



УТВЕРЖДЕНЫ

Приказом ПАО «САК «ЭНЕРГОГАРАНТ»

от «14» июня 2016 г. № 254



Генеральный директор

С.К. ВАСИЛЬЕВ

ПРАВИЛА ДОБРОВОЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ ТРУДОВЫХ МИГРАНТОВ

1. ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ.....	2
2. СУБЪЕКТЫ СТРАХОВАНИЯ.....	3
3. ОБЪЕКТ СТРАХОВАНИЯ.....	3
4. СТРАХОВЫЕ РИСКИ. СТРАХОВЫЕ СЛУЧАИ	3
5. СТРАХОВАЯ СУММА.....	5
6. СТРАХОВОЙ ТАРИФ. СТРАХОВАЯ ПРЕМИЯ	6
7. ЗАКЛЮЧЕНИЕ, СРОК ДЕЙСТВИЯ И ПРЕКРАЩЕНИЕ ДОГОВОРА СТРАХОВАНИЯ	7
8. ДЕЙСТВИЯ СТОРОН ПРИ НАСТУПЛЕНИИ СОБЫТИЯ, ИМЕЮЩЕГО ПРИЗНАКИ СТРАХОВОГО СЛУЧАЯ.....	10
9. СТРАХОВАЯ ВЫПЛАТА	11
10. ПРАВА И ОБЯЗАННОСТИ СТОРОН	12
11. ПОРЯДОК РАЗРЕШЕНИЯ СПОРОВ	13

1. ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ

1.1. Публичное Акционерное Общество «Страховая акционерная компания «ЭНЕРГОГАРАНТ», именуемое в дальнейшем Страховщик, на основании настоящих Правил добровольного медицинского страхования трудовых мигрантов, временно пребывающих на территории Российской Федерации (далее - Правила) и действующего законодательства Российской Федерации заключает договоры страхования граждан временно пребывающих на территории Российской Федерации (далее – договор страхования).

1.2. Основные термины, используемые в настоящих Правилах:

1.2.1. **Медицинская организация** - юридическое лицо любой организационно-правовой формы, осуществляющее медицинскую деятельность на основании полученной в установленном законодательном порядке лицензии, с которой Страховщик заключил договор и/или указанное в Договоре страхования (Полисе).

1.2.2. **Медицинские услуги** - мероприятия или комплекс мероприятий, оказываемых медицинской организацией, направленных на оказание первичной медико-санитарной помощи и специализированной медицинской помощи в неотложной форме в связи с внезапным заболеванием, остро возникшим в период действия договора страхования, угрожающим жизни и/или здоровью Застрахованного лица, или несчастным случаем.

1.2.3. **Медицинская репатриация** - экстренная медицинская транспортировка Застрахованного лица до ближайшего к его постоянному месту жительства аэропорта или вокзала, или порта (далее - транспортного узла) в стране постоянного проживания, при условии отсутствия на территории страхования возможностей для предоставления требуемой медицинской помощи, а также в случае, когда лечение может быть осуществлено или продолжено в месте постоянного проживания или в случае, когда расходы по пребыванию в стационаре на территории страхования могут превысить установленный договором страхования (полисом) и/или Правилами страхования лимит возмещения по данной медицинской услуге.

Медицинская репатриация проводится только при отсутствии медицинских противопоказаний и способом согласованным со Страховщиком.

1.2.4. **Официальный сайт Компании/Страховщика** - собственный сайт Страховщика в информационно-телекоммуникационной сети "Интернет", созданный в целях доведения до страхователей, застрахованных лиц, выгодоприобретателей, лиц, имеющих намерение заключить договор страхования, информации о своей деятельности – www.energogarant.ru.

1.2.5. **Программа страхования** – перечень медицинских и иных услуг, а так же порядок их оказания. Программа страхования является неотъемлемой частью Договора страхования и является приложением к Договору страхования либо включается в его текст.

1.2.7. **Сервисная компания** - сервисная или ассистанская компания (учреждение), имеющая договоры со Страховщиком по организации медицинских, экспертных, медико-транспортных и иных (в том числе медико-социальных) услуг, и оказывающая помощь по репатриации в связи с внезапным заболеванием, несчастным случаем или смертью и/или указанное в Договоре страхования (Полисе).

1.2.8. **Страховая сумма** - определенная Полисом денежная сумма, в пределах которой Страховщик обязуется организовать и оплатить предоставление Застрахованному лицу медицинские услуги, предусмотренные Программами страхования. Общая сумма выплат по всем страховым случаям не может превышать установленной в Полисе страховой суммы.

1.2.9. **Услуги по репатриации** - репатриация останков, санкционированная (согласованная в письменном порядке) Сервисной компанией до международного транспортного узла, ближайшего к месту, где постоянно проживало Застрахованное лицо, в случае его смерти.

При этом Страховщик не оплачивает расходы на хранение тела и ритуальные услуги.

1.3. Договор страхования считается заключенным на условиях, содержащихся в настоящих Правилах, в том случае, если в договоре прямо указывается на их применение и сами Правила приложены к договору. Вручение Страхователю Правил страхования при заключении договора удостоверяется записью в договоре (страховом полисе).

1.4. Страховщик вправе на основе настоящих Правил формировать Полисные условия страхования (выдержки из Правил), страховые программы к отдельному договору или отдельной группе договоров страхования, заключаемых на основе настоящих Правил страхования,

ориентированные на конкретного Страхователя или сегмент Страхователей, - в той мере, в какой это не противоречит действующему законодательству РФ и настоящим Правилам. Такие Полисные условия прилагаются к договору страхования и являются его неотъемлемой частью.

1.5. Страховщик вправе присваивать маркетинговые названия отдельным группам единообразных договоров страхования, заключаемым на основе настоящих Правил, в той мере, в какой это не противоречит действующему законодательству РФ и в том порядке, как это предусмотрено действующим законодательством РФ.

1.6. Страховщик вправе помимо Дополнительных условий создавать Специальные условия страхования, отражающие особенности отдельных программ страхования. Страховщик обязан соблюдать при этом требования законодательства Российской Федерации в части внесения изменений в документы, явившиеся основанием для выдачи лицензии на страховую деятельность.

2. СУБЪЕКТЫ СТРАХОВАНИЯ

2.1. Страхователями признаются российские или иностранные юридические лица любой организационно-правовой формы, любой формы собственности, индивидуальные предприниматели, зарегистрированные и действующие в соответствии с законодательством РФ, дееспособные российские и иностранные граждане и лица без гражданства, заключившие со Страховщиком договоры страхования.

2.2. Застрахованными лицами являются физические лица – граждане иностранных государств и лица без гражданства, прибывшие на территорию Российской Федерации и намеривающиеся осуществлять или осуществляющие трудовую деятельность на основании разрешения на работу или патента.

2.3. Страховщик вправе отказать в заключение договора страхования в отношении лица, попадающего в одну из следующих категорий на момент заключения договора страхования:

2.3.1. инвалиды I группы;

2.3.2. лица, употребляющие наркотики; лица, употребляющие токсичные вещества с целью токсичного опьянения; лица, страдающие алкоголизмом;

2.3.3. лица, больные онкологическими, хроническими сердечно-сосудистыми заболеваниями, СПИДом;

2.3.4. лица со стойкими нервными или психическими расстройствами, а также состоящие на учете по этому поводу в психоневрологическом диспансере.

2.4. В случае, если лицо, из числа, перечисленных в п. 2.3. настоящих Правил, будет указано в Договоре (полисе) страхования в качестве Застрахованного лица, то такой договор (полис) страхования в отношении данного лица считается не заключённым и никакие события, произошедшие с Застрахованным лицом, не будут являться страховыми. Страховая премия по такому договору, уплаченная за это лицо, подлежит возврату по письменному заявлению Страхователя.

2.5. Договоры страхования могут заключаться как без предварительного медицинского освидетельствования, так и с предварительным медицинским освидетельствованием Застрахованных лиц в целях определения их принадлежности к группам риска для применения поправочных коэффициентов при расчете размеров страховой премии (страхового взноса).

3. ОБЪЕКТ СТРАХОВАНИЯ

3.1. Объектом страхования по настоящим правилам являются не противоречащие законодательству Российской Федерации имущественные интересы, 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 так же в случае смерти Застрахованного лица.

4. СТРАХОВЫЕ РИСКИ. СТРАХОВЫЕ СЛУЧАИ

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.

Страховой случай – совершившееся событие, предусмотренное договором страхования, с наступлением которого возникает обязанность Страховщика произвести страховую выплату Застрахованному.

4.2. Страховым риском, с учетом ограничений, приведенных в п. 4.5 настоящих Правил, является:

4.2.1. возможное обращение Застрахованного лица или его представителя в течение срока действия договора страхования в Медицинскую организацию из числа предусмотренных договором страхования или согласованных со Страховщиком, за получением в объеме, предусмотренном в Договоре страхования и/или Программе страхования, первичной медико-санитарной помощи и специализированной медицинской помощи в неотложной форме в случаях заболеваний и состояний, входящих согласно части шестой статьи 35 ФЗ от 29.11.2010 № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» в базовую программу обязательного медицинского страхования с учетом особенностей, установленных п.4.4. и п. 4.5. настоящих Правил.

4.2.2. возможное обращение Страхователя/Застрахованного лица/представителя Застрахованного лица в соответствии с условиями договора страхования и в течение срока его действия в Сервисную компанию из числа предусмотренных договором страхования или согласованных со Страховщиком, в случаях заболеваний и состояний, входящих согласно части шестой статьи 35 ФЗ от 29.11.2010 № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» в базовую программу обязательного медицинского страхования с учетом особенностей, установленных п.4.4. и п. 4.5. настоящих Правил либо в связи со смертью Застрахованного лица.

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

В любом случае первичная медико-санитарная помощь и Специализированная медицинская помощь оказывается в объеме, необходимом для устранения угрозы жизни и здоровью Застрахованного лица и (или) снятия острой боли.

4.4. Медицинская помощь, предусмотренная Договором страхования и /или Программой страхования, полученная Застрахованным лицом в Медицинском учреждении в течение одних суток (24 часов) признается одним обращением Застрахованного лица за медицинской помощью.

4.5. В соответствии с настоящими Правилами в рамках Программ страхования не оплачиваются следующие медицинские услуги:

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

4.5.2. по оказанию Застрахованному лицу медицинской помощи при особо опасных инфекционных болезнях (натуральная оспа, полиомиелит, малярия ТОРС), заболеваниях, включенных в утверждаемый Правительством РФ перечень заболеваний, представляющих опасность для окружающих, а также при злокачественных новообразованиях, сахарном диабете, психических расстройствах и расстройствах поведения;

4.5.3. по оказанию Застрахованному лицу высокотехнологичной медицинской помощи;

4.5.4. 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;

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

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

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

4.5.8. связанные с беременностью, родами, послеродовым периодом и абортами Застрахованного лица.

4.6. Страховыми случаями не являются, и оплата за оказанную медицинскую помощь не производится, если Застрахованное лицо обратилось за оказанием медицинской помощи:

4.6.1. без предварительного обращения на медицинский пульта Страховщика по указанным в Договоре страхования телефонам (п. 8.1.1. настоящих Правил);

4.6.2. не предусмотренной Договором страхования/Программой страхования;

4.6.3. в связи со следующими заболеваниями:

- алкоголизм, наркомания, токсикомания;

- ВИЧ-инфекция, СПИД;

- злокачественные новообразования;

- туберкулез;

- хронический гепатит всех форм, цирроз печени;

- врожденные аномалии, деформации и хромосомные нарушения;

- хроническая почечная недостаточность, хроническая печеночная недостаточность, требующие проведение гемодиализа.

4.6.4. в связи с:

- коррекцией веса, речи;

- кардиохирургическими (включая коронаграфия), нейрохирургическими операциями;

- диагностикой и лечением мужского и женского бесплодия, климакса;

- консультацией и лечением у гомеопата;

- диагностикой по методу Фолля;

- лечением псориазов, микозов;

- всеми видами протезирования зубов и подготовкой к нему;

- имплантацией зубов, подготовкой к имплантированию;

- хирургическим лечением пародонтоза;

- наблюдением и консультацией у врача ортодонта, получением ортодонтического лечения;

- экспериментальными и исследовательскими методами диагностики и лечения, не прошедшими клинических испытаний, не утвержденными и не зарегистрированными в Государственном реестре новых медицинских технологий;

- проведением плановых операций; обследованием Застрахованного лица в профилактических целях, диспансеризацией, динамическим наблюдением.

5. СТРАХОВАЯ СУММА

5.1. Страховая сумма устанавливается по соглашению сторон.

5.2. В пределах страховой суммы Страховщик вправе установить лимиты ответственности по каждой Программе страхования, в пределах Программы – лимит ответственности по отдельной медицинской услуге.

Если в договоре страхования установлен лимит ответственности по конкретной Программе, то общая сумма выплат по всем произошедшим в течение срока действия договора страховым случаям, в связи с которыми оказывались медицинские и иные услуги по данной Программе, не может превышать установленного лимита ответственности.

Если в договоре страхования установлен лимит ответственности по конкретной медицинской или иной услуге, то общая сумма выплат по всем произошедшим в течение срока действия договора страховым случаям, в связи с которыми оказывалась данная услуга, не может превышать установленного лимита ответственности.

5.3. Страховая сумма устанавливается в российских рублях. По соглашению сторон в договоре страхования страховая сумма может быть указана в иностранной валюте, эквивалентом которой является соответствующая сумма в рублях (в дальнейшем – страхование с валютным эквивалентом).

5.4. Страховая сумма по Договору страхования является уменьшаемой (агрегатной) – рассчитываемой как разность страховой суммы на начало срока действия Договора страхования и суммы страхового возмещения, осуществленного Страховщиком в период действия Договора страхования по всем произошедшим страховым случаям. Если агрегатная страховая сумма исчерпана полностью, обязательства Страховщика по Договору страхования считаются исполненными, при этом Договор страхования прекращается.

6. СТРАХОВОЙ ТАРИФ. СТРАХОВАЯ ПРЕМИЯ

6.1. При определении размера страховой премии Страховщик применяет разработанные им базовые страховые тарифы.

Базовые страховые тарифы определяются исходя из действующих цен на медицинские и иные услуги в конкретных медицинских организациях, предполагаемого количества обращений за этими услугами, а так же заболеваемости населения в данном населенном пункте.

Страховщик вправе применять, разработанные им, повышающие и понижающие коэффициенты к базовым страховым тарифам в зависимости от возраста Застрахованного лица, состояния его здоровья (группы здоровья, которой соответствует Застрахованное лицо) и характера производственной деятельности Застрахованного лица.

6.2. Страховая премия уплачивается единовременным взносом за весь период страхования.

При заключении договора страхования стороны могут оговорить иной порядок уплаты страховых взносов. При этом в договоре страхования (полисе) стороны определяют конкретный порядок уплаты платежа, а также ограничения и требования по срокам уплаты и размерам рассроченных страховых взносов, правомочия и ответственность сторон, связанные с уплатой рассроченных платежей.

6.3. Страховая премия может быть уплачена Страхователем:

- наличными деньгами в кассу Страховщика;
- безналичным перечислением на расчетный счет Страховщика.

6.4. По поручению Страхователя страховую премию может уплатить любое другое лицо, при этом никаких прав по договору страхования оно не приобретает.

Страхователь несет ответственность за действия такого лица.

6.5. Если иного не предусмотрено договором страхования, страховая премия (первый взнос при уплате страховой премии в рассрочку) должна быть уплачена до получения Договора Страхователем, но не позднее 5 (пяти) рабочих дней от даты подачи заявления о заключении Договора. При электронном страховании страховая премия уплачивается после ознакомления Страхователя с условиями, содержащимися в Договоре добровольного страхования и правилах страхования.

6.6. В случае неуплаты Страхователем страховой премии или ее первой части в размере и сроки, установленные договором страхования (полисом), данный договор страхования (полис) считается не вступившим в силу, и никакие выплаты по нему не производятся,

При неуплате Страхователем очередной части страховой премии в течение 5 (пяти) рабочих дней, считая со дня, следующего за датой, указанной в договоре страхования (полисе) как последний день оплаты очередного взноса, договор страхования (полис) считается расторгнутым с 24 часов последнего дня указанного срока. По всем событиям, наступившим после этого срока, страховые выплаты не производятся, если иное не предусмотрено договором страхования (полисом).

Страховщик не обязан уведомлять Страхователя (Выгодоприобретателя) о несостоявшемся или расторгнутом договоре страхования (полисе), если только таковая обязанность прямо не предусмотрена условиями договора страхования (полиса).

7. ЗАКЛЮЧЕНИЕ, СРОК ДЕЙСТВИЯ И ПРЕКРАЩЕНИЕ ДОГОВОРА СТРАХОВАНИЯ

7.1 Договор заключается на срок не более одного года, если иное не предусмотрено соглашением сторон.

Срок действия Договора страхования определяется исходя из сообщенного Страхователем (Застрахованным лицом) предполагаемого срока действия разрешения на работу или патента.

Договор по настоящим Правилам может быть заключен в виде электронного документа через официальный сайт Компании, а также при непосредственном обращении к Страховщику (его уполномоченному представителю) с устным или письменным заявлением о своем намерении заключить Договор.

7.2. При обращении к Страховщику (его уполномоченному представителю) с устным или письменным заявлением о своем намерении заключить Договор Страхователь передает следующие данные:

7.2.1. фамилия, имя, отчество, пол, дата рождения, адрес постоянного места жительства, телефон Застрахованного лица;

7.2.2. наименование, юридический адрес, телефон, банковские реквизиты Страхователя, если Страхователь юридическое лицо. В данном случае к заявлению прилагается список Застрахованных лиц;

7.2.3. планируемые даты начала и окончания поездки;

7.2.4. цель поездки;

7.2.5. профессия и род предполагаемой деятельности, если Застрахованное лицо прибывает на территорию Российской Федерации в поездку для работы;

7.2.6. вид спорта или тип спортивных состязаний, в которых предполагается участие Застрахованного лица;

7.2.7. страховая сумма;

7.2.8. выбранная Программа/Программы страхования.

7.3. При заключении Договора Страхователь обязан сообщить Страховщику обо всех известных ему обстоятельствах, имеющих значение для оценки страхового риска, в т.ч. о наличии или отсутствии имеющихся у Застрахованного лица хронических заболеваниях и патологиях, ВИЧ-инфекции, СПИДе, любых формах гепатита, злокачественных и доброкачественных новообразованиях, психических заболеваниях и состояниях, беременности.

7.4 Страхователь обязан в течении срока действия договора (полиса) страхования сообщать Страховщику обо всех известных ему изменениях в обстоятельствах, имеющих значение для оценки страхового риска, происходящих в период действия Договора.

7.5. При заключении Договора Страховщик вправе потребовать предоставить кроме заявления на страхование следующие документы:

7.5.1. документы, удостоверяющие личность Страхователя (для Страхователей — физических лиц);

7.5.2. документы, удостоверяющие правоспособность Страхователя — юридического лица;

7.5.3. документы, подтверждающие личность и полномочия представителя (если Договор заключается представителем);

7.5.4. документы, подтверждающие личность Застрахованного лица;

7.5.5. документы, подтверждающие состояние здоровья Застрахованного лица, включая результаты медицинского обследования Застрахованного лица. При заключении Договора в электронном виде обследование Страховщиком не осуществляется;

7.5.6. документы, подтверждающие совершение поездки (пребывание) в Российской Федерации.

7.6. Факт заключения Договора удостоверяется выдаваемым Страховщиком Страхователю страховым полисом, либо путем составления одного документа в соответствии с положениями гражданского законодательства Российской Федерации.

7.7. В соответствии с настоящими Правилами, Договор согласно пункту 2 статьи 434 и статье 6.1. Закона РФ «Об организации страхового дела в Российской Федерации» № 4015-1 от 27.11.1992 может быть составлен в форме электронного документа. Договор в электронной форме заключается на основании соответствующего заявления Страхователя, созданного и отправленного Страховщику с использованием его официального сайта Компании в порядке, указанном в настоящих Правилах. Для целей заключения Договора в электронной форме, заявление на страхование создается и направляется Страховщику через его официальный сайт Компании, подписывается простой электронной подписью Страхователя — физического лица. В соответствии с пунктом 1 статьи 6 Федерального закона № 63-ФЗ от 06.04.2011 «Об электронной подписи», также п. 4 ст. 6.1. Закона РФ «Об организации страхового дела в Российской Федерации» № 4015-1 от 27.11.1992 Договор страхования (полис), составленный в виде электронного документа, подписанный усиленной квалифицированной электронной подписью Страховщика (далее — ЭЦП), признается Сторонами электронным документом, равнозначным документу на бумажном носителе, подписанному собственноручной подписью полномочного представителя Страховщика.

7.8. При заключении Договора в форме электронного документа Страхователь через официальный сайт Страховщика направляет информацию, необходимую для заключения договора страхования путем заполнения формы анкеты-заявления на страхование, содержащей следующие данные:

7.8.1. Фамилия, имя в латинской транскрипции (как в заграничном /национальном паспорте), дату рождения Застрахованного лица;

7.8.2. Планируемые даты начала и окончания пребывания на территории Российской Федерации, количество дней, в течение которых будет действовать Договор;

7.8.3. цель поездки;

7.8.4. профессия и род предполагаемой деятельности, если Застрахованный въезжает в Российскую Федерацию для работы;

7.8.5. вид спорта или тип спортивных состязаний, в которых предполагается участие Застрахованного;

7.8.6. страховая сумма.

7.9. Заключая Договор на основании настоящих Правил, Страхователь подтверждает свое согласие с тем, что Страховщик может в течение всего срока действия Договора осуществлять обработку указанных в нем персональных данных физических лиц. Страхователь несет персональную ответственности за предоставление согласий физических лиц — Застрахованных и Выгодоприобретателей на обработку их персональных данных. Под обработкой персональных данных в настоящих Правилах понимается: сбор, систематизация, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), использование, обезличивание, блокирование, уничтожение, а также совершение иных действий с персональными данными физических лиц в статистических целях и в целях проведения анализа страховых рисков.

Заключая Договор на основании настоящих Правил, Страхователь также подтверждает согласие на информирование о других продуктах и услугах, а также об условиях продления правоотношений со Страховщиком. Для осуществления вышеуказанных целей Страховщик имеет право осуществлять передачу, в том числе трансграничную, персональных данных, ставших ему известными в связи с заключением и исполнением договора страхования, третьим лицам, с которым у Страховщика заключены соответствующие соглашения, обеспечивающие надежное хранение и предотвращение незаконного разглашения (конфиденциальность) персональных данных. Страховщик обязуется обеспечивать сохранность и неразглашение персональных данных Страхователя в целях иных, нежели предусмотренных настоящим пунктом. Согласие на обработку персональных данных может быть отозвано субъектом персональных данных полностью или в части информирования о других продуктах и услугах, путем направления письменного заявления Страховщику способом, позволяющим достоверно установить дату получения данного заявления Страховщиком. В случае полного отзыва субъектом персональных данных своего согласия на

обработку персональных данных, действие Договора в отношении такого лица прекращается, а в случае отзыва такого согласия субъектом персональных данных, являющимся Страхователем, Договор прекращается полностью. При этом действие Договора прекращается досрочно с даты получения Страховщиком соответствующего заявления об отзыве согласия на обработку персональных данных. После прекращения действия Договора (в том числе при его расторжении), а также в случае отзыва субъектом персональных данных согласия на обработку своих персональных данных, Страховщик обязуется уничтожить такие персональные данные в срок, не превышающий 100 (ста) лет с момента прекращения действия Договора либо с момента получения Страховщиком заявления об отзыве согласия на обработку персональных данных (если иного не предусмотрено Договором).

7.10. Договор страхования, если в нем прямо не предусмотрено иное, действует на территории субъекта Российской Федерации, на территории которого Застрахованное лицо намеревается осуществлять трудовую деятельность (территория страхования).

7.12. Договор страхования, если в нем не предусмотрено иное, вступает в силу:

- при уплате страховой премии или первого ее взноса наличными деньгами – с 00 часов 00 минут дня, указанного в договоре страхования (полисе) как дата начала его действия, но не ранее 00 часов 00 минут дня, следующего за днем внесения денежных средств в кассу или их уплаты представителю Страховщика;

- при уплате страховой премии или первого ее взноса путем перечисления денежных средств – с 00 часов 00 минут дня, указанного в договоре страхования (полисе) как дата начала его действия, но не ранее 00 часов 00 минут дня, следующего за днем поступления средств на расчетный счет Страховщика.

7.13. Договор страхования может содержать условие о вступлении его в силу не ранее даты начала действия разрешения на работу или патента, также Договором страхования может быть предусмотрено вступление его в силу с определенной календарной даты или с момента истечения определенного срока после уплаты страховой премии (или первого страхового взноса).

7.14. При электронном страховании Договор считается заключенным с момента оплаты страховой премии.

7.15. Договор страхования прекращается:

7.15.1. по истечении срока его действия;

7.15.2. по истечении срока действия разрешения на работу или патента;

7.15.3. в случае исполнения Страховщиком обязательств по договору в полном объеме – исчерпанию страховой суммы;

7.15.4. по требованию Страхователя или Страховщика, а также по соглашению сторон;

7.15.5. ликвидации Страховщика в установленном законодательством Российской Федерации порядке;

7.15.6. ликвидации Страхователя, являющегося юридическим лицом, с момента вступления в силу соответствующего решения, или смерти Страхователя, являющегося физическим лицом, если Застрахованный или иное лицо в соответствии с действующим законодательством РФ не принял на себя обязательства Страхователя, предусмотренные договором страхования;

7.15.7. в случае признания судом договора страхования недействительным;

7.15.8. при прекращении действия патента;

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

7.16. О намерении досрочного прекращения договора страхования стороны обязаны уведомить друг друга не менее, чем за 30 дней до предполагаемой даты прекращения договора, если договором страхования не предусмотрено иное.

7.17. При отказе Страхователя от договора страхования уплаченная Страховщику страховая премия не подлежит возврату, если договором не предусмотрено иное.

7.18. При досрочном прекращении договора страхования по требованию Страховщика, обусловленному невыполнением Страхователем условий договора, возврат страховых взносов производится за неистекший срок действия договора за вычетом понесенных Страховщиком расходов.

7.19. Страховщик вправе разрабатывать дополнительные программы страхования, уточняющие и конкретизирующие объем медицинской помощи и иных услуг, соответствующие требованиям, установленным правовыми актами к договорам добровольного медицинского страхования трудовых мигрантов. Перечень медицинских и иных услуг по Договору страхования в рамках конкретной программы страхования, а также любое сочетание программ страхования может иметь оригинальное название.

7.20. Все изменения и дополнения к договору оформляются Страховщиком в виде Дополнительных соглашений к договору страхования. Любые изменения и дополнения к договору действительны только в случае, если они не противоречат законодательству РФ, настоящим Правилам, а также практике Страховщика в предоставлении данного вида страховых услуг, если эти изменения и дополнения приняты по соглашению сторон, составлены в письменной форме и скреплены подписью и печатью Страховщика и подписью (и печатью) Страхователя.

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

8.1. При наступлении события, имеющего признаки страхового случая Застрахованное лицо (его представитель) обязан:

8.1.1. до обращения, визита в медицинское учреждение проинформировать Страховщика по указанным в страховом полисе телефонам о случившемся происшествии и сообщить оператору следующую информацию: Ф.И.О. Застрахованного лица, данные страховых документов, свое местонахождение, номер телефона, по которому с ним можно связаться, вид требуемой помощи, и далее руководствоваться рекомендациями уполномоченного лица Страховщика. После получения информации Страховщик организует оказание Застрахованному лицу услуг, предусмотренных договором страхования.

8.1.2. предпринять все возможные меры с целью уменьшения размера ущерба по происшедшему страховому случаю, соблюдать предписания лечащего врача, распорядок, установленный медицинской организацией;

8.1.3. освободить врачей медицинской организации, которая будет оказывать медицинскую помощь, от обязательств конфиденциальности в вопросах, касающихся страхового случая.

8.1.4. обеспечить врачу - представителю Страховщика свободный доступ к Страхователю (Застрахованному лицу) и его истории болезни с тем, чтобы контролировать его состояние, обеспечить наиболее эффективный способ предоставления медицинских услуг, за исключением случаев, когда это невозможно по медицинским причинам.

В каждом конкретном случае решение о выборе предоставляемых услуг принимается совместно врачом - представителем Страховщика или Сервисной компании и местным лечащим врачом.

8.1.5. при невозможности связаться со Страховщиком в момент наступления события, имеющего признак страхового случая сделать это при первой возможности и предъявить Договор (страховой полис), не оплачивая при этом услуг, предлагаемых или оказанных третьими лицами, без получения официального подтверждения оператора Страховщика, зафиксировавшего обращение;

8.1.6. письменно обосновать Страховщику причину невыполнения требований п. 8.1.1. Правил и представить соответствующие подтверждающие документы.

9. СТРАХОВАЯ ВЫПЛАТА

9.1. После получения информации в соответствии с п.8.1.1., Страховщик организует оказание Застрахованному лицу услуг необходимых и предусмотренных Договором и Программой страхования.

9.2. Медицинская помощь, предусмотренная Договором страхования и Программами страхования, оказывается до ликвидации состояния, угрожающего жизни и здоровью Застрахованного лица и требующего срочной медицинской помощи, на основании заключения лечащего врача Застрахованного лица.

9.3. Возмещение расходов производится оплатой услуг, оказанных в связи с наступлением страхового случая, Медицинской организации/Сервисной компании (безналичным перечислением на указанный счет в указанном банке), организовавшей получение Застрахованным лицом предусмотренных договором страхования услуг на основании соответствующего договора со Страховщиком. Срок и порядок перечисления денежных средств устанавливается в договоре с Медицинской организацией/Сервисной компанией.

9.4. Если это особо предусмотрено Договором страхования, в случае, если Страхователь (Застрахованное лицо) самостоятельно понес расходы, связанные со страховым случаем, возмещение расходов может производиться оплатой услуг, оказанных в связи с наступлением страхового случая, непосредственно Застрахованному лицу (наличными деньгами или безналичным перечислением на указанный Застрахованным лицом счет в указанном банке).

9.4.1. В этом случае Страхователь (Застрахованное лицо) или его представитель должен сообщить об этом Страховщику в течение 30 (тридцати) дней с момента оплаты этих расходов и предоставить оригиналы следующих документов:

- Письменное заявление / обращение о случившемся с приложением полных банковских реквизитов (при выборе безналичной формы оплаты). Если Застрахованное лицо не обращалось к Страховщику п. 8.1.1 — заявление с обоснованием причин необращения;

- Договор (страховой полис);

- Медицинские документы, содержащие сведения о диагнозе, дате и состоянии здоровья Застрахованного лица при обращении за помощью, о проведенных медицинских манипуляциях и продолжительности лечения;

- Направления на прохождение лабораторных исследований с указанием дат, наименований и стоимости услуг;

- Счета-фактуры из медицинских учреждений (на фирменном бланке и с соответствующим штампом) с указанием фамилии пациента, даты обращения, диагноза, продолжительности лечения, перечня оказанных услуг с разбивкой по датам и стоимости, а также общей суммы к оплате;

- Документы, подтверждающие факт оплаты представленных счетов;

- Документы, подтверждающие факт оплаты счетов за репатриацию, в том числе справку о смерти с указанием причины, свидетельство о смерти, счетов организаций, осуществляющих транспортировку с разбивкой по датам и стоимости оказанных услуг, иных документов, подтверждающих оказание услуги;

- Документы, подтверждающие родство с Застрахованным лицом, и/или документы, подтверждающие право обратившегося представлять интересы Застрахованного лица.

9.4.2. Для возмещения расходов Застрахованного лица, Страховщик принимает счета-фактуры только при наличии документов, подтверждающих факт оплаты медицинских услуг.

9.4.3. Страховщик имеет право запросить дополнительные документы, необходимые для принятия окончательного решения о признании (непризнании) данного события страховым случаем, а также проводить экспертизу представленных документов, подавать запросы в компетентные органы, самостоятельно выяснять причины и обстоятельства случившегося, проводить медицинское освидетельствование Застрахованного лица врачом Страховщика и совершать иные действия, направленные на выяснение причин и обстоятельств наступления события и принятие обоснованного решения в отношении этого события.

9.4.4. Непредставление документов в соответствии с настоящим разделом, а также дополнительно запрошенных Страховщиком, дает последнему право отказать в выплате в части вреда, не подтвержденного такими документами.

9.5. Заявление и документы, указанные в п. 9.4. Правил, должны быть представлены Страховщику в течение 30 (тридцати) дней с момента наступления страхового случая.

Все представляемые Страховщику документы должны быть оформлены на русском языке.

9.6. Страховщик, в течение 15 (пятнадцати) рабочих дней с момента получения всех необходимых документов, указанных в п. 9.4. настоящих Правил, принимает решение о страховой выплате или отказе в страховой выплате.

9.7. В случае принятия Страховщиком решения о выплате страхового возмещения выплата производится в течение 15 (пятнадцати) рабочих дней с момента принятия такого решения.

10. ПРАВА И ОБЯЗАННОСТИ СТОРОН

10.1. Страховщик обязан:

10.1.1. Для реализации Программ добровольного медицинского страхования заключать двусторонние договоры с медицинскими и фармацевтическими организациями, сервисными компаниями.

10.1.2. Обеспечить контроль за объемом, сроками и качеством оказания медицинских услуг и лекарственного обеспечения Застрахованным лицам в соответствии с договором страхования и Программой добровольного медицинского страхования;

10.1.3. Не разглашать сведения о Страхователе и Застрахованном лице за исключением случаев, предусмотренных законодательством Российской Федерации;

10.1.4. Обеспечить организацию и оплату медицинских иных услуг, предусмотренных договором страхования при наступлении страхового случая.

10.2. Страховщик имеет право:

10.2.1. При заключении договора страхования произвести или не проводить предварительное анкетирование кандидата (кандидатов) на страхование для оценки фактического состояния его (их) здоровья. При проведении анкетирования Страховщик по результатам анкетирования может направить кандидата на страхование на медицинское освидетельствование или потребовать предоставления выписки из истории болезни.

10.2.2. Проверять достоверность сообщенных Страхователем данных как предоставляемых при заключении договора страхования, так и в процессе исполнения договора страхования;

10.2.3. Требовать от Застрахованного лица соблюдения всех предписаний лечащих врачей, полученных в ходе предоставления медицинских и иных услуг по договору страхования, соблюдать распорядок, установленный медицинской организацией и/или иной организацией из числа предусмотренных договором страхования;

10.2.4. При необходимости, вызванной увеличением страхового риска и стоимости медицинских и/или иных услуг, потребовать от Страхователя пересмотра условий договора страхования;

10.2.5. Принимать меры по установлению причин страхового случая;

10.2.6. Установить лимит ответственности по конкретной Программе или услуге;

10.2.7. Изменять размер страхового тарифа в зависимости от возраста, состояния здоровья Застрахованного лица, условий его труда и проживания, а также иных факторов, влияющих на степень риска.

10.2.8. Проверять в течение действия договора медицинскую документацию Страхователя (Застрахованного лица).

10.2.9. Отказаться в оплате медицинских или иных услуг в соответствии с настоящими правилами и условиями договора страхования.

10.3. Страхователь обязан:

10.3.1. Уплатить страховую премию (страховые взносы) в размере, порядке и в срок, установленные в договоре страхования;

10.3.2. При заключении договора страхования сообщить Страховщику обо всех известных ему обстоятельствах, имеющих значение для оценки страхового риска.

10.3.3. Страхователь – юридическое лицо – обеспечить достоверность и правильность списков Застрахованных лиц, а также сообщать Страховщику обо всех изменениях в этих списках, согласованных с Застрахованными лицами;

10.3.4. Страхователь – юридическое лицо обязан ознакомить каждое Застрахованное лицо с условиями договора страхования;

10.3.5. Сообщить в течение срока, установленного в договоре страхования, Страховщику о наступлении страхового случая способом, указанным в договоре страхования;

10.3.6. Обеспечить сохранность документов по договору страхования;

10.3.7. Проинформировать Застрахованное лицо о том, что его персональные данные, указанные в Договоре страхования, будут обрабатываться Страховщиком в целях исполнения Договора страхования в соответствии с Федеральным законом «О персональных данных» № 152-ФЗ от 27.07.2006г.

10.4. Страхователь имеет право:

10.4.1. При заключении договора страхования включить в него по своему желанию все Программы добровольного медицинского страхования, некоторые из них, а также конкретный перечень медицинских и иных услуг в рамках каждой из программ;

10.4.2. Требовать предоставления Застрахованным лицам в медицинских и фармацевтических организациях, сервисных компаниях, из числа предусмотренных договором страхования, медицинских и иных услуг, определенных в договоре страхования, в соответствии с условиями страхования и Программой добровольного медицинского страхования.

В случае непредоставления указанных медицинских и иных услуг Страхователь должен немедленно известить Страховщика.

10.4.3. В течение срока действия договора страхования расширить перечень медицинских и иных услуг, гарантируемых по договору страхования, или повысить размер страховой суммы (лимита ответственности), заключив дополнительное соглашение к договору страхования и уплатив при этом дополнительную страховую премию.

10.5. Застрахованное лицо обязано:

10.5.1. Заботиться о сохранении своего здоровья, соблюдать предписания лечащего врача, полученные в ходе предоставления медицинских и иных услуг по договору страхования, соблюдать распорядок, установленный медицинской организацией и/или иной организацией из числа предусмотренных договором страхования;

10.5.2. Заботиться о сохранности страховых документов и не передавать их третьим лицам с целью получения ими медицинских и иных услуг по договору страхования. В противном случае Страховщик имеет право досрочно прекратить действие договора страхования в отношении данного Застрахованного лица

10.6. Застрахованное лицо имеет право:

10.6.1. Требовать предоставления медицинских и иных услуг в соответствии с условиями договора страхования и Программ добровольного медицинского страхования в предусмотренных договором страхования медицинских организациях;

10.6.2. Сообщать Страховщику о случаях не предоставления или неполного и некачественного предоставления медицинских и иных услуг.

10.7. Все сообщения, предусмотренные условиями настоящих Правил и договора страхования, должны направляться Страхователем Страховщику в письменной форме, либо способами связи, обеспечивающими фиксирование сообщений, либо вручаться Страховщику под расписку.

10.8. Страховщик, Страхователь, Застрахованное лицо осуществляют другие права и исполняют другие обязанности, предусмотренные договором страхования и действующим законодательством РФ.

11. ПОРЯДОК РАЗРЕШЕНИЯ СПОРОВ

11.1. Споры, возникающие между Страхователем и Страховщиком по договору страхования, разрешаются путем переговоров.

11.2. При недостижении соглашения споры рассматриваются в судебном порядке, установленном действующим законодательством Российской Федерации.

ПРОГРАММЫ СТРАХОВАНИЯ

«Первичная медико-санитарная помощь»

Первичная медико-санитарная помощь оказывается Застрахованному лицу при внезапных острых заболеваниях, состояниях, обострении хронических заболеваний без явных признаков угрозы жизни пациента (с учетом особенностей, установленных п.4.4. и п. 4.5. настоящих Правил) **в амбулаторно-поликлинических условиях.**

Программа включает в себя:

1.1. Профессиональные услуги врачей различных специальностей с оформлением больничного листа, выпиской рецептов, кроме льготных.

1.2. Диагностические, лабораторные, функциональные и инструментальные исследования строго по медицинским показаниям рентгенологическая, УЗИ: органов брюшной полости; функциональная диагностика: ЭКГ, М-эхо; эндоскопическая диагностика: ЭГДС, кольпоскопия; КТ, по согласованию со Страховщиком, в медицинской организации, рекомендованной Страховщиком, лабораторная диагностика заболеваний: клиничко-биохимическая, бактериологическая.

1.3. Стоматологическая (терапевтическая и хирургическая) помощь - стоматологическая лечебная терапевтическая и хирургическая помощь: обращение по острой боли (кариес, острый пульпит, острый периодонтит, за исключением лечения зубов покрытых ортодонтическими или ортопедическими конструкциями); рентгеновское, радиовизиографическое обследование (дентальные снимки); анестезия.

Для получения медицинских услуг Застрахованное лицо/представитель Застрахованного лица должны обратиться к Страховщику по указанным в страховом полисе телефонам.

«Специализированная медицинская помощь в неотложной форме»

Специализированная медицинская помощь оказывается Застрахованному лицу при внезапных острых заболеваниях, состояниях, обострении хронических заболеваний без явных признаков угрозы жизни пациента и в случаях, представляющих угрозу жизни Застрахованного лица (с учетом особенностей, установленных п.4.4. и п. 4.5. настоящих Правил) **в стационарных условиях.**

Программа включает в себя:

1. Выезд бригады скорой помощи при состоянии Застрахованного лица, требующего срочного медицинского вмешательства - проведение необходимой экспресс диагностики; экстренные лечебные манипуляции и купирование неотложных состояний; экстренная транспортировка в стационар по показаниям.

2. Экстренная госпитализация осуществляется при возникновении в состоянии, угрожающего жизни и здоровью Застрахованного лица, при котором возникает необходимость немедленного оказания медицинской помощи в условиях стационара, до снятия состояния угрожающего жизни и здоровью Застрахованного лица.

Страховщик оплачивает следующие медицинские услуги стационара, оказанные по поводу заболевания (состояния), явившегося непосредственной причиной госпитализации:

- пребывание в стационаре, питание, с размещением в общей палате;
- пребывание в отделении интенсивной терапии, реанимационные мероприятия;
- диагностические лабораторные и инструментальные исследования, проводимые по поводу заболевания (состояния) послужившего причиной госпитализации;
- хирургическое и/или консервативное лечение, включая перевязки, введение лекарственных препаратов;

- расходы на используемые медицинским персоналом при оказании медицинской помощи в неотложной форме в соответствии со стандартами первичной медико-санитарной помощи и специализированной медицинской помощи в рамках программ, перечисленных в настоящих Условиях, лекарственные препараты, включенные в утверждаемый Правительством РФ перечень жизненно необходимых и важнейших лекарственных препаратов для медицинского применения и медицинских изделий, и медицинские изделия, включенные в утверждаемый Правительством РФ 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.

В исключительных случаях, по жизненным показаниям Застрахованное лицо может быть госпитализировано в ближайшую к месту его нахождения городскую (районную) больницу с последующим переводом в медицинскую организацию, по выбору Страховщика/предусмотренную Договором страхования.

Для получения медицинских услуг Застрахованное лицо/представитель Застрахованного лица должны обратиться к Страховщику по указанным в страховом полисе телефонам.

«Репатриация Застрахованного лица»

Медицинская репатриация - экстренная медицинская транспортировка Застрахованного лица до ближайшего к его постоянному месту жительства аэропорта или вокзала, или порта (далее - транспортного узла) в стране постоянного проживания, при условии отсутствия на территории страхования возможностей для предоставления требуемой медицинской помощи, а также в случае, когда лечение может быть осуществлено или продолжено в месте постоянного проживания или в случае, когда расходы по пребыванию в стационаре на территории страхования могут превысить установленный договором страхования (полисом) и/или Правилами страхования лимит возмещения по данной медицинской услуге.

Медицинская репатриация проводится только при отсутствии медицинских противопоказаний и способом, согласованным со Страховщиком.

В случае смерти Застрахованного лица, Страховщик организует репатриацию тела (останков тела) до ближайшего к месту предполагаемого захоронения международного транспортного узла в стране постоянного проживания.

При этом Страховщик не оплачивает расходы на хранение тела и ритуальные услуги.

Для получения услуг по репатриации представитель Застрахованного лица должен обратиться к Страховщику по указанным в страховом полисе телефонам.

Приложение № 2
к Правилам добровольного медицинского страхования трудовых мигрантов

БАЗОВАЯ ТАРИФНАЯ СТАВКА
(в % к страховой сумме, на срок страхования один год)

Программа страхования / Вид помощи	ТАРИФНАЯ СТАВКА
1. Первичная медико-санитарная помощь	0.37
2. Специализированная медицинская помощь в неотложной форме	0.60
3. Репатриация Застрахованного лица	1.01

Таблица 1. Перечень повышающих и понижающих коэффициентов

№ п/п	Обстоятельства / факторы риска, позволяющие применять к базовым тарифным ставкам повышающие или понижающие коэффициенты	Условия применения повышающих коэффициентов	Условия применения понижающих коэффициентов.
1.	Соотношение роста и веса (индекс массы тела) застрахованного, изменение веса более чем на 5 кг за последние 12 месяцев	- степень отклонения показателя соотношения рост/вес от общепринятых медицинских норм	- соотношение роста и веса соответствует медицинским нормам - изменения веса не зафиксировано или зафиксировано незначительно
2.	Наличие вредных привычек (за последние 12 месяцев)	- количество сигарет, выкуриваемых Застрахованных - количество употребляемого алкоголя	- отсутствие вредных привычек или незначительное употребление табака и (или) алкоголя
3.	Артериальное давление, наличие заболевания сосудов (артериит, тромбофлебит и т.д.), нарушение кровообращения	- повышенное давление - пониженное давление	- давление соответствует медицинским нормам либо наблюдается незначительное отклонение
4.	Имел ли Застрахованный в прошлом инвалидность	- наличие инвалидности в настоящее время - наличие инвалидности в прошлом - как давно инвалидность была снята	- отсутствие инвалидности в настоящем и прошлом
5.	Наличие заболеваний сердечно-сосудистой системы	- вид заболевания - степень тяжести заболеваний - наличие операций на сердце - как давно существуют проблемы с сердечно-сосудистой системой	- отсутствие каких-либо заболеваний сердечно-сосудистой системы - отсутствие рецидивов
6.	Наличие заболеваний легких или дыхательных путей	- вид заболевания - степень и тяжесть заболевания - хроническое течение	- отсутствие заболеваний
7.	Наличие заболеваний пищеварительной системы, желчного пузыря или печени	- вид заболевания - степень и тяжесть заболевания - хроническое течение	- отсутствие заболеваний
8.	Наличие заболеваний почек или мочеполовой системы	- вид заболевания - степень и тяжесть заболевания - хроническое течение	- отсутствие заболеваний
9.	Наличие нервных расстройств, психических заболеваний	- вид заболевания - степень и тяжесть заболевания - хроническое течение	- отсутствие заболеваний

10.	Наличие заболеваний уха, горла, носа, глаз	- вид заболевания - степень и тяжесть заболевания - хроническое течение	- отсутствие заболеваний
11.	Наличие заболеваний опорно-двигательного аппарата (мышцы, кости, суставы, позвоночник)	- вид заболевания - степень и тяжесть заболевания - хроническое течение	- отсутствие заболеваний
12.	Наличие сахарного диабета, заболеваний щитовидной железы, других заболеваний эндокринной системы	- вид заболевания - степень и тяжесть заболевания - хроническое течение	- отсутствие заболеваний
13.	Наличие новообразований (опухоли злокачественные и доброкачественные), в т.ч. и заболевания крови	- вид новообразования - степень и тяжесть заболевания - хроническое течение	- отсутствие заболеваний
14.	Другие болезни, травмы, операции, госпитализации, нетрудоспособность за последние 5 лет	- вид заболевания - степень и тяжесть заболевания - хроническое течение	- отсутствие заболеваний
15.	Отсутствие и наличие убытков на предприятии за последние 5 лет	- зарегистрированы несчастные случаи на производстве - условия труда не соответствуют нормам	- несчастных случаев на производстве не зарегистрировано; - проводятся мероприятия по технике безопасности, тренинги и прочие меры
16.	Изменение типового перечня исключений, предусмотренных Правилами страхования	- типовой перечень исключений сужен в зависимости от требований страхователя	- типовой перечень исключений расширен в зависимости от требований страхователя
17.	Профессиональная деятельность Застрахованных	- в зависимости от группы риска по профессиональной принадлежности (Таблица 2)	-
18.	Характер течения хронических заболеваний	- Стабильное течение - Рецидивирующее течение - Непрерывно рецидивирующее течение или наличие недостаточности функции органов	-
19.	Применение повышающих коэффициентов в зависимости от возраста Застрахованного лица.	В соответствии с Таблицей 2	

Таблица 2. Применение коэффициентов в зависимости от возраста Застрахованного лица.

Условия применения коэффициентов	Коэффициент
Для лиц от 50 до 55 лет	1,2
Для лиц от 56 до 60 лет	1,5
Для лиц от 61 до 69 лет	2
Для лиц от 70 до 80 лет	3

Если при заключении договора страхования доля вознаграждения за заключение договора страхования (КВ) не равна среднему значению КВ по портфелю, определенному расчетной структурой тарифной ставки, то применяется система поправочных коэффициентов к страховым тарифам за счет изменения доли вознаграждения за заключение договора страхования (КВ) в структуре брутто-премии:

Доля КВ в структуре тарифной ставки, в %	0	5	10	15	20	25	30	35	40	45
Размер понижающего коэффициента	0,40	0,49	0,53	0,58	0,62	0,66	0,69	0,72	0,75	0,77
Доля КВ в структуре тарифной ставки, в %	50	55	60	65	70	75	80			
Размер повышающего коэффициента	0,79	0,82	0,86	0,90	0,92	0,95	1			

Примечание:

При сроке страхования менее одного года страховая премия исчисляется в процентах от годовой суммы взносов:

Срок действия договора в месяцах										
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
Процент от размера страховой премии за год										
20	30	40	50	60	70	75	80	85	90	95

На основе экспертной оценки страховой риск дифференцирован на семь степеней:

Степень страхового риска	Поправочные коэффициенты к базовой тарифной ставке
«Высокая»	(7,04.....10,0]
«Значительно выше средней»	(2,99.....7,04]
«Выше средней»	(1,06.....2,99]
«Средняя»	(0,95.....1,06]
«Ниже средней»	(0,50.....0,95]
«Значительно ниже средней»	(0,30.....0,50]
«Низкая»	[0,01.....0,30]

С целью окончательного выравнивания обязательств страхователя с обязательствами страховщика в отдельно взятом договоре страхования, андеррайтер дополнительно оценивает максимально-возможный относительный убыток - Possible maximum loss (PML/S^*) по конкретному договору страхования, где S^* - страховая сумма в конкретном договоре страхования. Результат оценки сопоставляется с отношением средней выплаты к средней страховой сумме $\zeta = (S_v/S)$, рекомендованным Методикой расчета тарифных ставок по рисковому видам страхования, утвержденной распоряжением Росстрахнадзора от 8 июля 1993 г. N 02-03-36. для применения в имущественном страховании. В результате получается уточняющий поправочный коэффициент:

$$K = \frac{PML}{S^* \cdot \zeta}$$

Итоговый фактический тариф T рассчитывается путем умножения базового тарифа на значения поправочных коэффициентов, учитывающих влияние совокупности факторов на степень страхового риска.

**ДОГОВОР ДОБРОВОЛЬНОГО
МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ ТРУДОВЫХ МИГРАНТОВ № _____**

г. Москва

«___» _____ 20__ г.

ПАО «Страховая акционерная компания «ЭНЕРГОГАРАНТ», лицензия СЛ № 1834 от 01.02.2016 г., выданная ЦБ РФ, именуемое в дальнейшем Страховщик, в лице _____, действующей на основании Доверенности № _____ от _____ г., с одной стороны, и _____, именуемое в дальнейшем Страхователь, в лице _____, действующего на основании _____, с другой стороны, заключили настоящий Договор о нижеследующем:

1. ПРЕДМЕТ И ОБЩИЕ УСЛОВИЯ ДОГОВОРА

1.1. Настоящий Договор заключен на основании Правил добровольного медицинского страхования трудовых мигрантов ПАО «САК «ЭНЕРГОГАРАНТ», (Приложение №1 к настоящему Договору) и Условий добровольного медицинского страхования граждан (Приложение № 2 к настоящему Договору).

1.2. Предметом настоящего Договора является добровольное медицинское страхование граждан, именуемых в дальнейшем Застрахованные лица, за счет средств Страхователя.

1.3. Объектом страхования являются не противоречащие законодательству Российской Федерации имущественные интересы Застрахованного лица, связанные с его затратами на получение первичной медико-санитарной помощи, специализированной медицинской помощи в неотложной форме при возникновении страхового случая.

1.4. Основные термины, используемые в настоящем Договоре.

1.4.1. Страховая сумма - определенная Полисом денежная сумма, в пределах которой Страховщик обязуется организовать и оплатить предоставление Застрахованному лицу первичной медико-санитарной помощи и специализированной медицинской помощи в неотложной форме, предусмотренных Страховыми программами. Общая сумма выплат по всем страховым случаям не может превышать установленной в Полисе страховой суммы.

1.4.2. Медицинская организация - указанное в Полисе/согласованное со Страховщиком юридическое лицо любой организационно-правовой формы, осуществляющее медицинскую деятельность на основании полученной в установленном законодательном порядке лицензии с которой Страховщик заключил договор и/или указанное в Договоре страхования (Полисе).

1.4.3. Полис – оформляется на каждое Застрахованное лицо, указанное в Списке застрахованных лиц (Приложение № 3 к настоящему Договору).

1.5. Территорией страхования указывается на титульной стороне Полиса и включает субъект РФ, на территории которого Застрахованное лицо намеривается осуществлять трудовую деятельность.

1.6. Все изменения и дополнения к настоящему Договору действительны, если они выполнены в письменной форме и подписаны обеими сторонами.

2. СТРАХОВЫЕ СЛУЧАИ

2.1. 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.

Страховой случай – совершившееся событие, предусмотренное договором страхования, с наступлением которого возникает обязанность Страховщика произвести страховую выплату Застрахованному.

2.2. По настоящему Договору страховым риском (с учетом ограничений, приведенных в п. 2.7 и 2.8 настоящего Договора) является:

2.2.1. возможное обращение Застрахованного лица или его представителя в течение срока действия договора страхования в Медицинскую организацию из числа предусмотренных договором страхования или согласованных со Страховщиком, за получением в объеме, предусмотренном в Договоре страхования и/или Программе страхования, первичной медико-санитарной помощи и специализированной медицинской помощи в неотложной форме в случаях заболеваний и состояний, входящих согласно части шестой статьи 35 ФЗ от 29.11.2010 № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» в базовую программу обязательного медицинского страхования с учетом особенностей, установленных 2.7 и 2.8 настоящего Договора.

2.2.2. возможное обращение Страхователя/Застрахованного лица/представителя Застрахованного лица в соответствии с условиями договора страхования и в течение срока его действия в Сервисную компанию из числа предусмотренных договором страхования или согласованных со Страховщиком, в случаях заболеваний и состояний, входящих согласно части шестой статьи 35 ФЗ от 29.11.2010 № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» в базовую программу обязательного медицинского страхования с учетом особенностей, установленных 2.7 и 2.8 настоящего Договора либо в связи со смертью Застрахованного лица.

2.3. Первичная медико-санитарная помощь оказывается Застрахованному лицу при внезапных острых заболеваниях, состояниях, обострении хронических заболеваний без явных признаков угрозы жизни пациента в **амбулаторно-поликлинических условиях**.

Программа включает в себя:

2.3.1. Профессиональные услуги врачей различных специальностей с оформлением больничного листа, выпиской рецептов, кроме льготных.

2.3.2. Диагностические, лабораторные, функциональные и инструментальные исследования строго по медицинским показаниям рентгенологическая, УЗИ: органов брюшной полости; функциональная диагностика: ЭКГ, М-эхо; эндоскопическая диагностика: ЭГДС, кольпоскопия; КТ, по согласованию со Страховщиком, в медицинской организации, рекомендованной Страховщиком, лабораторная диагностика заболеваний: клиничко-биохимическая, бактериологическая.

2.3.3. Стоматологическая (терапевтическая и хирургическая) помощь - стоматологическая лечебная терапевтическая и хирургическая помощь: обращение по острой боли (кариес, острый пульпит, острый периодонтит, за исключением лечения зубов покрытых ортодонтическими или ортопедическими конструкциями); рентгеновское, радиовизиографическое обследование (дентальные снимки); анестезия.

2.4. Специализированная медицинская помощь оказывается Застрахованному лицу при внезапных острых заболеваниях, состояниях, обострении хронических заболеваний без явных признаков угрозы жизни пациента и в случаях, представляющих угрозу жизни Застрахованного лица в **стационарных условиях**.

Программа включает в себя:

2.4.1. Выезд бригады скорой помощи при состоянии Застрахованного лица, требующего срочного медицинского вмешательства - проведение необходимой экспресс диагностики; экстренные лечебные манипуляции и купирование неотложных состояний; экстренная транспортировка в стационар по показаниям.

2.4.2. Экстренная госпитализация осуществляется при возникновении в состоянии, угрожающего жизни и здоровью Застрахованного лица, при котором возникает необходимость немедленного оказания медицинской помощи в условиях стационара, до снятия состояния угрожающего жизни и здоровью Застрахованного лица.

Страховщик оплачивает следующие медицинские услуги стационара, оказанные по поводу заболевания (состояния), явившегося непосредственной причиной госпитализации:

- пребывание в стационаре, питание, с размещением в общей палате;
- пребывание в отделении интенсивной терапии, реанимационные мероприятия;

- диагностические лабораторные и инструментальные исследования, проводимые по поводу заболевания (состояния) послужившего причиной госпитализации;
- хирургическое и/или консервативное лечение, включая перевязки, введение лекарственных препаратов;
- расходы на используемые медицинским персоналом при оказании медицинской помощи в неотложной форме в соответствии со стандартами первичной медико-санитарной помощи и специализированной медицинской помощи в рамках программ, перечисленных в настоящих Условиях, лекарственные препараты, включенные в утверждаемый Правительством РФ перечень жизненно необходимых и важнейших лекарственных препаратов для медицинского применения и медицинских изделий, и медицинские изделия, включенные в утверждаемый Правительством РФ 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.

В исключительных случаях, по жизненным показаниям Застрахованное лицо может быть госпитализировано в ближайшую к месту его нахождения городскую (районную) больницу с последующим переводом в медицинскую организацию, по выбору Страховщика/предусмотренную Договором страхования.

2.5. Программа репатриация Застрахованного лица:

Медицинская репатриация - экстренная медицинская транспортировка Застрахованного лица до ближайшего к его постоянному месту жительства аэропорта или вокзала, или порта (далее - транспортного узла) в стране постоянного проживания, при условии отсутствия на территории страхования возможностей для предоставления требуемой медицинской помощи, а также в случае, когда лечение может быть осуществлено или продолжено в месте постоянного проживания или в случае, когда расходы по пребыванию в стационаре на территории страхования могут превысить установленный договором страхования (полисом) и/или Правилами страхования лимит возмещения по данной медицинской услуге.

Медицинская репатриация проводится только при отсутствии медицинских противопоказаний и способом, согласованным со Страховщиком.

В случае смерти Застрахованного лица, Страховщик организует репатриацию тела (останков тела) до ближайшего к месту предполагаемого захоронения международного транспортного узла в стране постоянного проживания.

При этом Страховщик не оплачивает расходы на хранение тела и ритуальные услуги.

2.6. Медицинская помощь, предусмотренная Страховыми программами, оказывается до ликвидации состояния, угрожающего жизни и здоровью Застрахованного лица и требующего срочной медицинской помощи, на основании заключения лечащего врача Застрахованного лица.

2.7. В соответствии с настоящим Договором в рамках программ страхования не оплачиваются следующие медицинские услуги:

2.7.1. по оказанию застрахованному лицу медицинской помощи, не назначенной врачом, оказывающим медицинскую помощь в рамках программы страхования;

2.7.2. по оказанию застрахованному лицу медицинской помощи при особо опасных инфекционных болезнях (натуральная оспа, полиомиелит, малярия ТОРС), заболеваниях, включенных в утверждаемый Правительством РФ перечень заболеваний, представляющих опасность для окружающих, а также при злокачественных новообразованиях, сахарном диабете, психических расстройствах и расстройствах поведения;

2.7.3. по оказанию застрахованному лицу высокотехнологичной медицинской помощи;

2.7.4. 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;

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

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

2.7.7. по оказанию медицинской помощи при умышленном причинении себе телесных повреждений застрахованным лицом;

2.7.8. связанных с беременностью, родами, послеродовым периодом и абортами застрахованного лица.

2.8. Не является страховым случаем обращение Застрахованного лица или его представителя в Медицинскую организацию:

2.8.1. если оно явилось следствием: попытки самоубийства Застрахованного лица; умышленных действий Страхователя или Застрахованного лица, направленных на потерю здоровья Застрахованного лица, в том числе членовредительства; алкогольного, наркотического или токсического опьянения Застрахованного лица; совершения Застрахованным лицом противоправных действий;

2.8.2. в связи с: наследственными заболеваниями и пороками развития; любыми видами протезирования, подготовку полости; лечением онкологических заболеваний, (доброкачественный, злокачественных) и их осложнений; лечением заболеваний, передающихся половым путем, ВИЧ-инфекцией и их последствиями и осложнениями; ведением беременности и родовспоможением, контрацепцией (в т.ч. введение ВМС, добровольная стерилизация; особо опасными инфекциями (тиф, холера, натуральная оспа, сибирская язва, геморрагические лихорадки и др.); туберкулезом; болезнью почек, сопровождающейся хронической почечной недостаточностью, требующей проведения гемодиализа; кардиохирургические, включая коронарографию, нейрохирургические операции психическими заболеваниями, алкоголизмом, наркоманией, токсикоманией; косметической и пластической хирургией и сопутствующим лечением; обследованием и лечением мужского и женского бесплодия, климакса консультацией и лечением у гомеопата, диагностикой по методу Фолля; выдачей медицинских справок на право вождения транспортных средств, на ношение и хранение оружия и т.п.; получением стоматологической помощи, включая протезирование и подготовку полости рта к протезированию, а также удаление дистопированных и ретинированных зубов, за исключением случаев, предусмотренных Страховой программой; подбором и обеспечением очками, контактными линзами, слуховыми аппаратами и другими товарами/услугами, не являющимися необходимыми с медицинской точки зрения для диагностирования или лечения Застрахованного лица; обследованием Застрахованного лица в профилактических целях, диспансеризацией, динамическим наблюдением

2.8.3. обращение Застрахованного лица в медицинскую организацию, если оно произошло до вступления Полиса в силу или после окончания срока его действия;

2.8.4. обращение Застрахованного лица в медицинскую организацию, не предусмотренную Полисом.

3. СТРАХОВАЯ СУММА, СТРАХОВАЯ ПРЕМИЯ

3.1. Страховой суммой является определенная Договором страхования денежная сумма, исходя из которой устанавливаются размеры страховой премии и страхового обеспечения. Страховой премией является плата за страхование, которую Страхователь обязан внести Страховщику в соответствии с Договором страхования.

3.2. Общая страховая сумма по договору, страховые суммы на одно Застрахованное лицо, численность Застрахованных лиц устанавливаются в следующем размере:

Страховая сумма на одно застрахованное лицо, рублей	Кол-во человек	Общая страховая сумма, рублей

3.3. Страховая премия:

3.3.1. Страховая премия на одно Застрахованное лицо составляет _____ руб.

3.3.2. Общая страховая премия по настоящему Договору составляет _____ (_____) рублей 00 коп.

3.4. Оплата страховой премии в размере, указанном в п. 3.3.2 производится единовременно в течение 3 рабочих дней со дня подписания настоящего Договора, путем перечисления денежных средств на расчетный счет Страховщика.

Днем уплаты считается день поступления страховой премии в полном объеме на расчетный счет Страховщика.

При неуплате Страхователем страховой премии премию в размере, сроки и порядке установленные настоящим Договором, он считается несостоявшимся.

3.5. После поступления страховой премии в полном размере (п. 3.3.2 настоящего Договора) Страховщик в течение трех рабочих дней оформляет в отношении каждого Застрахованного лица, указанного в Списке застрахованных лиц (Приложение 3 к настоящему Договору), отдельный страховой полис, в который включаются:

- страховая сумма на одно Застрахованное лицо;
- срок действия полиса с указанием даты начала и даты окончания действия полиса;
- размер страховой премии на одно Застрахованное лицо.

3.6. Замена Застрахованных лиц в течение срока действия настоящего Договора не предусмотрена.

4. СРОК ДЕЙСТВИЯ ДОГОВОРА СТРАХОВАНИЯ

4.1. Настоящий Договор вступает в силу с 00 часов дня, следующего за днем поступления страховой премии в размере, указанном в п. 3.3.2 на расчетный счет Страховщика и действует в течение _____.

4.2. Настоящий договор заканчивается в 24 часа последнего дня срока, указанного в п. 4.1.

4.3. Настоящий Договор вступает в силу в отношении каждого Застрахованного лица в 00 часов дня, указанного в качестве дня начала действия полиса, и заканчивается в 24 часа дня, указанного в качестве дня окончания действия полиса, но не более срока действия разрешения на работу или патента.

5. ПРАВА И ОБЯЗАННОСТИ СТОРОН

5.1. Страховщик обязан:

5.1.1. Обеспечить контроль за объемом, сроками и качеством оказания медицинских услуг Застрахованным лицам;

5.1.2. Обеспечить организацию и оплату медицинских и иных услуг, предусмотренных Полисом при наступлении страхового случая.

5.2. Страховщик имеет право:

5.2.1. Требовать от Застрахованного лица соблюдения всех предписаний лечащих врачей, полученных в ходе предоставления медицинской помощи и иных услуг, и распорядка, установленного медицинской организацией;

5.2.2. При необходимости, вызванной увеличением страхового риска и стоимости медицинских услуг, потребовать от Страхователя пересмотра условий Полиса;

5.2.3. Проверять в течение действия Полиса медицинскую документацию Страхователя (Застрахованного лица).

5.3. Страхователь обязан:

5.3.1. Уплатить страховую премию в размере, порядке и в срок, установленные в п. 3.3 и 3.4 настоящего Договора;

5.3.2. Обеспечить сохранность документов по Договору;

5.3.3. Ознакомить Застрахованное лицо с Условиями добровольного медицинского страхования граждан «Мигрант Забота» (Приложение № 2 к настоящему Договору) и обеспечить их соблюдение;

5.3.3. Проинформировать Застрахованное лицо о том, что его персональные данные, указанные в Полисе, будут обрабатываться Страховщиком в целях исполнения Полиса в соответствии с Федеральным законом «О персональных данных» № 152-ФЗ от 27.07.2006 г.

5.4. Застрахованное лицо обязано:

5.4.1. Соблюдать предписания лечащего врача, полученные в ходе предоставления медицинской помощи, соблюдать распорядок, установленный медицинской организацией;

5.4.2. Заботиться о сохранности страховых документов и не передавать их третьим лицам с целью получения ими медицинских и иных услуг по Полису. В противном случае Страховщик имеет право досрочно прекратить действие Полиса в отношении данного Застрахованного лица.

5.5. Застрахованное лицо разрешает любому врачу, больнице, поликлинике или иной организации, предоставляющей медицинскую помощь, страховой компании или любой другой организации, или любому лицу, владеющему любой информацией о Застрахованном лице, предоставить эту информацию Страховщику, включая копии либо подлинники документов с

указанием заболеваний или несчастных случаев, лечения, произведенных обследований и их результатов, консультаций или госпитализаций.

6. ДЕЙСТВИЯ СТОРОН ПРИ НАСТУПЛЕНИИ СОБЫТИЯ, ИМЕЮЩЕГО ПРИЗНАКИ СТРАХОВОГО СЛУЧАЯ

6.1. При наступлении события, имеющего признаки страхового случая Застрахованное лицо (его представитель) обязан:

6.1.1. до обращения, визита в медицинское учреждение проинформировать Страховщика по указанным в страховом полисе телефонам о случившемся происшествии и сообщить оператору следующую информацию: Ф.И.О. Застрахованного лица, данные страховых документов, свое местонахождение, номер телефона, по которому с ним можно связаться, вид требуемой помощи, и далее руководствоваться рекомендациями уполномоченного лица Страховщика. После получения информации Страховщик организует оказание Застрахованному лицу услуг, предусмотренных договором страхования.

6.1.2. предпринять все возможные меры с целью уменьшения размера ущерба по происшедшему страховому случаю, соблюдать предписания лечащего врача, распорядок, установленный медицинской организацией;

6.1.3. освободить врачей медицинской организации, которая будет оказывать медицинскую помощь, от обязательств конфиденциальности в вопросах, касающихся страхового случая.

6.1.4. обеспечить врачу - представителю Страховщика свободный доступ к Страхователю (Застрахованному лицу) и его истории болезни с тем, чтобы контролировать его состояние, обеспечить наиболее эффективный способ предоставления медицинских услуг, за исключением случаев, когда это невозможно по медицинским причинам.

В каждом конкретном случае решение о выборе предоставляемых услуг принимается совместно врачом - представителем Страховщика или Сервисной компании и местным лечащим врачом.

7. СТРАХОВАЯ ВЫПЛАТА

7.1. После получения информации в соответствии с п.6.1.1., Страховщик организует оказание Застрахованному лицу услуг необходимых и предусмотренных Договором и Программой страхования.

7.2. Медицинская помощь, предусмотренная Договором страхования и Программами страхования, оказывается до ликвидации состояния, угрожающего жизни и здоровью Застрахованного лица и требующего срочной медицинской помощи, на основании заключения лечащего врача Застрахованного лица.

7.3. Возмещение расходов производится оплатой услуг, оказанных в связи с наступлением страхового случая, Медицинской организации/Сервисной компании (безналичным перечислением на указанный счет в указанном банке), организовавшей получение Застрахованным лицом предусмотренных договором страхования услуг на основании соответствующего договора со Страховщиком. Срок и порядок перечисления денежных средств устанавливается в договоре с Медицинской организацией/Сервисной компанией.

8. ПОРЯДОК РАЗРЕШЕНИЯ СПОРОВ

8.1. Споры, возникающие между Страхователем и Страховщиком по настоящему Договору, разрешаются путем переговоров;

8.2. При не достижении соглашения споры рассматриваются и разрешаются в установленном действующим законодательством Российской Федерации судебном порядке.

Настоящий Договор составлен и подписан в двух экземплярах, имеющих равную юридическую силу. Один экземпляр Договора находится у Страхователя, другой - у Страховщика.

9. ЮРИДИЧЕСКИЕ АДРЕСА И БАНКОВСКИЕ РЕКВИЗИТЫ СТОРОН

СТРАХОВЩИК

СТРАХОВАТЕЛЬ

ПАО «САК «ЭНЕРГОГАРАНТ»

Адрес:

Адрес:

Приложение № 1
к Договору добровольного медицинского страхования трудовых мигрантов

Образец проекта

СПИСОК ЗАСТРАХОВАННЫХ ЛИЦ.

№ п/п	Фамилия	Имя	Отчество	Д/р	Пол	Гражданство	Документ, удостоверяющий личность	Адрес проживания	ВУЗ/Факультет/курс	Телефон (мобильный)
1										
2										
3										
4										
5										
6										

От имени СТРАХОВЩИКА

(должность лица подписывающего договор)

(наименование предприятия, учреждения, организации)

_____ / _____ /

(подпись лица подписавшего договор)

От имени СТРАХОВАТЕЛЯ

(должность лица подписывающего договор)

(наименование предприятия, учреждения, организации)

_____ / _____ /

(подпись лица подписавшего договор)

Приложение № 4
к Правилам добровольного медицинского страхования трудовых мигрантов
Образец проекта

 <p style="font-size: 8px;">Страховая Акционерная Компания ЭНЕРГОГАРАНТ НАША ЭНЕРГИЯ ДЛЯ ВАШЕГО СПОКОЙСТВИЯ</p>	<p>ПОЛИС ДОБРОВОЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ ТРУДОВЫХ МИГРАНТОВ</p> <p>СЕРИЯ _____ № _____ от « _____ » _____ 20__ г.</p>
--	--

Настоящий ПОЛИС является договором страхования и заключен на основании Условий добровольного медицинского страхования трудовых мигрантов (Приложение 1 к настоящему Полису), далее Условия страхования

1. Страховщик	Публичное Акционерное Общество «САК «ЭНЕРГОГАРАНТ»; 115035, г. Москва, ул. Садовническая наб. 23, (495) 737-03-30, www. energogarant.ru, лицензия ЦБ РФ СЛ 1834 от 01.02.2016, ИНН 7705041231, КПП 775001001, р/с 40701810238360104005 «Сбербанк России» ПАО г. Москва, к/с 30101810400000000225, БИК 044525225, ОКВЭД 66.03:67.20, ОКПО 17180408
---------------	---

2. Страхователь	
-----------------	--

Адрес (место нахождения)	
--------------------------	--

Телефон		email	
---------	--	-------	--

3. Застрахованное лицо	
------------------------	--

Гражданство		Дата рождения		Пол	<input type="checkbox"/> мужской	<input type="checkbox"/> женский
-------------	--	---------------	--	-----	----------------------------------	----------------------------------

Адрес регистрации	
-------------------	--

Документ, удостоверяющий личность	№		дата		выдан	
-----------------------------------	---	--	------	--	-------	--

Телефон		email	
---------	--	-------	--

4. Страховой случай: обращение Застрахованного лица или его представителя в течение срока действия договора страхования в Страховую компанию за получением первичной медико-санитарной помощи и специализированной медицинской помощи в неотложной форме в случаях заболеваний и состояний, входящих согласно части шестой статьи 35 ФЗ от 29.11.2010 № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» в базовую программу обязательного медицинского страхования с учетом особенностей, установленных п.п. 6 и 7 Условий страхования.

5. Программы страхования. Страховая сумма. Страховая премия.

Программы страхования	Страховая сумма	Страховая премия (уплачивается одновременно)
5.1. Первичная медико-санитарная помощь		
5.2. Специализированная медицинская помощь		

Сумма выплат по всем страховым случаям за весь срок действия настоящего Полиса не может превышать установленной страховой суммы.

6. Срок страхования (не более срока действия разрешения на работу или патента)	с		20 г.	до		20 г.
--	---	--	-------	----	--	-------

Настоящий Полис вступает в силу на пятый день после даты выдачи полиса, при условии оплаты страховой премии в полном размере, но не ранее даты начала действия разрешения на работу или патента. При неуплате Страхователем общей страховой премии в указанные размер и сроки, настоящий Полис считается не вступившим в силу и Страховщик не несет по нему никаких обязательств.

7. Территория страхования	
---------------------------	--

**ДЛЯ ПОЛУЧЕНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ЗАСТРАХОВАННОЕ ЛИЦО ИЛИ ЕГО ПРЕДСТАВИТЕЛЬ ДОЛЖНЫ ОБРАТИТЬСЯ В КРУГЛОСУТОЧНУЮ ДИСПЕТЧЕРСКУЮ СТРАХОВЩИКА ПО ТЕЛЕФОНАМ:
+7 (495) 737-03-03, 8-800-444-04-43**

8. ДОПОЛНИТЕЛЬНЫЕ УСЛОВИЯ	
---------------------------	--

<p>С Условиями страхования ознакомлен и согласен. Даю разрешение на обработку персональных данных. С порядком обработки персональных данных, установленным ФЗ от 27.07.2006г. №152-ФЗ "О персональных данных» ознакомлен.</p> <p>Ф.И.О. сотрудника _____</p> <p>Должность: _____</p> <p>Доверенность: № _____ от « _____ » _____ 20__ г.</p> <p>Страхователь: _____ М.П.</p>	<p style="text-align: center;">ОТ ИМЕНИ СТРАХОВЩИКА</p> <p>Ф.И.О. сотрудника/агента, наименование брокера _____</p> <p>Должность: _____</p> <p>Доверенность: № _____ от « _____ » _____ 20__ г.</p> <p>Страховщик: _____ М.П.</p>
--	--

Условия добровольного медицинского страхования трудовых мигрантов (Приложение 1 к Полису)

Настоящие Условия разработаны на основании и в соответствии с Правилами добровольного медицинского страхования трудовых мигрантов (далее – Правила страхования). Положения настоящих Условий имеют преимущественную силу по отношению к Правилам страхования. Текст вышеуказанных Правил в электронном виде размещен по адресу www.energogaran.ru.

1. Объектом страхования являются не противоречащие законодательству Российской Федерации имущественные интересы Застрахованного лица, связанные с его затратами на получение первичной медико-санитарной помощи, специализированной медицинской помощи в неотложной форме при возникновении страхового случая.

2. По настоящим Условиям, страховым случаем (с учетом ограничений, приведенных в п.6 настоящих Условий) признается документально подтвержденное обращение Застрахованного лица или его представителя в течение срока действия договора страхования в Медицинскую организацию за получением **первичной медико-санитарной помощи и специализированной медицинской помощи в неотложной форме в случаях заболеваний и состояний, входящих согласно части шестой статьи 35 ФЗ от 29.11.2010 № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» в базовую программу обязательного медицинского страхования с учетом особенностей, установленных п.п. 6 и 7 Условий страхования.** Первичная медико-санитарная помощь оказывается в объеме, необходимом для устранения угрозы жизни и здоровью Застрахованного лица и (или) снятия острой боли, при острых заболеваниях, травмах, отравлениях и других острых состояниях, в амбулаторных условиях.

Специализированная медицинская помощь оказывается в объеме, необходимом для устранения угрозы жизни и здоровью Застрахованного лица и (или) снятия острой боли, при острых заболеваниях, травмах, отравлениях и других острых состояниях, в стационарных условиях.

3. Основные термины, используемые в настоящих Условиях.

Страховая сумма - определенная Полисом денежная сумма, в пределах которой Страховщик обязуется организовать и оплатить предоставление Застрахованному лицу первичной медико-санитарной помощи и специализированной медицинской помощи в неотложной форме, предусмотренных Страховыми программами. Общая сумма выплат по всем страховым случаям не может превышать установленной в Полисе страховой суммы.

Медицинская организация - юридическое лицо любой организационно-правовой формы, осуществляющее медицинскую деятельность на основании полученной в установленном законодательном порядке лицензии с которой Страховщик заключил договор и/или указанное в Договоре страхования (Полисе).

4. Территория страхования указана на титульной стороне Полиса.

Страховые программы

«Первичная медико-санитарная помощь»

- Профессиональные услуги врачей различных специальностей с оформлением большого листа, выписки рецептов, кроме льготных.

- Диагностические, лабораторные, функциональные и инструментальные исследования строго по медицинским показаниям рентгенологическая, УЗИ: органов брюшной полости; функциональная диагностика: ЭКГ, М-эхо; эндоскопическая диагностика: ЭГДС, колоноскопия; КТ, по согласованию со Страховщиком, в медицинской организации, рекомендованной Страховщиком, лабораторная диагностика заболеваний: клинико-биохимическая, бактериологическая.

- Стоматологическая (терапевтическая и хирургическая) помощь - стоматологическая лечебная терапевтическая и хирургическая помощь: обращение по острой боли (кариес, острый пульпит, острый периодонтит, за исключением лечения зубов покрытых ортодонтическими или ортопедическими конструкциями); рентгеновское, радиовизиографическое обследование (дентальные снимки); анестезия.

«Специализированная медицинская помощь»

Экстренная госпитализация осуществляется при возникновении в период действия Полиса состояния, угрожающего жизни и здоровью Застрахованного лица, при котором возникает необходимость немедленного оказания медицинской помощи в условиях стационара, до снятия состояния угрожающего жизни и здоровью Застрахованного лица.

Страховщик оплачивает следующие медицинские услуги стационара, оказанные по поводу заболевания (состояния), явившегося непосредственной причиной госпитализации:

Программа включает в себя:

- Выезд бригады скорой помощи при состоянии Застрахованного лица, требующего срочного медицинского вмешательства - проведение необходимой экспресс диагностики; экстренные лечебные манипуляции и купирование неотложных состояний; экстренная транспортировка в стационар по показаниям.

- Экстренная госпитализация осуществляется при возникновении в состоянии, угрожающего жизни и здоровью Застрахованного лица, при котором возникает необходимость немедленного оказания медицинской помощи в условиях стационара, до снятия состояния угрожающего жизни и здоровью Застрахованного лица.

Страховщик оплачивает следующие медицинские услуги стационара, оказанные по поводу заболевания (состояния), явившегося непосредственной причиной госпитализации: пребывание в стационаре, питание, с размещением в общей палате; пребывание в отделении интенсивной терапии, реанимационные мероприятия; диагностические лабораторные и инструментальные исследования, проводимые по поводу заболевания (состояния) послужившего причиной госпитализации; хирургическое и/или консервативное лечение, включая перевязки, введение лекарственных препаратов; расходы на используемые медицинским персоналом при оказании медицинской помощи в неотложной форме в соответствии со стандартами первичной медико-санитарной помощи и специализированной медицинской помощи в рамках программ, перечисленных в настоящих Условиях, лекарственные препараты, включенные в утверждаемый Правительством РФ перечень жизненно необходимых и важнейших лекарственных препаратов для медицинского применения и медицинских изделий, и медицинские изделия, включенные в утверждаемый Правительством РФ 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. В исключительных случаях, по жизненным показаниям Застрахованное лицо может быть госпитализировано в ближайшую к месту его нахождения городскую (районную) больницу с последующим переводом в медицинскую организацию, по выбору Страховщика/предусмотренную Договором страхования.

5. В соответствии с настоящими Условиями в рамках программ страхования не оплачиваются следующие медицинские услуги:

5.1. по оказанию застрахованному лицу медицинской помощи, не назначенной врачом, оказывающим медицинскую помощь в рамках программы страхования; 5.2. по оказанию застрахованному лицу медицинской помощи при особо опасных инфекционных болезнях (натуральная оспа, полиомиелит, малярия ТОРС), заболеваниях, включенных в утверждаемый Правительством РФ перечень заболеваний, представляющих опасность для окружающих, а также при злокачественных новообразованиях, сахарном диабете, психических расстройствах и расстройствах поведения; 5.3. по оказанию застрахованному лицу высокотехнологичной медицинской помощи; 5.4. 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; 5.5. по оказанию застрахованному лицу медицинской помощи при возникновении травматических повреждений или иных нарушений здоровья, наступивших в результате совершения застрахованным лицом умышленных противоправных действий; 5.6. по оказанию застрахованному лицу медицинской помощи при покушении застрахованного лица на самоубийство, за исключением тех случаев, когда застрахованное лицо было доведено до такого состояния противоправными действиями третьих лиц; 5.7. по оказанию медицинской помощи при умышленном причинении себе телесных повреждений застрахованным лицом; 5.8. связанных с беременностью, родами, послеродовым периодом и абортми застрахованного лица.

6. Не является страховым случаем обращение Застрахованного лица или его представителя в Медицинскую организацию: 6.1. если оно явилось следствием: попытки самоубийства Застрахованного лица; умышленных действий Страхователя или Застрахованного лица, направленных на потерю здоровья Застрахованного лица, в том числе членовредительства; алкогольного, наркотического или токсического опьянения Застрахованного лица; совершения Застрахованным лицом противоправных действий; 6.2. в связи с: наследственными заболеваниями и пороками развития; любыми видами протезирования, подготовку полости; лечением онкологических заболеваний, (доброкачественный, злокачественных) и их осложнений; лечением заболеваний, передающихся половым путем, ВИЧ-инфекцией и их последствиями и осложнениями; ведением беременности и родовспоможением, контрацепцией (в т.ч. введение ВМС, добровольная стерилизация; особо опасными инфекциями (тиф, холера, натуральная оспа, сибирская язва, геморрагические лихорадки и др.); туберкулезом; болезнью почек, сопровождающейся хронической почечной недостаточностью, требующей проведения гемодиализа; кардиохирургические, включая коронарографию, нейрохирургические операции психическими заболеваниями, алкоголизмом, наркоманией, токсикоманией; косметической и пластической хирургией и сопутствующим лечением; обследованию и лечению мужского и женского бесплодия, климакса консультацией и лечением у гомеопата, диагностикой по методу Фолля; выдачей медицинских справок на право вождения транспортных средств, на ношение и хранение оружия и т.п.; получении стоматологической помощи, включая протезирование и подготовку полости рта к протезированию, а также удаление дистопированных и ретинированных зубов, за исключением случаев, предусмотренных Страховой программой; подбором и обеспечением очками, контактными линзами, слуховыми аппаратами и другими товарами/услугами, не являющимися необходимыми с медицинской точки зрения для диагностирования или лечения Застрахованного лица; обследованию Застрахованного лица в профилактических целях, диспансеризацией, динамическим наблюдением. 6.3. если оно произошло до вступления Полиса в силу или после окончания срока его действия; 6.4. не предусмотренную Полисом.

7. При отказе Страхователя от Полиса уплаченная Страховщику страховая премия не подлежит возврату.

8. Страховщик обязан: 8.1. Обеспечить контроль за объемом, сроками и качеством оказания медицинских услуг Застрахованным лицам; 8.2. Обеспечить организацию и оплату медицинских и иных услуг, предусмотренных Полисом при наступлении страхового случая. 9. Страховщик имеет право: 9.1. Требовать от Застрахованного лица соблюдения всех предписаний лечащих врачей, полученных в ходе предоставления медицинской помощи и иных услуг, и распорядка, установленного медицинской организацией; 9.2. При необходимости, вызванной увеличением страхового риска и стоимости медицинских услуг, потребовать от Страхователя пересмотра условий Полиса; 9.3. Проверять в течение действия Полиса медицинскую документацию Страхователя (Застрахованного лица).

10. Страхователь обязан: 10.1. Уплатить страховую премию в размере, порядке и в срок, установленные в Полисе; 10.2. Обеспечить сохранность документов по Полису; 11. Застрахованное лицо обязано: 11.1. Соблюдать предписания лечащего врача, полученные в ходе предоставления медицинской помощи, соблюдать распорядок, установленный медицинской организацией;

11.2. Заботиться о сохранности страховых документов и не передавать их третьим лицам с целью получения ими медицинских и иных услуг по Полису. В противном случае Страховщик имеет право досрочно прекратить действие Полиса в отношении данного Застрахованного лица.


12. Для получения медицинской помощи, предусмотренной настоящими Условиями, Полисом и Страховыми программами, Застрахованное лицо или иное лицо, действующее в его интересах, обязано незамедлительно обратиться к в Страховщику по телефону, указанному в страховом полисе, и проинформировать координатора о случившемся, сообщив при этом данные страховых документов, свое местонахождение, номер телефона, по которому с ним можно связаться, вид требуемой помощи, и далее руководствоваться рекомендациями уполномоченного лица Страховщика. В любом случае при обращении в медицинскую организацию Застрахованное лицо должно предьявить медицинскому персоналу Полис.

13. Медицинская помощь, предусмотренная настоящими Условиями, Полисом и Страховыми программами, оказывается до ликвидации состояния, угрожающего жизни и здоровью Застрахованного лица и требующего срочной медицинской помощи, на основании заключения лечащего врача Застрахованного лица.

14. Оплата стоимости оказанной медицинской помощи производится путем перечисления Страховщиком денежных средств на расчетный счет медицинской. Срок и порядок перечисления денежных средств устанавливается в договоре с медицинской организацией.

15. Все сообщения, предусмотренные настоящими Условиями, должны направляться Страхователем Страховщику в письменной форме, либо способами связи, обеспечивающими фиксирование сообщений, либо вручаться Страховщику под расписку.

Прошнуровано, пронумеровано
и скреплено печатью и подписью
27 (двадцать семь) листов

Генеральный директор
ПАО «АКЭНЕРГОГАРАНТ»
 С.К. Васильев
14 июля 2016 года

