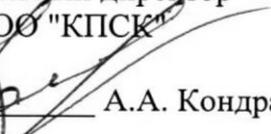


**Общество с ограниченной ответственностью
"Крымская первая страховая компания"**

УТВЕРЖДАЮ

Генеральный директор
ООО "КПСК"

А.А. Кондрашов
"29" июля 2016 г.



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

29 июля 2016 г.

1. Общие положения. Субъекты страхования
2. Объект страхования
3. Страховые случаи
4. Страховая сумма
5. Страховая премия
6. Договор страхования: заключение и оформление
7. Вступление в силу и срок действия договора страхования
8. Порядок прекращения договора страхования
9. Права и обязанности сторон
10. Страховые выплаты
11. Разрешение споров

1. ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ. СУБЪЕКТЫ СТРАХОВАНИЯ

1.1. На основании настоящих Правил и действующего законодательства Российской Федерации Общество с ограниченной ответственностью «Крымская первая страховая компания» (ООО «КПСК»), именуемое в дальнейшем "Страховщик", заключает с юридическими и дееспособными физическими лицами (в том числе физическими лицами, зарегистрированными в установленном законодательством Российской Федерации порядке в качестве индивидуального предпринимателя), именуемыми в дальнейшем "Страхователи", договоры добровольного медицинского страхования иностранных лиц и лиц без гражданства, находящихся на территории Российской Федерации с целью осуществления ими трудовой деятельности.

1.2. Страхователи - юридические лица заключают договоры страхования в пользу указанных в договоре страхования физических лиц (в дальнейшем - Застрахованные лица).

Страхователи - физические лица вправе заключать договоры страхования как в свою пользу, так и в пользу других физических лиц (в дальнейшем - Застрахованные лица). В отношении Страхователя - физического лица, заключившего договор страхования в свою пользу, действуют все положения настоящих Правил, касающиеся Застрахованных лиц.

Договор страхования, по которому застраховано два и более Застрахованных лица, далее именуется коллективным договором страхования.

1.3. Застрахованным лицом по настоящим Правилам является указанное в договоре страхования физическое лицо – иностранный гражданин или лицо без гражданства, находящееся на территории Российской Федерации с целью осуществления им трудовой деятельности на основании разрешения на работу или патента.

1.4. В настоящих Правилах используются следующие термины и определения:

1.4.1. **Программа добровольного медицинского страхования** - перечень медицинских и иных услуг, оказываемых Застрахованному лицу при наступлении страхового случая и оплачиваемых Страховщиком, и порядок их оказания. Программа добровольного медицинского страхования является неотъемлемой частью договора страхования.

1.4.2. **Медицинские услуги** – медицинская помощь и лекарственная помощь, предусмотренная программой добровольного медицинского страхования.

1.4.3. **Медицинская помощь** - первичная медико-санитарная помощь, специализированная медицинская помощь, скорая, в том числе скорая специализированная, медицинская помощь.

1.4.4. **Экстренная медицинская помощь** (медицинская помощь в экстренной форме) – медицинская помощь, оказываемая при внезапных острых заболеваниях, острых состояниях, обострении хронических заболеваний, представляющих угрозу жизни Застрахованного лица.

1.4.5. **Неотложная медицинская помощь** (медицинская помощь в неотложной форме) – медицинская помощь, оказываемая при внезапных острых заболеваниях, острых состояниях, обострении хронических заболеваний без явных признаков угрозы жизни Застрахованного лица.

1.4.6. **Плановая медицинская помощь** (медицинская помощь в плановой форме) - медицинская помощь, оказываемая при проведении профилактических мероприятий, при заболеваниях и состояниях, не сопровождающихся угрозой жизни Застрахованного лица, не требующих оказания экстренной и неотложной медицинской помощи, и отсрочка оказания которой на определенное время не повлечет за собой ухудшение состояния Застрахованного лица, угрозу его жизни и здоровью.

1.4.7. **Лекарственная помощь** - обеспечение Застрахованного лица лекарственными препаратами и изделиями медицинского назначения.

1.4.8. **Иные услуги:**

- транспортировка Застрахованного лица в медицинскую организацию или из одной организации в другую по медицинским показаниям выездными наземными бригадами скорой медицинской помощи с проведением, при необходимости, во время транспортировки

мероприятий по оказанию медицинской помощи, в том числе с применением медицинского оборудования;

- услуги по посмертной репатриации Застрахованного лица – возвращению тела (останков) Застрахованного лица из Российской Федерации в страну его постоянного места жительства.

1.4.9. Медицинские и иные организации:

- имеющие право на законных основаниях осуществлять медицинскую деятельность лечебно-профилактические учреждения, научно-исследовательские и медицинские институты, другие учреждения, оказывающие медицинские и иные услуги, а также лица, осуществляющие медицинскую деятельность как индивидуально, так и коллективно;

- учреждения, осуществляющие фармацевтическую деятельность, предоставляющие лекарственную помощь, реализующие изделия медицинского назначения;

- специализированные организации, которые по поручению Страховщика обеспечивают организацию Застрахованным лицам медицинских и иных услуг, предусмотренных договором страхования.

1.5. Действие договора страхования распространяется только на страховые случаи, произошедшие в пределах указанной в нем территории.

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

2. ОБЪЕКТ СТРАХОВАНИЯ

2.1. Объектом медицинского страхования являются не противоречащие действующему законодательству Российской Федерации имущественные интересы Застрахованного лица, связанные с оплатой организации и оказания ему медицинской и (или) лекарственной помощи (медицинских услуг) и иных услуг при наступлении страхового случая вследствие расстройства здоровья Застрахованного лица или состояния Застрахованного лица, требующего организации и оказания таких услуг в объеме, предусмотренном программой добровольного медицинского страхования, в порядке и на условиях, указанных в договоре страхования.

3. СТРАХОВЫЕ СЛУЧАИ

3.1. Страховыми случаями являются события, предусмотренные договором страхования, с наступлением которых возникает обязанность Страховщика произвести страховую выплату.

3.2. По настоящим Правилам страховым случаем является предусмотренное договором страхования совершившееся событие из числа указанных в п.п. 3.2.1, 3.2.2 настоящих Правил:

3.2.1. обращение Застрахованного лица в течение срока действия договора страхования в медицинскую или иную организацию или к Страховщику в порядке, предусмотренном программой добровольного медицинского страхования, для организации и оказания ему медицинских услуг, предусмотренных программой добровольного медицинского страхования;

3.2.2. возникновение в течение срока действия договора страхования необходимости организации и оказания иных услуг, предусмотренных программой добровольного медицинского страхования, в связи с расстройством здоровья или состоянием Застрахованного лица, требующих оказания таких услуг.

3.3. Датой наступления страхового случая, предусмотренного п. 3.2 настоящих Правил, признается:

- дата обращения Застрахованного лица в медицинскую или иную организацию - при обращении за организацией и/или оказанием медицинской помощи;

- дата обращения Застрахованного лица или иного лица в интересах Застрахованного

лица, в медицинскую или иную организацию при возникновении необходимости организации и оказания иных услуг в связи с расстройством здоровья или состоянием Застрахованного лица, требующих оказания таких услуг.

3.4. Страховщик при наступлении страхового случая организует предоставление медицинских и иных услуг Застрахованному лицу:

3.4.1. при обращении в медицинскую или иную организацию за получением медицинских или иных услуг, за исключением услуг, указанных в п. 3.4.2 настоящих Правил – до окончания срока действия договора страхования;

3.4.2. при обращении за получением медицинских и иных услуг в условиях стационара – до момента выписки из стационара или, если смерть Застрахованного лица произошла в стационаре, до момента смерти Застрахованного лица или, если договором страхования предусмотрены услуги по репатриации тела (останков), - до момента доставки тела до ближайшего к месту жительства Застрахованного лица международного аэропорта, вокзала или порта страны постоянного проживания.

3.5. Положения п. 3.4.2 применяются также в случае, если обращение Застрахованного лица за получением медицинских и иных услуг в условиях стационара произошло в течение срока действия договора страхования (то есть, дата госпитализации должна быть ранее даты окончания договора страхования), но на дату окончания срока действия договора страхования состояние здоровья Застрахованного лица требует продолжения оказания ему медицинских и иных услуг в условиях стационара.

При этом сумма страховых выплат не может превысить страховую сумму, указанную в договоре страхования.

3.6. Программа добровольного медицинского страхования, прилагаемая к договору страхования, может быть составлена из:

3.6.1. Базовых условий, обеспечивающих получение Застрахованным лицом первичной медико-санитарной помощи и специализированной медицинской помощи в неотложной форме в случаях возникновения заболеваний и состояний, входящих согласно части шестой статьи 35 Федерального закона от 29 ноября 2010 года № 326-ФЗ "Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации" в базовую программу обязательного медицинского страхования.

Кроме того, Базовые условия предусматривают:

- обеспечение лекарственными препаратами, включенными в утверждаемый Правительством Российской Федерации перечень жизненно необходимых и важнейших лекарственных препаратов для медицинского применения, используемыми медицинским персоналом при оказании медицинской помощи в соответствии со стандартами первичной медико-санитарной помощи и специализированной медицинской помощи;

- обеспечение медицинскими изделиями, включенными в утверждаемый Правительством Российской Федерации перечень медицинских изделий, имплантируемых в организм человека при оказании медицинской помощи в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи, в том числе оплату лечебного питания в стационаре и донорской крови и ее компонентов.

Базовые условия включаются в программу добровольного медицинского страхования в обязательном порядке. При этом не являются застрахованными и не влекут за собой страховых выплат случаи, указанные в п.п. 3.7-3.9 настоящих Правил.

3.6.2. Дополнительные условия, включаемых в программу добровольного медицинского страхования по соглашению Страховщика и Страхователя (кроме случаев, указанных в п.п. 3.7 – 3.9 настоящих Правил):

а) получение Застрахованным лицом первичной медико-санитарной помощи и специализированной медицинской помощи в экстренной форме в случаях возникновения заболеваний и состояний, входящих согласно части шестой статьи 35 Федерального закона от 29 ноября 2010 года № 326-ФЗ "Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации" в базовую программу обязательного медицинского страхования;

б) получение Застрахованным лицом скорой, в том числе скорой специализированной, медицинской помощи в экстренной и неотложной форме;

в) транспортировка Застрахованного лица в медицинскую организацию или из одной организации в другую по медицинским показаниям выездными наземными бригадами скорой медицинской помощи с проведением, при необходимости, во время транспортировки мероприятий по оказанию медицинской помощи, в том числе с применением медицинского оборудования;

г) услуги по репатриации тела (останков) в случае смерти Застрахованного лица. Под репатриацией тела понимается перевозка останков Застрахованного лица до ближайшего к его месту жительства международного аэропорта, вокзала или порта в стране постоянного проживания. Данная услуга включает в себя подготовку тела (останков) для репатриации, покупку необходимого для перевозки гроба, перевозку останков. Репатриация тела (останков) осуществляется в соответствии с международными стандартами. Данная услуга не включает в себя сопровождение гроба с телом (урны с прахом) во время перевозки, организацию похорон, траурной церемонии, погребения, поминальной трапезы, установки надгробных сооружений, услуги на подготовку тела в соответствии с религиозными обычаями;

По соглашению сторон договор страхования может быть заключен с включением в программу добровольного медицинского страхования всех или отдельных услуг предусмотренных п. 3.6.2. настоящих Правил.

3.7. Не является застрахованным и не оплачивается Страховщиком оказание Застрахованному лицу медицинских и иных услуг:

3.7.1. в связи с патологическими состояниями, отравлениями и травмами, возникшими у Застрахованного лица в состоянии любой формы алкогольного опьянения или под воздействием иных психоактивных веществ и (или) лекарственных препаратов, употребленных без назначения врача;

3.7.2. в связи с получением травматического повреждения или иного расстройства здоровья, наступившего в результате совершения Застрахованным лицом умышленных противоправных действий;

3.7.3. в связи с покушением Застрахованного лица на самоубийство, за исключением тех случаев, когда Застрахованное лицо было доведено до такого состояния противоправными действиями третьих лиц;

3.7.4. в связи с умышленным причинением себе телесных повреждений Застрахованным лицом;

3.7.5. в связи с особо опасной инфекционной болезнью (натуральной оспой (B03¹), полиомиелитом (A80), тяжелым острым респираторным синдромом (ТОРС) (U04));

3.7.6. в связи с заболеваниями, включенными в утверждаемый Правительством Российской Федерации перечень заболеваний, представляющих опасность для окружающих:

Код заболеваний по МКБ-10 ²	Наименование заболеваний
B 20 - B 24	болезнь, вызванная вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ)
A 90 - A 99	вирусные лихорадки, передаваемые членистоногими, и вирусные геморрагические лихорадки
B 65 - B 83	гельминтозы
B 16; B 18.0; B 18.1	гепатит В

¹ Здесь и далее указан код заболевания в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем (10-й пересмотр).

² Международная статистическая классификация болезней и проблем, связанных со здоровьем (10-й пересмотр).

В 17.1; В 18.2	гепатит С
А 36	дифтерия
А 50 - А 64	инфекции, передающиеся преимущественно половым путем
А 30	лепра
В 50 - В 54	малярия
В 85 - В 89	педикулез, акариаз и другие инфекации
А 24	сап и мелиоидоз
А 22	сибирская язва
А 15 - А 19	туберкулез
А 00	холера
А 20	чума

3.7.7. в связи со следующими заболеваниями:

Код заболеваний по МКБ-10 ³	Наименование заболеваний
С 00 - С 97	злокачественные новообразования
Е 10 - Е 14	сахарный диабет
Ғ 00 - Ғ 99	психические расстройства и расстройства поведения

3.7.8. в связи с беременностью, родами, послеродовым периодом и абортами Застрахованного лица (О00-О99);

3.7.9. в связи с оказанием Застрахованному лицу высокотехнологичной, паллиативной медицинской помощи, медицинской реабилитации, санаторно-курортного лечения;

3.7.10. в связи с получением Застрахованным лицом первичной медико-санитарной помощи и специализированной медицинской помощи в плановой форме;

3.7.11. в связи с получением Застрахованным лицом первичной медико-санитарной помощи и специализированной медицинской помощи в экстренной форме, если это прямо не предусмотрено договором страхования;

3.7.12. в связи с получением Застрахованным лицом скорой, в том числе скорой специализированной, медицинской специализированной, медицинской помощи в экстренной и неотложной форме, если это прямо не предусмотрено договором страхования;

3.7.13. в связи с репатриацией тела (останков) в случае смерти Застрахованного лица, если это прямо не предусмотрено договором страхования;

3.7.14. в связи с транспортировкой Застрахованного лица в медицинскую организацию или из одной организации в другую по медицинским показаниям выездными наземными бригадами скорой медицинской помощи с проведением, при необходимости, во время транспортировки мероприятий по оказанию медицинской помощи, в том числе с применением медицинского оборудования, если это прямо не предусмотрено договором страхования.

3.8. Не являются застрахованными случаи оказания медицинских и иных услуг:

3.8.1. если Застрахованным лицом получены медицинские и иные услуги, не предусмотренные договором страхования и/или программой добровольного медицинского

³ Международная статистическая классификация болезней и проблем, связанных со здоровьем (10-й пересмотр).

страхования, или услуги получены в объемах, превышающих предусмотренные договором страхования и/или программой добровольного медицинского страхования;

3.8.2. если Застрахованным лицом получены медицинские и иные услуги в медицинских и иных организациях, не предусмотренных договором страхования и/или без согласования со Страховщиком;

3.8.3. если медицинские или иные услуги были оказаны лицу, не являющемуся Застрахованным лицом;

3.9. В соответствии со ст. 964 Гражданского кодекса Российской Федерации Страховщик освобождается от обязанности производить оплату медицинских и иных услуг, если обращение за предоставлением данных услуг наступило вследствие:

3.9.1. воздействия ядерного взрыва, радиации или радиоактивного заражения;

3.9.2. военных действий, а также маневров или иных военных мероприятий;

3.9.3. гражданской войны, народных волнений всякого рода или забастовок.

4. СТРАХОВАЯ СУММА

4.1. Страховой суммой является установленная договором страхования денежная сумма, на основании которой определяется размер страховой премии и страховой выплаты.

Страховой суммой является предельная сумма оплаты медицинских и иных услуг (страховых выплат) при наступлении страховых случаев в соответствии с условиями договора страхования.

При этом страховые суммы по базовым и дополнительным условиям программы добровольного медицинского страхования устанавливаются отдельно.

4.2. Размер страховой суммы устанавливается в договоре страхования по соглашению Страховщика и Страхователя, исходя из предполагаемого перечня и стоимости медицинских и иных услуг, предусмотренных договором страхования и программой добровольного медицинского страхования.

По базовым условиям программы добровольного медицинского страхования страховая сумма устанавливается в размере не менее 100 000 (ста тысяч) рублей на каждое Застрахованное лицо на период действия договора страхования.

По дополнительным условиям программы добровольного медицинского страхования страховая сумма устанавливается по соглашению Страховщика и Страхователя.

4.3. Договором страхования устанавливается "уменьшаемая" страховая сумма, которая рассчитывается как разность страховой суммы (по базовым или дополнительным условиям программы добровольного медицинского страхования) на начало срока действия договора страхования и суммы страхового возмещения, осуществляемого Страховщиком в период действия договора страхования по всем произошедшим страховым случаям (по базовым или дополнительным условиям программы добровольного медицинского страхования соответственно) (далее - агрегатная страховая сумма).

4.4. Договором страхования в отношении дополнительных условий программы добровольного медицинского страхования могут быть установлены лимиты ответственности Страховщика – ограничения по размеру страховых выплат по отдельным видам услуг. Лимиты ответственности могут быть установлены в денежном выражении или в натуральном выражении (то есть, по количественным показателям дополнительных услуг).

По базовым условиям программы добровольного медицинского страхования лимиты ответственности не устанавливаются.

4.5. Страховые суммы указываются в российских рублях.

5. СТРАХОВАЯ ПРЕМИЯ

5.1. Страховой премией является плата за страхование, которую Страхователь обязан

уплатить Страховщику в соответствии с договором страхования.

5.2. Страховой тариф является ставкой страховой премии с единицы страховой суммы с учетом объекта страхования и характера страхового риска, а также других условий страхования. Страховой тариф по конкретному договору страхования определяется по соглашению сторон.

5.3. Страховая премия определяется в соответствии с тарифными ставками, определенными на основании базовых страховых тарифов, с применением коэффициентов, учитывающих факторы, влияющие на степень риска, а также другие условия страхования.

5.4. Страховая премия может быть уплачена единовременно или в рассрочку (в случае заключения коллективного договора страхования) в порядке и сроки, определенные договором страхования, наличными денежными средствами или путем безналичных расчетов.

Под уплатой страховой премии (взносов) Страховщику понимается ее уплата непосредственно Страховщику или его представителю. В последнем случае уплата страховой премии (взносов) представителю Страховщика равносильна уплате Страховщику.

Конкретные порядок, сроки и форма уплаты страховой премии устанавливаются в договоре страхования.

5.5. Если договором страхования предусмотрено внесение страховой премии в рассрочку, то в случае неуплаты Страхователем в предусмотренные договором страхования сроки очередных страховых взносов применяются последствия, указанные в п. 8.2. настоящих Правил.

5.6. При уплате страховой премии наличными денежными средствами Страховщик обязан выдать Страхователю квитанцию установленной формы.

5.7. Страхователь обязан сохранять документы, подтверждающие уплату им страховой премии, и предъявлять их по требованию Страховщика.

5.8. Если страховую премию по поручению Страхователя уплачивает другое лицо, то никаких прав по договору страхования в связи с этим оно не приобретает.

6. ДОГОВОР СТРАХОВАНИЯ: ЗАКЛЮЧЕНИЕ И ОФОРМЛЕНИЕ

6.1. Договор страхования является соглашением между Страховщиком и Страхователем, в силу которого Страховщик за установленную договором страхования страховую премию, уплаченную Страхователем, берет на себя обязательство при наступлении страхового случая организовать предоставление и произвести оплату медицинских и иных услуг в соответствии с программой добровольного медицинского страхования, предусмотренной договором страхования.

6.2. Договор страхования заключается на основании письменного или устного заявления Страхователя, а также документов и сведений, необходимых в соответствии с требованиями действующего законодательства Российской Федерации для идентификации лиц, указываемых в договоре страхования.

Заявление, сделанное в письменной форме, становится неотъемлемой частью договора страхования.

Страхователь несет ответственность за достоверность и полноту сообщаемых им сведений.

6.2.1. Страхователь при заключении договора страхования по требованию Страховщика также предоставляет следующие документы и сведения:

- учредительные документы Страхователя, документы о государственной регистрации в качестве юридического лица, индивидуального предпринимателя, документы о постановке на учет в налоговом органе;

- документы, удостоверяющие личность Страхователя, его представителя. Если для заключения договора страхования обращается представитель Страхователя, то у него должна быть надлежащим образом оформленная доверенность, подтверждающая полномочия на

подписание письменного заявления, договора страхования;

- сведения о количестве Застрахованных лиц, их ФИО, адрес, дата рождения, данные документа, удостоверяющего личность (серия, номер, кем и когда выдан);

- данные о Застрахованных лицах, необходимые для оценки страхового риска и влияющие на его степень, в том числе сведения о состоянии здоровья Застрахованного лица;

- предложения по включению в программу добровольного медицинского страхования дополнительных условий из числа указанных в п. 3.6.2 настоящих Правил;

- сведения о размере страховой суммы на каждое Застрахованное лицо;

- срок, на который заключается договор страхования исходя из предполагаемого срока действия разрешения на работу или патента;

- согласия на обработку персональных данных (в случаях, если согласно законодательству Российской Федерации Страховщик не вправе осуществлять обработку персональных данных без такого согласия);

- медицинское заключение по форме, установленной приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 29 июня 2015 г. N 384н "Об утверждении перечня инфекционных заболеваний, представляющих опасность для окружающих и являющихся основанием для отказа в выдаче либо аннулирования разрешения на временное проживание иностранных граждан и лиц без гражданства, или видана жительство, или патента, или разрешения на работу в Российской Федерации, а также порядка подтверждения их наличия или отсутствия, а также формы медицинского заключения о наличии (об отсутствии) указанных заболеваний перечень инфекционных заболеваний, представляющих опасность для окружающих и являющихся основанием для отказа в выдаче либо аннулирования разрешения на временное проживание иностранных граждан и лиц без гражданства, или вида на жительство, или патента, или разрешения на работу в Российской Федерации":

Код заболеваний по МКБ-10 ⁴	Наименование заболевания
A15 - A19	туберкулез
A30	лепра (болезнь Гансена)
A50 - A53	сифилис
B20 - B24	болезнь, вызванная вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ)
Z21	бессимптомный инфекционный статус, вызванный вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ)

6.3. Страховщик рассматривает заявление и иные представленные Страхователем материалы, проводит оценку страхового риска и сообщает Страхователю об условиях, на которых может быть заключен договор страхования.

6.4. Договор страхования заключается в письменной форме в соответствии с требованиями действующего законодательства Российской Федерации.

6.5. В подтверждение факта заключения договора страхования Страховщик оформляет для Застрахованного лица именной документ без права передачи, удостоверяющий заключение договора страхования в пользу Застрахованного лица - индивидуальный страховой полис

Бланк страхового полиса изготавливается с соблюдением установленных мер защиты полиграфической продукции.

В случае заключения договора страхования в отношении двух и более Застрахованных лиц ("коллективный договор страхования") страховщик оформляет договор страхования с приложением Списка Застрахованных лиц с указанием сведений, необходимых для их

⁴ Международная статистическая классификация болезней и проблем, связанных со здоровьем (10-й пересмотр).

идентификации в соответствии с требованием действующего законодательства Российской Федерации, программы добровольного медицинского страхования, и выдает для каждого Застрахованного лица индивидуальный страховой полис.

6.6. Все изменения и дополнения к договору страхования оформляются в письменной форме.

6.7. При утрате договора страхования, страхового полиса Страхователь (Застрахованное лицо) должен незамедлительно известить об этом Страховщика.

6.8. Условия, содержащиеся в настоящих Правилах и не включенные в текст договора страхования (страхового полиса), обязательны для Страхователя, если в договоре (страховом полисе) прямо указывается на применение Правил и сами Правила изложены в одном документе с договором (страховым полисом) или на его оборотной стороне либо приложены к нему. В последнем случае вручение Страхователю при заключении договора Правил страхования удостоверяется записью в договоре страхования (страховом полисе).

6.9. При заключении договора страхования Страхователь и Страховщик могут договориться об изменении, дополнении или исключении отдельных положений настоящих Правил, если это не противоречит действующему законодательству Российской Федерации.

При наличии расхождений между нормами договора страхования и настоящими Правилами преимущественную силу имеют положения договора страхования.

7. ВСТУПЛЕНИЕ В СИЛУ И СРОК ДЕЙСТВИЯ ДОГОВОРА СТРАХОВАНИЯ

7.1. Срок действия договора страхования устанавливается по соглашению сторон от одного до 12 месяцев, исходя из сообщенного Страхователем (Застрахованным лицом) предполагаемого срока действия разрешения на работу или патента.

7.2. Договор вступает в силу (если его условиями не предусмотрено иное):

7.2.1. при уплате страховой премии по безналичному расчету - с даты, указанной в договоре страхования, но не ранее 00 часов дня, следующего за днем поступления страховой премии (при единовременной уплате) или ее первого взноса (при уплате в рассрочку) на расчетный счет Страховщика, и не ранее начала действия разрешения на работу или патента;

7.2.2. при уплате страховой премии наличными денежными средствами – с даты, указанной в договоре страхования, но не ранее с 00 часов дня, следующего за днем уплаты страховой премии (при единовременной уплате) или ее первого взноса (при уплате в рассрочку) представителю Страховщика или в кассу Страховщика, и не ранее начала действия разрешения на работу или патента.

7.3. Действие договора страхования заканчивается в 24 часа 00 минут дня, указанного в договоре как дата его окончания, если договором не предусмотрено иное, но не позднее окончания действия разрешения на работу или патента.

8. ПОРЯДОК ПРЕКРАЩЕНИЯ ДОГОВОРА СТРАХОВАНИЯ

8.1. Договор страхования прекращается в случаях:

8.1.1. истечения срока его действия;

8.1.2. ликвидации Страховщика - в порядке, установленном законодательством Российской Федерации;

8.1.3. если возможность наступления страхового случая отпала и существование страхового риска прекратилось по обстоятельствам иным, чем страховой случай;

8.1.4. смерти Застрахованного лица. При страховании по коллективному договору страхования в этом случае прекращается страхование только в отношении умершего Застрахованного лица, за исключением случаев, когда договором страхования или программой добровольного медицинского страхования предусмотрена услуга по репатриации тела (останков) Застрахованного лица в случае его смерти. В этом случае страхование в отношении умершего Застрахованного лица прекращается с момента доставки тела до

ближайшего к его месту жительства международного аэропорта, вокзала или порта в стране постоянного проживания;

8.1.5. исполнения Страховщиком обязательств перед Страхователем (Застрахованным лицом) по договору страхования в полном объеме, в частности, при полном исчерпании агрегатной страховой суммы в отношении Застрахованного лица (действие страхования прекращается в отношении того Застрахованного лица, по которому исчерпана страховая сумма);

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

8.1.7. по соглашению сторон. Страхование может быть прекращено, в том числе, в отношении отдельных Застрахованных лиц по коллективному договору страхования;

8.1.8. в других случаях, предусмотренных законодательными актами Российской Федерации или договором страхования.

8.2. В случае неуплаты или уплаты не в полном объеме страховой премии (или страхового взноса – при уплате страховой премии в рассрочку) по вступившему в силу договору страхования:

8.2.1. Если Страхователем является юридическое лицо (кроме некоммерческой организации) или индивидуальный предприниматель:

8.2.1.1. Если к установленному договором страхования сроку страховая премия (или первый страховой взнос – при уплате страховой премии в рассрочку) не была уплачена, Страховщик имеет право:

а) Отказаться от исполнения договора страхования по причине неуплаты страховой премии (первого страхового взноса).

Отказ Страховщика от исполнения договора страхования по причине неуплаты страховой премии (первого страхового взноса) производится путем направления Страховщиком письменного уведомления в адрес Страхователя об отказе от договора страхования нарочным или почтовым отправлением, позволяющим достоверно установить и зафиксировать дату такого почтового отправления (например, заказным письмом).

Дата досрочного прекращения договора страхования при отказе Страховщика от исполнения договора страхования указывается Страховщиком в уведомлении, и, если иное не предусмотрено договором страхования или не указано в уведомлении, датой досрочного прекращения договора страхования будет являться дата отправления уведомления, указанная на почтовом штемпеле или дата вручения уведомления Страхователю при доставке нарочным.

Отказ Страховщика от исполнения договора страхования по причине неуплаты страховой премии (первого страхового взноса) не освобождает Страхователя от обязанности уплатить часть страховой премии за период, в течение которого действовало страхование.

б) Предложить Страхователю расторгнуть договор страхования по соглашению сторон. При этом досрочное расторжение договора страхования не освобождает Страхователя от обязанности уплатить часть страховой премии за период действия договора страхования до даты его расторжения. Дата досрочного расторжения договора страхования указывается в заключенном со Страхователем дополнительном соглашении к договору страхования.

8.2.1.2. Если к установленному договором страхования сроку не был уплачен очередной страховой взнос (при уплате страховой премии в рассрочку), Страховщик по своему усмотрению вправе применить последствия, указанные в п. 8.2.1.3 "а" – "в" настоящих Правил.

8.2.1.3. Если к установленному договором страхования сроку страховая премия (или страховой взнос (первый или очередной) – при уплате страховой премии в рассрочку) была уплачена не в полном объеме, Страховщик по своему усмотрению вправе:

а) Отказаться от исполнения договора страхования по причине неуплаты страховой премии (страхового взноса – при уплате страховой премии в рассрочку) в полном объеме.

Отказ Страховщика от исполнения договора страхования по причине неуплаты

страховой премии (страхового взноса – при уплате страховой премии в рассрочку) в полном объеме производится путем направления Страховщиком письменного уведомления в адрес Страхователя об отказе от договора страхования нарочным или почтовым отправлением, позволяющим достоверно установить и зафиксировать дату такого почтового отправления (например, заказным письмом).

Дата досрочного прекращения Договора страхования при отказе Страховщика от исполнения настоящего Договора указывается Страховщиком в уведомлении, и, если иное не предусмотрено договором страхования или не указано в уведомлении, определяется исходя из оплаченного периода действия договора страхования (в днях), рассчитанного пропорционально уплаченной части страховой премии:

– если оплаченный период действия договора страхования превышает срок, прошедший с даты вступления договора страхования в силу до даты, до которой должна была быть уплачена страховая премия (страховой взнос), то при просрочке ее уплаты договор страхования прекращается с 00 часов дня следующего за последним днем оплаченного периода;

– если оплаченный период действия договора страхования не превышает срок, прошедший с даты вступления договора страхования в силу до даты, до которой должна была быть уплачена страховая премия (страховой взнос), то при просрочке ее уплаты датой досрочного прекращения договора страхования будет являться дата отправления уведомления, указанная на почтовом штемпеле или дата вручения уведомления Страхователю при доставке нарочным.

Договором страхования может быть предусмотрен иной способ расчета оплаченного периода действия договора страхования.

Отказ Страховщика от исполнения договора по причине неуплаты страховой премии (первого страхового взноса) в полном объеме не освобождает Страхователя от обязанности уплатить часть страховой премии за период, в течение которого действовало страхование.

б) Предложить Страхователю расторгнуть договор страхования по соглашению сторон. При этом досрочное расторжение договора страхования не освобождает Страхователя от обязанности уплатить часть страховой премии за период действия договора страхования до даты его расторжения. Дата досрочного расторжения договора страхования указывается в заключенном со Страхователем дополнительном соглашении к договору страхования.

в) Предложить Страхователю заключить соглашение об изменении срока уплаты страховой премии (страхового взноса) по договору страхования.

г) В письменной форме согласовать со Страхователем изменение (сокращение) срока действия договора страхования в соответствии с уплаченной частью страховой премии.

8.2.1.4. В случае поступления от Страхователя просроченной страховой премии (просроченного страхового взноса) до прекращения (расторжения) договора страхования в соответствии с пп. "а" – "б" п. 8.2.1.1 / п. 8.2.1.3 настоящих Правил, Страховщик вправе не отказываться от исполнения договора страхования.

8.2.1.5. Если Страховщик не воспользовался своим правом на отказ от исполнения договора страхования и страховой случай наступил до уплаты страховой премии (страхового взноса), внесение которой (которого) просрочено, Страховщик вправе при определении размера страховой выплаты зачесть сумму просроченной страховой премии (просроченного страхового взноса).

8.2.2. Если Страхователем является юридическое лицо – некоммерческая организация или физическое лицо:

8.2.2.1. Если к установленному договором страхования сроку страховая премия (или первый страховой взнос – при уплате страховой премии в рассрочку) не была уплачена, Страховщик имеет право:

а) Предложить Страхователю заключить соглашение об изменении срока уплаты страховой премии (первого страхового взноса) по договору страхования.

б) Предложить Страхователю расторгнуть договор страхования по соглашению сторон.

При этом досрочное расторжение договора страхования не освобождает Страхователя от обязанности уплатить часть страховой премии за период действия договора страхования до даты его расторжения. Дата досрочного расторжения договора страхования указывается в заключенном со Страхователем дополнительном соглашении к договору страхования.

в) В случае несогласия Страхователя на расторжение договора страхования по соглашению сторон – расторгнуть договор страхования в судебном порядке на основании п. 2 ст. 450 Гражданского кодекса РФ (вследствие существенного нарушения Страхователем условий договора страхования об уплате страховой премии (первого страхового взноса)) и взыскать со Страхователя часть страховой премии за период действия договора страхования до даты его расторжения.

8.2.2.2. Если к установленному договором страхования сроку не был уплачен очередной страховой взнос (при уплате страховой премии в рассрочку) либо страховая премия (или страховой взнос (первый или очередной) – при уплате страховой премии в рассрочку) была уплачена не в полном объеме, Страховщик по своему усмотрению вправе:

– применить последствия, указанные в п. 8.2.2.1 "а" – "в" настоящих Правил,

или

– в письменной форме согласовать со Страхователем изменение (сокращение) срока действия договора страхования в соответствии с уплаченной частью страховой премии.

8.2.2.3. В случае поступления от Страхователя просроченной страховой премии (просроченного страхового взноса) до расторжения договора страхования в соответствии с п. 8.2.2.1 "б" – "в", Страховщик вправе не требовать расторжения договора страхования.

8.2.2.4. Если Страховщик не воспользовался своим правом на отказ от исполнения договора страхования и страховой случай наступил до уплаты страховой премии (страхового взноса), внесение которой (которого) просрочено, Страховщик вправе при определении размера страховой выплаты зачесть сумму просроченной страховой премии (просроченного страхового взноса).

8.3. Страховщик вправе потребовать признания заключенного договора страхования недействительным и применения последствий, предусмотренных ст. 179 ГК РФ, если после заключения договора будет установлено, что Страхователь при заключении договора страхования сообщил Страховщику заведомо ложные сведения об обстоятельствах, имевших существенное значение для определения вероятности наступления страхового случая и размера возможных убытков от его наступления. Существенными признаются во всяком случае обстоятельства, определенно оговоренные Страховщиком в договоре страхования (полисе), в заявлении на страхование или письменном запросе Страховщика в соответствии с п. 6.2.1 настоящих Правил.

8.4. При прекращении договора страхования в соответствии с п. 8.1.3, 8.1.4 настоящих Правил в целом или прекращении страхования в отношении какого-либо Застрахованного лица, Страховщик возвращает Страхователю часть уплаченной страховой премии за истекший срок действия договора страхования.

При отказе Страхователя от договора страхования (п. 8.1.6 настоящих Правил) уплаченная страховая премия в соответствии со ст. 958 Гражданского кодекса Российской Федерации не подлежит возврату, если договором не предусмотрено иное. В последнем случае порядок возврата части страховой премии указывается в договоре страхования или приложении к нему.

При досрочном прекращении договора страхования по соглашению сторон (п. 8.1.7 настоящих Правил) порядок взаиморасчетов определяется соглашением сторон.

При досрочном прекращении договора страхования в соответствии с п. 8.1.8 настоящих Правил порядок взаиморасчетов определяется действующим законодательством.

При досрочном прекращении договора страхования в соответствии с п.п. 8.1.1, 8.1.5 настоящих Правил возврат страховой премии не производится.

8.5. Во всех случаях прекращения договора страхования или прекращения страхования в отношении отдельных Застрахованных лиц Страхователь по требованию Страховщика

обязан вернуть Страховщику индивидуальные страховые полисы, выданные Застрахованным лицам, в отношении которых прекращено страхование.

8.6. В случае ликвидации Страхователя – юридического лица или смерти Страхователя – физического лица, заключившего договор страхования в отношении другого лица (Застрахованного лица), права и обязанности, определённые этим договором, переходят к Застрахованному лицу с его согласия. При невозможности выполнения Застрахованным лицом обязанностей по договору страхования, права и обязанности Страхователя, перешедшие к Застрахованному лицу, осуществляются лицами, несущими в соответствии с действующим законодательством Российской Федерации обязанности по охране прав и законных интересов Застрахованного лица.

Если Застрахованное лицо или лицо, несущее в соответствии с действующим законодательством Российской Федерации обязанности по охране прав и законных интересов Застрахованного лица, отказалось от перехода к нему прав и обязанностей Страхователя, договор страхования прекращается.

Если страховая премия по договору страхования уплачена Страхователем полностью, договор страхования действует до даты его окончания, согласие Застрахованного лица на переход к нему прав и обязанностей Страхователя не требуется.

9. ПРАВА И ОБЯЗАННОСТИ СТОРОН

9.1. Страхователь имеет право:

9.1.1. требовать организации предоставления Застрахованным лицам медицинских и иных услуг, определенных программой добровольного медицинского страхования, при наступлении страхового случая;

9.1.2. в течение срока действия договора страхования обратиться к Страховщику с предложением изменить размер страховой суммы, установив его в размере не менее оговоренного в п. 4.2. настоящих Правил, а также срок действия договора страхования, установив его продолжительность с учетом п. 7.1 настоящих Правил;

9.1.3. обратиться с письменным заявлением к Страховщику с предложением досрочно прекратить договор страхования, в том числе в отношении отдельных Застрахованных лиц по коллективному договору страхования;

9.1.4. обратиться с письменным заявлением к Страховщику с предложением дополнительно включить в коллективный договор страхования новых Застрахованных лиц;

9.1.5. производить замену Застрахованных лиц в течение срока действия договора страхования, обратившись с письменным заявлением к Страховщику. Замена Застрахованного лица производится с согласия этого лица и Страховщика.

9.2. Страхователь обязан:

9.2.1. уплачивать страховую премию в сроки и размере, предусмотренные договором страхования;

9.2.2. обеспечить достоверность и правильность сведений о Застрахованных лицах, сообщаемых Страховщику при заключении договора страхования, а также предоставлять Страховщику сведения о дополнительно включаемых или заменяемых Застрахованных лицах при внесении изменений в Список Застрахованных лиц, в том числе по требованию Страховщика предоставить медицинское заключение по форме установленной приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 29 июня 2015 г. N 384н «О наличии (об отсутствии) на момент заключения договора страхования у Застрахованного лица инфекционных заболеваний, представляющих опасность для окружающих и являющихся основанием для отказа в выдаче либо аннулирования разрешения на временное проживание иностранных граждан и лиц без гражданства, или вида на жительство, или патента, или разрешения на работу в Российской Федерации»;

9.2.3. при заключении договора страхования предоставить Страховщику необходимые документы и сведения в соответствии с п. 6.2 настоящих Правил;

9.2.4. передать Застрахованному лицу в соответствии с договором страхования необходимые документы (индивидуальный страховой полис), а при их утрате - дубликаты, а также ознакомить Застрахованных лиц с условиями договора страхования;

9.2.5. своевременно сообщить Страховщику об изменении своих банковских реквизитов, адреса места нахождения, номеров контактных телефонов и телефаксов, адресов электронной почты, а также об изменении фамилии, имени, отчества Застрахованного лица и его фактического места жительства;

9.2.7. получить от Застрахованных лиц, а в случае, если Страхователем заключается договор в отношении себя, предоставить самостоятельно письменное согласие на обработку Страховщиком и организациями, оказывающими медицинские и иные услуги, персональных данных Застрахованных лиц, в том числе персональных данных специальной категории, в соответствии с требованиями действующего законодательства Российской Федерации;

9.2.8. предоставить Страховщику оригиналы письменных согласий Застрахованных лиц, указанные в п. 9.2.7 Правил, в течение 3 рабочих дней с даты получения запроса от Страховщика;

9.2.9. Договором страхования может быть предусмотрена обязанность Страхователя (Застрахованного лица) незамедлительно сообщать Страховщику о ставших ему известными значительных изменениях в обстоятельствах, сообщенных Страховщику при заключении договора, если эти изменения могут существенно повлиять на увеличение страхового риска, в частности, об установлении Застрахованному лицу инвалидности или выявлении у Застрахованного лица:

- хронических ревматических болезней сердца (код заболеваний по МКБ-10 - I05-I09)
- болезней, характеризующихся повышенным кровяным давлением (код заболеваний по МКБ-10 - I10-I15)
- ишемической болезни сердца (код заболеваний по МКБ-10 - I20-I25)
- хронических болезней нижних дыхательных путей (код заболеваний по МКБ-10 - J40-J47)

9.3. Страховщик имеет право:

9.3.1. проверять сообщенную Страхователем (Застрахованным лицом) информацию, а также выполнение Страхователем (Застрахованным лицом) условий договора страхования;

9.3.2. не оплачивать медицинские и иные услуги в случаях, предусмотренных п.п. 3.7 – 3.9 настоящих Правил;

9.3.3. в случае, указанном в п. 9.2.9 настоящих Правил, потребовать изменения условий договора страхования или уплаты дополнительной страховой премии соразмерно увеличению риска. Если Страхователь возражает против изменения условий договора страхования или доплаты страховой премии, Страховщик вправе потребовать расторжения договора в целом или прекращения страхования в отношении отдельного (отдельных) Застрахованных лиц в порядке, предусмотренном главой 29 Гражданского кодекса Российской Федерации.

При неисполнении Страхователем (Застрахованным лицом) обязанности, указанной в п. 9.2.9 настоящих Правил, Страховщик вправе потребовать расторжения договора страхования и возмещения убытков, причиненных расторжением договора в соответствии с п. 5 статьи 453 Гражданского кодекса Российской Федерации.

9.3.4. в случае если Страховщику стало достоверно известно, что Застрахованное лицо отказалось предоставить согласие на обработку Страховщиком своих персональных данных или отозвало его, такой отказ признается Страховщиком и Страхователем в качестве волеизъявления Страхователя и Застрахованного лица об отказе от оказания услуг по добровольному медицинскому страхованию в отношении данного Застрахованного лица в рамках договора страхования, в связи с чем Страховщик вправе не заключать договор страхования или прекратить страхование в отношении данного Застрахованного лица.

9.4. Страховщик обязан:

9.4.1. вручить Страхователю настоящие Правила;

9.4.2. по требованию Страхователя (Застрахованного лица), а также лиц, имеющих намерение заключить договор страхования, разъяснять положения, содержащиеся в настоящих Правилах и договоре страхования;

9.4.3. организовать предоставление Застрахованным лицам медицинских и иных услуг в объеме, предусмотренном программой добровольного медицинского страхования согласно условиям договора страхования;

9.4.4. при наступлении страховых случаев оплатить медицинские и иные услуги, оказанные Застрахованным лицам в соответствии с условиями договора страхования;

9.4.5. выдать Страхователю (Застрахованным лицам) индивидуальные страховые полисы;

9.4.6. контролировать объём и качество предоставляемых Застрахованному лицу медицинских и иных услуг.

9.4.7. Уведомить Страхователя и Застрахованное лицо об уменьшении агрегатной страховой суммы по Базовым условиям в течение пяти рабочих дней с момента уменьшения размера страховой суммы до размера менее чем 10 000 рублей.

9.5. Застрахованное лицо имеет право:

9.5.1. требовать предоставления медицинских и иных услуг в соответствии с условиями договора страхования и программы добровольного медицинского страхования;

9.5.2. сообщить Страховщику о случаях непредоставления медицинских и иных услуг, неполного или некачественного предоставления таких услуг.

9.6. Застрахованное лицо обязано:

9.6.1. соблюдать предписания лечащего врача, соблюдать распорядок, установленный медицинской или иной организацией;

9.6.2. заботиться о сохранности страхового полиса и не передавать его другим лицам с целью получения ими медицинских и иных услуг;

9.6.3. при обращении в медицинскую или иную организацию, предъявить документ удостоверяющий личность, индивидуальный страховой полис..

9.7. При реорганизации Страхователя, являющегося юридическим лицом, его права и обязанности по договору страхования переходят с согласия Страховщика к соответствующему правопреемнику в порядке, определяемом законодательством Российской Федерации, путем замены Страхователя в договоре страхования, оформляемой дополнительным соглашением к договору страхования.

9.8. Договором страхования также могут быть предусмотрены другие права и обязанности сторон.

10. СТРАХОВЫЕ ВЫПЛАТЫ

10.1. Страховая выплата определяется стоимостью медицинских и иных услуг, оказываемых Застрахованному лицу в соответствии с условиями договора страхования, и не может превышать установленной для данного Застрахованного лица страховой суммы или лимита ответственности, указанных в договоре страхования.

10.2. Страховая выплата за оказанные Застрахованному лицу медицинские и иные услуги производится в медицинскую или иную организацию в порядке, в сроки, и по расценкам, предусмотренным договором, заключенным между Страховщиком и медицинской или иной организацией.

10.3. Оплата медицинских и иных услуг производится на основании счета (счета-фактуры) и акта выполненных работ, выставленного Страховщику медицинской или иной организацией. К счету прилагаются документы с указанием перечня оказанных услуг, их стоимости, дат оказания услуг, Застрахованных лиц, общей суммы расходов по всем услугам, оказанным Застрахованным лицам.

10.4. Страховщик вправе проверить соответствие оказанных Застрахованному лицу услуг условиям договора страхования, при этом при определении размера страховой выплаты учитываются только те медицинские и иные услуги, которые предусмотрены программой добровольного медицинского страхования.

10.5. В случае смерти Застрахованного лица оплата услуг по репатриации тела (останков) Застрахованного лица производится в вышеуказанном порядке и при условии предоставления Страховщику свидетельства о смерти Застрахованного лица.

10.6. В случае, если имеются основания полагать, что обращение за оказанием медицинских и иных услуг по договору страхования наступило по причинам и/или при обстоятельствах, от которых Застрахованное лицо не было застраховано (п. 3.7 – 3.9 настоящих Правил), или невозможно однозначно определить, относится или нет произошедшее событие к страховому случаю согласно договору страхования, Страховщик в письменной форме запрашивает у Страхователя, Застрахованного лица или компетентных органов и организаций, экспертных организаций, иных организаций и органов документы, позволяющие сделать однозначный вывод о том, является ли произошедшее событие страховым случаем согласно договору страхования или нет. Решение о признании или непризнании случая страховым осуществляется Страховщиком на основании полученных документов.

11. РАЗРЕШЕНИЕ 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.

**Приложение 1 к Правилам
добровольного медицинского страхования
иностранных граждан и лиц без гражданства,
находящихся на территории Российской Федерации
с целью осуществления ими трудовой деятельности**

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

I. БАЗОВЫЕ УСЛОВИЯ

В рамках настоящих базовых условий страхования Страховщик гарантирует Застрахованному лицу организацию и оплату:

- получения Застрахованным лицом первичной медико-санитарной помощи и специализированной медицинской помощи в неотложной форме;

- обеспечения лекарственными препаратами, включенными в утверждаемый Правительством Российской Федерации перечень жизненно необходимых и важнейших лекарственных препаратов для медицинского применения, используемыми медицинским персоналом при оказании медицинской помощи в соответствии со стандартами первичной медико-санитарной помощи и специализированной медицинской помощи;

- обеспечения медицинскими изделиями, включенными в утверждаемый Правительством Российской Федерации перечень медицинских изделий, имплантируемых в организм человека при оказании медицинской помощи в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи, в том числе оплату лечебного питания в стационаре и донорской крови и ее компонентов.

В рамках настоящих базовых условий предусматривается первичная медико-санитарная помощь в амбулаторных условиях и в условиях дневного стационара и специализированная медицинская помощь в стационарных условиях и в условиях дневного стационара в неотложной форме.

Медицинские услуги оказываются Застрахованному лицу по медицинским показаниям в соответствии с порядками оказания медицинской помощи, обязательными для исполнения на территории Российской Федерации всеми медицинскими организациями, а также на основе стандартов медицинской помощи в случаях возникновения у Застрахованного лица заболеваний и состояний, перечисленных ниже, и входящих согласно части шестой статьи 35 Федерального закона от 29 ноября 2010 года № 326-ФЗ "Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации" в базовую программу обязательного медицинского страхования.:

1) инфекционные и паразитарные болезни за исключением: натуральной оспы (B03⁵); полиомиелита (A80); малярии (B50-B54), тяжелого острого респираторного синдрома (ТОРС) (U04); болезни, вызванной вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ) (B20-B24); вирусных лихорадок, передаваемых членистоногими, и вирусных геморрагических лихорадок (A90-A99); гельминтозов (B65-B83); гепатита В и С (B16, B18.0, B18.1, B17.1, B 18.2); дифтерии (A36); инфекций, передающихся преимущественно половым путем (A50-A64); лепры (A30); педикулеза, акариоза и других инфестаций (B85-B89); сапа и мелиоидоза (A24); сибирской язвы (A22); туберкулеза (A15-A19); холеры (A00); чумы (A20).

2) новообразования, за исключением злокачественных новообразований (C00-C97);

3) болезни эндокринной системы, за исключением сахарного диабета (E10-E14);

⁵ Коды заболеваний здесь и далее даны по МКБ-10

- 4) расстройства питания и нарушения обмена веществ;
- 5) болезни нервной системы;
- 6) болезни крови, кроветворных органов;
- 7) отдельные нарушения, вовлекающие иммунный механизм;
- 8) болезни глаза и его придаточного аппарата;
- 9) болезни уха и сосцевидного отростка;
- 10) болезни системы кровообращения;
- 11) болезни органов дыхания;
- 12) болезни органов пищеварения;
- 13) болезни мочеполовой системы;
- 14) болезни кожи и подкожной клетчатки;
- 15) болезни костно-мышечной системы и соединительной ткани;
- 16) травмы, отравления и некоторые другие последствия воздействия внешних причин;
- 17) врожденные аномалии (пороки развития);
- 18) деформации и хромосомные нарушения.

II. ДОПОЛНИТЕЛЬНЫЕ УСЛОВИЯ

Перечень условий, включаемых в программу добровольного медицинского страхования по соглашению Страховщика и Страхователя. По соглашению сторон договор страхования может быть заключен с включением в программу добровольного медицинского страхования всех или отдельных услуг из предусмотренных настоящим разделом.

В рамках настоящих дополнительных условий страхования Страховщик гарантирует Застрахованному лицу организацию и оплату:

- получения Застрахованным лицом первичной медико-санитарной помощи и специализированной медицинской помощи в экстренной форме в случаях возникновения заболеваний и состояний перечисленных в разделе I настоящей программы и входящих согласно части шестой статьи 35 Федерального закона от 29 ноября 2010 года № 326-ФЗ "Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации" в базовую программу обязательного медицинского страхования;

- получения Застрахованным лицом скорой, в том числе скорой специализированной, медицинской помощи в экстренной и неотложной форме;

- транспортировки Застрахованного лица в медицинскую организацию или из одной организации в другую по медицинским показаниям выездными наземными бригадами скорой медицинской помощи с проведением, при необходимости, во время транспортировки мероприятий по оказанию медицинской помощи, в том числе с применением медицинского оборудования;

- услуг по репатриации тела (останков) в случае смерти Застрахованного лица. Под репатриацией тела понимается перевозка останков Застрахованного лица до ближайшего к его месту жительства международного аэропорта, вокзала или порта в стране постоянного проживания. Данная услуга включает в себя подготовку тела (останков) для репатриации, покупку необходимого для перевозки гроба, перевозку останков. Репатриация тела (останков) осуществляется в соответствии с международными стандартами. Данная услуга не включает в себя сопровождение гроба с телом (урны с прахом) во время перевозки, организацию похорон, траурной церемонии, погребения, поминальной трапезы, установки надгробных сооружений, услуги на подготовку тела в соответствии с религиозными обычаями;

III. ИСКЛЮЧЕНИЯ ИЗ СТРАХОВАНИЯ

3.1. Не является застрахованным и не оплачивается Страховщиком оказание Застрахованному лицу медицинских и иных услуг:

3.1.1. в связи с патологическими состояниями, отравлениями и травмами, возникшими у Застрахованного лица в состоянии любой формы алкогольного опьянения или под

воздействием иных психоактивных веществ и (или) лекарственных препаратов, употребленных без назначения врача;

3.1.2. в связи с получением травматического повреждения или иного расстройства здоровья, наступившего в результате совершения Застрахованным лицом умышленных противоправных действий;

3.1.3. в связи с покушением Застрахованного лица на самоубийство, за исключением тех случаев, когда Застрахованное лицо было доведено до такого состояния противоправными действиями третьих лиц;

3.1.4. в связи с умышленным причинением себе телесных повреждений Застрахованным лицом;

3.1.5. в связи с особо опасной инфекционной болезнью (натуральной оспой (B03⁶), полиомиелитом (A80), тяжелым острым респираторным синдромом (ТОРС) (U04));

3.1.6. в связи с заболеваниями, включенными в утверждаемый Правительством Российской Федерации перечень заболеваний, представляющих опасность для окружающих:

Код заболеваний по МКБ-10 ⁷	Наименование заболеваний
B 20 - B 24	болезнь, вызванная вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ)
A 90 - A 99	вирусные лихорадки, передаваемые членистоногими, и вирусные геморрагические лихорадки
B 65 - B 83	гельминтозы
B 16; B 18.0; B 18.1	гепатит В
B 17.1; B 18.2	гепатит С
A 36	дифтерия
A 50 - A 64	инфекции, передающиеся преимущественно половым путем
A 30	лепра
B 50 - B 54	малярия
B 85 - B 89	педикулез, акариоз и другие инфекации
A 24	сап и мелиоидоз
A 22	сибирская язва
A 15 - A 19	туберкулез
A 00	холера
A 20	чума

3.1.7. в связи со следующими заболеваниями:

Код заболеваний по МКБ-10 ⁸	Наименование заболеваний
--	--------------------------

⁶ Здесь и далее указан код заболевания в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем (10-й пересмотр).

⁷ Международная статистическая классификация болезней и проблем, связанных со здоровьем (10-й пересмотр).

⁸ Международная статистическая классификация болезней и проблем, связанных со здоровьем (10-й пересмотр).

C 00 - C 97	злокачественные новообразования
E 10 - E 14	сахарный диабет
F 00 - F 99	психические расстройства и расстройства поведения

3.1.8. в связи с беременностью, родами, послеродовым периодом и абортами Застрахованного лица (O00-O99);

3.1.9. в связи с оказанием Застрахованному лицу высокотехнологичной, паллиативной медицинской помощи, медицинской реабилитации, санаторно-курортного лечения;

3.1.10. в связи с получением Застрахованным лицом первичной медико-санитарной помощи и специализированной медицинской помощи в плановой форме;

3.1.11. в связи с получением Застрахованным лицом первичной медико-санитарной помощи и специализированной медицинской помощи в экстренной форме, если это прямо не предусмотрено договором страхования (программой страхования);

3.1.12. в связи с получением Застрахованным лицом скорой, в том числе скорой специализированной, медицинской специализированной, медицинской помощи в экстренной и неотложной форме, если это прямо не предусмотрено договором страхования (программой страхования);

3.1.13. в связи с репатриацией тела (останков) в случае смерти Застрахованного лица, если это прямо не предусмотрено договором страхования (программой страхования);

3.1.14. в связи с транспортировкой Застрахованного лица в медицинскую организацию или из одной организации в другую по медицинским показаниям выездными наземными бригадами скорой медицинской помощи с проведением, при необходимости, во время транспортировки мероприятий по оказанию медицинской помощи, в том числе с применением медицинского оборудования, если это прямо не предусмотрено договором страхования (программой страхования).

3.2. Не являются застрахованными случаи оказания медицинских и иных услуг:

3.2.1. если Застрахованным лицом получены медицинские и иные услуги, не предусмотренные договором страхования и/или программой добровольного медицинского страхования, или услуги получены в объемах, превышающих предусмотренные договором страхования и/или программой добровольного медицинского страхования;

3.2.2. если Застрахованным лицом получены медицинские и иные услуги в медицинских и иных организациях, не предусмотренных договором страхования и/или без согласования со Страховщиком;

3.2.3. если медицинские или иные услуги были оказаны лицу, не являющемуся Застрахованным лицом;

3.3. В соответствии со ст. 964 Гражданского кодекса Российской Федерации Страховщик освобождается от обязанности производить оплату медицинских и иных услуг, если обращение за предоставлением данных услуг наступило вследствие:

3.3.1. воздействия ядерного взрыва, радиации или радиоактивного заражения;

3.3.2. военных действий, а также маневров или иных военных мероприятий;

3.3.3. гражданской войны, народных волнений всякого рода или забастовок.

IV. ПОРЯДОК ПРЕДОСТАВЛЕНИЯ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ

При необходимости получения Застрахованным лицом медицинских и/или иных услуг Застрахованное лицо (представитель за Застрахованное лицо) обращается по телефонам, указанным в программе добровольного медицинского страхования, являющейся неотъемлемой частью договора страхования.

В каждом конкретном случае Страховщик определяет медицинскую организацию, руководствуясь характером клинической проблемы и возможностями конкретной медицинской организации.

Медицинские услуги оказываются в режиме работы медицинской организации.

При обращении в медицинскую организацию Застрахованное лицо должно предъявить индивидуальный страховой полис, направление Страховщика (при необходимости) и документ, удостоверяющий личность.

При невозможности получения рекомендованных врачом медицинских услуг в медицинской организации, в которой проводится лечение, Застрахованное лицо обращается по телефонам, указанным в программе добровольного медицинского страхования, являющейся неотъемлемой частью договора страхования.

V. ПЕРЕЧЕНЬ МЕДИЦИНСКИХ ОРГАНИЗАЦИЙ, ПРЕДУСМОТРЕННЫЙ ПРОГРАММОЙ

Вид медицинской помощи	Наименование, адрес медицинской организации, контактный телефон

**Приложение 2 к Правилам
добровольного медицинского страхования
иностранных граждан и лиц без гражданства,
находящихся на территории Российской Федерации
с целью осуществления ими трудовой деятельности
(далее – Правила)**

**СТРАХОВЫЕ ТАРИФЫ
по добровольному медицинскому страхованию
иностранных граждан и лиц без гражданства,
находящихся на территории Российской Федерации
с целью осуществления ими трудовой деятельности**

Таблица 1. Страховые тарифы (в % от страховой суммы, при сроке страхования 1 год)

Условия добровольного медицинского страхования	Тариф, %
Базовые условия (п. 3.6.1 Правил) ¹⁾	1,72
Дополнительные условия (п. 3.6.2 Правил) ²⁾:	
А) получение Застрахованным лицом первичной медико-санитарной помощи и специализированной медицинской помощи в экстренной форме в случаях возникновения заболеваний и состояний, входящих согласно части шестой статьи 35 Федерального закона от 29 ноября 2010 года № 326-ФЗ "Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации" в базовую программу обязательного медицинского страхования;	0,78
Б) получение Застрахованным лицом скорой, в том числе скорой специализированной, медицинской помощи в экстренной и неотложной форме;	2,72
В) транспортировка Застрахованного лица в медицинскую организацию или из одной организации в другую по медицинским показаниям выездными наземными бригадами скорой медицинской помощи с проведением, при необходимости, во время транспортировки мероприятий по оказанию медицинской помощи, в том числе с применением медицинского оборудования;	1,75
Г) услуги по репатриации тела (останков) в случае смерти Застрахованного лица.	0,12

¹⁾ По базовым условиям программы добровольного медицинского страхования страховая сумма устанавливается в размере не менее 100 000 (ста тысяч) рублей на каждое Застрахованное лицо на период действия договора страхования.

²⁾ По соглашению сторон договор страхования может быть заключен с включением в программу добровольного медицинского страхования всех или отдельных услуг, предусмотренных п. 3.6.2. Правил.

Для договоров страхования со сроком действия менее одного года страховые тарифы умножаются на понижающий коэффициент из Таблицы 2 в зависимости от срока действия договора страхования в месяцах (неполный месяц принимается за полный):

Таблица 2

Срок действия договора	1 мес.	2 мес.	3 мес.	4 мес.	5 мес.	6 мес.	7 мес.	8 мес.	9 мес.	10 мес.	11 мес.
Коэффициент	0,20	0,30	0,40	0,50	0,60	0,70	0,75	0,80	0,85	0,90	0,95

В зависимости от условий страхования и факторов риска Страховщик умножает страховые тарифы на повышающие или понижающие коэффициенты из Таблицы 3:

Таблица 3

Условия страхования / факторы риска	Диапазон коэффициентов
Количество Застрахованных лиц	0,75 – 2,5
Пол, возраст Застрахованного лица	0,65 – 8,5
Профессия и род занятий Застрахованного лица	0,8 – 7,0
Выполнение Застрахованным лицом опасной работы и наличие контакта Застрахованного лица с вредными производственными факторами	1,0 – 7,0
Состояние здоровья Застрахованного лица	0,9 – 10,0
Место постоянного проживания Застрахованного лица	0,65– 3,0
Ценовая категория медицинских и иных организаций, указанных в Программе добровольного медицинского страхования	0,1 – 10,0
Территориальная принадлежность медицинских и иных организаций, указанных в Программе добровольного медицинского страхования, территория оказания медицинской и иной помощи по договору страхования	0,1 – 10,0
Территория страхования	0,65 – 7,0
Условия страхования по конкретному договору страхования:	
- установление лимитов ответственности по Дополнительным условиям	0,5 – 1,0
- уплата страховой премии в рассрочку	1,0 – 1,2
Статистика убытков за предыдущие периоды	0,4 – 5,0