

**ОБЩЕСТВО С ОГРАНИЧЕННОЙ ОТВЕТСТВЕННОСТЬЮ
СТРАХОВАЯ КОМПАНИЯ «АСКОР»**

УТВЕРЖДАЮ
Генеральный директор
ООО СК «АСКОР»



А.А.Ефремов

«28» января 2022 г.

**ПРАВИЛА
ДОБРОВОЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ
ТРУДОВЫХ МИГРАНТОВ**

Утверждены приказом № 6 от 28.01.2022 г.

1. ОПРЕДЕЛЕНИЯ И СУБЪЕКТЫ СТРАХОВАНИЯ

1.1. На основании настоящих Правил добровольного медицинского страхования трудовых мигрантов (далее - Правила) ООО СК «АСКОР» (далее - Страховщик) заключает договоры добровольного медицинского страхования трудовых мигрантов (далее - Договор страхования), на основании которых организует предоставление и оплату медицинских услуг Застрахованным по Программе страхования, прилагаемой к настоящим Правилам (Приложение №3).

1.2. **Программа добровольного медицинского страхования** (в дальнейшем – Программа страхования) содержит перечень, порядок оказания и условия предоставления медицинских услуг из числа предусмотренных Правилами страхования в рамках Договора страхования.

1.3. **Договор добровольного медицинского страхования трудовых мигрантов** - соглашение между Страхователем и Страховщиком, в силу которого Страховщик обязуется при наступлении страхового случая произвести оплату медицинской помощи и медицинских услуг, оказанных Застрахованному лицу в Медицинском учреждении, указанном в Договоре страхования, а Страхователь обязуется уплатить страховую премию в установленные сроки.

1.4. **Медицинские услуги** - мероприятия или комплекс мероприятий, направленных на диагностику и лечение заболеваний (состояний) и имеющих самостоятельное законченное значение и определенную стоимость.

1.5. **Медицинская помощь** - это комплекс мероприятий или действий с использованием необходимых лабораторных, диагностических и медикаментозных средств, выполняемых медицинскими работниками и направленных на выявление, лечение заболевания и восстановление здоровья.

1.6. **Первичная медико-санитарная помощь** – мероприятия, проводимые в амбулаторных условиях и/или в условиях дневного стационара по профилактике, диагностике, лечению заболеваний и состояний, а так же реабилитации.

1.7. **Специализированная медицинская помощь в неотложной форме** – медицинская помощь, оказываемая врачами-специалистами, в стационарных условиях и в условиях дневного стационара, включает в себя профилактику, диагностику и лечение заболеваний и состояний, требующих использование специальных методов и сложных медицинских технологий, а также медицинскую реабилитацию.

1.8. **Неотложная форма оказания медицинской помощи** - медицинская помощь, оказываемая при внезапных острых заболеваниях, состояниях, обострении хронических заболеваний без явных признаков угрозы жизни человека.

1.9. **Медицинскими учреждениями** - имеющие лицензии лечебно - профилактические учреждения, научно - исследовательские и медицинские институты, другие учреждения, оказывающие медицинскую помощь, а также лица, осуществляющие медицинскую деятельность как индивидуально, так и коллективно, с которыми Страховщик состоит в договорных отношениях и перечень которых указывается в договоре страхования (Полисе).

1.10. Субъектами страхования являются Страховщик и Страхователь (Застрахованное лицо).

1.11. **Страховщик** - Общество с ограниченной ответственностью Страховая компания «АСКОР», созданная в соответствии с законодательством РФ и имеющая лицензию на осуществление страховой деятельности.

1.12. **Страхователь** - заключает Договор страхования со Страховщиком в свою пользу или в пользу третьих лиц (далее Застрахованные). Страхователями могут являться: физические лица - граждане РФ, иностранные граждане и лица без гражданства, обладающие гражданской дееспособностью, российские или иностранные юридические лица любой организационно-правовой формы, зарегистрированные и действующие в соответствии с законодательством РФ.

По условиям настоящих Правил, Договоры страхования заключаются с иностранными гражданами и лицами без гражданства, прибывшими в Российскую Федерацию и намеревающимися осуществлять или осуществляющие трудовую деятельность на основании разрешения на работу или патента (далее – Трудовые мигранты).

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

1.14. Страховщик вправе не заключать договора страхования в отношении лиц, которые на момент заключения договора:

а) состоят на учете в наркологических, психоневрологических, туберкулезных, кожно-венерологических диспансерах;

б) являются лицами, которым на момент заключения договора страхования диагностированы одно или несколько из следующих заболеваний: ВИЧ-инфекция, СПИД, туберкулёз, полиомиелит, натуральная оспа, малярия ТОРС;

в) являются лицами, которым диагностирована беременность;

г) госпитализированы;

д) имеют группу инвалидности;

ж) не являются трудовыми мигрантами.

1.15. **Территория страхования** – вся территория Российской Федерации.

Территория страхования указывается в договоре страхования (Полисе).

2. ОБЪЕКТ СТРАХОВАНИЯ

2.1. **Объектом страхования** являются не противоречащий действующему законодательству Российской Федерации имущественный интерес Застрахованного, связанный с возмещением затрат по предоставлению Застрахованному медицинской помощи и медицинских услуг при наступлении страхового случая. Медицинские и иные услуги оказываются медицинскими организациями в рамках заключенного договора со Страховщиком.

3. СТРАХОВЫЕ СЛУЧАИ. ИСКЛЮЧЕНИЯ ИЗ СТРАХОВОГО ПОКРЫТИЯ.

3.1. **Страховым случаем** является документально подтвержденное обращение Застрахованного лица, в течение срока действия договора страхования и на территории действия договора страхования, в Медицинское учреждение, согласованное со Страховщиком, по поводу заболеваний и состояний, требующих оказания первичной медико-санитарной помощи и специализированной медицинской помощи в неотложной форме, входящих, согласно части шестой статьи 35 Федерального закона от 29 ноября 2010 года №326-ФЗ «Об обязательном страховании в Российской Федерации» в базовую программу обязательного медицинского страхования, исключая случаи, указанные в п. 3.2. Правил страхования.

3.2. **Страховыми случаями не являются, и оплата за медицинские услуги не производится в следующих случаях:**

3.2.1. получения травматического повреждения, отравления, любого другого патологического состояния и/или иного расстройства здоровья, возникших у Застрахованного лица в состоянии любой формы алкогольного, наркотического или токсического опьянения или под воздействием иных психоактивных веществ и/или лекарственных препаратов, употребленных без назначения врача;

3.2.2. получения травматического повреждения и/или иного расстройства здоровья в результате совершения Застрахованным лицом умышленного преступления, находящегося в прямой причинной связи с наступлением страхового случая;

3.2.3. получения травматического повреждения при покушении на самоубийство, за исключением тех случаев, когда Застрахованное лицо было доведено до такого состояния противоправными действиями третьих лиц;

3.2.4. умышленного причинения Застрахованным себе телесных повреждений (членовредительство);

3.2.5. травмами и заболеваниями в результате лучевого облучения;

3.2.6. заболеваниями и травмами, полученными во время военной службы или боевых действий, гражданской войны, народных волнений всякого рода или забастовок, экологических катастроф и стихийных бедствий;

3.2.7. заболеваниями и травмами, лечение которых оплачено другими организациями или предоставлено бесплатно;

3.2.8. при проведении планового приёма врачей, плановых манипуляций, предписанных врачом после оказания специализированной медицинской помощи в неотложной форме, плановых медицинских обследований застрахованного лица при помощи медицинского оборудования и/или медицинской аппаратуры;

3.2.9. в связи со следующими заболеваниями: алкоголизм, наркомания, токсикомания, психические расстройства и расстройства поведения, ВИЧ, СПИД, туберкулёз, полиомиелит, натуральная оспа, малярия ТОРС, заболевания, передаваемые половым путём;

3.2.10. в связи с оказанием медицинской помощи при особо опасных инфекционных болезнях (натуральная оспа, полиомиелит, малярия ТОРС), заболеваниях, включенных в утверждаемый Правительством Российской Федерации перечень заболеваний, представляющих опасность для окружающих, а так же злокачественных новообразований, сахарного диабета, психического расстройства и расстройства поведения;

3.2.11. в связи с коррекцией веса, консультациями диетолога;

3.2.12. в связи с коррекцией речи, консультациями логопеда;

3.2.13. в связи с планированием семьи, подбором методов контрацепции (в том числе установка и удаление

ВМС);

3.2.14. в связи с прерыванием беременности, абортom;

3.2.15. в связи с диагностикой и лечением бесплодия и импотенции;

3.2.16. в связи с беременностью, родовспоможением, наблюдением в послеродовой период;

3.2.17. в связи с профилактическим массажем, водными процедурами, иглорефлексотерапией, мануальной терапией;

3.2.18. в связи с проведением МРТ и КТ исследований;

3.2.19. в связи с мероприятиями по коррекции слуха или зрения;

3.2.20. в связи с проведением любых видов стоматологической помощи, ортодонтического лечения, лечения пародонтоза, имплантацией зубов и подготовкой к имплантации;

3.2.21. экспериментальными и исследовательскими методами диагностики и/или лечения, не прошедшими клинических испытаний, не утверждёнными и не зарегистрированными в Государственном реестре новых медицинских технологий (например, лечение стволовыми клетками);

3.2.22. в случаях, связанных с диагностикой и лечением с эстетической или косметической целью, в том числе по поводу заболеваний кожи (папилломы, невусы, кондиломы и т.д.);

3.2.23. традиционной диагностикой (акупунктурной диагностикой, аурикулодиагностикой, иридодиагностикой, пульсодиагностикой, диагностикой по методу Фолля и т.д.);

3.2.24. традиционного лечения (фитотерапия, гирудотерапия, апитерапия, лечение иными средствами природного происхождения; гомеопатия, электроакупунктура и т.д.);

3.2.25. диагностики и лечения ронхопатии (храпа) и ночного апноэ;

3.2.26. ударно-волновой терапии;

3.2.27. скорой медицинской помощи (круглосуточной экстренной медицинской помощи на адресе, на месте происшествия и в пути следования в медицинское учреждение);

3.2.28. проведения плановых операций (под плановыми операциями понимаются операции, проведение которых запланировано заранее, которые выполняются после обследования застрахованного лица и проведения всей необходимой подготовки к операции без причинения при этом вреда жизни и здоровью застрахованного лица;

3.2.29. оказания высокотехнологической помощи согласно Перечню видов высокотехнологической медицинской помощи, предусмотренному законодательству Российской Федерации;

3.2.30. применения лекарственных препаратов и медицинских изделий, не включенных в утверждённый Правительством Российской Федерации перечень жизненно необходимых и важнейших лекарственных препаратов для медицинского применения, и медицинских изделий, имплантируемых в организм человека при оказании медицинской помощи.

3.3. В рамках Программы страхования Страховщик при наступлении страхового случая, оплачивает разумно понесенные расходы на используемые медицинским персоналом при оказании медицинской помощи в неотложной форме, в соответствии со стандартами первичной медико-санитарной помощи и специализированной медицинской помощи, лекарственные препараты, включенные в 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.

3.4. Страховщик вправе отказать в страховой выплате при наличии хотя бы одного из следующих обстоятельств:

3.4.1. если Застрахованный не предоставил патент (разрешение на работу) или у Застрахованного на момент оказания медицинской помощи отсутствует действующий патент (разрешение на работу);

3.4.2. если медицинские услуги оказаны Застрахованному в медицинском учреждении, не согласованном со Страховщиком;

3.4.3. если застрахованное лицо не проинформировало страховщика посредством обращения на телефон Страховщика, указанный в договоре страхования, о наступлении страхового случая (обращение в Медицинское учреждение) в течение 15 рабочих дней с момента наступления страхового случая;

3.4.4. если требование о страховой выплате предъявлено по событиям, не подпадающим под определение страхового случая;

3.4.5. если Застрахованным лицом получены травматические повреждения и/или иное расстройство здоровья, а также при оказании ему любых медицинских услуг за пределами территории действия Программы страхования.

3.4.6. если Застрахованным получены медицинские и иные услуги, не назначенные лечащим врачом, либо не являющиеся необходимыми с медицинской точки зрения для диагностирования или лечения заболевания, а также приобретены лекарственные средства или средства ухода за больным без медицинских показаний. Если Застрахованному показаны лечебно-диагностические мероприятия, выходящие за рамки программы добровольного медицинского страхования, обусловленной договором, лечащий врач должен поставить его об этом в известность. За решение вопросов их назначения и финансирования Страховщик ответственности не несет;

3.4.7. если обращение Застрахованного за получением медицинских и иных услуг произошло за пределами срока действия договора страхования;

3.5. Договором страхования могут быть предусмотрены другие основания для отказа в страховой выплате, а так же случаи освобождения Страховщика от выплаты страхового возмещения или страховой суммы, если это не противоречит законодательству РФ.

4. СТРАХОВАЯ СУММА

4.1. **Страховой суммой** является денежная сумма, определённая в порядке, установленном Договором страхования при его заключении, исходя из которой, устанавливаются размер страховой премии (страхового взноса) и максимально возможный размер страховой выплаты при наступлении страхового случая.

4.2. Страховая сумма устанавливается по соглашению между Страхователем и Страховщиком, исходя из перечня медицинских услуг, предусмотренных Договором и Программой страхования в размере не менее 100 000 (Сто тысяч) рублей на каждого Застрахованного на период страхования, и указывается в Договоре страхования (Полисе).

4.3. Страховщик оплачивает все разумно понесенные расходы Застрахованного лица в Медицинском учреждении в соответствии со страховым случаем в рамках Программы страхования в пределах страховой суммы, установленной по договору страхования.

4.4. Страховщиком может быть установлена агрегатная (уменьшаемая) страховая сумма, рассчитываемая как разность страховой суммы на начало срока действия договора ДМС трудовых мигрантов и суммы страхового возмещения, осуществленного страховщиком в период действия договора ДМС трудовых мигрантов по всем произошедшим страховым случаям. Если агрегатная страховая сумма исчерпана полностью, обязательства страховщика по договору ДМС считаются исполненными. При этом договор ДМС прекращается досрочно, а уплаченная страховщику страховая премия не подлежит возврату Застрахованному. Страховщик обязан уведомить Застрахованное лицо об уменьшении агрегатной страховой в течение 5 рабочих дней с момента уменьшения размера страховой суммы до размера менее чем 10 000 рублей.

5. СТРАХОВАЯ ПРЕМИЯ (СТРАХОВОЙ ВЗНОС)

5.1. **Страховой премией** (страховым взносом) является плата за страхование, которую Страхователь обязан внести Страховщику в соответствии с Договором страхования.

5.2. Размер страховой премии рассчитывается на основании тарифной ставки, лимита страховой ответственности, срока страхования и может корректироваться с учетом коэффициентов, устанавливаемых Страховщиком исходя из рода занятий, деятельности Застрахованного, результатов предварительного медицинского освидетельствования или на основании анализа иных сведений, полученных Страховщиком при заключении договора страхования Застрахованных.

5.3. Страховщик для определения размера страховой премии применяет разработанные им страховые тарифы, приведенные в Приложении 1 к настоящим Правилам.

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

Конкретный размер страхового тарифа определяется договором страхования по соглашению сторон.

При этом Страховщик вправе вводить повышающие или понижающие коэффициенты к страховым тарифам, экспертно определяемые по результатам предварительного медицинского освидетельствования Застрахованного, устанавливаемые на основании анализа иных сведений, полученных при заключении договора страхования, исходя из рода занятий Застрахованного, наличия привычек и других данных, влияющих на степень риска.

5.4. При определении размера страховой премии Застрахованному может быть предложено заполнение Медицинской анкеты. Сведения, указанные в заявлении на страхование или в Медицинских анкетах, подтверждаются подписью Застрахованного. В случае необходимости, для уточнения указанных данных, Страховщик имеет право направить Застрахованного на медицинское обследование. В случае отказа Застрахованного от заполнения Медицинской анкеты или прохождения медицинского обследования, Страховщик имеет право отказать Страхователю в заключение Договора страхования. В случае сообщения Страхователем заведомо ложной информации при заключении Договора страхования, Страховщик вправе потребовать признания такого Договора недействительным с момента его заключения.

5.5. Страховая премия может быть уплачена в виде единовременного платежа или в рассрочку в виде нескольких страховых взносов. Порядок и сроки уплаты страховой премии определяется в договоре страхования.

При уплате страховой премии в рассрочку размер первого страхового взноса не должен быть меньше 25% от общего размера страховой премии, установленной по договору страхования, размер, сроки и порядок уплаты последующих страховых взносов, определяются в договоре страхования.

5.6. При существенном изменении условий оказания медицинской помощи в Медицинских учреждениях (применение нового медицинского оборудования, использование новых методов диагностики и лечения и т. п.), связанных с увеличением стоимости оказания медицинских услуг, а также при подаче Страхователем заявления о расширении перечня медицинских услуг, что привело к повышению лимита возмещения, размер страховой премии может быть изменен по соглашению сторон.

В этом случае Страхователь обязан уплатить дополнительный страховой взнос (при коллективном страховании - в отношении всех Застрахованных лиц), за неистекший период действия договора страхования.

5.7. Страховая премия может быть уплачена Страхователем:

- наличными денежными средствами в кассу Страховщика;
- перечислением на расчетный счет Страховщика.

5.8. Если иное не установлено договором страхования датой уплаты страховой премии (взноса) признается:

- дата уплаты денежных средств в кассу Страховщика или получения денежных средств уполномоченным представителем Страховщика - при наличном расчете;
- дата поступления денежных средств на расчетный счет Страховщика или на расчетный счет уполномоченного

представителя Страховщика - при безналичном расчете.

5.9. При страховании на срок менее одного года страховой взнос уплачивается в следующем проценте от годового размера страховой премии:

- на срок до 3-х месяцев — 50%;
- на срок от 3-х месяцев до 6-ти месяцев — 65%;
- на срок от 6-ти до 9-ти месяцев — 75 %;
- на срок от 9-ти месяцев — 100 %.

5.10. Стороны установили, что неуплата страховой премии, очередного страхового взноса Страхователем (Выгодоприобретателем) в установленный договором страхования срок является для сторон договора страхования выражением воли Страхователя (Выгодоприобретателя) на отказ от договора страхования. При этом договор страхования расторгается с 00 часов 00 минут дня, следующего за днем окончания установленного Договором страхования срока уплаты страховой премии, очередного страхового взноса, которая не была уплачена полностью или частично.

5.11. По согласованию сторон Договора страхования страховая сумма и (или) страховая премия могут устанавливаться как в целом по Договору страхования, так и индивидуально по каждому Застрахованному (или группе Застрахованных).

5.12. Договором страхования может быть предусмотрена франшиза.

В соответствии с условиями страхования франшиза может быть условной (страховщик освобождается от возмещения убытка, если его размер не превышает размер франшизы, однако возмещает его полностью в случае, если размер убытка превышает размер франшизы) и безусловной (размер страховой выплаты определяется как разница между размером убытка и размером франшизы).

Договором страхования могут быть предусмотрены иные виды франшизы.

5.13. Страхователь – физическое лицо имеет право отказаться от заключенного договора добровольного страхования в течение четырнадцати календарных дней со дня его заключения независимо от момента уплаты страхового взноса, при отсутствии в данном периоде событий, имеющих признаки страхового случая. Договор добровольного страхования считается прекратившим свое действие с даты получения Страховщиком письменного заявления Страхователя об отказе от договора добровольного страхования.

5.14. В случае, если Страхователь – физическое лицо отказался от договора добровольного страхования в срок, установленный пунктом 5.13. настоящих Правил, и до даты возникновения обязательств Страховщика по заключенному договору страхования (далее – дата начала действия страхования), уплаченный страховой взнос подлежит возврату Страховщиком Страхователю – физическому лицу в полном объеме.

5.15. В случае, если Страхователь – физическое лицо отказался от договора добровольного страхования в срок, установленный пунктом 5.13. настоящих Правил, но после даты начала действия страхования, Страховщик при возврате уплаченного страхового взноса Страхователю – физическому лицу, вправе удержать его часть пропорционально сроку действия договора страхования, прошедшему с даты начала действия страхования до даты прекращения действия договора добровольного страхования.

5.16. Возврат Страхователю – физическому лицу страхового взноса производится по выбору Страхователя наличными деньгами или в безналичном порядке в срок, не превышающий 10 рабочих дней со дня получения Страховщиком письменного заявления Страхователя – физического лица об отказе от договора добровольного страхования.

6. СРОК СТРАХОВАНИЯ

6.1. Срок действия Договора страхования устанавливается по соглашению сторон и определяется, исходя из сообщенного Застрахованным лицом предполагаемого срока действия разрешения на работу или патента.

6.2. Даты начала и окончания срока действия Договора указываются в Договоре страхования.

6.3. Договор страхования, если в нем не предусмотрено иное, вступает в силу с 00:00 часов дня, следующего за днем уплаты страховой премии (первого страхового взноса).

6.4. Договор страхования трудовых мигрантов может содержать условие о вступлении его в силу не ранее даты начала действия разрешения на работу или патента.

7. ДОГОВОР СТРАХОВАНИЯ

7.1. **Договор страхования** соглашение между Страхователем и Страховщиком, в силу которого Страховщик обязуется при наступлении страхового случая произвести оплату медицинской помощи и медицинских услуг, оказанных Застрахованному лицу в Медицинском учреждении, указанном в Договоре страхования (Полисе), а Страхователь обязуется уплатить страховую премию в установленные сроки.

7.2. Договор страхования составляется в двух экземплярах, имеющих одинаковую силу, по одному для каждой из сторон.

7.3. Для заключения договора страхования Страхователь представляет Страховщику устное или письменное заявление (письменное заявление может быть оформлено в произвольной письменной форме или на бланке Страховщика) о своем желании заключить договор страхования.

7.4. **Договор страхования, если иное в нем не предусмотрено, должен содержать, в том числе следующие сведения:**

7.5. Сведения о страхователе:

7.5.1. **в том случае, если Страхователь – физическое лицо:**

- фамилия, имя, отчество (последнее – при наличии) на русском языке (для иностранных граждан и лиц без

гражданства такие сведения дополнительно указываются с помощью букв латинского алфавита на основании сведений, содержащихся в документе, предусмотренном федеральным законом или признаваемом в соответствии с международным договором Российской Федерации в качестве документа, удостоверяющего личность иностранного гражданина или лица без гражданства);

- пол;
- дата рождения;
- гражданство (при наличии);
- адрес места жительства (регистрации) или адрес места пребывания на территории Российской Федерации, дата регистрации;
- данные основного документа, удостоверяющего личность трудового мигранта (для иностранных граждан и лиц без гражданства указываются вид и данные документа, предусмотренного федеральным законом или признаваемого в соответствии с международным договором Российской Федерации в качестве документа, удостоверяющего личность иностранного гражданина или лица без гражданства)
- контактная информация (телефон, адрес электронной почты (при наличии));

7.5.2. в том случае, если страхователем является физическое лицо, зарегистрированное в установленном законодательством Российской Федерации порядке в качестве индивидуального предпринимателя:

- фамилия, имя, отчество (последнее – при наличии) на русском языке (для иностранных граждан и лиц без гражданства такие сведения дополнительно указываются с помощью букв латинского алфавита на основании сведений, содержащихся в документе, предусмотренном федеральным законом или признаваемом в соответствии с международным договором Российской Федерации в качестве документа, удостоверяющего личность иностранного гражданина или лица без гражданства);
- дата рождения;
- гражданство (при наличии);
- место жительства в Российской Федерации (указывается адрес, по которому индивидуальный предприниматель зарегистрирован по месту жительства в установленном законодательством Российской Федерации порядке);
- данные основного документа, удостоверяющего личность гражданина (для трудовых мигрантов указываются вид и данные документа, предусмотренного федеральным законом или признаваемого в соответствии с международным договором Российской Федерации в качестве документа, удостоверяющего личность трудового мигранта);
- контактная информация (телефон, адрес электронной почты (при наличии)); - дата государственной регистрации физического лица в качестве индивидуального предпринимателя и данные документа, подтверждающего факт внесения в единый государственный реестр индивидуальных предпринимателей записи об указанной государственной регистрации;

7.5.3. в том случае, если Страхователь – юридическое лицо:

- организационно-правовая форма;
- полное и (при наличии) сокращенное наименование, в том числе фирменное наименование, для коммерческих организаций на русском языке. В случае если в учредительных документах юридического лица его наименование указано на одном из языков народов Российской Федерации и (или) на иностранном языке, указывается также наименование юридического лица на этих языках;
- адрес (место нахождения) постоянно действующего исполнительного органа юридического лица (в случае отсутствия постоянно действующего исполнительного органа юридического лица – иного органа или лица, имеющих право действовать от имени юридического лица без доверенности), по которому осуществляется связь с юридическим лицом;
- контактная информация (телефон (факс), адрес сайта и (или) электронной почты организации (при наличии)); - фамилия, имя, отчество (последнее – при наличии) и должность лица, уполномоченного подписывать Договор страхования от имени страхователя и документ, на основании которого он подписывает Договор страхования.

7.6. Информацию о застрахованном лице:

- фамилия, имя, отчество (последнее – при наличии) на русском языке (для трудовых мигрантов такие сведения дополнительно указываются с помощью букв латинского алфавита на основании сведений, содержащихся в документе, предусмотренном федеральным законом или признаваемом в соответствии с международным договором Российской Федерации в качестве документа, удостоверяющего личность иностранного гражданина или лица без гражданства);
- пол;
- дата рождения;
- вид и данные документа, предусмотренного федеральным законом или признаваемого в соответствии с международным договором Российской Федерации в качестве документа, удостоверяющего личность трудового мигранта;
- адрес места жительства (регистрации) или адрес места пребывания на территории Российской Федерации;
- гражданство (при наличии);
- контактная информация (телефон, адрес электронной почты (при наличии)).

7.7. Сведения о страховщике:

- организационно-правовая форма и полное фирменное наименование;
- номер и дата выдачи лицензии на осуществление добровольного личного страхования, за исключением добровольного страхования жизни;
- адрес (место нахождения);
- телефон (факс);
- адрес официального сайта в информационно-телекоммуникационной сети «Интернет»;
- банковские реквизиты;

- фамилия, имя, отчество (последнее – при наличии) и должность лица, уполномоченного подписывать Договор страхования от имени страховщика, и документ, на основании которого данное лицо подписывает договор.

7.8. Реквизиты полиса ДМС трудовых мигрантов:

- серия и номер бланка полиса ДМС трудовых мигрантов;
- номер средства визуального контроля;
- дату заполнения полиса ДМС трудовых мигрантов;
- срок действия договора ДМС трудовых мигрантов;
- территорию действия договора ДМС трудовых мигрантов;
- размер страховой суммы;
- подпись страхователя.

7.9. **Факт заключения Договора страхования трудовых мигрантов** удостоверяется путем выдачи Страховщиком Застрахованному лицу страхового Полиса добровольного медицинского страхования (далее – Страховой полис) установленной формы (Приложение №2), подписанного Страховщиком.

К полису прилагаются:

- Правила добровольного медицинского страхования трудовых мигрантов;
- Условия Договора страхования по Программе страхования «Трудовой мигрант» (Приложение №3);
- Программа страхования ДМС «Трудовой мигрант» (Приложение №4);

7.10. Страховой полис является именованным документом. Застрахованному запрещается передавать страховой полис другому лицу с целью получения им услуг по Договору страхования.

7.11. Страховщик выдает Застрахованным лицам предусмотренные настоящими Правилами страхования документы, в течение 10 календарных дней после начала действия договора страхования, если условиями договора не предусмотрено иное.

7.12. При утрате Застрахованным лицом страхового полиса или иных индивидуальных носителей информации он должен незамедлительно письменно известить об этом Страховщика. Утраченные документы и носители информации признаются недействующими и не могут являться основанием для получения медицинских услуг в соответствии с договором страхования; взамен выдаются новые.

При повторной утрате страхового полиса или иных индивидуальных носителей информации в течение срока действия договора страхования со Страхователя дополнительно взыскиваются платеж в размере фактической стоимости их изготовления и стоимость медицинских услуг, произведенных третьим лицам, воспользовавшимся этими документами.

7.13. Страхователь обязан сообщить по требованию Страховщика сведения о состоянии здоровья Застрахованных и иную информацию, необходимую Страховщику для определения степени страхового риска, условий договора страхования.

7.14. Страховщик имеет право проверить достоверность указанных Страхователем сведений. В случае установления того, что Страхователь сообщил о себе или Застрахованном заведомо ложные сведения, это является основанием для изменения предлагаемых Страхователю условий страхования.

7.15. Если недостоверность данных, сообщенных при заключении договора и влияющих на степень риска, будет обнаружена после вступления договора в силу, Страховщик имеет право потребовать признания договора недействительным и применения последствий, предусмотренных пунктом 2 статьи 179 ГК РФ.

7.16. **Договор страхования вступает в силу** после перечисления страховой премии в полном объеме (при уплате страховой премии в виде единовременного платежа) или после уплаты первого страхового взноса (при уплате страховой премии в рассрочку) на расчетный счет Страховщика при безналичной оплате или в кассу Страховщика при оплате наличными денежными средствами, если условиями договора не предусмотрено иное.

7.17. При уплате страховой премии путем безналичного расчета действие договора страхования начинается в 00 часов 00 минут следующего дня после даты поступления страховой премии/первого страхового взноса на расчетный счет Страховщика, если условиями договора не предусмотрено иное.

7.18. При уплате страховой премии наличными денежными средствами в кассу Страховщика действие договора страхования начинается в 00 часов 00 минут дня, следующего за днем уплаты страховой премии/первого страхового взноса в кассу Страховщика, если условиями договора не предусмотрено иное.

7.19. Договор страхования прекращается в случаях:

- 7.19.1. истечения срока действия договора страхования.
- 7.19.2. исполнения Страховщиком обязательств по договору страхования в полном объеме (в размере страховой суммы).
- 7.19.3. неоплаты Страхователем очередного страхового взноса в порядке и сроки, указанные в договоре страхования.
- 7.19.4. ликвидации Страховщика в установленном законодательством Российской Федерации порядке.
- 7.19.5. смерти Страхователя физического лица, ликвидации Страхователя юридического лица или индивидуального предпринимателя.
- 7.19.6. в других случаях, предусмотренных действующим законодательством Российской Федерации.

7.20. Договор страхования прекращается до наступления срока, на который он был заключен, если после его вступления в силу возможность наступления страхового случая отпала, и существование страхового риска прекратилось по обстоятельствам иным, чем страховой случай, в частности, в случае смерти Застрахованного лица.

При досрочном прекращении договора страхования по обстоятельствам, иным, чем страховой случай, Страховщик имеет право на часть страховой премии пропорционально времени, в течение которого действовало страхование.

7.21. Страховщик вправе расторгнуть Договор страхования в отношении Застрахованного, если будет

установлен факт:

7.21.1. передачи Застрахованным другому лицу страхового полиса с целью получения последним медицинских услуг;

7.21.2. нарушения Застрахованным предписаний и рекомендаций врачебного персонала, а также несоблюдения режима медицинского учреждения.

7.22. Во всех случаях прекращения Договора страхования Страхователь обязан вернуть Страховщику страховой полис, действие которого прекращается.

7.23. В случае отказа Страхователя от Договора, а также в случае смерти Застрахованного, Страховщик производит возврат Страхователю страховой премии за не истекший срок действия Договора страхования, за вычетом понесенных расходов при условии, что Договор заключен на срок не менее года и оплачен полностью.

7.24. 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.

7.25. При досрочном отказе Страхователя от договора страхования уплаченная Страховщику страховая премия не подлежит возврату, если причиной отказа не стало нарушение Страховщиком своих обязанностей, предусмотренных условиями договора страхования, настоящими правилами страхования.

7.26. Возврат части страховой премии по договору страхования производится Страховщиком в случаях досрочного прекращения договора по следующим основаниям:

7.26.1. в случае ликвидации Страхователя, являющегося юридическим лицом или индивидуальным предпринимателем, или смерти Страхователя, являющегося физическим лицом, кроме случаев замены Страхователя.

7.26.2. в случае смерти Застрахованного лица.

7.26.3. по требованию Страхователя, если причиной досрочного прекращения договора страхования стало неисполнение Страховщиком своих обязанностей, предусмотренных условиями договора страхования, настоящими правилами страхования.

7.26.4. по соглашению сторон.

8. ПРАВА И ОБЯЗАННОСТИ СТОРОН

8.1. Страховщик имеет право:

8.1.1. при заключении Договора страхования потребовать предоставления справок о состоянии здоровья лица, в отношении которого заключается договор страхования;

8.1.2. проверять сообщенную Страхователем (Застрахованным) информацию, а также выполнение Страхователем (Застрахованным) требований и условий настоящих Правил и Договора страхования и отказать в заключении или потребовать признания Договора страхования недействительным, в случае если Страхователь сообщил заведомо ложные сведения;

8.1.3. при организации и/или оплате медицинских услуг имеет право запросить у Застрахованного лица действующий патент (разрешение на работу) и/или необходимую медицинскую документацию и материалы в целях проведения соответствующей экспертизы и подтверждения страхового случая;

8.1.4. при возникновении осложнений у Застрахованного лица и необратимых последствий от них по вине Медицинского учреждения предъявить регрессный иск к Медицинскому учреждению на возмещение суммы, выплаченной Страховщиком в отношении Застрахованного лица в размере стоимости оказанных услуг и оплатой стоимости комплексных мероприятий, связанных с устранением таких осложнений;

8.1.5. в случае нарушения Медицинским учреждением, с которым Страховщик заключил договор, условий договора (отказ в предоставлении Застрахованному лицу услуги, предусмотренной договором страхования, а также в случае неполного или некачественного предоставления медицинской услуги) полностью не возмещать затраты по оказанию медицинских услуг;

8.1.6. отсрочить решение вопроса об оплате медицинских услуг или отказа от оплаты в случае возбуждения уголовного дела в отношении Застрахованного по факту событий, приведших к травматическому повреждению или иному расстройству здоровья Застрахованного, до момента принятия соответствующего решения компетентными органами;

8.1.7. если у Страховщика имеются мотивированные сомнения в подлинности документов, подтверждающих страховой случай, страховая выплата может быть отсрочена до тех пор, пока не будет подтверждена подлинность таких документов.

8.2. Страховщик обязан:

8.2.3. ознакомить Застрахованного с Правилами страхования;

8.2.4. выдать предусмотренные настоящими Правилами страхования документы в установленный п. 7.11. срок;

8.2.5. не разглашать сведения о Застрахованном, если это не вступит в противоречие с законодательными актами Российской Федерации;

8.2.6. для реализации медицинской программы заключать двусторонние договоры с Медицинскими учреждениями;

8.2.7. исполнять надлежащим образом свои обязательства в соответствии с заключенными с Медицинскими учреждениями договорами;

8.2.8. произвести в установленном порядке оплату услуг, оказанных в соответствии с условиями заключенного Договора страхования при наступлении страхового случая.

8.3. Застрахованный имеет право:

8.3.1. получать услуги в соответствии с объемом и порядком, предусмотренным Программой страхования;

8.3.2. получать разъяснения по настоящим Правилам и условиям Договора страхования, о порядке предоставления медицинских услуг;

8.3.3. сообщать Страховщику о случаях не предоставления, неполного или некачественного предоставления услуг по Договору страхования;

8.3.4. получить дубликат страхового полиса в случае его утраты.

8.4. Застрахованный обязан

8.4.1. заботиться о сохранении своего здоровья, выполнять предписания лечащего врача, полученные в ходе предоставления услуг по Договору страхования, соблюдать распорядок, установленный медицинскими и иными учреждениями;

8.4.2. заботиться о сохранности страховых документов и не передавать их другим лицам с целью получения ими медицинских услуг;

8.4.3. своевременно сообщать Страховщику об изменении своей фамилии, иных паспортных данных или места жительства (регистрации);

8.4.4. предоставлять Страховщику право на ознакомление с медицинской документацией из любых медицинских и иных учреждений для решения вопросов, связанных с исполнением Договора страхования;

8.4.5. своевременно уплачивать страховую премию/страховые взносы

8.4.6. в течение 15-ти календарных дней известить страховщика о наступлении события, которое может быть квалифицировано в качестве страхового случая.

8.4.7. при заключении Договора страхования и во время его действия представлять Страховщику всю информацию об обстоятельствах, имеющих существенное значение для определения вероятности наступления страхового случая и размеров возможных убытков от его наступления (страхового риска), в том числе информацию о преждевременном прекращении трудовой деятельности, окончании срока действия/прекращении разрешения на работу (патента) и т.п.

8.5. В Договор страхования могут быть включены и иные права и обязанности сторон, не противоречащие законодательству РФ.

8.6. Права и обязанности сторон по использованию персональных данных:

Застрахованное лицо, заключившее Договор страхования со Страховщиком на условиях настоящих Правил страхования, подтверждает согласие на обработку Страховщиком своих персональных данных для осуществления страхования по Договору страхования, в том числе в целях проверки качества оказания страховых услуг и урегулирования убытков по Договору.

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

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

Страховщик имеет право во исполнение своих обязательств по Договору страхования передавать персональные данные Застрахованного третьим лицам.

Подтверждая получение настоящих Правил страхования, Страхователь дает свое согласие на обработку персональных данных Страхователя с момента заключения Договора страхования (если заключению Договора страхования предшествовала подача Страхователем заявления на страхование, то согласие действует с даты, указанной в заявлении на страхование).

Застрахованное лицо вправе отозвать своё согласие посредством составления соответствующего письменного документа, который должен быть направлен в адрес Страховщика заказным письмом с уведомлением о вручении. В случае поступления Страховщику от Страхователя письменного заявления об отзыве согласия на обработку персональных данных, согласие считается отозванным с даты поступления указанного заявления Страховщику. После окончания срока действия Договора страхования (в том числе при его расторжении) или отзыва согласия на обработку персональных данных Страховщик обязуется прекратить обработку персональных данных.

9. ПОРЯДОК ВНЕСЕНИЯ ИЗМЕНЕНИЙ И ДОПОЛНЕНИЙ В ДОГОВОР СТРАХОВАНИЯ

9.1. Изменение договора страхования возможно по соглашению сторон.

9.2. Соглашение об изменении договора страхования совершается в той же форме, что и договор.

9.3. При изменении договора обязательства сторон сохраняются в измененном виде.

9.4. В случае изменения договора обязательства считаются измененными с момента заключения соглашения сторон об изменении договора, если иное не вытекает из соглашения или характера изменения договора.

10. ПОСЛЕДСТВИЯ ИЗМЕНЕНИЯ СТЕПЕНИ РИСКА

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

10.2. Страховщик, уведомленный об обстоятельствах, влекущих увеличение страхового риска, вправе 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 страхования.

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

11. ВЫПЛАТА СТРАХОВОГО ВОЗМЕЩЕНИЯ

11.1. Застрахованный о наступлении страхового случая должен сообщить в соответствии с порядком, предусмотренным Программой страхования и Договором страхования, Страховщику по указанным им телефонам.

11.2. Страховщик организует и оплачивает оказанную Застрахованному лицу медицинскую помощь в медицинских учреждениях, находящихся на территории действия договора страхования, согласно условиям Договора страхования, в объеме, определенном Программой страхования.

11.3. Оказание услуг Застрахованному в медицинском учреждении, определенном Страховщиком при обращении застрахованного лица за медицинской помощью, осуществляется при предъявлении им оригинала страхового полиса и документа, подтверждающего личность Застрахованного. Страховщик имеет право запросить у Застрахованного лица действующий патент (разрешение на работу).

11.4. **Страховым возмещением** по настоящим Правилам страхования является плата в пределах страховой суммы за медицинские услуги, оказанные по наступившим страховым случаям, производимая перечислением на расчетный счет Медицинского учреждения, в котором была оказана медицинская помощь Застрахованному лицу.

11.5. Страховщик производит оплату медицинских услуг только по тем страховым случаям, которые предусмотрены договором страхования, при предоставлении соответствующих документов.

11.6. Страховщик вправе не оплачивать часть стоимости лечения, которая превышает установленную договором страховую сумму.

11.7. Страховая выплата за оказанную застрахованному лицу медицинскую помощь производится в следующем порядке:

- в медицинское учреждение в порядке, сроки и в соответствии со стоимостью, предусмотренных договором на организацию и/или оказание медицинских услуг, заключенным между страховщиком и медицинской организацией на основании выставленных Страховщику счетов, с приложением реестра оказанных медицинских услуг, но не позже 90 календарных дней с момента выставления счета.

11.10. Страховщик вправе не оплачивать расходы за медицинское обслуживание, полученное Застрахованным лицом в медицинских учреждениях, с которыми Страховщик не имеет договора о предоставлении медицинских услуг по добровольному медицинскому страхованию, а также расходы за медицинское обслуживание частными медицинскими сестрами, дополнительные гонорары врачей.

11. ОТКАЗ В СТРАХОВОЙ ВЫПЛАТЕ

11.11. Страховщик имеет право отказать в выплате страхового возмещения на сумму стоимости услуг, оказанных Застрахованному лицу в связи с его обращением в Медицинское учреждение в случаях, не признаваемых страховыми и перечисленных в разделе № 3 настоящих Правил страхования и/или прекращения действия договора страхования по причинам, перечисленным в пунктах 7.19, 7.20 настоящих Правил страхования.

11.12. Медицинское учреждение, оказавшее медицинские услуги, впоследствии не оплаченные Страховщиком, или Страховщик, оплативший стоимость оказанных медицинских услуг в связи с повреждением здоровья Застрахованного лица в результате случая, впоследствии признанного не страховым, вправе потребовать от Страхователя (Застрахованного) оплатить Медицинскому учреждению (Страховщику) стоимость оказанных (оплаченных) услуг, а Страхователь (Застрахованный) должен внести указанную сумму в течение одного месяца с даты получения претензии в кассу (на расчетный счет) Медицинского учреждения (Страховщика).

12. ПОРЯДОК РАЗРЕШЕНИЯ СПОРОВ

12.11. В случае если медицинские услуги или Медицинские учреждения не были предусмотрены в договоре страхования и Страховщик на этом основании не оплатил медицинские расходы Застрахованных лиц, решение об отказе в оплате медицинских расходов принимается экспертной комиссией Страховщика на основании заключения Медицинского учреждения. Медицинское учреждение вправе взыскать со Страхователя (Застрахованного лица) стоимость оказанных медицинских услуг, а Страхователь (Застрахованный) обязан внести указанную сумму в кассу (на счет) Медицинского учреждения в течение одного месяца с даты решения экспертной комиссии.

При несогласии Застрахованного лица с решением экспертной комиссии отказ Страховщика в оплате может быть оспорен в порядке, предусмотренном законодательством Российской Федерации.

10.1. При наличии разногласий между Страхователем (Застрахованным) и Страховщиком относительно исполнения последним своих обязательств по договору страхования до предъявления к страховщику иска, вытекающего из неисполнения или ненадлежащего исполнения им обязательств по договору страхования, Страхователь (Застрахованный) направляет Страховщику претензию с приложенными к ней документами, обосновывающими требование Страхователя (Застрахованного)

К претензии должны быть приложены документы, соответствующие требованиям законодательства Российской Федерации к их оформлению и содержанию, подтверждающие обоснованность требований Страхователя (Застрахованного).

Претензия должна содержать:

- наименование Страховщика, которому она направляется;
- полное наименование, адрес места нахождения / фамилию, имя, отчество (при наличии), место жительства или почтовый адрес Страхователя (Застрахованного), на который направляется ответ на претензию в случае несогласия Страховщика с предъявляемыми требованиями;
- требования к Страховщику с описанием обстоятельств, послуживших основанием для подачи претензии со ссылками на положения нормативных правовых актов Российской Федерации;

- банковские реквизиты Страхователя (Застрахованного), на которые необходимо произвести страховую выплату в случае признания претензии Страховщиком обоснованной, или указание на получение денежных средств в кассе Страховщика;

- фамилию, имя, отчество (при наличии), должность (в случае направления претензии юридическим лицом) лица, подписавшего претензию, его подпись.

10.2. Претензия по выбору Страхователя (Застрахованного) вручается Страховщику под расписку или направляется Страховщику по адресу места нахождения Страховщика или представителя Страховщика по почте заказным письмом с описью вложения, или передается иным способом (включая обмен информацией в электронной форме и электронную почту, адрес которой указан на официальном сайте Страховщика в сети "Интернет"), свидетельствующим о дате ее получения.

10.3. По результатам рассмотрения претензии Страховщик обязан направить Страхователю (Застрахованному) мотивированный ответ об удовлетворении, частичном удовлетворении или отказе в удовлетворении предъявленного требования.

10.3.1. При наличии разногласий между Страхователем (Застрахованным), являющимся потребителем финансовых услуг, определенным в соответствии с Федеральным законом "Об уполномоченном по правам потребителей финансовых услуг", и Страховщиком, Страховщик обязан рассмотреть претензию в порядке и сроки, установленные Федеральным законом "Об уполномоченном по правам потребителей финансовых услуг".

10.3.2. При наличии разногласий между Страхователем (Застрахованным), не являющимся потребителем финансовых услуг, определенным в соответствии с Федеральным законом "Об уполномоченном по правам потребителей финансовых услуг", и Страховщиком, Страховщик обязан рассмотреть претензию и дать ответ на нее в течение 30 календарных дней с момента ее получения.

10.4. При наличии в договоре со Страховщиком условия о применении процедуры медиации возникший спор между Страховщиком и Страхователем (Застрахованным) должен быть урегулирован с использованием медиативных процедур.

10.5. Использование досудебных процедур разрешения спора между Страховщиком и Страхователем (Застрахованным) не лишает Страхователя (Застрахованного) права на судебную и иную защиту своих прав и законных интересов.

10.6. При недостижении согласия спор разрешается в судебном порядке, предусмотренном действующим законодательством Российской Федерации, или путем обращения потребителя финансовых услуг к финансовому уполномоченному, в порядке, предусмотренном Федеральным законом «Об уполномоченном по правам потребителей финансовых услуг».

**БАЗОВЫЕ ТАРИФНЫЕ СТАВКИ ПО ПРОГРАММЕ ДОБРОВОЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО
СТРАХОВАНИЯ ТРУДОВЫХ МИГРАНТОВ**

Утверждены приказом № 8 от 28.01.2022 г.

Наименование Программы страхования	Тариф
ДМС «Трудовой мигрант»	3,46%

Страховщик имеет право применять к базовым тарифным ставкам, рассчитанным в настоящем документе, понижающие или повышающие коэффициенты:

Факторы риска	Диапазон поправочных коэффициентов
Возраст и пол Застрахованного	0,5 – 3,0
Профессия (род деятельности, занятий) Застрахованного	0,6 – 3,0
Количественный состав группы (при коллективном страховании)	0,3 – 2,0
Ценовой уровень и количество медицинских учреждений, включенных в программу страхования	0,2 – 8,0
Наличие убытков по договорам предыдущих периодов страхования	0,5 – 2,0
Регион страхования	0,6 – 3,0
Иные обстоятельства, имеющие существенное значение для определения степени страхового риска, определяемые Страховщиком при заключении конкретного договора страхования	0,1 – 10,0

Если при применении повышающих коэффициентов конкретная тарифная ставка превышает 100%, то по такому договору страхования устанавливается тариф 99,9 %.

В связи с тем, что конкретные факторы риска и обстоятельства, увеличивающие (уменьшающие) вероятность наступления страхового события, а также конкретные размеры повышающих (понижающих) коэффициентов, которые Страховщик вправе применять к базовым тарифным ставкам, могут быть выявлены (определены) только в ходе оценки Страховщиком страхового риска при заключении конкретного договора страхования, поэтому в настоящем Приложении указаны минимальные и максимальные значения повышающих и понижающих коэффициентов в определенном диапазоне их применения. Это позволяет Страховщику определить реальную тарифную ставку, учитывающую особенности объекта страхования и характер страхового риска по конкретному договору страхования, и является гарантией обеспечения его финансовой устойчивости.

ПОЛИС СЕРИЯ ТМ № 00000000001
ДОБРОВОЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ ТРУДОВЫХ МИГРАНТОВ

Настоящий Полис удостоверяет факт заключения договора страхования между ООО СК «АСКОР», далее – Страховщик и Страхователем на основании действующих «Правил добровольного медицинского страхования трудовых мигрантов» от 28.01.2022г. Страховщика (далее – Правила страхования), устного заявления Страхователя и в соответствии с программой страхования ДМС «Трудовой мигрант».

Страховщик	Общество с ограниченной ответственностью Страховая компания «АСКОР», Лицензия № СЛ № 3767 от 21.09.2022 без ограничения срока действия; 101000, г. Москва, ул. Мясницкая, д.46, стр. 3, пом. 1, каб.16; ИНН: 7714829011, КПП: 770101001, ОГРН: 1117746048155, ОКПО: 58064128; р/с: 4070181060000002654 Филиал «Центральный» Банка ВТБ (ПАО) г. Москва, к/с 30101810145250000411, БИК: 044525411; телефон +7 (495) 984-21-06, www.askorst.ru, электронная почта mail@askorst.ru		
Страхователь			
Адрес регистрации/ Дата регистрации			Телефон: E-MAIL:
Дата рождения	Гражданство	Пол.	
Вид документа			Кем и когда выдан код подразделения
Данные документа	Серия, номер		
Застрахованное лицо			
Адрес регистрации/ Дата регистрации			Телефон: E-MAIL:
Дата рождения	Гражданство	Пол	
Вид документа			Кем и когда выдан код подразделения
Данные документа	Серия, номер		
Страховой случай	Страховым случаем является документально подтвержденное обращение Застрахованного в соответствии с условиями настоящего Полиса и Правил страхования ООО СК «АСКОР» в течение срока действия настоящего Полиса в медицинскую организацию, сервисную компанию или иное учреждение, согласованное со Страховщиком при остром заболевании, обострении хронического заболевания, травме, отравлении и других изменениях состояния здоровья, за получением медицинских и / или иных услуг в объеме программы добровольного медицинского страхования, предусмотренной настоящим Полисом.		

ПРОГРАММА СТРАХОВАНИЯ ДМС «ТРУДОВОЙ МИГРАНТ»

Настоящая Программа ДМС «Трудовой мигрант» (далее - Программа) предусматривает оказание Застрахованному при наступлении страхового случая первичной медико-санитарной помощи в неотложной форме, специализированной медицинской помощи в неотложной форме, скорой (неотложной) медицинской помощи.
Сервисная компания САВИТАР ГРУП телефон: +7 (495) 987-17-75 ООО СК «АСКОР» +7 (495) 984-21-06

Страховая сумма, руб	100 000,00	Сто тысяч рублей 00 копеек	
Страховая премия, руб.	4 000,00	Четыре тысячи рублей 00 копеек	
Порядок уплаты страховой премии	Единоразово		
Срок действия договора			
Территория страхования	Вся территория Российской Федерации	Количество месяцев	12

Настоящим даю согласие ООО СК «АСКОР» на обработку, в том числе автоматизированную, моих персональных данных, указанных в настоящем Полисе в соответствии с требованиями части 4 статьи 8 Федерального закона от 27.07.2006 № 152-ФЗ «О персональных данных» и на условиях, указанных в Правилах страхования и в настоящем Полисе. Согласие дается в целях надлежащего исполнения ООО СК «АСКОР» своих обязанностей и реализации прав. Согласие дается на осуществление любых действий (совокупности действий) с персональными данными, включая, но, не ограничиваясь: сбор, запись, систематизацию, накопление, хранение, передачу. Согласие выдано на срок заключения Договора страхования, увеличенный на 10 лет. Права и обязанности субъекта персональных данных мне известны и понятны. Застрахованное лицо доверяет Страховщику получение от медицинских учреждений сведений о состоянии его здоровья. С Ключевым Информационным Документом (КИД) об условиях добровольного страхования ознакомлен.
В случае непредставления Страховщиком информации о договоре добровольного страхования, предоставления неполной или недостоверной информации Застрахованное лицо может отказаться от договора страхования. Возврату подлежит 100% страховой премии за вычетом части страховой премии, исчисляемой пропорционально времени, в течение которого действовало страхование.

Страхователь: Оплачивая страховую премию и принимая настоящий Страховой полис, Страхователь подтверждает факт заключения Договора страхования на предложенных Страховщиком условиях; Правила страхования получил, с Правилами страхования, правами на получение информации и условиями настоящего Договора, а также информацией, подлежащей раскрытию Страховщиком ознакомлен и согласен. Сведения, указанные в настоящем Договоре страхования(полисе) подтверждаю. С условиями настоящего Договора страхования(Полиса), Правил страхования, Программы страхования ознакомлен и согласен. Экземпляр Правил страхования и Программы страхования на руки получил.	Страховщик: ООО СК «АСКОР»		
(подпись)	(Ф.И.О.)		
Застрахованное Лицо (законный представитель):			
(подпись)	(Ф.И.О.)	Дата заполнения полиса	(подпись) (Ф.И.О.)

Ефремов Алексей Александрович
Генеральный директор,
действующий на основании Устава

Условия Договора страхования по Программе страхования ДМС «Трудовой мигрант»
(передаются Застрахованному лицу вместе с Полисом)

1. Общие положения. Субъекты страхования.

1.1. **Договор добровольного медицинского страхования трудоустроенных мигрантов (Далее Договор страхования)** - соглашение между Страхователем и Страховщиком, в силу которого Страховщик обязуется при наступлении страхового случая произвести оплату медицинской помощи и медицинских услуг, оказанных Застрахованному лицу в Медицинском учреждении, указанном в Договоре страхования (Полисе), а Страхователь обязуется уплатить страховую премию в установленные сроки.

1.2. **Территорией страхования** является вся территория Российской Федерации.

1.3. Субъектами страхования являются Страховщик и Страхователь (Застрахованное лицо).

1.4. **Страховщик** - Общество с ограниченной ответственностью Страховая компания «АСКОР», созданная в соответствии с законодательством РФ и имеющая лицензию на осуществление страховой деятельности.

1.5. **Страхователь (Застрахованное лицо)** - иностранные граждане и лица без гражданства, прибывшие в Российскую Федерацию и намеревающиеся осуществлять или осуществляющие трудовую деятельность на основании разрешения на работу или патента (**Трудовые мигранты**).

1.7. **Медицинскими учреждениями** являются имеющие лицензии лечебно - профилактические учреждения, научно - исследовательские и медицинские институты, другие учреждения, оказывающие медицинскую помощь, а также лица, осуществляющие медицинскую деятельность как индивидуально, так и коллективно, с которыми Страховщик состоит в договорных отношениях и перечень которых указывается в Договоре страхования (Полисе).

2. Объект страхования

2.1. Объектом страхования являются не противоречащие действующему законодательству РФ имущественный интерес Застрахованного, связанный с возмещением затрат по предоставлению Застрахованному медицинской помощи и медицинских услуг при наступлении страхового случая. Медицинские и иные услуги оказываются медицинскими организациями в рамках заключенного договора со Страховщиком.

3. Страховые случаи и страховые риски

3.1. **Страховым случаем** является документально подтвержденное обращение Застрахованного лица, в течение срока действия договора страхования и на территории действия договора страхования, в Медицинское учреждение, согласованное со Страховщиком, по поводу заболеваний и состояний, требующих оказания первичной медико-санитарной помощи и специализированной медицинской помощи в неотложной форме, входящих, согласно части шестой статьи 35 Федерального закона от 29 ноября 2010 года №326-ФЗ «Об обязательном страховании в Российской Федерации» в базовую программу обязательного медицинского страхования, исключая случаи, указанные в п. 3.2. Правил страхования.

3.2. Страховыми случаями не являются, и оплата за медицинские услуги не производится в следующих случаях:

3.2.1. получения травматического повреждения, отравления, любого другого патологического состояния и/или иного расстройства здоровья, возникших у Застрахованного лица в состоянии любой формы алкогольного, наркотического или токсического опьянения или под воздействием иных психоактивных веществ и/или лекарственных препаратов, употребленных без назначения врача;

3.2.2. получения травматического повреждения и/или иного расстройства здоровья в результате совершения Застрахованным лицом умышленного преступления, находящегося в прямой причинной связи с наступлением страхового случая;

3.2.3. получения травматического повреждения при покушении на самоубийство, за исключением тех случаев, когда Застрахованное лицо было доведено до такого состояния противоправными действиями третьих лиц;

3.2.4. умышленного причинения Застрахованным себе телесных повреждений (членовредительство);

3.2.5. травмами и заболеваниями в результате лучевого облучения;

3.2.6. заболеваниями и травмами, полученными во время военной службы или боевых действий, гражданской войны, народных волнений всякого рода или забастовок, экологических катастроф и стихийных бедствий;

3.2.7. заболеваниями и травмами, лечение которых оплачено другими организациями или предоставлено бесплатно;

3.2.8. при проведении планового приёма врачей, плановых манипуляций, предписанных врачом после оказания специализированной медицинской помощи в неотложной форме, плановых медицинских обследований застрахованного лица при помощи медицинского оборудования и/или медицинской аппаратуры;

3.2.9. в связи со следующими заболеваниями: алкоголизм, наркомания, токсикомания, психические расстройства и расстройства поведения, ВИЧ, СПИД, туберкулёз, полиомиелит, натуральная оспа, малярия ТОРС, заболевания, передаваемые половым путём;

3.2.10. в связи с оказанием медицинской помощи при особо опасных инфекционных болезнях (натуральная оспа, полиомиелит, малярия ТОРС), заболеваниях, включенных в утверждаемый Правительством Российской Федерации перечень заболеваний, представляющих опасность для окружающих, а так же злокачественных новообразований, сахарного диабета, психического расстройства и расстройства поведения;

3.2.11. в связи с коррекцией веса, консультациями диетолога;

3.2.12. в связи с коррекцией речи, консультациями логопеда;

3.2.13. в связи с планированием семьи, подбором методов контрацепции (в том числе установка и удаление ВМС);

- 3.2.14. в связи с прерыванием беременности, абортom;
- 3.2.15. в связи с диагностикой и лечением бесплодия и импотенции;
- 3.2.16. в связи с беременностью, родовспоможением, наблюдением в послеродовой период;
- 3.2.17. в связи с профилактическим массажем, водными процедурами, иглорефлексотерапией, мануальной терапией;
- 3.2.18. в связи с проведением МРТ и КТ исследований;
- 3.2.19. в связи с мероприятиями по коррекции слуха или зрения;
- 3.2.20. в связи с проведением любых видов стоматологической помощи, ортодонтического лечения, лечения пародонтоза, имплантацией зубов и подготовкой к имплантации;
- 3.2.21. экспериментальными и исследовательскими методами диагностики и/или лечения, не прошедшими клинических испытаний, не утверждёнными и не зарегистрированными в Государственном реестре новых медицинских технологий (например, лечение стволовыми клетками);
- 3.2.22. в случаях, связанных с диагностикой и лечением с эстетической или косметической целью, в том числе по поводу заболеваний кожи (папилломы, невусы, кондиломы и т.д.);
- 3.2.23. традиционной диагностикой (акупунктурной диагностикой, аурикулодиагностикой, иридодиагностикой, пульсодиагностикой, диагностикой по методу Фолля и т.д.);
- 3.2.24. традиционного лечения (фитотерапия, гирудотерапия, апитерапия, лечение иными средствами природного происхождения; гомеопатия, электроакупунктура и т.д.);
- 3.2.25. диагностики и лечения ронхопатии (храпа) и ночного апноэ;
- 3.2.26. ударно-волновой терапии;
- 3.2.27. скорой медицинской помощи (круглосуточной экстренной медицинской помощи на адресе, на месте происшествия и в пути следования в медицинское учреждение);
- 3.2.28. проведения плановых операций (под плановыми операциями понимаются операции, проведение которых запланировано заранее, которые выполняются после обследования застрахованного лица и проведения всей необходимой подготовки к операции без причинения при этом вреда жизни и здоровью застрахованного лица;
- 3.2.29. оказания высокотехнологической помощи согласно Перечню видов высокотехнологической медицинской помощи, предусмотренному законодательству Российской Федерации;
- 3.2.30. применения лекарственных препаратов и медицинских изделий, не включенных в утверждённый Правительством РФ перечень жизненно необходимых и важнейших лекарственных препаратов для медицинского применения, и медицинских изделий, имплантируемых в организм человека при оказании медицинской помощи.

3.3. В рамках Программы страхования Страховщик при наступлении страхового случая, оплачивает разумно понесенные расходы на используемые медицинским персоналом при оказании медицинской помощи в неотложной форме, в соответствии со стандартами первичной медико-санитарной помощи и специализированной медицинской помощи, лекарственные препараты, включенные в 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.

3.4. Страховщик вправе отказать в страховой выплате при наличии хотя бы одного из следующих обстоятельств:

- 3.4.1. если Застрахованный не предоставил патент (разрешение на работу) или у Застрахованного на момент оказания медицинской помощи отсутствует действующий патент (разрешение на работу);
- 3.4.2. если медицинские услуги оказаны Застрахованному в медицинском учреждении, не согласованном со Страховщиком;
- 3.4.3. если застрахованное лицо не проинформировало страховщика посредством обращения на телефон Страховщика, указанный в договоре страхования, о наступлении страхового случая (обращение в Медицинское учреждение) в течение 15 рабочих дней с момента наступления страхового случая;
- 3.4.4. если требование о страховой выплате предъявлено по событиям, не подпадающим под определение страхового случая;
- 3.4.5. если Застрахованным лицом получены травматические повреждения и/или иное расстройство здоровья, а также при оказании ему любых медицинских услуг за пределами территории действия Программы страхования.
- 3.4.6. если Застрахованным получены медицинские и иные услуги, не назначенные лечащим врачом, либо не являющиеся необходимыми с медицинской точки зрения для диагностирования или лечения заболевания, а также приобретены лекарственные средства или средства ухода за больным без медицинских показаний. Если Застрахованному показаны лечебно-диагностические мероприятия, выходящие за рамки программы добровольного медицинского страхования, обусловленной договором, лечащий врач должен поставить его об этом в известность. За решение вопросов их назначения и финансирования Страховщик ответственности не несет;
- 3.4.7. если обращение Застрахованного за получением медицинских и иных услуг произошло за пределами срока действия договора страхования;
- 3.5. Договором страхования могут быть предусмотрены другие основания для отказа в страховой выплате, а так же случаи освобождения Страховщика от выплаты страхового возмещения или страховой суммы, если это не противоречит законодательству РФ.

4. Страховая сумма

4.1. **Страховой суммой** является денежная сумма, определённая в порядке, установленном Договором страхования при его заключении, исходя из которой, устанавливаются размер страховой премии (страхового взноса) и максимально возможный размер страховой выплаты при наступлении страхового случая.

4.2. Страховая сумма устанавливается по соглашению между Страхователем и Страховщиком, исходя из перечня медицинских услуг, предусмотренных Договором и Программой страхования в размере не менее 100 000 (Сто тысяч) рублей на каждого Застрахованного на период страхования, и указывается в Договоре страхования (Полисе).

4.3. Страховщик оплачивает все разумно понесенные расходы Застрахованного лица в Медицинском учреждении в соответствии со страховым случаем в рамках Программы страхования в пределах страховой суммы, установленной по договору страхования.

4.4. Страховщиком может быть установлена агрегатная (уменьшаемая) страховая сумма, рассчитываемая как разность страховой суммы на начало срока действия договора ДМС трудовых мигрантов и суммы страхового возмещения, осуществленного страховщиком в период действия договора ДМС трудовых мигрантов по всем произошедшим страховым случаям. Если агрегатная страховая сумма исчерпана полностью, обязательства страховщика по договору ДМС считаются исполненными. При этом договор ДМС прекращается досрочно, а уплаченная страховщику страховая премия не подлежит возврату Застрахованному. Страховщик обязан уведомить Застрахованное лицо об уменьшении агрегатной страховой в течение 5 рабочих дней с момента уменьшения размера страховой суммы до размера менее чем 10000 рублей.

5. Страховая премия

5.1. Страховой премией (страховым взносом) является плата за страхование, которую Страхователь обязан внести Страховщику в соответствии с Договором страхования.

5.2. Если к сроку, установленному в настоящем Договоре страхования как дата начала действия Договора страхования, страховая премия или первый страховой взнос не были уплачены или были уплачены не полностью, настоящий Договор страхования не вступает в силу.

6. Порядок заключения договора страхования

6.1. Срок страхования по настоящему Договору составляет 365 календарных дней:

- начиная с 00:00 даты, указанной в Полисе как начало действия Договора страхования, в том случае, если Застрахованное лицо имеет на этот момент действующее разрешение на работу на территории Российской Федерации (либо патент);

- начиная с 00:00 даты получения Застрахованным лицом разрешения на работу на территории Российской Федерации (либо патента), если эта дата наступает позднее даты, указанной в Полисе как начало действия Договора страхования.

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

6.3. Страховщик обязан ознакомить Страхователя с содержанием настоящего Договора страхования и программой страхования. Условия, содержащиеся в настоящем Договоре, обязательны для Страхователя.

6.4. Основанием для заключения настоящего Договора страхования является устное или письменное заявление Страхователя.

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

6.6. Договор страхования вступает в силу после перечисления страховой премии в полном объеме (при уплате страховой премии в виде единовременного платежа) или после уплаты первого страхового взноса (при уплате страховой премии в рассрочку) на расчетный счет Страховщика при безналичной оплате или в кассу Страховщика при оплате наличными денежными средствами, если условиями договора не предусмотрено иное.

6.7. При уплате страховой премии путем безналичного расчета действие договора страхования начинается в 00 часов 00 минут следующего дня после даты поступления страховой премии/первого страхового взноса на расчетный счет Страховщика, если условиями договора не предусмотрено иное.

6.8. При уплате страховой премии наличными денежными средствами в кассу Страховщика действие договора страхования начинается в 00 часов 00 минут дня, следующего за днем уплаты страховой премии/первого страхового взноса в кассу Страховщика, если условиями договора не предусмотрено иное.

7. Порядок предоставления медицинских услуг

7.1. Предоставление медицинских услуг осуществляется путем обращения Застрахованного лица к Страховщику по указанным им телефонам в Договоре страхования (Полисе).

7.2. Застрахованное лицо при обращении в медицинское учреждение обязано предъявить данный Договор страхования (Полис), выданный Страховщиком, а также паспорт или иной документ, удостоверяющий личность. Страховщик имеет право запросить у Застрахованного лица действующий патент (разрешение на работу).

7.3. Медицинские учреждения в соответствии с договором, заключенным со Страховщиком, оказывают услуги Застрахованным, предусмотренные настоящим Договором страхования и программой страхования.

7.4. Взаимоотношения Страховщика с медицинским учреждением определяются соответствующим договором.

7.5. Ответственность за объем и качество предоставляемых медицинских услуг, а так же за отказ в оказании медицинской помощи Застрахованному лицу несет медицинское учреждение в соответствии с законодательством РФ.

8. Последствия увеличения степени страхового риска в период действия договора страхования

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

9. Права и обязанности сторон

9.1. Страховщик имеет право:

9.1.1. при заключении Договора страхования потребовать предоставления справок о состоянии здоровья лица, в отношении которого заключается договор страхования;

9.1.2. проверять сообщенную Страхователем (Застрахованным) информацию, а также выполнение Страхователем (Застрахованным) требований и условий настоящих Правил и Договора страхования и отказать в заключение или

потребовать признания Договора страхования недействительным, в случае если Страхователь сообщил заведомо ложные сведения;

9.1.3. при организации и/или оплате медицинских услуг имеет право запросить у Застрахованного лица действующий патент (разрешение на работу) и/или необходимую медицинскую документацию и материалы в целях проведения соответствующей экспертизы и подтверждения страхового случая;

9.1.4. при возникновении осложнений у Застрахованного лица и необратимых последствий от них по вине Медицинского учреждения предъявить регрессный иск к Медицинскому учреждению на возмещение суммы, выплаченной Страховщиком в отношении Застрахованного лица в размере стоимости оказанных услуг и оплатой стоимости комплексных мероприятий, связанных с устранением таких осложнений;

9.1.5. в случае нарушения Медицинским учреждением, с которым Страховщик заключил договор, условий договора (отказ в предоставлении Застрахованному лицу услуги, предусмотренной договором страхования, а также в случае неполного или некачественного предоставления медицинской услуги) полностью не возмещать затраты по оказанию медицинских услуг;

9.1.6. отсрочить решение вопроса об оплате медицинских услуг или отказа от оплаты в случае возбуждения уголовного дела в отношении Застрахованного по факту событий, приведших к травматическому повреждению или иному расстройству здоровья Застрахованного, до момента принятия соответствующего решения компетентными органами;

9.1.7. если у Страховщика имеются мотивированные сомнения в подлинности документов, подтверждающих страховой случай, страховая выплата может быть отсрочена до тех пор, пока не будет подтверждена подлинность таких документов.

9.2. Страховщик обязан:

9.2.1. ознакомить Застрахованного с Правилами страхования;

9.2.2. выдать предусмотренные Правилами страхования документы в установленный п. 7.11. срок;

9.2.3. не разглашать сведения о Застрахованном, если это не вступит в противоречие с законодательными актами Российской Федерации;

9.2.4. для реализации медицинской программы заключать двусторонние договоры с Медицинскими учреждениями;

9.2.5. исполнять надлежащим образом свои обязательства в соответствии с заключенными с Медицинскими учреждениями договорами;

9.2.6. произвести в установленном порядке оплату услуг, оказанных в соответствии с условиями заключенного Договора страхования при наступлении страхового случая.

9.3. Застрахованный имеет право:

9.1.1. получать услуги в соответствии с объемом и порядком, предусмотренным Программой страхования;

9.1.2. получать разъяснения по Правилам страхования и условиям Договора страхования, о порядке предоставления медицинских услуг;

9.1.3. сообщать Страховщику о случаях не предоставления, неполного или некачественного предоставления услуг по Договору страхования;

9.1.4. получить дубликат страхового полиса в случае его утраты.

9.4. Застрахованный обязан

9.4.1. заботиться о сохранении своего здоровья, выполнять предписания лечащего врача, полученные в ходе предоставления услуг по Договору страхования, соблюдать распорядок, установленный медицинскими и иными учреждениями;

9.4.2. заботиться о сохранности страховых документов и не передавать их другим лицам с целью получения ими медицинских услуг;

9.4.3. своевременно сообщать Страховщику об изменении своей фамилии, иных паспортных данных или места жительства (регистрации);

9.4.4. предоставлять Страховщику право на ознакомление с медицинской документацией из любых медицинских и иных учреждений для решения вопросов, связанных с исполнением Договора страхования;

9.4.5. своевременно уплачивать страховую премию/страховые взносы

9.4.6. в течение 15-ти календарных дней известить страховщика о наступлении события, которое может быть квалифицировано в качестве страхового случая.

9.4.7. при заключении Договора страхования и во время его действия представлять Страховщику всю информацию об обстоятельствах, имеющих существенное значение для определения вероятности наступления страхового случая и размеров возможных убытков от его наступления (страхового риска), в том числе информацию о преждевременном прекращении трудовой деятельности, окончании срока действия/прекращении разрешения на работу (патента) и т.п.

9.5. Права и обязанности сторон по использованию персональных данных: Застрахованное лицо, заключившее Договор страхования со Страховщиком на условиях настоящих Правил страхования, подтверждает согласие на обработку Страховщиком своих персональных данных для осуществления страхования по Договору страхования, в том числе в целях проверки качества оказания страховых услуг и урегулирования убытков по Договору.

Персональные данные Застрахованного включают в себя: фамилия, имя, отчество, год, месяц, дата и место рождения, паспортные данные, адрес проживания, другие данные, указанные в заключенном со Страховщиком Договоре страхования (включая неотъемлемые его части - заявление на страхование, приложения и др.), которые могут быть отнесены в соответствии с законодательством РФ к персональным данным. Застрахованное лицо предоставляет Страховщику право осуществлять все действия (операции) с персональными данными, включая сбор, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), использование, обезличивание, блокирование, уничтожение. Страховщик вправе обрабатывать персональные данные посредством включения их в электронные базы данных Страховщика.

Страховщик имеет право во исполнение своих обязательств по Договору страхования передавать персональные

данные Застрахованного третьим лицам. Подтверждая получение настоящих Правил страхования, Страхователь дает свое согласие на обработку персональных данных Страхователя с момента заключения Договора страхования (если заключению Договора страхования предшествовала подача Страхователем заявления на страхование, то согласие действует с даты, указанной в заявлении на страхование). Застрахованное лицо вправе отозвать своё согласие посредством составления соответствующего письменного документа, который должен быть направлен в адрес Страховщика заказным письмом с уведомлением о вручении. В случае поступления Страховщику от Страхователя письменного заявления об отзыве согласия на обработку персональных данных, согласие считается отозванным с даты поступления указанного заявления Страховщику. После окончания срока действия Договора страхования (в том числе при его расторжении) или отзыва согласия на обработку персональных данных Страховщик обязуется прекратить обработку персональных данных.

10. Прекращение действия Договора страхования

10.1. Настоящий Договор страхования прекращается в случаях:

- а) истечения срока его действия;
- б) исполнения Страховщиком обязательств перед Страхователем по настоящему Договору страхования в полном объеме;
- в) ликвидации Страхователя, являющегося юридическим лицом или индивидуальным предпринимателем, или смерти Страхователя, являющегося физическим лицом;
- г) в случае смерти Застрахованного лица;
- д) в других случаях, предусмотренных законодательством РФ.

10.2. Настоящий Договор страхования может быть прекращен досрочно по требованию Страхователя в соответствии с нормами гражданского законодательства с письменным уведомлением другой стороны.

10.3. Настоящий Договор страхования прекращается до наступления срока, на который был заключен, если после его вступления в силу возможность наступления страхового случая отпала, и существование страхового риска прекратилось по обстоятельствам иным, чем страховой случай. При этом Страхователю не возвращается страховой взнос по не истекшему сроку действия договора страхования.

10.4. Во всех случаях прекращения настоящего Договора страхования, Застрахованное лицо обязано вернуть Страховщику страховые полисы, действие которых прекращается с момента прекращения настоящего Договора страхования.

11. Порядок разрешения споров

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

11.2. При не достижении Сторонами соглашения споры разрешаются в порядке, установленном законодательством РФ.

ПРОГРАММА СТРАХОВАНИЯ ДМС «Трудовой мигрант»

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.

Территорией страхования по настоящей программе является вся территория Российской Федерации.

Период страхования составляет один год с момента заключения договора.

Страховым случаем является документально подтвержденное обращение Застрахованного лица, в течение срока действия договора страхования и на территории действия договора страхования, в Медицинское учреждение, согласованное со Страховщиком, по поводу заболеваний и состояний, требующих оказания первичной медико-санитарной помощи и специализированной медицинской помощи в неотложной форме, входящих, согласно части шестой статьи 35 Федерального закона от 29 ноября 2010 года №326-ФЗ «Об обязательном страховании в Российской Федерации» в базовую программу обязательного медицинского страхования.

В рамках Программы страхования Страховщик при наступлении страхового случая, оплачивает разумно понесенные расходы на используемые медицинским персоналом при оказании медицинской помощи в неотложной форме, в соответствии со стандартами первичной медико-санитарной помощи и специализированной медицинской помощи, лекарственные препараты, включенные в 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.

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

получения травматического повреждения, отравления, любого другого патологического состояния и/или иного расстройства здоровья, возникших у Застрахованного лица в состоянии любой формы алкогольного, наркотического или токсического опьянения или под воздействием иных психоактивных веществ и/или лекарственных препаратов, употребленных без назначения врача;

получения травматического повреждения и/или иного расстройства здоровья в результате совершения Застрахованным лицом умышленного преступления, находящегося в прямой причинной связи с наступлением страхового случая;

получения травматического повреждения при покушении на самоубийство, за исключением тех случаев, когда Застрахованное лицо было доведено до такого состояния противоправными действиями третьих лиц;

умышленного причинения Застрахованным себе телесных повреждений (членовредительство);

травмами и заболеваниями в результате лучевого облучения;

заболеваниями и травмами, полученными во время военной службы или боевых действий, гражданской войны, народных волнений всякого рода или забастовок, экологических катастроф и стихийных бедствий;

заболеваниями и травмами, лечение которых оплачено другими организациями или предоставлено бесплатно;

при проведении планового приёма врачей, плановых манипуляций, предписанных врачом после оказания специализированной медицинской помощи в неотложной форме, плановых медицинских обследований застрахованного лица при помощи медицинского оборудования и/или медицинской аппаратуры;

в связи со следующими заболеваниями: алкоголизм, наркомания, токсикомания, психические расстройства и расстройства поведения, ВИЧ, СПИД, туберкулёз, полиомиелит, натуральная оспа, малярия ТОРС, заболевания, передаваемые половым путём;

в связи с оказанием медицинской помощи при особо опасных инфекционных болезнях (натуральная оспа, полиомиелит, малярия ТОРС), заболеваниях, включенных в утверждаемый Правительством Российской Федерации перечень заболеваний, представляющих опасность для окружающих, а так же злокачественных новообразований, сахарного диабета, психического расстройства и расстройства поведения;

в связи с коррекцией веса, консультациями диетолога;

в связи с коррекцией речи, консультациями логопеда;

в связи с планированием семьи, подбором методов контрацепции (в том числе установка и удаление ВМС);

в связи с прерыванием беременности, абортom;

в связи с диагностикой и лечением бесплодия и импотенции;

в связи с беременностью, родовспоможением, наблюдением в послеродовой период;

в связи с профилактическим массажем, водными процедурами, иглорефлексотерапией, мануальной терапией;

в связи с проведением МРТ и КТ исследований;

в связи с мероприятиями по коррекции слуха или зрения;

в связи с проведением любых видов стоматологической помощи, ортодонтического лечения, лечения парадонтоза, имплантацией зубов и подготовкой к имплантации;

экспериментальными и исследовательскими методами диагностики и/или лечения, не прошедшими клинических испытаний, не утверждёнными и не зарегистрированными в Государственном реестре новых медицинских технологий (например, лечение стволовыми клетками);

в случаях, связанных с диагностикой и лечением с эстетической или косметической целью, в том числе по поводу заболеваний кожи (папилломы, невусы, кондиломы и т.д.);

традиционной диагностикой (акупунктурной диагностикой, аурикулодиагностикой, иридодиагностикой, пульсодиагностикой, диагностикой по методу Фолля и т.д.);

традиционного лечения (фитотерапия, гирудотерапия, апитерапия, лечение иными средствами природного происхождения; гомеопатия, электроакупунктура и т.д.);

диагностики и лечения ронхопатии (храпа) и ночного апноэ;

ударно-волновой терапии;

скорой медицинской помощи (круглосуточной экстренной медицинской помощи на адресе, на месте происшествия и в пути следования в медицинское учреждение);

проведения плановых операций (под плановыми операциями понимаются операции, проведение которых запланировано заранее, которые выполняются после обследования застрахованного лица и проведения всей необходимой подготовки к операции без причинения при этом вреда жизни и здоровью застрахованного лица;

оказания высокотехнологической помощи согласно Перечню видов высокотехнологической медицинской помощи, предусмотренному законодательству Российской Федерации;

применения лекарственных препаратов и медицинских изделий, не включенных в утверждённый Правительством Российской Федерации перечень жизненно необходимых и важнейших лекарственных препаратов для медицинского применения, и медицинских изделий, имплантируемых в организм человека при оказании медицинской помощи.

Страховщик вправе отказать в страховой выплате при наличии хотя бы одного из следующих обстоятельств:

если Застрахованный не предоставил патент (разрешение на работу) или у Застрахованного на момент оказания медицинской помощи отсутствует действующий патент (разрешение на работу);

если медицинские услуги оказаны Застрахованному в медицинском учреждении, не согласованном со Страховщиком;

если застрахованное лицо не проинформировало страховщика посредством обращения на телефон Страховщика, указанный в договоре страхования, о наступлении страхового случая (обращение в Медицинское учреждение) в течение 15 рабочих дней с момента наступления страхового случая;

если требование о страховой выплате предъявлено по событиям, не подпадающим под определение страхового случая;

если Застрахованным лицом получены травматические повреждения и/или иное расстройство здоровья, а также при оказании ему любых медицинских услуг за пределами территории действия Программы страхования.

если Застрахованным получены медицинские и иные услуги, не назначенные лечащим врачом, либо не являющиеся необходимыми с медицинской точки зрения для диагностирования или лечения

заболевания, а также приобретены лекарственные средства или средства ухода за больным без медицинских показаний. Если Застрахованному показаны лечебно-диагностические мероприятия, выходящие за рамки программы добровольного медицинского страхования, обусловленной договором, лечащий врач должен поставить его об этом в известность. За решение вопросов их назначения и финансирования Страховщик ответственности не несет;

если обращение Застрахованного за получением медицинских и иных услуг произошло за пределами срока действия договора страхования

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:

- воздействия ядерного взрыва, радиации или радиоактивного заражения;
- военных действий, а также маневров или иных военных мероприятий;
- гражданской войны, народных волнений всякого рода или забастовок.

ПОРЯДОК ПРЕДОСТАВЛЕНИЯ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ

При необходимости получения Застрахованным лицом медицинских и/или иных услуг Застрахованное лицо (представитель Застрахованного лица) обращается по телефонам: **Круглосуточный телефон Сервисной компании ООО «Савитар Груп»: 8 (495) 987-17-75, ООО СК «АСКОР»: тел. 8 (495) 984-21-06**

В каждом конкретном случае медицинская организация определяется, 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.

От Страхователя / Выгодоприобретателя

(Ф.И.О. или наименование)

Телефон _____

Факс _____

**ЗАЯВЛЕНИЕ
о страховой выплате**

Договор страхования (страховой полис) № _____ от " __ " ____ 20__ года

Дата события _____

Описание события _____

Характер убытка _____

Размер убытка (ориентировочно) _____

О событии заявлено " __ " _____ 20__ г. в _____

(наименование компетентного органа)

Наличие договоров страхования данного объекта в других страховых компаниях:

(наименование страховой компании, № и дата договора страхования)

Страховую выплату прошу произвести _____

(наименование получателя)

(наличным платежом или указать банковские реквизиты)

К заявлению прилагаются следующие документы:

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____

Страхователь / Выгодоприобретатель: _____ (_____)
(Подпись) (Ф.И.О.)

" ____ " _____ 20__ года

М.П.

«Утверждаю»
Генеральный Директор
/ _____ ООО СК «АСКОР»

Расходный кассовый ордер № _____ /
от « _____ » _____ 20__ г. « _____ » _____ 200__ г.

СТРАХОВОЙ АКТ № _____

СТРАХОВАТЕЛЬ: _____
ПОЛИС/ДОГОВОР: _____ от _____
ПРЕДМЕТ СТРАХОВАНИЯ: _____
ТИП СОБЫТИЯ: _____
ДАТА СОБЫТИЯ: _____
РИСК: _____
СТРАХОВАЯ _____ руб.
СУММА/ЛИМИТ ПО РИСКУ: _____
СТРАХОВОЙ ВЗНОС: _____ руб.
ФРАНШИЗА: _____

Предыдущие страховые возмещения:

№ АКТА	РИСК	ТИП СОБЫТИЯ	СУММА ВЫПЛАТЫ

Ответственность страховщика _____ руб.

Расчет суммы страхового возмещения произведен на основании:

На основании предоставленных документов, согласно списка, и «Правил страхования» ООО СК «АСКОР» признать событие СТРАХОВЫМ и произвести выплату в размере:

перечислением на расчетный счет/наличными Страхователя _____

ИСТОЧНИК РЕГРЕССА: _____

Комиссия в составе:
Председатель: _____ Генеральный директор –

Члены:

В ООО СК «АСКОР»

от _____
(Полное наименование Страхователя)

Место нахождения _____

Почтовый адрес: _____

Телефон: _____

**Заявление
об отказе от договора добровольного страхования**

Настоящим уведомляю Вас об отказе от договора добровольного страхования
№ _____ от «__» _____ 201__ г.

Дата: «__» _____ 20__ г.

(ФИО, подпись)