....	11
11.	ПОРЯДОК И ВИДЫ ОСУЩЕСТВЛЕНИЯ СТРАХОВОЙ ВЫПЛАТЫ.....	11
12.	ПОРЯДОК РАЗРЕШЕНИЯ СПОРОВ.....	13
13.	ОСОБЫЕ УСЛОВИЯ.....	13

1. ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ

1.1. Настоящие Правила добровольного медицинского страхования иностранных граждан и лиц без гражданства, находящихся на территории Российской Федерации с целью осуществления ими трудовой деятельности (далее - Правила) составлены в соответствии с действующим законодательством и определяют общие условия и порядок заключения Обществом с ограниченной ответственностью Страховая компания «ВТБ Страхование» (далее - Страховщик) договоров добровольного медицинского страхования иностранных граждан или лиц без гражданства (далее - договор страхования или договоры страхования).

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

1.2.1. Определения и понятия, применяемые в Правилах страхования:

Минимальные требования – требования к условиям и порядку осуществления добровольного медицинского страхования иностранных граждан и лиц без гражданства, находящихся на территории Российской Федерации с целью осуществления им трудовой деятельности, определенные согласно Указанию № 3793-У от 13 сентября 2015 г.

Программа медицинского страхования (Программа) – перечень и порядок оказания Застрахованным медицинских и иных услуг (иные услуги - только если это прямо предусмотрено Программой) в рамках Договора страхования.

Конкретный перечень услуг определяется Программой и в обязательном порядке должен включать в себя услуги, предусмотренные Минимальными требованиями.

Медицинская помощь – комплекс мероприятий, направленных на поддержание и(или) восстановление здоровья Застрахованных, и включающих в себя предоставление медицинских услуг в рамках договора страхования, устанавливаемый в соответствии с Программой, и включающий в себя:

- медицинские услуги – первичная медико-санитарная помощь и специализированная медицинская помощь в неотложной форме в случаях заболеваний и состояний, входящих согласно части шестой статьи 35 Федерального закона от 29 ноября 2010 года №326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» в базовую программу обязательного медицинского страхования с учетом особенностей, установленных Минимальными требованиями. По соглашению сторон Программой может быть предусмотрено расширение перечня оказываемых медицинских услуг;
- иные услуги (в случае если они прямо предусмотрены Программой) – услуги, связанные с оказанием или организацией оказания медицинских услуг Застрахованному, оказываемые Страховщиком и(или) сервисной организацией при наступлении страхового случая.

Неотложная форма медицинской помощи – медицинская помощь, оказываемая при внезапных острых заболеваниях, состояниях, обострении хронических заболеваний без явных признаков угрозы жизни пациента.

Первичная медико-санитарная помощь – медицинская помощь, оказываемая в амбулаторных условиях, медицинскими работниками со средним медицинским образованием, врачами-терапевтами, врачами-терапевтами участковыми, врачами общей практики (семейными врачами), а также врачами-специалистами, включая врачей-специалистов медицинских организаций, оказывающих специализированную медицинскую помощь.

Специализированная медицинская помощь – медицинская помощь, оказываемая в условиях стационара врачами-специалистами и включает в себя, диагностику и лечение заболеваний и состояний, требующих использования специальных методов и сложных медицинских технологий.

Территория оказания медицинских услуг – страна или иная конкретно обозначенная территория, указанная в Договоре страхования, в пределах которой действует страховая защита. Территория действия договора должна включать субъект Российской Федерации,

на территории которого Застрахованный намеревается осуществлять трудовую деятельность.

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 о лицензировании отдельных видов деятельности. Медицинскими организациями в целях настоящих Правил также являются иные юридические лица независимо от организационно-правовой формы, осуществляющие наряду с основной (уставной) деятельностью медицинскую деятельность, а также индивидуальные предприниматели, осуществляющие медицинскую деятельность.

Сервисная организация – организация, предоставляющая и(или) организующая предоставление услуг, предусмотренных Программой, на территории страхования, по указанию Страховщика.

Лекарственное обеспечение предполагает оплату Страховщиком или сервисной организацией расходов на используемые медицинским персоналом при оказании медицинской помощи в неотложной форме в соответствии со стандартами первичной медико-санитарной помощи и специализированной медицинской помощи лекарственные препараты, включенные в утвержденный Правительством Российской Федерации перечень жизненно необходимых и важнейших лекарственных препаратов для медицинского применения и медицинских изделий, и медицинские изделия, включенные в утвержденный Правительством Российской Федерации перечень медицинских изделий, имплантируемых в организм человека при оказании медицинской помощи в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи, в том числе оплату лечебного питания в стационаре и донорской крови и ее компонентов.

Патент - документ, подтверждающий в соответствии с законодательством Российской Федерации право иностранного гражданина, прибывшего в Российскую Федерацию в порядке, не требующем получения визы, за исключением отдельных категорий иностранных граждан в случаях, предусмотренных законом, на временное осуществление на территории субъекта Российской Федерации трудовой деятельности.

2. СУБЪЕКТЫ СТРАХОВАНИЯ

2.1. Страховщик – ООО СК «ВТБ Страхование», осуществляющее страховую деятельность в соответствии с действующим законодательством Российской Федерации и Лицензией, выданной федеральным органом исполнительной власти по надзору за страховой деятельностью. Договоры страхования от имени Страховщика могут быть заключены в филиалах Страховщика, а также уполномоченными страховыми агентами (юридические и физические лица), в пределах их полномочий и на основании соответствующих договоров или доверенностей.

2.2. Страхователь – юридическое лицо или дееспособное физическое лицо, а также индивидуальный предприниматель, заключившее со Страховщиком договор страхования.

2.3. Застрахованный – названное в договоре страхования физическое лицо, в пользу которого заключен договор страхования и чьи имущественные интересы застрахованы.

2.4. Застрахованными могут быть иностранные граждане и лица без гражданства, находящиеся на территории Российской Федерации с целью осуществления ими трудовой деятельности.

3. ОБЪЕКТ СТРАХОВАНИЯ

3.1. Объектом страхования являются не противоречащие действующему законодательству Российской Федерации имущественные интересы застрахованного лица, связанные с оплатой организации и оказания медицинской и (или) лекарственной помощи (медицинских услуг), а также проведения профилактических мероприятий, снижающих степень опасных для жизни или здоровья угроз и (или) устраняющих их, в объеме, в порядке и на условиях, предусмотренных договором страхования.

4. СТРАХОВОЙ РИСК, СТРАХОВОЙ СЛУЧАЙ

4.1. Страховым риском является предполагаемое событие, при наступлении которого возникает необходимость осуществления расходов на оплату оказываемой застрахованному лицу медицинской помощи. Событие, рассматриваемое в качестве страхового риска, должно обладать признаками вероятности и случайности его наступления.

4.2. Страховым случаем признается обращение Застрахованного в течение срока действия договора страхования в медицинскую или сервисную организацию по направлению Страховщика, для получения медицинской и лекарственной помощи, предусмотренной Программой, вследствие расстройства здоровья Застрахованного и(или) состояния Застрахованного, требующих организации и оказания медицинской или лекарственной помощи (в т.ч. проведения профилактических мероприятий), повлекшее возникновение расходов у Застрахованного по оплате оказанных ему услуг.

4.3. Объем медицинской и лекарственной помощи, оказываемой Застрахованному и оплачиваемый Страховщиком по договору страхования, а также перечень медицинских и иных услуг, которые не оплачиваются Страховщиком, определяются в Программе.

4.4. Страховщик вправе не включать в Программу оплату медицинских услуг:

- по оказанию Застрахованному лицу медицинской и лекарственной помощи, не назначенной врачом, оказывающим медицинскую помощь в рамках программы страхования;
- по оказанию Застрахованному лицу медицинской и лекарственной помощи при особо опасных инфекционных болезнях (натуральная оспа, полиомиелит, малярия ТОРС), заболеваниях, включенных в утверждаемый Правительством Российской Федерации перечень заболеваний, представляющих опасность для окружающих, а также при злокачественных новообразованиях, сахарном диабете, психических расстройствах и расстройствах поведения;
- по оказанию Застрахованному лицу высокотехнологичной медицинской и лекарственной помощи;
- по оказанию Застрахованному лицу медицинской и лекарственной помощи при патологических состояниях, отравлениях и травмах, возникших у застрахованного лица в состоянии любой формы алкогольного опьянения или под воздействием иных психоактивных веществ и (или) лекарственных препаратов, употребленных без назначения врача;
- по оказанию Застрахованному лицу медицинской и лекарственной помощи при возникновении травматических повреждений или иных нарушений здоровья, наступивших в результате совершения застрахованным лицом умышленных противоправных действий;
- по оказанию Застрахованному лицу медицинской и лекарственной помощи при покушении застрахованного лица на самоубийство, за исключением тех случаев, когда застрахованное лицо было доведено до такого состояния противоправными действиями третьих лиц;
- по оказанию медицинской и лекарственной помощи при умышленном причинении себе телесных повреждений Застрахованным лицом;
- связанных с беременностью, родами, послеродовым периодом и абортами застрахованного лица.

5. СТРАХОВАЯ СУММА. СТРАХОВАЯ ПРЕМИЯ И ПОРЯДОК ЕЕ УПЛАТЫ

5.1. Страховой суммой является денежная сумма, которая определена договором страхования и исходя из которой устанавливаются размер страховой премии (страховых взносов) и размер страховой выплаты при наступлении страхового случая определяемый исходя из объема медицинской и лекарственной помощи (перечня и стоимости медицинских услуг), лекарственной помощи и иных услуг, предусмотренных Программой.

5.2. Страховая сумма устанавливается по соглашению сторон в размере не менее 100 (Ста) тысяч рублей в отношении каждого Застрахованного. Страховая сумма устанавливается в российских рублях.

5.3. Если иное не предусмотрено Договором, страховая сумма устанавливается в виде уменьшаемой страховой суммы, рассчитываемая как разность страховой суммы на начало срока действия договора страхования и суммы страхового возмещения, осуществляемого Страховщиком в период действия договора страхования по всем произошедшим страховым случаям (агрегатная страховая сумма).

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

Страховщик обязан уведомить Страхователя и Застрахованного об уменьшении страховой суммы в течение 5 (Пяти) рабочих дней с момента уменьшения размера страховой суммы до размера менее чем 10 (Десять) тысяч рублей.

5.4. Страховой тариф - ставка страховой премии с единицы страховой суммы с учетом объекта страхования и характера страхового риска. Конкретный размер страхового тарифа определяется договором страхования по соглашению сторон на основании базовых тарифов Страховщика с учетом коэффициентов риска.

5.5. Порядок определения страхового тарифа включает в себя установление страховых тарифов на основании базовых тарифов Страховщика с учетом коэффициентов риска, в зависимости от факторов риска, влияющих на вероятность наступления страхового случая и размер убытков, возмещаемых по договору. Коэффициенты риска:

1. пол, возраст;
2. объем предоставляемых медицинской и лекарственной помощи, иных услуг;
3. срок действия договора;
4. общее количество лиц, принимаемых на страхование по договору;
5. территория оказания медицинских услуг;
6. страна основного проживания.

5.6. Страховой премией является плата за страхование, которую Страхователь обязан уплатить Страховщику в порядке и в сроки, установленные договором страхования.

5.7. Размер страховой премии определяется Страховщиком исходя из размера страховой суммы, срока действия договора страхования и степени страхового риска.

5.8. Договором страхования может быть предусмотрено, что страховая премия уплачивается единовременным платежом и (или) в рассрочку путем наличных или безналичных расчетов.

5.9. Страховая премия устанавливается в российских рублях.

5.10. В случае неуплаты Страхователем страховой премии (первого страхового взноса), либо уплата премии не в полном объеме в сроки, предусмотренные договором страхования, договор страхования считается не вступившим в силу, обязательств по такому договору у сторон не возникает.

5.11. В случае неуплаты Страхователем очередного страхового взноса в установленный в договоре страхования срок, Страховщик вправе расторгнуть договор в одностороннем внесудебном порядке, путем направления письменного уведомления Страхователю на почтовый адрес, указанный в договоре либо сообщенный Страхователем дополнительно. Договор страхования считается расторгнутым с момента доставки соответствующего сообщения ему или его представителю.

Сообщение считается доставленным и в тех случаях, если оно поступило лицу, которому оно направлено (адресату), но по обстоятельствам, зависящим от него, не было ему вручено или адресат не ознакомился с ним (в т.ч. при недоставке уведомления в том случае, если Страхователем не исполнена его обязанность по уведомлению Страховщика об изменении адрес).

5.12. Если договором страхования не предусмотрено иное, то обязательство Страхователя по уплате страховой премии (страхового взноса) считается исполненным:

- в день поступления всей суммы страховой премии (очередного страхового взноса) на банковский счет Страховщика при уплате в безналичном порядке;
- в день получения всей суммы страховой премии (очередного страхового взноса) уполномоченным представителем Страховщика или внесения всей суммы страховой премии (страхового взноса) в кассу Страховщика при уплате наличными деньгами.

5.13. При заключении договора страхования на срок менее одного года размер страховой премии устанавливается в процентах от годовой страховой премии, в зависимости от срока страхования, если иное не предусмотрено договором страхования:

срок страхования (мес.)	процент от годовой страховой премии (страхового взноса)
1	20
2	25
3	30
4	35
5	40
6	50
7	60
8	70
9	80
10	85
11	90

5.14. При страховании на срок более одного года страховая премия по договору страхования в целом устанавливается, как сумма страховых премий (взносов) за каждый год. Если срок страхования устанавливается как год (несколько лет) и месяц (несколько месяцев), то страховой взнос за неполный год определяется как часть страхового взноса за год, пропорционально полным месяцам действия договора страхования сверх полных лет действия.

6. ФРАНШИЗА По соглашению сторон договором страхования может быть предусмотрена доля собственного участия Страхователя в осуществляемых страховых выплатах - франшиза.

6.2. Франшиза может устанавливаться в фиксированной денежной сумме (абсолютная франшиза) или в процентах от страховой выплаты или суммы (относительная франшиза), в единицах исчисления времени (временная франшиза). Выбор Страхователем франшизы, ее размер и порядок уплаты Страхователем или Застрахованным либо удержания Страховщиком определяется в договоре страхования. Наличие временной франшизы указывается в программе страхования.

6.3. Франшиза, за исключением временной, может быть "безусловной" и "условной". Франшиза "безусловная" предусматривает уменьшение размера страховой выплаты по каждому страховому случаю на размер установленной франшизы.

6.4. Франшиза "условная" предусматривает, что Страховщик освобождается от обязанности произвести страховую выплату, не превышающую или равную размеру франшизы, но если размер выплаты превышает установленную франшизу, то при расчете размера страховой выплаты франшиза не учитывается.

6.5. Франшиза может быть установлена по договору, по программе, по одному риску или по комбинации рисков.

7. ПОРЯДОК ЗАКЛЮЧЕНИЯ ДОГОВОРА СТРАХОВАНИЯ Договор страхования должен быть заключен в письменной форме на основании устного или письменного Заявления Страхователя. Несоблюдение письменной формы влечет недействительность договора страхования.

Также по запросу Страховщика Страхователь предоставляет следующие документы: Медицинская анкета, выписки из амбулаторной карты, карты стационарного больного и другие документы, подтверждающие состояние застрахованного на момент заключения договора (при необходимости). Сведения, указанные в письменном заявлении на страхование и/или в Медицинской анкете, удостоверяются подписью Страхователя (Застрахованного).

7.2. Договор в письменной форме может быть заключен путем составления одного документа, подписанного сторонами - договора страхования, либо вручения Страховщиком Страхователю страхового полиса, подписанного Страховщиком на основании устного или письменного заявления на страхование.

7.3. По взаимному соглашению сторон, оформленному в виде подписанного сторонами дополнительного соглашения, условия Договора страхования могут быть изменены в течение срока его действия.

7.4. При заключении договора страхования Страхователь обязан сообщить Страховщику известные Страхователю обстоятельства, имеющие существенное значение для определения вероятности наступления страхового случая и размера возможных убытков от его наступления (страхового риска). Существенными признаются, во всяком случае, обстоятельства, определенно оговоренные Страховщиком в стандартной форме договора страхования (страхового полиса), заявлении на страхование, анкете Застрахованного и в письменном запросе Страховщика.

В случае сообщения Страхователем заведомо ложных сведений 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 недействительным и применения последствий, предусмотренных п. 2 ст. 179 ГК РФ.

7.5. Договор страхования, заключенный со Страхователем - юридическим лицом, заключается путем составления одного документа, подписанного сторонами - договора страхования в отношении всех Застрахованных с приложением Списка Застрахованных. При этом по требованию Страхователя Страховщик обязан выдавать страховые полисы на каждого Застрахованного.

7.6. Условия, содержащиеся в Правилах и не включенные в текст договора страхования (страхового полиса), обязательны для Страхователя (Застрахованного), если в договоре (страховом полисе) прямо указывается на применение Правил и сами Правила изложены в одном документе с договором (страховым полисом) или на его оборотной стороне либо приложены к нему.

7.7. При заключении договора страхования Страхователь и Страховщик могут договориться об изменении или исключении отдельных положений Правил и о дополнении Правил.

7.8. При заключении договора страхования Страховщик вправе провести обследование страхуемых лиц (потенциальных Застрахованных) для оценки фактического состояния их здоровья. Расходы по такому обследованию могут быть возложены на Застрахованных. В случае если страхуемое лицо отказывается от проведения обследования, договор страхования в отношении такого лица не заключается.

7.9. Договор страхования вступает в силу с 00 часов 00 минут дня, следующего за днем уплаты страховой премии или ее первого взноса, если сторонами не предусмотрен иной момент вступления договора страхования в силу.

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

7.10. Срок действия договора страхования устанавливается исходя из сообщенного Страхователем (Застрахованным) предполагаемого срока действия разрешения или патента.

8. УВЕЛИЧЕНИЕ СТЕПЕНИ СТРАХОВОГО РИСКА Страхователь (Застрахованный) обязан незамедлительно, но не позднее 24 часов с момента, когда ему стало об этом известно, сообщить Страховщику обо всех существенных изменениях в принятом на страхование риске.

Существенными признаются, во всяком случае, обстоятельства, определенно оговоренные Страховщиком в стандартной форме договора страхования (страхового полиса), заявлении на страхование и в письменном запросе Страховщика.

8.2. Страховщик, уведомленный (Страхователем, Застрахованным, работником Медицинского учреждения, иным способом) об обстоятельствах, влекущих увеличение страхового риска (в том числе в случае применения медицинским учреждением

повышающих коэффициентов к стоимости медицинских и иных услуг при наличии у застрахованного хронического заболевания или группы инвалидности) вправе потребовать изменения условий договора страхования или уплаты дополнительной страховой премии соразмерно увеличению страхового риска. Перерасчет страховой премии производится по следующей формуле:

$$Д = (P2 - P1) * n / m$$

где:

Д – дополнительная страховая премия по одному Застрахованному, подлежащая уплате,

P1 – первоначальная страховая премия по одному Застрахованному,

P2 – страховая премия по одному Застрахованному после изменения условий договора страхования,

n – количество дней, оставшихся до окончания действия договора страхования,

m – количество дней, на которые заключен договор страхования.

8.3. В случае не извещения Страховщика об обстоятельствах, возникших в период действия договора страхования и существенно повышающих степень риска, Страховщик имеет право требовать расторжения договора страхования и возмещения Страхователем убытков, причиненных расторжением договора.

В случае отказа Страхователя от уплаты дополнительной страховой премии и (или) изменения условий договора страхования Страховщик имеет право требовать расторжения договора.

8.4. Страховщик не имеет права требовать расторжения договора страхования, если обстоятельства, влекущие увеличение степени риска, уже отпали.

9. ПРАВА И ОБЯЗАННОСТИ СТОРОН Страхователь имеет право:

9.1.1. требовать от Страховщика организации оказания медицинской помощи и ее оплаты либо только оплаты в соответствии с условиями договора страхования;

9.1.2. в течение срока действия договора страхования с согласия Страховщика увеличить или уменьшить объем обязательств последнего по Программе, выбранной Страхователем, или изменить перечень Программ, заключив при этом со Страховщиком дополнительное соглашение с соответствующим возможным перерасчетом размера страховой премии, если иное не установлено в договоре страхования;

9.1.3. отказаться от договора страхования в любое время, письменно уведомив об этом Страховщика;

9.1.4. застраховать с согласия Страховщика дополнительное количество лиц по действующему договору страхования или прекратить действие договора страхования в отношении части Застрахованных лиц без их согласия, если иное не предусмотрено договором страхования.

9.2. Страхователь обязан:

9.2.1. предоставлять Страховщику необходимую достоверную информацию, имеющую отношение к заключению и исполнению договора страхования, а также имеющую существенное значение для определения вероятности наступления страхового случая и возможных убытков от его наступления (страхового риска);

9.2.2. по требованию Страховщика предоставлять информацию о состоянии здоровья принимаемых на страхование лиц;

9.2.3. уплачивать страховую премию (страховые взносы) в определенные договором страхования сроки и в установленном договором страхования размере;

9.2.4. передать Застрахованному необходимые страховые документы, определенные договором страхования, а при их утрате - дубликаты, а также разъяснить Застрахованному условия договора страхования;

9.2.5. немедленно сообщить Страховщику об изменении своих банковских реквизитов, места нахождения, номеров контактных телефонов и телефаксов, а также об изменении фамилии, имени, отчества Застрахованного и его фактического места жительства, если иное не установлено в договоре страхования.

9.3. Застрахованный имеет право:

9.3.1. требовать от Страховщика организации оказания медицинской и лекарственной помощи и ее оплаты либо только оплаты в соответствии с условиями договора страхования;

9.3.2. требовать от Страховщика возмещения произведенных фактических расходов в случае, если Застрахованный самостоятельно оплатил медицинские услуги, предусмотренные Программой или договором страхования;

9.3.3. сообщать Страховщику в письменном виде о случаях не предоставления, неполного или некачественного предоставления медицинской помощи;

9.3.4. при утрате страховых документов получить их дубликат;

9.3.5. При необходимости, в течение срока действия договора обратиться к Страховщику или уполномоченному им лицу за информацией, необходимой для реализации своих прав по договору страхования.

9.4. Застрахованный обязан:

9.4.1. при заключении договора по требованию Страховщика пройти обследование фактического состояния здоровья;

9.4.2. соблюдать порядок оказания медицинской и лекарственной помощи, предусмотренный Программой;

9.4.3. соблюдать предписания врача, полученные в ходе оказания медицинской помощи, а также распорядок, установленный медицинским учреждением;

9.4.4. не передавать страховой полис и Программу другим лицам с целью получения ими медицинской помощи, предусмотренной договором страхования;

9.4.5. немедленно сообщить Страхователю об изменении своей фамилии, имени, отчества и фактического места жительства;

9.4.6. при утрате страховых документов незамедлительно сообщить в письменном виде об этом Страховщику для получения дубликата;

9.4.7. при невозможности воспользоваться услугой, заблаговременно отказаться от забронированного им ранее времени посещения врача, выяснив условия такого отказа в медицинском организации;

9.4.8. Нарушение застрахованным условий п.п. 9.4.2., 9.4.3. и 9.4.7. Правил рассматривается в качестве существенного нарушения условий договора страхования и может повлечь за собой досрочное прекращение действия договора страхования в отношении такого Застрахованного согласно условиям договора страхования.

9.5. Страховщик имеет право:

9.5.1. проверять полученную от Страхователя и Застрахованного информацию;

9.5.2. до принятия на страхование потребовать проведения любых дополнительных медицинских обследований принимаемого на страхование лица и предоставления документов, подтверждающих состояние его здоровья.

9.6. Страховщик обязан:

9.6.1. организовать и оплатить либо только оплатить, если это предусмотрено договором страхования, получение Застрахованным медицинской помощи, предусмотренной Программой;

9.6.2. организовать и оплатить, если это предусмотрено договором страхования, получение Застрахованным лекарственных средств и изделий медицинского назначения, предусмотренных Программой;

9.6.3. контролировать объем, сроки и качество организованной им медицинской и лекарственной помощи;

9.6.4. осуществить страховую выплату путем возмещения Застрахованному, если это предусмотрено договором страхования, суммы, затраченной им на получение медицинской помощи, а также возместить стоимость приобретенных Застрахованным лекарственных средств и изделий медицинского назначения, если такой порядок страховой выплаты предусмотрен договором страхования или Программой;

9.6.5. выдать Застрахованному страховые документы, предусмотренные договором страхования, а при их утрате - дубликат;

9.6.6. уведомить Страхователя и Застрахованного об уменьшении агрегатной страховой суммы в порядке и сроки, определенные в п. 5.3. Правил.

9.7. Договором страхования могут быть предусмотрены и иные права и обязанности Страхователя, Застрахованного и Страховщика.

10. ПРЕКРАЩЕНИЕ ДОГОВОРА СТРАХОВАНИЯ Договор страхования прекращает свое действие в случаях:

10.1.1. Истечения срока его действия;

10.1.2. Исполнения Страховщиком обязательств перед Страхователем (Застрахованным) по договору страхования в полном объеме;

10.1.3. Смерти Страхователя (физического лица) не являющегося Застрахованным, если Застрахованный или иное лицо не примут на себя обязанности Страхователя по договору страхования или ликвидации Страхователя (юридического лица) кроме случаев замены Страхователя в договоре страхования при его реорганизации (слиянии, присоединении, разделении, выделении, преобразовании);

10.1.4. В других случаях, предусмотренных законодательными актами Российской Федерации.

10.2. 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 уплаченная Страховщику страховая премия не подлежит возврату, если иное не предусмотрено договором страхования.

10.3. Если договором страхования или соглашением к нему предусмотрена возможность возврата части страховой премии при расторжении договора страхования по инициативе Страхователя, то Страховщик имеет право на часть страховой премии пропорционально сроку действия договора страхования и с учетом расходов Страховщика, согласно действующей структуре тарифной ставки. Не подлежит возврату остаток страховой премии по истечении 10-ти месяцев с даты начала действия договора страхования, и (или) в случае, если по расторгаемому договору выплачено страховое возмещение или Страхователем (Выгодоприобретателем, Застрахованными лицами) заявлен страховой случай, если договором страхования не предусмотрено иное.

10.4. Договор прекращается 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, в частности в отношении отдельного Застрахованного лица действие Договора прекращается в случае его смерти. При этом Страховщик имеет право на часть страховой премии пропорционально времени, в течение которого действовало страхование.

10.5. Договор может быть прекращен досрочно по соглашению сторон. При расторжении договора по соглашению сторон Страховщик осуществляет возврат части полученной страховой премии за не истекший оплаченный период за вычетом понесенных расходов на ведение дела, если иное не предусмотрено договором страхования или соглашением сторон.

11. ПОРЯДОК И ВИДЫ ОСУЩЕСТВЛЕНИЯ СТРАХОВОЙ ВЫПЛАТЫ Страховая выплата - денежная сумма, установленная договором страхования и выплачиваемая Страховщиком при наступлении страхового случая, предусмотренного договором страхования.

11.2. Страховая выплата осуществляется в порядке, сроки и на основании документов, определенные договором страхования и (или) конкретной Программой.

11.3. Для получения предусмотренной Программой/Договором страхования медицинской помощи (медицинских услуг), иных услуг, лекарственных Застрахованный обращается в медицинское учреждение, предусмотренное Программой/Договором страхования.

В этом случае страховая выплата по договору страхования осуществляется Страховщиком в виде оплаты стоимости медицинской помощи (медицинских и иных услуг, а также лекарственных средств или изделий медицинского назначения) непосредственно (или через поверенного, агента, комиссионера) в медицинское учреждение по их счетам.

11.4. Для получения предусмотренной Программой медицинской и лекарственной помощи Застрахованный может с предварительного письменного согласия Страховщика обратиться в любую медицинскую организацию и самостоятельно оплатить предусмотренные Программой стоимость медицинской и лекарственной помощи, в том случае, если указанный порядок предусмотрен договором страхования.

В этом случае страховая выплата по договору страхования осуществляется Страховщиком в виде возмещения Застрахованному в денежной форме произведенных расходов на получение медицинской помощи (медицинских и иных услуг, приобретение лекарственных средств) на основании предъявленных документов, подтверждающих произведенные Застрахованным расходы согласно п. 9.6.4. настоящих Правил. При этом объем такой выплаты определяется договором страхования.

11.4.1. Заявление о выплате возмещения денежных средств оформляется Застрахованным в письменной форме и передается Страховщику в течение 30 дней или в течение иного срока, указанного в договоре страхования (Полисе) со дня получения письменного согласия Страховщика.

11.4.2. К Заявлению о выплате страхового возмещения прилагаются следующие документы:

- оригинал договора страхования (Полиса);
- документ, удостоверяющий личность Застрахованного (в т.ч. заграничный паспорт с отметкой о пересечении границы);
- оригинал справки-счета из медицинского учреждения (на фирменном бланке или с соответствующим штампом) с указанием фамилии пациента, диагноза, даты обращения за медицинской и лекарственной помощью, продолжительности лечения, перечнем оказанных услуг с разбивкой их по датам и стоимости, итоговой суммы к оплате; фамилии врача, оказавшего медицинские услуги;
- оригиналы выписанных врачом в связи с данным заболеванием рецептов со штампом аптеки об оплате и указанием стоимости каждого приобретенного медикамента.

11.4.3. документы, подтверждающие факт оплаты стоимости лечения, медикаментов и прочих услуг (штамп об оплате, сลิป, чек, расписка в получении денег или подтверждение банка о перечислении суммы).

11.4.4. В случае если при рассмотрении страхового события выявится объективная необходимость выяснения дополнительных обстоятельств о причинах возникновения ущерба, размере убытка, а также причастности к нему третьих сторон, Страховщик имеет право требования других документов, касающихся таких обстоятельств.

11.4.5. Обязанность доказывать необходимость выяснения дополнительных обстоятельств лежит на Страховщике, если договором страхования не предусмотрено иное.

11.4.6. Страховщик вправе потребовать предъявления оригинала или нотариальной копии любого документа.

11.4.7. Если по фактам, послужившим причиной наступления страхового случая, возбуждено уголовное дело или начат судебный процесс, принятие решения о страховой выплате может быть отсрочено до окончания срока расследования или судебного разбирательства. По требованию Страховщика Застрахованным (Выгодоприобретателем) предоставляются связанные с таким расследованием (разбирательством) и их результатами документы.

11.4.8. Если при рассмотрении заявления о наступлении страхового случая выявится объективная необходимость выяснения дополнительных обстоятельств о причинах наступления события, размере убытка, а также причастности к нему третьих сторон, Страховщик имеет право требования других документов, касающихся таких обстоятельств (в т.ч. документы, запрошенные Страховщиком с целью верификации поставленного диагноза) у Страхователя (Застрахованного, Выгодоприобретателя).

Обязанность доказывать необходимость выяснения дополнительных обстоятельств лежит на Страховщике, если договором страхования не предусмотрено иное.

11.4.9. Страховщик при необходимости запрашивает сведения, связанные со страховым случаем, у правоохранительных органов, в консульских и других учреждениях и организациях, располагающих информацией об обстоятельствах случая, а также вправе

самостоятельно выяснять причины и обстоятельства страхового случая и провести экспертизу объема оказанных услуг.

11.4.10. По результатам заявления Застрахованного или Выгодоприобретателя с приложением необходимых документов (при необходимости – проведенного расследования), Страховщик составляет страховой Акт о наступлении страхового случая. В Акте излагается позиция Страховщика по поводу признания заявленного случая страховым и определяется размер подлежащего выплате страхового обеспечения.

11.4.11. Если иное не предусмотрено договором страхования (Полисом), страховая выплата либо отказ в ней производится в течение 30 (Тридцати) рабочих дней после получения Страховщиком всех необходимых документов.

11.5. При необходимости Застрахованный в течение срока действия договора страхования вправе обратиться к Страховщику за информацией, необходимой для реализации своих прав по договору страхования.

11.6. Страховщик вправе осуществлять страховую выплату (оплату стоимости медицинской помощи) на базе следующих методов, которые вправе применять медицинские организации:

11.6.1. за отдельные простые, сложные и (или) комплексные медицинские услуги, а также сервисные услуги, предоставляемые медицинским учреждением и связанные с предоставлением указанных медицинских услуг (далее - сервисные услуги);

11.6.2. за число койко-дней (при стационарном и стационарозамещающем лечении), в стоимость которых могут входить все или отдельные медицинские и иные услуги, а также сервисные услуги, оказываемые Застрахованному;

11.6.3. по законченному случаю оказания медицинских и иных услуг;

11.6.4. по подушевому нормативу за комплексное непрерывное и продолжительное медицинское обслуживание, предоставляемое медицинским учреждением Застрахованному в течение определенного периода времени;

11.6.5. иных методов, предложенных медицинскими учреждениями и иными организациями.

12. ПОРЯДОК РАЗРЕШЕНИЯ СПОРОВ

12.1. Споры, вытекающие из договора страхования, разрешаются путем переговоров. При не достижении соглашения спор передается на рассмотрение суда в соответствии с действующим законодательством Российской Федерации, если иное не предусмотрено договором страхования.

13. ОСОБЫЕ УСЛОВИЯ Страховщик имеет право на ознакомление с медицинской документацией Застрахованного, отражающей его историю заболевания, физическое и психическое состояние, диагноз, ход и прогноз результатов лечения. Страховщик имеет право использовать данную информацию для решения вопросов, связанных с реализацией Договора страхования, оплатой оказанных Застрахованному услуг, защитой прав Застрахованного.

13.2. Страховщик гарантирует соблюдение врачебной тайны в соответствии с действующим законодательством Российской Федерации.

Приложение № 1 к Правилам добровольного медицинского страхования иностранных граждан и лиц без гражданства, находящихся на территории Российской Федерации с целью осуществления ими трудовой деятельности,
Утвержденным Приказом от 14.04.2016 № 106 - од

Настоящая программа включает в себя только Минимальные требования. По соглашению сторон перечень услуг может быть расширен в Программе.

Программа добровольного медицинского страхования

1. Перечень услуг, оплачиваемых страховщиком, оказываемых и организуемых в рамках настоящей Программы

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

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

1.2.1. Первичная медико-санитарная помощь в неотложной форме:

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

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

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

- стоматологические услуги, оказываемые при осложненном кариесе, пульпите и периодонтите, гнойно-воспалительных заболеваниях, (воспалительный инфильтрат, пародонтальный абсцесс), периостите, обострение хронического пародонтита:

первичные осмотры стоматологом-терапевтом, стоматологом-хирургом;

прицельная рентгенография;

местная анестезия (проводниковая, инфильтрационная);

оказание услуг по стоматологии терапевтической: препарирование зуба, наложение лекарственной повязки, наложение временной пломбы;

оказание услуг по стоматологии хирургической: удаление зуба по медицинским показаниям, вскрытие абсцессов, выполнение послабляющих разрезов.

1.2.3. Специализированная медицинская помощь в неотложной форме:

- консультации врачей-специалистов;
- лабораторные и инструментальные исследования;
- компьютерная и магнитно-резонансная томография;
- хирургическое и консервативное лечение, в том числе с лечением в отделении интенсивной терапии;
- лекарственные средства и другие необходимые для лечения средства в том числе имплантируемые в организм человека медицинские изделия в соответствии с установленным настоящей программой страхования перечнем в соответствии с пунктом 1.2. Программы;
- пребывание в стандартной (общей) палате;
- экспертиза временной нетрудоспособности;
- оформление различной медицинской документации.

2. Порядок обращения Застрахованных за медицинской помощью

Для организации первичной медико-санитарной и специализированной медицинской помощи в неотложной форме, Застрахованному необходимо обратиться по телефону, указанному в полисе (договоре страхования).

Медицинская помощь организовывается в медицинских учреждениях, определяемых Страховщиком, в режиме их работы при наличии у Застрахованного полиса и документа, удостоверяющего личность (при необходимости).

3. Исключения из программы:

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

- по оказанию Застрахованному лицу медицинской помощи, не назначенной врачом, оказывающим медицинскую помощь в рамках программы страхования;
- 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, а также при злокачественных новообразованиях, сахарном диабете, психических расстройствах и расстройствах поведения;
- по оказанию застрахованному лицу высокотехнологичной медицинской помощи;
- по оказанию Застрахованному лицу медицинской помощи при патологических состояниях, отравлениях и травмах, возникших у застрахованного лица в состоянии любой формы алкогольного опьянения или под воздействием иных психоактивных веществ и (или) лекарственных препаратов, употребленных без назначения врача;
- по оказанию Застрахованному лицу медицинской помощи при возникновении травматических повреждений или иных нарушений здоровья, наступивших в результате совершения застрахованным лицом умышленных противоправных действий;
- 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;

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

- связанные с беременностью, родами, послеродовым периодом и абортами застрахованного лица.

3.2. Не подлежат оплате услуги, возмещению расходы на приобретение страхователем (застрахованным лицом) лекарственных препаратов и медицинских изделий, за исключением предусмотренных в настоящей программе в соответствии с Указанием.

Приложение
к Правилам добровольного медицинского страхования иностранных граждан и лиц без гражданства, находящихся на территории Российской Федерации с целью осуществления ими трудовой деятельности,
утвержденным Приказом от 14.04.2016 № 106 - од

Размеры базовых тарифных ставок (в процентах от страховой суммы)

Расчет базовых тарифных ставок для договоров страхования сроком 12 месяцев указывается в Таблице № 1.

Таблица № 1

Программы медицинского страхования	Базовый тариф
Программа добровольного медицинского страхования	1,50

Рассчитанная тарифная ставка используется в качестве базового страхового тарифа с округлением до второго знака.

В зависимости от различных факторов, влияющих на степень страхового риска, к базовому тарифу применяются поправочные коэффициенты (Таблица № 2).

Таблица № 2

5.1 Фактор	Диапазон поправочных коэффициентов
Пол, возраст Застрахованного(-ых);	0,30 – 2,00
Объем предоставляемого покрытия (расширение перечня медицинских, лекарственных и иных услуг в Программе, сокращения перечня исключений в Программе);	1,01 – 5,00
Количество лиц, принимаемых на страхование по договору;	0,50 – 3,00
Территория оказания медицинских услуг;	0,70 – 4,00
Эпидемиологическая обстановка на территории оказания медицинских услуг;	0,30 – 3,00
Профессия/род деятельности и условия труда Застрахованного(-ых);	0,10 – 6,00
Занятие Застрахованного(-ых) тем или иным видом спорта	0,30 – 4,00
Выбранный размер и тип франшизы;	0,60 – 1,00
Прочие факторы и экспертно определенная величина страхового риска, определенная на основании совокупности полученных данных, в том числе не учтенных в данном списке.	0,10 – 7,00

5.2 При заключении договора страхования на срок менее одного года размер страховой премии устанавливается в процентах от годовой страховой премии, в зависимости от срока страхования, если иное не предусмотрено договором страхования:

5.3

срок страхования (мес.)	процент от годовой страховой премии (страхового взноса)
1	20
2	25
3	30
4	35
5	40
6	50
7	60
8	70
9	80

10	85
11	90

5.4 При страховании на срок более одного года страховая премия по договору страхования в целом устанавливается, как сумма страховых премий (взносов) за каждый год. Если срок страхования устанавливается как год (несколько лет) и месяц (несколько месяцев), то страховой взнос за неполный год определяется как часть страхового взноса за год, пропорционально полным месяцам действия договора страхования сверх полных лет действия.

Реальная (итоговая) тарифная ставка при заключении конкретного договора страхования получается Страховщиком путем умножения базовой тарифной ставки на повышающие или понижающие коэффициенты.

Размер минимально возможной тарифной ставки составляет 0,001% от страховой суммы, размер максимально возможной тарифной ставки – 90,00% от страховой суммы.

Конкретные значения повышающих или понижающих коэффициентов определяются Страховщиком исходя из наличия (отсутствия) факторов риска.