ОБЩЕСТВО С ОГРАНИЧЕННОЙ ОТВЕТСТВЕННОСТЬЮ
"СТРАХОВАЯ КОМПАНИЯ "ТИТ"

ТИТ
СТРАХОВАЯ КОМПАНИЯ

УТВЕРЖДЕНЫ
Приказом № 39
от 06 октября 2026 года
Генеральный директор
_____ В.Б. Юн
(Подлежат применению
с 12.10.2026 года)

ПРАВИЛА
ДОБРОВОЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ ТРУДОВЫХ МИГРАНТОВ, НАХОДЯЩИХСЯ НА ТЕРРИТОРИИ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

Раздел 1. ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ
Раздел 2. СУБЪЕКТЫ СТРАХОВАНИЯ
Раздел 3. ОБЪЕКТ СТРАХОВАНИЯ
Раздел 4. СТРАХОВЫЕ СЛУЧАИ. СТРАХОВЫЕ РИСКИ
Раздел 5. СТРАХОВАЯ СУММА
Раздел 6. СТРАХОВАЯ ПРЕМИЯ. СТРАХОВОЙ ТАРИФ
Раздел 7. СТРАХОВАЯ ВЫПЛАТА
Раздел 8. ОБЩИЕ ИСКЛЮЧЕНИЯ ИЗ ПРАВИЛ
Раздел 9. СОБЫТИЯ, НЕ ЯВЛЯЮЩИЕСЯ СТРАХОВЫМИ СЛУЧАЯМИ. РАСХОДЫ, НЕ ПОДЛЕЖАЩИЕ ВОЗМЕЩЕНИЮ
Раздел 10. ДОГОВОР СТРАХОВАНИЯ
Раздел 11. ПРАВА И ОБЯЗАННОСТИ СТОРОН
Раздел 12. ДЕЙСТВИЯ СТОРОН ПРИ НАСТУПЛЕНИИ СТРАХОВОГО СЛУЧАЯ
Раздел 13. ИСКОВАЯ ДАВНОСТЬ. ПОРЯДОК РАЗРЕШЕНИЯ СПОРОВ

ПРИЛОЖЕНИЯ 1-5

г. Москва

Раздел 1 ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ

1.1. В соответствии с действующим законодательством, Гражданским кодексом Российской Федерации, Законом РФ "Об организации страхового дела в Российской Федерации", настоящие Правила определяют общие условия и порядок осуществления страхования непредвиденных медицинских расходов иностранных граждан и лиц без гражданства, прибывших в Российскую Федерацию и намеревающихся осуществлять или осуществляющих трудовую деятельность на основании разрешения на работу или патента, связанных с необходимостью получать первичную медико-санитарную помощь и специализированную медицинскую помощь в неотложной форме, а также непредвиденных расходов по посмертной репатриации указанных лиц.

1.2. Основные понятия, используемые в настоящих Правилах:

1.2.1. **Период страхования** – указанный в договоре страхования временной интервал, измеряемый в днях (сутках), в течение которого действует договор страхования.

1.2.2. **Территория действия страхования** – конкретно обозначенная территория - субъект Российской Федерации, на территории которого Застрахованное лицо намеревается осуществлять трудовую деятельность, и указанная в страховом полисе, в пределах которой Страховщик при наступлении страхового случая несет обязательства по выплате страхового возмещения.

1.2.3. **Лимит выплат** – максимально возможная сумма страховой выплаты по рискам, установленная договором страхования, по всем страховым случаям.

1.2.4. **Хроническое заболевание** – болезнь, уже существовавшая у Застрахованного лица до момента заключения договора страхования, которая может привести к ухудшению состояния здоровья и необходимости оказания неотложной медицинской помощи.

1.2.5. Под угрожающим жизни **обострением хронического заболевания** понимается острое состояние, развившееся вследствие существовавших ранее нарушений здоровья (хронических или рецидивирующих), представляющего собой непосредственную угрозу жизни Застрахованного лица без принятия экстренных мер по купированию данного состояния.

1.2.6. **Внезапное острое заболевание** – впервые диагностированное на территории страхования в указанный в договоре срок страхования нарушение состояния здоровья Застрахованного лица (не связанное с существовавшими ранее нарушениями здоровья (хроническими или рецидивирующими), диагноз которого поставлен в тот же период на основании известных медицинской науке объективных симптомов и которое требует неотложного лечения.

1.2.7. **Амбулаторная помощь (амбулаторное лечение)** – помощь, оказанная в условиях, не предусматривающих круглосуточного медицинского наблюдения и лечения.

1.2.8. **Стационарная помощь (стационарное лечение)** – помощь, оказываемая в условиях, обеспечивающих круглосуточное медицинское наблюдение и лечение.

1.2.9. **Скорая, в том числе скорая специализированная, медицинская помощь** оказывается гражданам при заболеваниях, несчастных случаях, травмах, отравлениях и других состояниях, требующих срочного медицинского вмешательства. Оказывается при внезапных острых заболеваниях, состояниях, обострении хронических заболеваний, представляющих угрозу жизни пациента.

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

1.2.11. **Экстренная медицинская помощь** - помощь, оказываемая при внезапных острых заболеваниях, состояниях, обострении хронических заболеваний, представляющих угрозу жизни пациента.

1.2.12. **Первичная медико-санитарная помощь** является основой системы оказания медицинской помощи и включает в себя мероприятия по профилактике, диагностике, лечению заболеваний и состояний, медицинской реабилитации, наблюдению за течением беременности, формированию здорового образа жизни и санитарно-гигиеническому просвещению населения.

1.2.13. **Специализированная медицинская помощь** оказывается врачами-специалистами и включает в себя профилактику, диагностику и лечение заболеваний и состояний (в том числе в период беременности, родов и послеродовой период), требующих использования специальных методов и сложных медицинских технологий, а также медицинскую реабилитацию. Специализированная медицинская помощь оказывается в стационарных условиях и в условиях дневного стационара.

1.2.14. **Высокотехнологичная медицинская помощь**, являющаяся частью специализированной медицинской помощи, включает в себя применение новых сложных и (или) уникальных методов лечения, а также ресурсоемких методов лечения с научно доказанной эффективностью, в том числе клеточных технологий, роботизированной техники, информационных технологий и методов генной инженерии, разработанных на основе достижений медицинской науки и смежных отраслей науки и техники.

1.2.15. **Несчастный случай** – внезапное, непредвиденное, непреднамеренное, кратковременное внешнее событие или воздействие, характер, время и место которого могут быть однозначно определены и которое повлекло за собой телесное повреждение или иное нарушение функций организма или смерть Застрахованного лица, не являющееся следствием заболевания, произошедшее в указанный в договоре срок страхования и на территории страхования, независимо от воли Застрахованного лица и/или Страхователя

1.2.16. **Трудовой мигрант -** иностранный гражданин или лицо без гражданства, прибывшее в Российскую Федерацию и намеревающееся осуществлять или осуществляющее трудовую деятельность на основании разрешения на работу или патента.

1.2.17. **Договор (полис) страхования -** письменное соглашение Страхователя и Страховщика, определяющее порядок и условия страхования. договор (полис) страхования заключается и оформляется в порядке, предусмотренном настоящими Правилами страхования. Правила страхования являются неотъемлемой частью договора (полиса) страхования и обязательны для исполнения Страхователем, Застрахованным лицом и Страховщиком.

1.2.18. **Программа добровольного медицинского страхования** - медицинская помощь, оплачиваемая Страховщиком по договору страхования. Программа добровольного медицинского страхования является неотъемлемой частью договора страхования.

1.2.19. **Медицинское учреждение -** лечебно-профилактическое учреждение, с которым Страховщиком заключен договор о предоставлении медицинских и иных услуг Застрахованным лицам.

1.2.20. **Сервисная компания** - специализированная организация, которая по поручению Страховщика обеспечивает организацию медицинских услуг Застрахованному лицу, а также услуг по репатриации останков тела Застрахованного лица.

1.2.21. **Страховые услуги** – финансовые услуги Страховщика по заключению, изменению, расторжению и исполнению договоров (полисов) страхования.

1.2.22. **Получатель страховых услуг** – физическое лицо, в том числе зарегистрированное в качестве индивидуального предпринимателя, или юридическое лицо, обратившееся к Страховщику с намерением заключить договор страхования (потенциальный получатель), а также страхователь, застрахованное лицо и (или) выгодоприобретатель по заключенному в соответствии с настоящими Правилами договору страхования.

1.2.23. **Офис** – специально оборудованное помещение Страховщика, в котором осуществляется заключение и (или) расторжение Договора страхования, и (или) прием документов для рассмотрения вопроса о признании события страховым случаем, и (или) прием заявлений и других обращений получателей страховых услуг и иных лиц, обращающихся в страховую организацию.

1.2.24. **Срок страхования** – период времени, в течение которого Страховщик предоставляет Страхователю (Застрахованному лицу) страховую защиту по договору страхования. Страхование, обусловленное договором страхования, распространяется только на события, произошедшие в течение Срока страхования. Если иное не предусмотрено договором страхования, Срок страхования совпадает со сроком действия договора страхования.

1.2.25. **Ключевой информационный документ (КИД)** – краткая информация об условиях договора страхования, в том числе о его условиях и рисках, связанных с исполнением договора страхования: информация о Страховщике; о страховых рисках; об основаниях для отказа в осуществлении страховой выплаты (исключении из страхового покрытия); об основаниях, сроках и сумме возврата страховой премии при досрочном прекращении договора страхования; досудебном урегулировании споров, предоставляемая физическому лицу, имеющему намерение заключить договор страхования.

1.3. В целях доведения до Страхователей, Выгодоприобретателей, лиц, имеющих намерение заключить договор страхования, Страховщик, в порядке, установленном органом страхового надзора, размещает на собственном сайте в информационно-телекоммуникационной сети интернет

информацию о своей деятельности, содержание и необходимость опубликования которой предусмотрена законодательством Российской Федерации или вытекает из обычаев делового оборота.

Раздел 2 СУБЪЕКТЫ СТРАХОВАНИЯ

2.1. Страховщик – Общество с ограниченной ответственностью "Страховая компания "ТИТ", созданное в соответствии с законодательством Российской Федерации и осуществляющее деятельность по страхованию на основании лицензии, выданной органом страхового надзора, и в соответствии с Законом РФ № 4015 - 01 от 27.11.1992 г. "Об организации страхового дела в Российской Федерации", настоящими Правилами и заключаемыми договорами добровольного медицинского страхования.

2.2. Страхователи – юридические лица любой организационно-правовой формы и дееспособные физические лица (российские или иностранные граждане и лица без гражданства), заключившие со Страховщиком Договор страхования.

Страхователи вправе заключать Договоры страхования в пользу третьих лиц (далее по тексту - Застрахованные лица, Застрахованные).

2.3. Застрахованными лицами в соответствии с настоящими Правилами могут быть исключительно иностранные граждане или лица без гражданства, прибывшие в Российскую Федерацию и намеревающиеся осуществлять или осуществляющие трудовую деятельность на территории Российской Федерации на основании разрешения на работу или патента трудового мигранты).

Если Страхователь – физическое лицо, являющиеся иностранным гражданином или лицом без гражданства, прибывшее в Российскую Федерацию и намеревающееся осуществлять или осуществляющее трудовую деятельность на территории Российской Федерации на основании разрешения на работу или патента, заключил Договор страхования своих имущественных интересов, то он является Застрахованным лицом по данному договору.

При заключении договора страхования в отношении лиц в возрасте 50 (пятидесяти) лет и старше Страховщик вправе применить к установленной тарифной ставке повышающие коэффициенты.

Страховщик имеет право отказать в заключении договоров страхования в отношении лиц, которым установлена I или II группы инвалидности.

Раздел 3. ОБЪЕКТ СТРАХОВАНИЯ

Объектами страхования по Договорам, заключенным на условиях настоящих Правил, являются имущественные интересы Страхователя (Застрахованного лица), связанные с:

3.1. Не противоречащие законодательству Российской Федерации имущественные интересы Страхователя (Застрахованного лица), связанные с оплатой организации и оказания первичной медико-санитарной и специализированной медицинской помощи в неотложной форме, лекарственной помощи и иных услуг вследствие расстройства здоровья физического лица или состояния физического лица, требующих организации и оказания таких услуг.

3.2. Не противоречащие законодательству Российской Федерации имущественные интересы Страхователя (Застрахованного лица), связанные с риском возникновения непредвиденных расходов, не относящихся к предпринимательской деятельности, связанных со смертью Застрахованного лица и необходимостью осуществления расходов на транспортировку, репатриацию и/ или оказание ритуальных услуг.

Раздел 4. СТРАХОВЫЕ СЛУЧАИ. СТРАХОВЫЕ РИСКИ.

4.1. Страховым случаем является совершившееся событие, предусмотренное Договором страхования, с наступлением которого возникает обязанность Страховщика произвести страховую выплату Страхователю, Застрахованному лицу, Выгодоприобретателю или иным третьим лицам.

4.1.1. По настоящим Правилам страховым случаем является обращение Застрахованного лица в течение срока действия Договора за получением различных видов платной медицинской и иной помощи, включенных в Программу/Программы добровольного медицинского страхования

(Приложение №1 к настоящим Правилам), в связи с внезапным заболеванием Застрахованного и/или несчастным случаем, произошедшим с Застрахованным лицом, при условии, что указанные события произошли во время действия Договора страхования, во время пребывания Застрахованного лица на территории Российской Федерации, на территории страхования в период действия Договора страхования и повлекли необходимость обращения за медицинскими и иными услугами, включенными в Программу (Приложение 1 к настоящим Правилам). В случае, если это предусмотрено Договором, также признается страховым случаем возникновение непредвиденных расходов на посмертную репатриацию тела Застрахованного лица в объеме, предусмотренном Договором и выбранной Программой/Программами (Приложение 1 к настоящим Правилам);

4.2. Страховым риском является предполагаемое событие, на случай наступления которого проводится страхование. Событие, рассматриваемое в качестве страхового риска, должно обладать признаками вероятности и случайности его наступления.

4.3. Договор страхования может быть заключен по любому из рисков (набору рисков), предусмотренных настоящими Правилами, входящих в Программу страхования (Приложение 1 к настоящим Правилам), а именно:

4.3.1. Обращение Застрахованного лица за первичной медико-санитарной помощью и специализированной медицинской помощью в неотложной форме по направлению Страховщика, которое оказывается Застрахованному лицу при телефонном звонке на медицинский пульт Страховщика или в Сервисную компанию.

При этом Страховщик оплачивает медицинскую помощь в неотложной форме, оказываемую Застрахованному лицу, на территории субъекта Российской Федерации, указанного в Договоре страхования, при наступлении страхового случая в связи с получением травмы, отравлением, внезапным острым заболеванием или обострением хронического заболевания, не представляющими угрозу жизни (в соответствии с ФЗ от 29.11.2010 г. № 326-ФЗ (ред. от 30.12.2015 г.) "Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации", Указанием от 13 сентября 2015 г. № 3793-У ЦБ РФ, ФЗ от 21.11.2011 г. № 323-ФЗ (ред.от29.12.2015) "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации").

Страховщик покрывает расходы на используемые медицинским персоналом при оказании медицинской помощи в неотложной форме в соответствии со стандартами первичной медико-санитарной помощи и специализированной медицинской помощи в рамках Программы страхования трудовых мигрантов, находящихся на территории Российской Федерации лекарственные препараты, включенные в утверждаемый Правительством Российской Федерации перечень жизненно необходимых и важнейших лекарственных препаратов для медицинского применения и медицинских изделий.

4.3.2. Репатриация тела в случае смерти Застрахованного лица:

Страховщик оплачивает расходы на оплату возвращения (посмертную репатриацию) тела (останков) Застрахованного лица из Российской Федерации в страну постоянного проживания Застрахованного лица до транспортного узла на территории постоянного проживания Застрахованного (аэропорта, вокзала, порта) при условии организации посмертной репатриации Сервисной компанией.

Репатриация может быть осуществлена представителем Застрахованного при условии предварительного письменного согласования всех расходов по репатриации с Сервисной компанией или Страховщиком.

По согласованию с родственниками умершего Страхователя (Застрахованного) репатриация останков может быть заменена кремацией на территории страхования и транспортировкой урны с прахом до транспортного узла (аэропорта, вокзала, порта) на территории постоянного проживания Застрахованного лица.

Страховщик оплачивает следующие расходы по посмертной репатриации тела или урны с прахом Застрахованного лица, смерть которого наступила вследствие страхового случая в течение срока страхования на территории страхования, и оплату следующих расходов, согласованных Сервисной компанией и Страховщиком:

4.3.2.1. Расходы по вскрытию и бальзамированию тела; пребыванию тела в морге; по приобретению гроба, требуемого для перевозки тела; оформлению документов, необходимых для перевозки тела до транспортного узла на территории постоянного проживания Застрахованного (аэропорта, вокзала, порта). При этом Страховщик не оплачивает расходы на ритуальные услуги.

4.3.2.2. Расходы на перевозку тела из морга на территории Российской Федерации до транспортного узла на территории постоянного проживания Застрахованного лица (аэропорта, вокзала, порта).

4.4. Перечень страховых рисков, выбранных Страхователем из числа предусмотренных Правилами, входящих в Программу страхования (Приложение 1 к настоящим Правилам) указывается в Договоре страхования.

4.5. Объем медицинской помощи, оказываемой Застрахованному лицу медицинским и иными учреждениями и оплачиваемыми Страховщиком в лечебные и иные учреждения, определяется Договором страхования и выбранной Страхователем Программой/Программами (Приложение 1 к настоящим Правилам).

Раздел 5. СТРАХОВАЯ СУММА.

5.1. Страховой суммой является определенная Договором страхования денежная сумма, исходя из которой устанавливаются размер страховой премии (страховых взносов) и размер страховой выплаты при наступлении страхового случая. Страховая сумма устанавливается в российских рублях в размере не менее 100 000 рублей на каждое Застрахованное лицо на период действия Договора страхования, если иное не предусмотрено законодательством Российской Федерации.

5.2. Страховая сумма, может устанавливаться в виде уменьшаемой страховой суммы, рассчитываемой как разность страховой суммы на начало срока действия Договора страхования и суммы страхового возмещения, осуществляемого Страховщиком в период действия Договора страхования по всем произошедшим страховым случаям (далее - агрегатная страховая сумма). Если агрегатная страховая сумма исчерпана полностью, обязательства Страховщика по Договору страхования считаются исполненными, а сам Договор страхования прекращается. Страховщик обязан уведомить Страхователя и Застрахованное лицо об уменьшении агрегатной страховой суммы в течение пяти рабочих дней с момента уменьшения размера страховой суммы до размера менее чем 10 000 рублей, если иное не предусмотрено законодательством Российской Федерации.

5.3. По желанию Страхователя страховая сумма может быть восстановлена до первоначальной величины или установлена в ином размере, с уплатой соответствующей части страховой премии.

Раздел 6. СТРАХОВАЯ ПРЕМИЯ. СТРАХОВОЙ ТАРИФ

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

Страховая премия уплачивается Страхователем в валюте Российской Федерации.

При заключении конкретного Договора страхования Страховщик применяет рассчитанные им по каждому страховому риску базовые страховые тарифы (Приложение 2 к настоящим Правилам).

6.2. 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.

6.3. Определение размера тарифной ставки. Основываясь на базовых тарифных ставках, Страховщик в каждом конкретном случае при заключении Договора страхования для определения реальной тарифной ставки, вправе применять к базовым тарифным ставкам повышающие и понижающие коэффициенты, указанные в Приложении 2 к настоящим Правилам.

Наличие минимальных и максимальных значений, повышающих/понижающих коэффициентов позволяет Страховщику более полно определить риск возникновения у Страхователя расходов (убытков), возможные факторы риска (возраст и состояние здоровья Застрахованного лица, род занятий, а также иные факторы, влияющие на степень страхового риска) и определять наиболее реальную тарифную ставку по конкретному Договору страхования, что является одним из условий обеспечения финансовой устойчивости Страховщика. При этом Страховщик руководствуется правом, предоставленным ему Гражданским кодексом РФ и Законом РФ "Об организации страхового дела в Российской Федерации" на оценку страхового риска.

6.4. Страховая премия уплачивается единовременно:

- наличными деньгами в кассу Страховщика или его уполномоченному представителю при подписании Договора страхования;

– перечислением на расчетный счет Страховщика при безналичных расчетах в течение 5 (пяти) рабочих дней со дня подписания Договора страхования.

6.5. Страховая премия уплачивается в российских рублях. При страховании с валютным эквивалентом страховая премия в Договоре страхования может быть указана в иностранной валюте, эквивалентом которой является соответствующая сумма в рублях по курсу Центрального банка РФ, установленному для иностранной валюты на день заключения Договора страхования.

6.6. В случае неуплаты Страхователем в установленный Договором страхования срок страховой премии, если стороны не договорились об отсрочке уплаты страховой премии путем заключения дополнительного соглашения к договору, Договор страхования считается не вступившим в силу и обязательства у Страховщика по Договору страхования не возникают, если иное не предусмотрено Договором страхования.

Раздел 7. СТРАХОВАЯ ВЫПЛАТА

7.1. При заключении Договора страхования Страховщик информирует Получателя страховых услуг об адресах мест приема документов при наступлении событий, имеющих признаки страхового случая, в том числе о возможности приема таких документов в электронной форме, если такая возможность предусмотрена условиями Договора страхования или настоящих Правил страхования. При изменении таких адресов Страховщик своевременно информирует Получателей страховых услуг на своем официальном сайте, а также непосредственно Получателя страховых услуг при его обращении. В случае невозможности информирования Получателя страховых услуг до наступления события, имеющего признаки страхового случая, об адресах приема документов при наступлении таких событий, Страховщик обеспечивает своевременное получение указанных сведений посредством телефонной связи, по электронной почте, а также иным способом, в случае указания его в Договоре страхования, при обращении Получателя страховых услуг.

7.2. Страховая выплата осуществляется в следующем порядке:

7.2.1. В случае если Застрахованное лицо пользовалось услугами, организованными Страховщиком или Сервисной компанией, Страховщик оплачивает выставленные лечебными учреждениями или Сервисной компанией счета по возмещению расходов, связанных с урегулированием страхового случая.

7.2.2. В случае получения не согласованных со Страховщиком/Сервисной компанией медицинских услуг, а также осуществления любых несогласованных расходов, Страховщик вправе отказать в возмещении расходов Застрахованного лица.

7.2.3. В случае если Застрахованное лицо самостоятельно оплатило предварительно согласованные со Страховщиком/Сервисной компанией расходы по страховому случаю, Страховщик возмещает эти расходы Застрахованному лицу.

7.3. Для получения страховой выплаты Страхователь (Застрахованное лицо, Выгодоприобретатель) в течение 30 (тридцати) календарных дней с момента получения медицинской услуги предоставляет Страховщику следующие документы:

– Документ, удостоверяющий личность;

– Договор (полис) страхования (Приложение 3 к настоящим Правилам);

– Письменное заявление / обращение о случившемся с приложением полных банковских реквизитов (при выборе безналичной формы оплаты). Если Застрахованное лицо не обращался к Страховщику - заявление с обоснованием причин не обращения;

– Медицинские документы, содержащие сведения о диагнозе, дате и состоянии здоровья Застрахованного при обращении за помощью, о проведенных медицинских манипуляциях, лабораторных и инструментальных методов обследования, продолжительности лечения;

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

– Документы, подтверждающие факт оплаты представленных счетов;

– Документы, подтверждающие факт оплаты счетов за репатриацию, в том числе справку о смерти с указанием причины, свидетельство о смерти, счета организаций, осуществляющих транспортировку с разбивкой по датам и стоимости оказанных услуг, иные документы, подтверждающие оказание услуги;

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

7.4. Принятие решения о признании случая страховым и осуществлении страховой выплаты или решения об отказе в страховой выплате в случае отсутствия правовых оснований для осуществления страховой выплаты (далее – Решение об отказе) Страховщик осуществляет в течение 14 (четырнадцати) рабочих дней после получения заявления Страхователя (Выгодоприобретателя) и всех документов, необходимых для осуществления страховой выплаты.

Срок принятия решения о признании события страховым и осуществлении страховой выплаты или решения об отказе в страховой выплате исчисляется со дня, следующего за днем получения Страховщиком заявления о страховой выплате и всех предусмотренных настоящими Правилами страхования или Договором страхования документов (последнего из необходимых и надлежащим образом оформленных документов, предусмотренных настоящими Правилами страхования и (или) Договором страхования), необходимых для принятия Страховщиком решения об осуществлении страховой выплаты.

Страховщик вправе проводить проверку предоставленных Застрахованным лицом документов. Для получения более полной информации о наступившем событии Страховщик вправе потребовать предоставления Застрахованным лицом необходимой дополнительной информации о причинах и обстоятельствах страхового случая. Страховщик также вправе запрашивать сведения, связанные с наступившим страховым случаем, у медицинских учреждений и других организаций, располагающих информацией о наступившем событии, а также самостоятельно выяснять причины и обстоятельства, связанные с его возникновением, расходами и убытками Застрахованного лица, и проводить медицинское освидетельствование Застрахованного лица врачом Страховщика.

При необходимости к работе по определению причин страхового случая и размера убытков могут быть привлечены независимые эксперты, оплата услуг которых осуществляется требующей стороной.

Если получателем страховой выплаты не является лицо, обратившееся к Страховщику с заявлением на страховую выплату, такое лицо (или получатель страховой выплаты) обязано предоставить Страховщику документ, удостоверяющий личность получателя выплаты. В этом случае срок принятия решения начинает исчисляться со дня не ранее даты получения Страховщиком данного документа.

7.5. При принятии решения о признании случая страховым и осуществлении страховой выплаты Страховщик в срок, указанный в п. 7.4 настоящих Правил, составляет страховой акт, в котором указываются обстоятельства страхового случая, обоснование произведенных расчетов размера причиненных убытков /фактически понесенных расходов Страхователя (Застрахованного лица)/, размер суммы страхового возмещения, подлежащей выплате Страхователю.

Страховая выплата осуществляется в течение 30 (тридцать) рабочих дней после составления Страховщиком страхового акта, если иной срок не установлен Договором страхования.

Если лицо, обратившееся за страховой выплатой, не предоставило Страховщику банковские реквизиты, а также другие сведения, необходимые для осуществления страховой выплаты в безналичном порядке, Страховщик вправе продлить (приостановить) срок осуществления страховой выплаты до получения Страховщиком указанных сведений. В этом случае Страховщик обязан уведомить обратившееся лицо о факте приостановки и запросить у него недостающие сведения.

7.6. При принятии Страховщиком в срок, указанный в п. 7.4 настоящих Правил, Решения об отказе в осуществлении страховой выплаты, Страховщик в течение 3 (трех) рабочих дней после принятия Решения об отказе информирует Застрахованное лицо в письменной форме об основаниях принятия такого решения со ссылками на нормы права и (или) условия Договора страхования и настоящих Правил страхования, на основании которых принято решение об отказе. Указанная информация предоставляется в том объеме, в каком это не противоречит действующему законодательству РФ.

7.7. Страховщик вправе отказать в страховой выплате, если Страхователь (Застрахованное лицо):

7.7.1. Произвел расходы, не согласованные с Сервисной компанией или Страховщиком до начала лечения, за исключением чрезвычайных случаев, когда Застрахованное лицо не могло обратиться в Сервисную компанию по состоянию здоровья (нахождение без сознания и т.п.) или в связи с внешними чрезвычайными обстоятельствами (отсутствие или неисправность связи и т. п.), подтвержденными документально.

7.7.2. Содействовал увеличению размера расходов, подлежащих возмещению Страховщиком в связи со страховым случаем, либо не принял разумных и доступных ему мер к их уменьшению.

7.7.3. Получил соответствующее возмещение ущерба от лица, виновного в причинении этого ущерба.

7.8. В случае возникновения споров между сторонами о причинах и/или размере ущерба каждая из сторон Договора страхования имеет право потребовать проведения независимой экспертизы. Оплата услуг независимых экспертов производится за счет пригласившей такого эксперта стороны.

Раздел 8. ОБЩИЕ ИСКЛЮЧЕНИЯ ИЗ ПРАВИЛ

8.1. В соответствии с настоящими Правилами по Договорам страхования, если иное прямо не указано в Договоре страхования, не являются страховыми случаями события, при которых:

8.1.1. Страхователь (Застрахованное лицо) намеренно причинил вред своему здоровью, предпринял суицидальные попытки и иные умышленные действия, направленные на наступление страхового случая;

8.1.2. Страхователь (Застрахованное лицо) осознанно подверг свою жизнь и здоровье неоправданному/повышенному риску (за исключением случаев спасения жизни другому человеку, что должно быть подтверждено документами соответствующих органов);

8.1.3. Застрахованным лицом была допущена грубая неосторожность, в том числе, но, не ограничиваясь этим, нарушения правил поведения, безопасности или распорядка на территории/месте временного пребывания/трудовой деятельности;

8.1.4. Застрахованное лицо находилось в состоянии алкогольного (более 0,33 промилле алкоголя в крови), наркотического и/или токсического опьянения или под воздействием психотропных и токсических веществ;

8.2. В рамках настоящих Правил не подлежат возмещению расходы, если иное не предусмотрено Договором страхования.

8.2.1. Возникшие в результате наступления форс-мажорных обстоятельств, таких как война, военные действия, а также манёвры или иные военные мероприятия и их последствия, забастовки, революции, мятежи, восстания, гражданские волнения, народные волнения всякого рода и массовые беспорядки, акты терроризма и их последствия; стихийные бедствия и их последствия, эпидемии, метеоусловия, ядерный взрыв, прямое или косвенное воздействие радиации, радиоактивного или иного вида заражения, любые виды чрезвычайных ситуаций (катастроф и т.п.), и других обстоятельств непреодолимой силы, а также случаев, предусмотренных законодательством РФ и законодательством страны поездки.

Раздел 9. СОБЫТИЯ, НЕ ЯВЛЯЮЩИЕСЯ СТРАХОВЫМИ СЛУЧАЯМИ. РАСХОДЫ, НЕ ПОДЛЕЖАЩИЕ ВОЗМЕЩЕНИЮ

В соответствии с настоящими Правилами, не являются страховыми случаями (если иное не предусмотрено Договором страхования) обращения по следующим основаниям:

9.1. В случае заболевания, или расстройства здоровья хронического и рецидивирующего характера, их осложнения, имевшиеся до начала срока страхования или начавшиеся до приезда на территорию страхования, не требующие экстренной или неотложной медицинской помощи;

9.2. В случае заболевания/состояния, или несчастного случая, по которым уже проводилось лечение на территории страхования и в период действия Договора (полиса) страхования, не согласованное с Сервисной компанией или Страховщиком;

9.3. В случае заболевания, или расстройства здоровья, развившихся вследствие нарушений Застрахованным лицом правил профилактики заболеваний, невыполнения или ненадлежащего выполнения предписаний лечащего врача, а также вследствие самолечения и/или приема медицинских препаратов, не назначенных указанным врачом;

9.4. В случае приезда в РФ Застрахованного лица с намерением получить медицинскую помощь;

9.5. В соответствии с настоящими Правилами, не подлежат возмещению (если иное не предусмотрено Договором) следующие расходы:

9.5.1. Расходы по оказанию медицинских услуг:

– по оказанию Застрахованному лицу медицинской помощи в экстренной форме;

– по оказанию Застрахованному лицу медицинской помощи, не назначенной врачом, оказывающим медицинскую помощь в рамках программы страхования;

– по оказанию Застрахованному лицу медицинской помощи при особо опасных инфекционных болезнях (натуральная оспа, полиомиелит, малярия ТОРС), заболеваниях, включенных в утверждаемый Правительством Российской Федерации перечень заболеваний, представляющих опасность для окружающих, а также при злокачественных новообразованиях, сахарном диабете, психических расстройствах и расстройствах поведения в соответствии с частью 2 статьи 43 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации";

– по оказанию Застрахованному лицу высокотехнологичной медицинской помощи;

– по оказанию Застрахованному лицу плановой медицинской помощи;

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

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

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

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

– связанных с беременностью, родами, послеродовым периодом и абортами Застрахованного лица.

9.5.2. Расходы на прочие услуги:

– уход и/или лечение Застрахованного лица родственниками и любыми лицами, не согласованными с Сервисной компанией или Страховщиком;

– расходы, связанные с предоставлением дополнительного комфорта (палаты типа "люкс", прочие услуги);

– любые услуги, не подтвержденные соответствующими документами (счет, квитанция, чек).

9.5.3. В соответствии с настоящими Правилами, не подлежат возмещению расходы Застрахованного лица в случае добровольного отказа:

– от назначенных сервисным центром или Страховщиком схем организации помощи;

– от выполнения предписаний лечащего врача, полученных им в связи с обращением по поводу страхового случая;

– от эвакуации до транспортного узла (аэропорта, вокзала, порта) города, где Застрахованное лицо постоянно проживает;

– от организации перевода в другое лечебное учреждение, предложенное Сервисной компанией.

Раздел 10. ДОГОВОР СТРАХОВАНИЯ

10.1. По Договору страхования, заключенному на основании настоящих Правил, Страховщик обязуется за обусловленную Договором страхования плату (страховую премию) при наступлении предусмотренного в Договоре страхования события (страхового случая), произвести страховую выплату в соответствии с условиями настоящих Правил и Договора страхования.

10.2. Порядок заключения и исполнения Договора страхования:

10.2.1. Для заключения Договора страхования Страхователь обращается к Страховщику (или его представителю) с заявлением (устным или письменным), в котором сообщает все данные, необходимые для Договора (полиса) страхования и предоставляет паспорт или иной документ, удостоверяющий личность Страхователя.

До заключения Договора страхования Страхователь должен быть ознакомлен с ключевым информационным документом (далее по тексту - КИД), настоящими Правилами и выбранной Программой/Программами (Приложение 1 к настоящим Правилам).

Ознакомление Страхователя с КИД, настоящими Правилами, выбранной Программой/Программами и иными необходимыми документами и информацией может осуществляться путем указания на официальном сайте страхового агента ссылок на документы, размещенные на официальном сайте Страховщика, либо посредством использования двухмерного штрихового кода (QR-кода).

Получение от Страхователя подтверждения ознакомления его с КИД, Правилами и выбранной Программой/Программами, подписанного простой электронной подписью Страхователя с соблюдением требований Федерального закона от 06.04.2011 № 63-ФЗ «Об электронной подписи» может осуществляться путем направления на номер мобильного телефона Страхователя кода и внесения кода в информационную систему Страховщика и/или страхового агента, который подтверждает факт формирования простой электронной подписи Страхователя.

Внесение в информационную систему Страховщика и/или страхового агента такого кода, мобильного телефона Страхователя, является подтверждением ознакомления Страхователя с КИД, настоящими Правилами и условиями страхования (выбранной Программой/Программами).

10.2.2 При заключении Договора страхования между Страхователем и Страховщиком должно быть достигнуто соглашение:

1) о застрахованном лице;

2) о характере события, на случай наступления которого в жизни застрахованного лица осуществляется страхование (страхового случая);

3) о размере страховой суммы;

4) о сроке действия договора.

10.2.3. Договор (полис) страхования должен содержать, в т. ч. следующие сведения:

10.2.3.1. Сведения о Страхователе:

а) в случае если страхователем является 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 гражданина (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));

б) в 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 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));

- 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;

в) в случае если страхователем является 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.

10.2.3.2. Информацию о Застрахованном лице:

- фамилия, имя, отчество (последнее - при наличии) на русском языке, а также дополнительно 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 удостоверяющего личность Застрахованного лица документа, предусмотренного федеральным законом или признаваемого в соответствии с международным договором Российской Федерации в качестве документа, удостоверяющего личность иностранного гражданина или лица без гражданства;

- адрес места жительства (регистрации) или адрес места пребывания на территории Российской Федерации;

- гражданство (при наличии);

- контактная информация (телефон, адрес электронной почты (при наличии)).

10.2.3.3. 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 страхования.

10.2.3.4. Реквизиты Договора (полиса) страхования:

серия и номер бланка Договора (полиса) страхования;

номер средства визуального контроля.

10.2.3.5. Дату заполнения Договора (полиса) страхования.

10.2.3.6. Срок действия Договора (полиса) страхования.

10.2.3.7. Территорию действия Договора (полиса) страхования.

10.2.3.8. Размер страховой суммы.

10.2.3.9. Подпись Страхователя.

10.2.4. При заключении Договора страхования Страхователь дает свое согласие на обработку (сбор, систематизацию, накопление, хранение, уточнение, обновление, изменение, распространение, передачу, обезличивание, блокирование и уничтожение) в течение срока действия Договора страхования своих персональных данных, осуществляемую Страховщиком в целях заключения и исполнения Договора страхования.

При этом такое согласие действует без ограничения срока и может быть отозвано в любой момент времени путем передачи Страховщику подписанного Страхователем письменного уведомления.

Страхователь несет персональную ответственность за предоставление согласия физических лиц – Застрахованных лиц и Выгодоприобретателей, указанных в Договоре страхования, на обработку Страховщиком их персональных данных.

10.2.5. При заключении Договора страхования Застрахованное лицо освобождает врачей от обязательств конфиденциальности перед Страховщиком.

10.2.6. Договор страхования заключается в письменной форме путем составления одного документа, либо вручения Страховщиком Страхователю на основании его письменного или устного Заявления Договора (полиса) страхования, подписанного Страховщиком или его уполномоченным представителем.

В соответствии Гражданским кодексом Российской Федерации (ст.160) Договор (полис) страхования может быть удостоверен факсимильной подписью Страховщика.

Согласие Страхователя (Застрахованного лица) заключить Договор страхования на предложенных Страховщиком условиях и с факсимильной подписью Страховщика подтверждается принятием от Страховщика Полиса, удостоверяется подписью Страхователя в Полисе и/или уплатой страховой премии.

Договор страхования, а также изменения и дополнения к нему и соглашение о расторжении Договора страхования должны быть заключены сторонами в письменной форме и подписаны уполномоченными сторонами.

Договор страхования может быть также заключен путем составления одного электронного документа, подписанного сторонами, или обмена электронными документами либо иными данными в соответствии с правилами абзаца второго пункта 1 статьи 160 Гражданского кодекса РФ.

Обмен информацией в электронной форме, необходимой для заключения, изменения, досрочного прекращения Договора страхования в виде электронного документа, осуществляется с использованием официальных сайтов Страховщика, страхового агента, страхового брокера в информационно-телекоммуникационной сети "Интернет" или мобильных приложений Страховщика, страхового агента, осуществляющих автоматизированные создание и отправку информации в информационную систему Страховщика.

Договор страхования, составленный в виде электронного документа, считается заключенным Страхователем на предложенных Страховщиком условиях с момента уплаты Страхователем страховой премии (страхового взноса). Страхователь уплачивает страховую премию (страховой взнос) после ознакомления с условиями, содержащимися в Договоре страхования и в настоящих Правилах, подтверждая тем самым свое согласие заключить Договор страхования в виде электронного документа на предложенных Страховщиком условиях.

10.2.7. По желанию Страхователя вместе с Договором страхования ему может быть выдан страховой полис.

При участии страхового агента в обмене информацией между Страховщиком и Страхователем в электронной форме страховой полис может быть выдан Страхователю путем направления в его личный кабинет специализированного мобильного приложения «Амина» страхового полиса в электронной форме, подписанного усиленной квалифицированной подписью Страховщика.

По требованию Страхователя (Застрахованного лица) Страховщик предоставляет распечатанные на бумажном носителе и заверенные им копии электронных документов без взимания дополнительной платы.

10.2.8. Страховщик при вручении (пересылке) Договора (полиса) страхования обеспечивает получение Страхователем или в предусмотренных Стандартами случаях Застрахованным лицом памятки с информацией в объеме, установленном действующим законодательством, Стандартами и внутренними документами Страховщика (далее – "Памятка" – Приложение 6 к настоящим Правилам страхования).

10.2.9. В случае утраты страхового полиса в течение срока действия Договора страхования Страхователю на основании его заявления в письменной форме выдается дубликат страхового полиса, после чего утраченный страховой полис считается аннулированным и страховые выплаты по нему не производятся.

10.2.10. Договор страхования исполняется сторонами в соответствии с законами Российской Федерации, иными нормативными правовыми актами и настоящими Правилами страхования.

10.2.11. Для соблюдения требований действующего законодательства РФ в целях противодействия легализации (отмыванию) доходов, полученных преступным путем, и финансированию терроризма Страховщик осуществляет идентификацию Получателей страховых услуг (их представителей) до приема на обслуживание и при урегулировании требований о страховой выплате.

До приема на обслуживание Страховщик обеспечивает идентификацию Страхователя, Выгодоприобретателя или их представителей. На стадии урегулирования требований о страховой выплате обеспечивается идентификация лица, обратившегося к Страховщику с заявлением о получении страховой выплаты (Выгодоприобретателя, Страхователя, Застрахованного лица, или их представителей), а также получателя страховой выплаты.

При проведении идентификации Страховщик вправе требовать от Получателя страховых услуг документы, удостоверяющие личность, учредительные документы, документы о государственной регистрации юридического лица (индивидуального предпринимателя), а также иные документы, предусмотренные действующим законодательством РФ и нормативными актами Банка России.

10.2.12. Вопросы, не урегулированные настоящими Правилами, определяются в соответствии с требованиями законодательства Российской Федерации.

Если после заключения Договора страхования принят закон, устанавливающий обязательные для сторон правила иные, чем те, которые действовали при заключении Договора страхования, условия заключенного Договора сохраняют силу, кроме случаев, когда в законе установлено, что его действие распространяется на отношения, возникшие из ранее заключенных договоров.

10.3. Действие Договора страхования.

10.3.1. Договор страхования заключается сроком на один год, если договором не предусмотрено иное.

При заключении договора страхования на срок менее одного страховая премия рассчитывается в проценте от ее годового размера (при этом неполный месяц принимается за полный; при страховании на срок от 0 до 3-х месяцев-40%; при страховании на срок от 3-х до 6-и месяцев - 65%; от 7-и до 12-и месяцев-100%.

При страховании на срок более одного года:

– в случае страхования на несколько лет общая страховая премия по Договору страхования в целом устанавливается как сумма страховых взносов за каждый год;

– в случае страхования на год (несколько лет) и несколько месяцев страховая премия за указанные месяцы определяется как часть страхового взноса за год пропорционально полным месяцам последнего страхового периода, наступающего после окончания последнего полного календарного года, прошедшего с начала действия Договора страхования.

10.3.2. Договор страхования, если в нем не предусмотрено иное, вступает в силу со дня уплаты страховой премии. Договор страхования может содержать условие о вступлении его в силу не ранее даты начала действия разрешения на работу или патента.

10.4. Договор страхования прекращается досрочно в случаях:

10.4.1. Ликвидации Страхователя, являющегося юридическим лицом, или смерти Страхователя, являющегося физическим лицом, кроме случаев правопреемства или замены Страхователя в Договоре страхования с согласия Страховщика (с момента регистрации решения

участников (акционеров) Страхователя в соответствующем органе исполнительной власти; со дня смерти Страхователя);

10.4.2. Расторжения Договора страхования по соглашению сторон в порядке, предусмотренном Гражданским кодексом Российской Федерации.

Раздел 11. ПРАВА И ОБЯЗАННОСТИ СТОРОН

11.1. Страховщик имеет право:

11.1.1. Проверять сообщаемую Страхователем информацию, а также выполнение условий Договора страхования;

11.1.2. Требовать изменений условий Договора или доплаты страховой премии в случае увеличения страхового риска;

11.1.3. Самостоятельно выяснять причины и обстоятельства события, имеющего признаки страхового случая; при необходимости запрашивать сведения у компетентных органов, проводить проверку предоставленных документов;

11.1.4. Отсрочить принятие решения о страховой выплате (об отказе в страховой выплате) на срок не более 30 (тридцати) календарных дней (с обязательным письменным уведомлением об этом Страхователя/Застрахованного лица) в случаях:

– возникновения сомнений в достоверности предоставленных документов;

11.1.5. При форс-мажорных обстоятельствах отказаться от выполнения обязательств по Договору страхования или изменить срок их выполнения, если иное не оговорено в Договоре страхования.

11.2. Страховщик обязан:

11.2.1. По требованиям Страхователя (Выгодоприобретателя), а также лиц, имеющих намерение заключить договор страхования, разъяснять положения, содержащиеся в Правилах страхования и Договорах страхования, предоставлять информацию о расчетах, производимых в случае изменения в течение срока действия договора страхования страховой суммы, о расчетах страховой выплаты; вручить ему один экземпляр Правил страхования, на основании которых заключается Договор страхования;

11.2.2. Обеспечить конфиденциальность в отношениях со Страхователем (Застрахованным лицом) за исключением случаев, предусмотренных действующим законодательством Российской Федерации;

11.2.3. Соблюдать требования страхового законодательства, условия настоящих Правил и Договора страхования;

11.2.4. раскрывать и доводить (предоставлять) информацию Получателю страховых услуг в объеме и порядке, установленном действующим законодательством РФ и Правилами страхования;

11.2.5. уведомлять Страхователя о дополнительных условиях (в частности, о медицинском освидетельствовании лица, в отношении которого заключается Договор страхования) и о порядке их выполнения в случаях, когда Страховщик устанавливает такие дополнительные условия для заключения Договора страхования;

11.2.6. по запросу Страхователя один раз по одному Договору страхования бесплатно предоставить Страхователю заверенный Страховщиком расчет суммы страховой премии (части страховой премии), подлежащей возврату в связи с расторжением или досрочным прекращением Договора страхования. К указанному расчету по запросу Страхователя прилагаются пояснения в устной или письменной форме со ссылками на нормы права и (или) условия Договора страхования и настоящих Правил страхования, на основании которых произведен расчет;

11.2.7. по запросу Страхователя, позволяющему подтвердить факт его получения Страховщиком, предоставлять ему копии Договора (полиса) страхования и иных документов, являющихся неотъемлемой частью Договора страхования, за исключением информации, не подлежащей разглашению (персональные данные других застрахованных лиц, данные об уплаченных премиях по коллективным договорам страхования, условия страхования других категорий застрахованных лиц и пр.). Страховщик обязан предоставить Страхователю копии указанных документов по действующим договорам страхования бесплатно один раз;

11.2.8. по письменному запросу Выгодоприобретателя (Застрахованного лица) в срок, не превышающий 30 (тридцати) календарных дней, предоставить документы (в том числе копии

документов и (или) выписки из них), обосновывающие решение об отказе, бесплатно один раз по одному событию, за исключением документов, которые свидетельствуют о возможных противоправных действиях получателя страховых услуг, направленных на получение страховой выплаты.

11.3. Страхователь имеет право:

11.3.1. Досрочно расторгнуть Договор страхования в порядке, предусмотренном действующим законодательством Российской Федерации и настоящими Правилами, при наличии аннулированной визы иностранного государства, если такая виза выдавалась;

11.3.2. Получить дубликат страхового полиса в случае его утраты;

11.3.3. Получить у Страхователя или непосредственно у Страховщика (его страхового агента или иного уполномоченного представителя) Памятку, страховой полис, программу и Правила страхования, на основании которых заключен Договор страхования;

11.4. Страхователь обязан:

11.4.1. При заключении Договора страхования сообщить Страховщику обо всех известных ему обстоятельствах, имеющих существенное значение для оценки страхового риска;

11.4.2. Уплатить страховую премию в порядке и сроки, определенные Договором страхования;

11.4.3. Обеспечить своевременное вручение Застрахованным лицам страховых полисов, иной страховой документации и довести до сведения Застрахованных лиц положения настоящих Правил и условия Договора страхования;

11.4.4. В период действия страхования 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;

11.4.5. При наличии аналогичных договоров страхования с другими страховыми компаниями незамедлительно сообщить об этом Страховщику.

11.5. Застрахованное лицо обязано:

11.5.1. Принимать все возможные меры в целях предотвращения наступления страхового случая;

11.5.2. Немедленно (как только появилась такая возможность) уведомить о страховом случае Сервисную компанию/Страховщика и строго следовать их указаниям;

11.5.3. Приложить все усилия по уменьшению размера убытков, причиненных при наступлении события;

11.5.4. Не принимать на себя никаких обязательств в отношении признания ответственности, не предлагать и не обещать оплату любых услуг без предварительного согласования с Сервисной компанией/Страховщиком;

11.5.5. При оказании медицинской помощи освободить лечащих врачей от обязанности хранить врачебную тайну перед Страховщиком; по требованию Страховщика предоставить всю необходимую медицинскую документацию в связи со страховым событием;

11.5.6. По требованию Страховщика пройти медицинское обследование;

11.5.7. Обеспечить все возможные доказательства факта страхового случая, а также связанных с ним любых разумных и целесообразных расходов

11.5.8. Обеспечить сохранность Договора (полиса) страхования и документов, связанных со страховым случаем.

Раздел 12. ДЕЙСТВИЯ СТОРОН ПРИ НАСТУПЛЕНИИ СТРАХОВОГО СЛУЧАЯ

12.1. При наступлении страхового случая Застрахованное лицо (его представитель) обязано незамедлительно (до получения медицинской и /или иной необходимой помощи) связаться с Сервисной компанией и/или Страховщиком по указанному в Договоре (полисе) страхования телефону и проинформировать диспетчера о случившемся, сообщив при этом следующие данные:

- фамилию, имя Застрахованного лица;
- номер страхового полиса;
- сообщить о состоянии здоровья;
- местонахождение и номер телефона для обратной связи.

12.2. После получения информации о страховом случае Сервисная компания или Страховщик организует оказание необходимой помощи Застрахованному лицу и оплачивает связанные с этим расходы. При этом Застрахованное лицо (его представитель) обязано строго следовать указаниям Сервисной компании или Страховщика.

Расходы на первичный телефонный звонок в Сервисную компанию возмещаются Застрахованному лицу при предъявлении подтверждающих документов (оригинал счета за телефонный звонок, заверенный выдавшей его организацией).

Раздел 13. ИСКОВАЯ ДАВНОСТЬ. ПОРЯДОК РАЗРЕШЕНИЯ СПОРОВ

13.1. В случае поступления претензии от Получателя страховых услуг (Страхователя, Выгодоприобретателя) ввиду возникновения спора, связанного с исполнением Договора страхования, Страховщик обязан обеспечить рассмотрение такой претензии в порядке, установленном законом и (или) определенном в Договоре страхования.

13.2. Иск по требованиям, вытекающим из Договора страхования, заключенного в соответствии с настоящими Правилами, может быть предъявлен в сроки, предусмотренные гражданским законодательством Российской Федерации.

13.3. Споры, возникающие при исполнении условий Договора страхования, разрешаются сторонами в процессе переговоров. Если соглашения между сторонами не будет достигнуто, спор передается на рассмотрение суда в порядке, предусмотренном законодательством Российской Федерации.

Приложение 1
к Правилам добровольного медицинского страхования трудовых мигрантов, находящихся на территории Российской Федерации

Программы добровольного медицинского страхования трудовых мигрантов, находящихся на территории Российской Федерации

ПРОГРАММА №1

"БАЗОВАЯ ПРОГРАММА"

1. Первичная медико-санитарная помощь и специализированная медицинская помощь в неотложной форме

Все медицинские услуги оказываются при наступлении острых состояний, обострении хронических состояний, нуждающихся в оказании неотложной медицинской помощи в соответствии с ФЗ от 29.11.2010 г. № 326-ФЗ "Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации", Указанием от 13 сентября 2015 г. № 3793-У ЦБ РФ.
Неотложная медицинская помощь - оказывается при внезапных острых заболеваниях, состояниях, обострении хронических заболеваний без явных признаков угрозы жизни пациента (ФЗ от 21.11.2011 г. № 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации").

1.1 Амбулаторная первичная медико-санитарная помощь:

- Включает в себя мероприятия диагностике, лечению заболеваний.
- Первичная медико-санитарная помощь включает в себя первичные приемы врачей и необходимые исследования в неотложной форме по медицинским показаниям, выполняемые в амбулаторных условиях.

1.2 Стоматологическая помощь первичная медико-санитарная помощь:

- Купирование острой боли.
- Удаление зубов в целях снятия острой зубной боли с использованием местной анестезии.

1.3 Специализированная медицинская помощь:

- Оказывается врачами-специалистами и включает в себя диагностику и лечение заболеваний и состояний требующих использования специальных методов
- Специализированная медицинская помощь оказывается в неотложной форме по медицинским показаниям в условиях стационара.

2. НЕ ОПЛАЧИВАЕТСЯ СТРАХОВЩИКОМ:

2.1 Медицинские услуги при обращении Застрахованного лица в случае:

- В случае заболевания или расстройства здоровья хронического и рецидивирующего характера, их осложнения, имевшиеся до начала срока страхования или начавшиеся до приезда на территорию страхования, не требующие экстренной или неотложной медицинской помощи;
- В случае заболевания или несчастного случая, по которым уже проводилось лечение на территории страхования и в период действия Договора (полиса) страхования, не согласованное с Сервисным центром/Страховщиком;
- В случае заболевания или расстройства здоровья, развившихся вследствие нарушений Застрахованным лицом правил профилактики заболеваний, невыполнения или ненадлежащего выполнения предписаний лечащего врача, а также вследствие самолечения и/или приема медицинских препаратов, не назначенных указанным врачом;

- В случае поездки, осуществленной Застрахованным лицом с намерением получить медицинскую помощь.

2.2 Не подлежат возмещению следующие расходы:

Расходы по оказанию медицинских услуг:

- **по оказанию Застрахованному лицу медицинской помощи в экстренной форме;**
- по оказанию Застрахованному лицу медицинской помощи, не назначенной врачом, оказывающим медицинскую помощь в рамках программы страхования;
- по оказанию Застрахованному лицу медицинской помощи при особо опасных инфекционных болезнях (натуральная оспа, полиомиелит, малярия ТОРС), заболеваниях, включенных в утверждаемый Правительством Российской Федерации перечень заболеваний, представляющих опасность для окружающих , а также при злокачественных новообразованиях, сахарном диабете, психических расстройствах и расстройствах поведения в соответствии с частью 2 статьи 43 Федерального закона от 21 ноября 2011 года № 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации";
- по оказанию Застрахованному лицу высокотехнологичной медицинской помощи;
- по оказанию Застрахованному лицу медицинской помощи при патологических состояниях, отравлениях и травмах, возникших у Застрахованного лица в состоянии алкогольного опьянения или под воздействием иных психоактивных веществ и (или) лекарственных препаратов, употребленных без назначения врача;
- по оказанию Застрахованному лицу медицинской помощи при возникновении травматических повреждений или иных нарушений здоровья, наступивших в результате совершения Застрахованным лицом умышленных противоправных действий;
- по оказанию Застрахованному лицу медицинской помощи при покушении Застрахованного лица на самоубийство, за исключением тех случаев, когда Застрахованное лицо было доведено до такого состояния противоправными действиями третьих лиц;
- по оказанию медицинской помощи при умышленном причинении себе телесных повреждений Застрахованным лицом;
- связанных с беременностью, родами, послеродовым периодом и абортами Застрахованного лица.

3. ПОРЯДОК ПОЛУЧЕНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

Полис действует на указанной в Договоре (полисе) территории страхования.

3.1 При необходимости получения медицинской помощи Застрахованное лицо должно обратиться для согласования объема услуг в круглосуточную медицинскую диспетчерскую службу по телефону, указанному в Договоре (полисе) страхования.

Диспетчеру необходимо назвать:

• номер страхового полиса;

• ФИО Застрахованного лица.

3.2. При обращении за неотложной медицинской помощью Застрахованному лицу необходимо предъявить:

• Полис;

• Паспорт или иное удостоверение личности с фотографией.

ВНИМАНИЕ:

Передавать документы незастрахованному лицу для получения им медицинской помощи запрещено! При выявлении факта передачи настоящего Полиса незастрахованному лицу с целью получения им медицинской помощи, Страховщик имеет право расторгнуть настоящий Полис с соответствующим уведомлением миграционной службы региона.

ПРОГРАММА №2

"ПРОГРАММА ОКАЗАНИЯ АМБУЛАТОРНО ПОЛИКЛИНИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ"

1. Первичная медико-санитарная помощь в неотложной форме

Все медицинские услуги оказываются при наступлении острых состояний, обострении хронических состояний, нуждающихся в оказании неотложной медицинской помощи в соответствии с ФЗ от 29.11.2010 г. № 326-ФЗ (в ред. от 30.12.2015 г.) "Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации", Указанием от 13 сентября 2015 г. № 3793-У ЦБ РФ.

Неотложная медицинская помощь - оказывается при внезапных острых заболеваниях, состояниях, обострении хронических заболеваний без явных признаков угрозы жизни пациента (ФЗ от 21.11.2011 г. № 323-ФЗ (в ред. от 29.12.2015 г.) "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации").

1.1 Амбулаторная первичная медико-санитарная помощь:

- Включает в себя мероприятия диагностике, лечению заболеваний.
- Первичная медико-санитарная помощь включает в себя первичные приемы врачей и необходимые исследования в неотложной форме по медицинским показаниям, выполняемые в амбулаторных условиях.

2. НЕ ОПЛАЧИВАЕТСЯ СТРАХОВЩИКОМ:

2.1 Медицинские услуги при обращении Застрахованного лица в случае:

- В случае заболевания или расстройства здоровья хронического и рецидивирующего характера, их осложнения, имевшиеся до начала срока страхования или начавшиеся до приезда на территорию страхования, не требующие экстренной или неотложной медицинской помощи;
- В случае заболевания или несчастного случая, по которым уже проводилось лечение на территории страхования и в период действия Договора (полиса0 страхования, не согласованное с Сервисным центром/Страховщиком;
- В случае заболевания или расстройства здоровья, развившихся вследствие нарушений Застрахованным лицом правил профилактики заболеваний, невыполнения или ненадлежащего выполнения предписаний лечащего врача, а также вследствие самолечения и/или приема медицинских препаратов, не назначенных указанным врачом;
- В случае поездки, осуществленной Застрахованным лицом с намерением получить медицинскую помощь.

2.2 Не подлежат возмещению следующие расходы:

Расходы по оказанию медицинских услуг:

- **по оказанию Застрахованному лицу медицинской помощи в экстренной форме;**
- по оказанию Застрахованному лицу медицинской помощи, не назначенной врачом, оказывающим медицинскую помощь в рамках программы страхования;
- по оказанию Застрахованному лицу медицинской помощи при особо опасных инфекционных болезнях (натуральная оспа, полиомиелит, малярия ТОРС), заболеваниях, включенных в утверждаемый Правительством Российской Федерации перечень заболеваний, представляющих опасность для окружающих , а также при злокачественных новообразованиях, сахарном диабете, психических расстройствах и расстройствах поведения в соответствии с частью 2 статьи 43 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации";
- по оказанию Застрахованному лицу высокотехнологичной медицинской помощи;
- по оказанию Застрахованному лицу медицинской помощи при патологических состояниях, отравлениях и травмах, возникших у Застрахованного лица в состоянии алкогольного опьянения или под воздействием иных психоактивных веществ и (или) лекарственных препаратов, употребленных без назначения врача;
- по оказанию Застрахованному лицу медицинской помощи при возникновении травматических повреждений или иных нарушений здоровья, наступивших в результате совершения Застрахованным лицом умышленных противоправных действий;

- по оказанию Застрахованному лицу медицинской помощи при покушении Застрахованного лица на самоубийство, за исключением тех случаев, когда Застрахованное лицо было доведено до такого состояния противоправными действиями третьих лиц;
- по оказанию медицинской помощи при умышленном причинении себе телесных повреждений Застрахованным лицом;
- связанных с беременностью, родами, послеродовым периодом и абортами Застрахованного лица.

3. ПОРЯДОК ПОЛУЧЕНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

Полис действует на указанной в Договоре (полисе) страхования территории страхования.

3.1 При необходимости получения медицинской помощи Застрахованный должен обратиться для согласования объема услуг в круглосуточную медицинскую диспетчерскую службу по телефону, указанному в договоре/полисе страхования

Диспетчеру необходимо назвать:

• номер страхового полиса;

• ФИО Застрахованного лица.

3.2. При обращении за неотложной медицинской помощью Застрахованному лицу необходимо предъявить:

• Полис;

• Паспорт или иное удостоверение личности с фотографией.

ВНИМАНИЕ:

Передавать документы незастрахованному лицу для получения им медицинской помощи запрещено! При выявлении факта передачи настоящего Полиса незастрахованному лицу с целью получения им медицинской помощи, Страховщик имеет право расторгнуть настоящий Полис с соответствующим уведомлением миграционной службы региона.

ПРОГРАММА №3

"ПРОГРАММА ОКАЗАНИЯ СПЕЦИАЛИЗИРОВАННОЙ ПОМОЩИ"

Все медицинские услуги оказываются при наступлении острых состояний, обострении хронических состояний, нуждающихся в оказании неотложной медицинской помощи в соответствии с ФЗ от 29.11.2010 г.№ 326-ФЗ (в ред. от 30.12.2015 г.) "Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации", Указанием от 13 сентября 2015 г. N 3793-У ЦБ РФ.

Неотложная медицинская помощь - оказывается при внезапных острых заболеваниях, состояниях, обострении хронических заболеваний без явных признаков угрозы жизни пациента (ФЗ от 21.11.2011 г. № 323-ФЗ (в ред. от 29.12.2015 г.) "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации").

1. Специализированная медицинская помощь в неотложной форме

1.1 Специализированная медицинская помощь:

- Оказывается врачами-специалистами и включает в себя диагностику и лечение заболеваний и состояний требующих использования специальных методов;
- Специализированная медицинская помощь оказывается в неотложной форме по медицинским показаниям в условиях стационара.

2. НЕ ОПЛАЧИВАЕТСЯ СТРАХОВЩИКОМ:

2.1 Медицинские услуги при обращении Застрахованного лица в случае:

- В случае заболевания или расстройства здоровья хронического и рецидивирующего характера, их осложнения, имевшиеся до начала срока страхования или начавшиеся до приезда на территорию страхования, не требующие экстренной или неотложной медицинской помощи.
- В случае заболевания или несчастного случая, по которым уже проводилось лечение на территории страхования и в период действия Договора (полиса) страхования, не согласованное с Сервисным центром/Страховщиком;
- В случае заболевания или расстройства здоровья, развившихся вследствие нарушений Застрахованным лицом правил профилактики заболеваний, невыполнения или ненадлежащего выполнения предписаний лечащего врача, а также вследствие самолечения и/или приема медицинских препаратов, не назначенных указанным врачом;
- В случае поездки, осуществленной Застрахованным лицом с намерением получить медицинскую помощь.

2.2 Не подлежат возмещению следующие расходы:

Расходы по оказанию медицинских услуг:

- **по оказанию Застрахованному лицу медицинской помощи в экстренной форме;**
- по оказанию Застрахованному лицу медицинской помощи, не назначенной врачом, оказывающим медицинскую помощь в рамках программы страхования;
- по оказанию Застрахованному лицу медицинской помощи при особо опасных инфекционных болезнях (натуральная оспа, полиомиелит, малярия ТОРС), заболеваниях, включенных в утверждаемый Правительством Российской Федерации перечень заболеваний, представляющих опасность для окружающих, а также при злокачественных новообразованиях, сахарном диабете, психических расстройствах и расстройствах поведения в соответствии с частью 2 статьи 43 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации";
- по оказанию Застрахованному лицу высокотехнологичной медицинской помощи;
- по оказанию Застрахованному лицу медицинской помощи при патологических состояниях, отравлениях и травмах, возникших у Застрахованного лица в состоянии алкогольного опьянения

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

- по оказанию Застрахованному лицу медицинской помощи при возникновении травматических повреждений или иных нарушений здоровья, наступивших в результате совершения Застрахованным лицом умышленных противоправных действий;
- по оказанию Застрахованному лицу медицинской помощи при покушении Застрахованного лица на самоубийство, за исключением тех случаев, когда Застрахованное лицо было доведено до такого состояния противоправными действиями третьих лиц;
- по оказанию медицинской помощи при умышленном причинении себе телесных повреждений Застрахованным лицом;
- связанных с беременностью, родами, послеродовым периодом и абортами Застрахованного лица.

3. ПОРЯДОК ПОЛУЧЕНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

Полис действует на указанной в Договоре (полисе) страхования территории страхования.

3.1 При необходимости получения медицинской помощи Застрахованное лицо должно обратиться для согласования объема услуг и клиники в круглосуточную медицинскую диспетчерскую службу по телефону:

Диспетчеру необходимо назвать:

• номер страхового полиса;

• ФИО Застрахованного лица.

3.2. При обращении за неотложной медицинской помощью Застрахованному необходимо предъявить:

• Полис;

• Паспорт или иное удостоверение личности с фотографией.

ВНИМАНИЕ:

Передавать документы незастрахованному лицу для получения им медицинской помощи запрещено! При выявлении факта передачи настоящего Полиса незастрахованному лицу с целью получения им медицинской помощи, Страховщик имеет право расторгнуть настоящий Полис с соответствующим уведомлением миграционной службы региона.

ПРОГРАММА №4

ПРОГРАММА "РЕПАТРИАЦИЯ":

По программе "Репатриация" возмещению подлежат расходы на оплату возвращения тела (останков) Застрахованного лица из Российской Федерации в страну постоянного проживания:

- Расходы по посмертной репатриации (организуется только Сервисной компанией) тела или урны с прахом Застрахованного лица (смерть которого наступила вследствие страхового случая в течение срока страхования на территории страхования и оплату, согласованных Сервисной компанией и Страховщиком);
- Расходы по вскрытию и бальзамированию тела, пребыванию тела в морге, по приобретению гроба, требуемого для перевозки тела, оформлению необходимых документов для перевозки тела до транспортного узла на территории постоянного проживания трудового мигранта (аэропорта, вокзала, порта).

ОСОБЫЕ УСЛОВИЯ:

- Страховщик не оплачивает расходы на ритуальные услуги.
- По согласованию с родственниками умершего Страхователя (Застрахованного лица) репатриация останков может быть заменена кремацией на территории страхования и транспортировкой урны с прахом до транспортного узла (аэропорта, вокзала, порта) на территории постоянного проживания Застрахованного лица.
- Репатриация может быть осуществлена представителем Застрахованного лица при условии согласования всех расходов по репатриации с Сервисной компанией.

ПРОГРАММА №5

ПРОГРАММА СТРАХОВАНИЯ "БАЗОВАЯ ПЛЮС":

Все медицинские услуги оказываются при наступлении острых состояний (в том числе травмы, отравления, ожоги, обморожения), обострении хронических состояний, нуждающихся в оказании неотложной медицинской помощи в соответствии с ФЗ от 29.11.2010 г. № 326-ФЗ (в ред. от 30.12.2015 г.) "Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации"", Указанием от 13 сентября 2015 г. № 3793-У ЦБ РФ; "О правовом положении иностранных граждан в РФ" № 115-ФЗ от 25.07.2002 г.

Неотложная медицинская помощь - оказывается при внезапных острых заболеваниях, состояниях, обострении хронических заболеваний без явных признаков угрозы жизни пациента (ФЗ от 21.11.2011 г. № 323-ФЗ (в ред. от 29.12.2015 г.) ""Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации").

Первичная медико-санитарная помощь и специализированная медицинская помощь в неотложной форме.

1. Амбулаторная медицинская помощь включает:

• Первичную доврачебную медико-санитарную помощь;

• Первичная врачебную медико-санитарная помощь;

• Лабораторную диагностику: общеклиническая, биохимическая;

• Инструментальную диагностику: рентгенологическая, ультразвуковая, функциональная, эндоскопическая;

2. Стоматологическая помощь включает:

• Купирование острой зубной боли;

• Удаление зубов, острых воспалительных процессов ротовой полости в целях снятия острой боли с использованием местной анестезии.

3. Специализированная медицинская помощь.

Специализированная медицинская помощь оказывается врачами-специалистами и включает в себя диагностику и лечение заболеваний и состояний, требующих использования специальных методов. Специализированная медицинская помощь оказывается в стационарных условия и в условиях дневного стационара.

Страховщик покрывает расходы на используемые медицинским персоналом при оказании медицинской помощи лекарственные препараты, включенные в утверждаемый Правительством Российской Федерации 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.

4. Репатриация тела в случае смерти Застрахованного лица:

Страховщик оплачивает расходы на оплату возвращения (посмертную репатриацию) тела (останков) Застрахованного лица из Российской Федерации в страну постоянного проживания Застрахованного лица до транспортного узла на территории постоянного проживания Застрахованного лица (аэропорта, вокзала, порта) при условии организации посмертной репатриации Сервисной компанией.

НЕ ОПЛАЧИВАЕТСЯ СТРАХОВЩИКОМ:

1. Медицинские услуги при обращении Застрахованного лица в случае:

• В случае заболевания или расстройства здоровья хронического и рецидивирующего характера, их осложнения, имевшиеся до начала срока страхования или начавшиеся до приезда на территорию страхования, не требующие экстренной или неотложной медицинской помощи;

• В случае заболевания или несчастного случая, по которым уже проводилось лечение на территории страхования и в период действия Договора (полиса) страхования, не согласованное с Сервисным центром/Страховщиком;

• В случае заболевания или расстройства здоровья, развившихся вследствие нарушений Застрахованным лицом правил профилактики заболеваний, невыполнения или ненадлежащего выполнения предписаний лечащего врача, а также вследствие самолечения и/или приема медицинских препаратов, не назначенных указанным врачом;

• В случае поездки, осуществленной Застрахованным лицом с намерением получить медицинскую помощь.

2. Не подлежат возмещению следующие расходы:

Расходы по оказанию медицинских услуг:

• по оказанию Застрахованному лицу медицинской помощи в плановой форме;

• по оказанию Застрахованному лицу медицинской помощи, не назначенной врачом, оказывающим медицинскую помощь в рамках программы страхования;

• по оказанию Застрахованному лицу медицинской помощи при особо опасных инфекционных болезнях (натуральная оспа, полиомиелит, малярия ТОРС), заболеваниях, включенных в утверждаемый Правительством Российской Федерации перечень заболеваний, представляющих опасность для окружающих , а также при злокачественных новообразованиях, сахарном диабете, психических расстройствах и расстройствах поведения в соответствии с частью 2 статьи 43 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации";

• по оказанию Застрахованному лицу высокотехнологичной медицинской помощи;

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

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

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

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

• связанных с беременностью, родами, послеродовым периодом и абортами Застрахованного лица.

Подробный перечень услуг, включенных в страховое покрытие по базовой плюс страховой программе, а также "Правила добровольного медицинского страхования трудовых мигрантов находящихся на территории Российской Федерации" от __.__.20__ г. размещены на сайте www.titins.ru

ПОРЯДОК ПОЛУЧЕНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

Полис действует на указанной в Договоре (полисе) страхования территории страхования.

• При необходимости получения медицинской помощи Застрахованный должен обратиться для согласования объема услуг в круглосуточную медицинскую диспетчерскую службу по телефону, указанному в Договоре (полисе) страхования. Диспетчеру необходимо назвать:

• номер страхового полиса;

• ФИО Застрахованного лица.

При обращении за медицинской помощью Застрахованному лицу необходимо предъявить:

• Полис;

• Паспорт или иное удостоверение личности с фотографией.

ВНИМАНИЕ:

Передавать документы незастрахованному лицу для получения им медицинской помощи запрещено! При выявлении факта передачи настоящего Полиса незастрахованному лицу с целью получения им медицинской помощи, Страховщик имеет право расторгнуть настоящий Полис с соответствующим уведомлением миграционной службы региона.

Телефон круглосуточной медицинской диспетчерской службы ООО "СК "ТИТ": 8(800) 333-97-07

СТРАХОВАТЕЛЬ _____

м.п.

ПРОГРАММА №6

ПРОГРАММА СТРАХОВАНИЯ "ЭКОНОМ":

Первичная медико-санитарная помощь и специализированная медицинская помощь в неотложной форме.

Все медицинские услуги оказываются при наступлении острых состояний, обострении хронических состояний, нуждающихся в оказании неотложной медицинской помощи в соответствии с ФЗ от 29.11.2010 г. № 326-ФЗ (в ред. от 30.12.2015 г.) "Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации", Указанием от 13 сентября 2015 г. № 3793-У ЦБ РФ.

Неотложная медицинская помощь - оказывается при внезапных острых заболеваниях, состояниях, обострении хронических заболеваний без явных признаков угрозы жизни пациента (ФЗ от 21.11.2011 г. № 323-ФЗ (в ред. от 29.12.2015 г.) "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации").

1. Амбулаторная первичная медико-санитарная помощь включает:

- Приемы врачей-терапевтов и врачей-специалистов (терапевта, хирурга, офтальмолога, невропатолога, отоларинголога, гинеколога, уролога) для купирования неотложного состояния;
- Мероприятия по диагностике и лечению заболеваний.

2. Специализированная медицинская помощь:

Оказывается врачами-специалистами и включает в себя диагностику и лечение заболеваний и состояний, требующих использования специальных методов:

- Специализированная медицинская помощь оказывается в неотложной форме по медицинским показаниям в условиях стационара в течение 5 (пяти) дней со дня поступления и оплачивается Страховщиком с 3 (третьего) дня вступления договора в силу.

3. Страховщик покрывает расходы при оказании медицинской помощи в неотложной форме в соответствии со стандартами первичной медико-санитарной помощи и специализированной медицинской помощи в рамках Программы страхования трудовых мигрантов, находящихся на территории Российской Федерации на лекарственные препараты, включенные в утверждаемый Правительством Российской Федерации перечень жизненно необходимых и важнейших лекарственных препаратов для медицинского применения и медицинских изделий.

НЕ ОПЛАЧИВАЕТСЯ СТРАХОВЩИКОМ:

1. Медицинские услуги при обращении Застрахованного лица в случае:
   - заболевания или расстройства здоровья хронического и рецидивирующего характера, их осложнения, имевшиеся до начала срока страхования или начавшиеся до приезда на территорию страхования, не требующие экстренной или неотложной медицинской помощи, а также развившихся вследствие нарушений Застрахованным лицом правил профилактики заболеваний, невыполнения или ненадлежащего выполнения предписаний лечащего врача, а также вследствие самолечения и/или приема медицинских препаратов, не назначенных указанным врачом;
   - заболевания или несчастного случая, по которым уже проводилось лечение на территории страхования и в период действия Договора (полиса) страхования, не согласованное с Сервисным центром/Страховщиком;
   - поездки, осуществленной Застрахованным лицом с намерением получить медицинскую помощь.
2. Не подлежат возмещению следующие расходы по оказанию:
   - Застрахованному лицу медицинской помощи в экстренной форме;
   - Застрахованному лицу медицинской помощи без назначения врача;
   - Застрахованному лицу медицинской помощи при особо опасных инфекциях, заболеваниях, включенных в перечень социально значимых заболеваний и заболеваний, представляющих опасность для окружающих, утвержденных Постановлением Правительства Российской

Федерации от 01 декабря 2001 г. № 715 (в ред. Постановлений Правительства РФ от 13.07.2012 г. № 710, от 31.01.2020 г. № 66);

• Застрахованному лицу высокотехнологичной медицинской помощи;

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

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

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

• медицинской помощи при умышленном причинении себе телесных повреждений Застрахованным лицом;

• медицинских услуг Застрахованному лицу, связанных с беременностью, родами, послеродовым периодом и абортом.

Не подлежит возмещению стоимость медицинского оборудования, имплантов, протезов, наборов для остеосинтеза и фиксации, коррегирующих медицинских устройств, расходных материалов индивидуального назначения, в т.ч. требующихся в ходе оперативного вмешательства.

ПОРЯДОК ПОЛУЧЕНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ:

Подбор медицинского учреждения осуществляет специалист круглосуточного диспетчерского медицинского пульта Страховщика с учетом региона и возможностей медицинского учреждения. Если в данном регионе отсутствует возможность оказания медицинской помощи в объеме, предусмотренном Программой, Застрахованному лицу предлагаются иные медицинские учреждения, имеющие договорные отношения со Страховщиком.

Полис действует на указанной в Договоре (полисе) страхования территории страхования.

• При необходимости получения медицинской помощи Застрахованное лицо обязано обратиться для согласования объема услуг в круглосуточный диспетчерский медицинский пульт Страховщика по телефону, указанному в Договоре (полисе) страхования. Диспетчеру необходимо назвать:

- номер страхового полиса;
- ФИО Застрахованного лица.

При обращении за неотложной медицинской помощью Застрахованному лицу необходимо предъявить:

- Полис;
- Паспорт или иное удостоверение личности с фотографией.

"Правила добровольного медицинского страхования трудовых мигрантов, находящихся на территории Российской Федерации" от _____ размещены на сайте www.titins.ru

ВНИМАНИЕ:

Передавать документы незастрахованному лицу для получения им медицинской помощи запрещено! При выявлении факта передачи настоящего Полиса незастрахованному лицу с целью получения им медицинской помощи, Страховщик имеет право расторгнуть настоящий Полис с соответствующим уведомлением миграционной службы региона.

Приложение 2
к Правилам добровольного медицинского страхования трудовых мигрантов, находящихся на территории Российской Федерации

БАЗОВЫЕ ТАРИФНЫЕ СТАВКИ

по добровольному медицинскому трудовых страхованию трудовых мигрантов, находящихся на территории Российской Федерации

(в % к страховой сумме, срок страхования – один год)

№ п/п	Программы страхования	Тарифные ставки
1.	**"Базовая программа".**	**1,67**
2.	**"Программа оказания амбулаторно поликлинической помощи".**	**0,84**
3.	**"Программа оказания специализированной помощи".**	**1.15**
4.	**"Репатриация".**	**1.01**
5.	**"Базовая плюс"**	**1.79**

При заключении конкретного договора страхования Страховщик имеет право применять к базовой тарифной ставке повышающие и понижающие коэффициенты в зависимости от различных факторов риска (**К1, К2 … Кпна основ** лица: 1,5 - 3,0;

- группа здоровья Застрахованного лица, наличие хронических заболеваний: 0,80 - 3,5;
- профессия, род занятий Застрахованного лица: 0,8 - 4,0;
- количество Застрахованных лиц в рамках одного договора: 0,3 - 1,8;
- включение в Программу/исключение из Программы отдельных заболеваний, медицинских услуг, медицинских учреждений: 0,65 - 2,50;
- категории медицинских учреждений, сервисных компаний: 0,60 – 1,25;
- техническое оснащение медицинского учреждения; профессиональный уровень и практический опыт медицинского персонала: 0,50 - 1,20.

Формула для расчёта повышающего коэффициента:

Кпов. = К1 х К2 х ... х Кn

Формула для расчёта понижающего коэффициента:

Кпон. = К1 х К2 х ... х Кn

Тарифная ставка для конкретного договора страхования получается страховщиком путем умножения базовой тарифной ставки из настоящего Расчёта на соответствующий коэффициент:

Т = Тбаз. х Кпов.(Кпон.)

Полученная тарифная ставка согласовывается со Страхователем и используется для расчёта страховой премии. В любом случае, при применении поправочных коэффициентов результирующая тарифная ставка не должна превышать 99% страховой суммы.

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, выявляются (определяются) в ходе оценки Страховщиком страхового риска при заключении конкретного договора страхования.

Приложение № 3
к Правилам добровольного медицинского страхования трудовых мигрантов, находящихся на территории Российской Федерации

Образец*

**) В образец документа могут быть внесены изменения, не противоречащие данным Правилам и действующему законодательству РФ*

СТРАХОВОЙ ПОЛИС "ДМС-МИГРАНТОВ"

добровольного медицинского страхования трудовых мигрантов

серия **УБК_МГ** №

Телефон для обращений по страховым случаям: 8 (800) 333-97-07

Настоящий полис добровольного страховой медицинского страхования граждан (далее - Полис) удостоверяет факт заключения договора добровольного медицинского страхования трудовых мигрантов на условиях, содержащихся в настоящем Полисе, в Программе страхования, являющейся неотъемлемым Приложением к настоящему Полису, и "Правила добровольного медицинского страхования трудовых мигрантов, находящихся на территории Российской Федерации" от _____г. (далее – Правила страхования).

СТРАХОВЩИК	Общество с ограниченной ответственностью "Страховая компания "ТИТ" (ООО "СК "ТИТ")			
СТРАХОВАТЕЛЬ	**Гражданство**		**Дата рождения**	**Пол**
	Данные документа, удостоверяющего личность / реквизиты	Адрес регистрации на территории РФ: _____, дата регистрации на территории РФ: _____, документ удостоверяющий личность: паспорт _____, выдан _____, _____		
ЗАСТРАХОВАННЫЙ	**Гражданство**		**Дата рождения**	**Пол**
	Данные документа, удостоверяющего личность	_____, выдан: _____, дата выдачи: _____ ____ г.		
	Адрес проживания на территории РФ		**Дата регистрации на территории РФ**	
	Контактный телефон			
ТЕРРИТОРИЯ СТРАХОВАНИЯ	**Российская Федерация**			
СТРАХОВЫЕ РИСКИ	Первичная медико-санитарная помощь в амбулаторных и стационарных условиях в неотложной форме (по неотложным показаниям) Специализированная, кроме высокотехнологичной, медицинская помощь в амбулаторных и стационарных условиях в неотложной форме (по неотложным показаниям)			
ПРОГРАММА СТРАХОВАНИЯ	**Базовая**			
СТРАХОВАЯ СУММА, руб.	форма выплата страхового возмещения (страховой суммы) установлена п.7.2 Правил страхования			
СТРАХОВАЯ ПРЕМИЯ, руб.				
ПОРЯДОК УПЛАТЫ				
СРОК ДЕЙСТВИЯ ПОЛИСА	**с 00:00 часов**		**по 23:59 часов**	
ДАТА ВЫДАЧИ ПОЛИСА				

Полис заключен на основании устного заявления Страхователя на выдачу страхового Полиса (Договора).

Подписывая настоящий Полис (Договор), Страхователь (Застрахованный) подтверждает, что он ознакомлен с Правилами страхования, Программой добровольного медицинского страхования, являющейся Приложением к Полису (Договору), а также, что информация, указанная в Полисе (Договоре), проверена им лично и подтверждается. Страхователь подтверждает, что на дату заключения настоящего Полиса (Договора) каждое Застрахованное лицо не имеет: заболевания, включенные в утверждаемый Правительством РФ перечень заболеваний, представляющих опасность для окружающих, особо опасные инфекционные заболевания, злокачественные новообразования, сахарный диабет, психические расстройства. Если в Полисе (Договоре), подписанном Страхователем, будут обнаружены недостоверные сведения, то на Страхователя может быть возложена ответственность, как за предоставление заведомо ложной информации.

В соответствии с Федеральным законом "О персональных данных" от 27.07.2006 г. N 152-ФЗ (далее по тексту – Закон) Страхователь предоставляет ООО "СК "ТИТ" (местонахождение 115088, Россия, г. Москва, 2-й Южнопортовый проезд, д. 18, стр. 8) свое согласие на обработку персональных данных (фамилия; имя; отчество; сведения о документе, удостоверяющем личность; год, месяц рождения; гражданство; адрес и дата регистрации на территории РФ), производимую для целей исполнения обязанностей по настоящему Полису (Договору), в том числе путем их сбора, систематизации, накопления, хранения, уточнения (обновления, изменения), использования, распространения (в том числе передачу партнерам ООО "СК "ТИТ", обеспечивающим конфиденциальность персональных данных), обезличивания, блокирования, уничтожения, осуществление иных действий с учетом действующего законодательства, включая все операции с персональными данными, предусмотренные п.3 ст. 3 Закона на срок действия настоящего Полиса (Договора) и в течение 5 (пяти) лет с даты его прекращения. При этом такое согласие может быть отозвано в любое время, путем передачи в ООО "СК "ТИТ" соответствующего уведомления. Страхователь также подтверждает, что он получил согласие третьих лиц на

передачу и обработку их персональных данных, указанных в настоящем Полисе (Договоре), ООО "СК "ТИТ" в порядке, предусмотренном Федеральным законом от 27.07.2006 г. №152-ФЗ "О персональных данных".

Страхователь подтверждает, что при заключении настоящего Полиса (Договора) ему была предоставлена и разъяснена следующая информация согласованным Сторонами способом: об условиях заключения договора страхования, включая объект страхования, перечень страховых случаев (рисков) и исключений из него; условиях страховой выплаты, включая данные о перечне документов на выплату; об условиях, влияющих на размер страховой премии, способах и порядке ее оплаты, последствиях неуплаты страховой премии, размере страховой премии; условиях, которые могут повлечь отказ в страховой выплате или сокращение ее размера; об условиях и порядке возможного возврата страховой премии при отказе либо расторжении договора страхования, включая право на отказ от договора в течение 14 календарных дней с даты его заключения согласно Указанию ЦБ РФ № 3854-У от 20.11.2015; о сроках рассмотрения заявлений о страховой выплате и случаях их возможного продления; о принципах расчета размера убытков; о праве получить текст Правил в бумажном виде.

Страхователь также подтверждает, что проинформирован о способах и порядке подачи заявлений в устной и письменной форме Страховщику (его уполномоченному представителю); с адресами мест приема документов при наступлении событий, имеющих признаки страхового случая; о праве на досудебный порядок разрешения споров, включая подачу письменной претензии (жалобы) Страховщику и обращения к финансовому уполномоченному в порядке, предусмотренном Федеральным законом № 123-ФЗ от 04.06.2018 "Об уполномоченном по правам потребителей финансовых услуг".

Факсимильное (с помощью средств механического или иного копирования) воспроизведение подписи и печати Страховщика на всех документах, подписываемых со стороны Страховщика, Стороны считают надлежащей подписью и печатью для закрепления правовых взаимоотношений (В соответствии с Гражданским кодексом (п. 2 ст. 160 ГК РФ)).

СТРАХОВЩИК:

СТРАХОВАТЕЛЬ:

До заключения договора КИД получил, с условиями ознакомлен и согласен, с
" Правила добровольного медицинского страхования трудовых мигрантов, находящихся на территории Российской Федерации " от "___" ___ 20_ г. ознакомлен, согласен и экземпляр получил.

_____ (_____)
М.П.

_____ (_____)
М.П.

Приложение №1

БАЗОВАЯ ПРОГРАММА

Первичная медико-санитарная помощь и специализированная медицинская помощь в неотложной форме.

Все медицинские услуги оказываются при наступлении острых состояний, обострении хронических состояний, нуждающихся в оказании неотложной медицинской помощи в соответствии с ФЗ от 29.11.2010 г. № 326-ФЗ (в ред. от 30.12.2015 г.) "Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации", Указанием от 13 сентября 2015 г. № 3793-У ЦБ РФ.

Неотложная медицинская помощь - оказывается при внезапных острых заболеваниях, состояниях, обострении хронических заболеваний без явных признаков угрозы жизни пациента (ФЗ от 21.11.2011г. № 323-ФЗ (в ред. от 29.12.2015 г.) "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации").

1. Амбулаторная первичная медико-санитарная помощь:
   - Включает в себя мероприятия диагностике, лечению заболеваний.
   - Первичная медико-санитарная помощь включает в себя первичные приемы врачей и необходимые исследования в неотложной форме по медицинским показаниям, выполняемые в амбулаторных условиях.
2. Стоматологическая помощь первичная медико-санитарная помощь:
   - Купирование острой боли.
   - Удаление зубов в целях снятия острой зубной боли с использованием местной анестезии.

Специализированная медицинская помощь.

Оказывается врачами-специалистами и включает в себя диагностику и лечение заболеваний и состояний, требующих использования специальных методов
- Специализированная медицинская помощь оказывается в неотложной форме по медицинским показаниям в условиях стационара.

НЕ ОПЛАЧИВАЕТСЯ СТРАХОВЩИКОМ:

1. Медицинские услуги при обращении Застрахованного лица в случае:
   - В случае заболевания или расстройства здоровья хронического и рецидивирующего характера, их осложнения, имевшиеся до начала срока страхования или начавшиеся до приезда на территорию страхования, не требующие экстренной или неотложной медицинской помощи.
   - В случае заболевания или несчастного случая, по которым уже проводилось лечение на территории страхования и в период действия полиса, не согласованное с Сервисным центром/Страховщиком.
   - В случае заболевания или расстройства здоровья, развившихся вследствие нарушений Застрахованным лицом правил профилактики заболеваний, невыполнения или ненадлежащего выполнения предписаний лечащего врача, а также вследствие самолечения и/или приема медицинских препаратов, не назначенных указанным врачом.
   - В случае поездки, осуществленной Застрахованным лицом с намерением получить медицинскую помощь.
2. Не подлежат возмещению следующие расходы:

Расходы по оказанию медицинских услуг:
- по оказанию Застрахованному лицу медицинской помощи в экстренной форме;
- по оказанию Застрахованному лицу медицинской помощи, не назначенной врачом, оказывающим медицинскую помощь в рамках программы страхования;
- по оказанию Застрахованному лицу медицинской помощи при особо опасных инфекционных болезнях (натуральная оспа, полиомиелит, малярия ТОРС), заболеваниях, включенных в утверждаемый Правительством Российской Федерации перечень заболеваний, представляющих опасность для окружающих , а также при злокачественных новообразованиях, сахарном диабете, психических расстройствах и расстройствах поведения в соответствии с частью 2 статьи 43 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации".
- по оказанию Застрахованному лицу высокотехнологичной медицинской помощи;
- по оказанию Застрахованному лицу медицинской помощи при патологических состояниях, отравлениях и травмах, возникших у Застрахованного лица в состоянии алкогольного опьянения или под воздействием иных психоактивных веществ и (или) лекарственных препаратов, употребленных без назначения врача;
- по оказанию Застрахованному лицу медицинской помощи при возникновении травматических повреждений или иных нарушений здоровья, наступивших в результате совершения Застрахованным лицом умышленных противоправных действий;
- по оказанию Застрахованному лицу медицинской помощи при покушении Застрахованного лица на самоубийство, за исключением тех случаев, когда Застрахованное лицо было доведено до такого состояния противоправными действиями третьих лиц;
- по оказанию медицинской помощи при умышленном причинении себе телесных повреждений застрахованным лицом;
- связанных с беременностью, родами, послеродовым периодом и абортами застрахованного лица.

Подробный перечень услуг, включенных в страховое покрытие по базовой страховой программе, а также "Правила добровольного медицинского страхования трудовых мигрантов, находящихся на территории Российской Федерации". размещены на сайте www.titins.ru

ПОРЯДОК ПОЛУЧЕНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

Полис действует на указанной в Договоре (полисе) страхования территории страхования.
- При необходимости получения медицинской помощи Застрахованное лицо должно обратиться для согласования объема услуг в круглосуточную медицинскую диспетчерскую службу по телефону, указанному в Договоре (полисе) страхования. Диспетчеру необходимо назвать:
  - номер страхового полиса;
  - ФИО Застрахованного лица;

При обращении за неотложной медицинской помощью Застрахованному лицу необходимо предъявить:
- Полис;
- Паспорт или иное удостоверение личности с фотографией.

ВНИМАНИЕ:

Передавать документы незастрахованному лицу для получения им медицинской помощи запрещено! При выявлении факта передачи настоящего Полиса незастрахованному лицу с целью получения им медицинской помощи, Страховщик имеет право расторгнуть настоящий Полис с соответствующим уведомлением миграционной службы региона.

Телефон круглосуточной медицинской диспетчерской службы ООО "СК "ТИТ": **8 (800) 333-97-07**

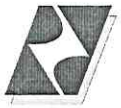
СТРАХОВАТЕЛЬ_____

М.П.

Приложение 4
к Правилам добровольного медицинского страхования
трудовых мигрантов, находящихся на территории Российской
Федерации

Образец*

**) В образец документа могут быть внесены изменения, не противоречащие данным Правилам и действующему законодательству РФ*

 Т И Т ООО СТРАХОВАЯ КОМПАНИЯ Tel.: (495) 967-86-12 Fax: (495) 967-86-12 (круглосуточно)	**Заявление о добровольном медицинском страховании трудовых мигрантов, находящихся на территории Российской федерации** Приложение __ к договору № _____ от " __ " _____20 __г.	
Страхователь (наименование организации, тел./факс)		
Застрахованные лица		
	(приложить Список Застрахованных лиц с указанием Ф.И.О. паспортных данных, сведений о регистрации проживания и др.)	
Общее количество Застрахованных лиц	чел.	
Программа добровольного медицинского страхования:	**Страховая сумма** (на одно Застрахованное лицо, на всех Застрахованных лиц)	**Количество Застрахованных лиц**
"Базовая программа"		
"Программа оказания амбулаторно поликлинической помощи"		
"Программа оказания специализированной помощи"		
"Репатриация"		
Срок действия (по московскому времени)	с 00.00 часов " ____ " _____ 20___ г. до 24.00 часов " ____ " _____ 20___ г.	

Юридический адрес и банковские реквизиты Страхователя

С Условиями и Правила добровольного медицинского страхования трудовых мигрантов, находящихся на территории Российской Федерации ООО "Страховая компания "ТИТ", утвержденными _____ 20__ г. ознакомлен и согласен.

Сведения, указанные в настоящем документе, являются достоверными и полными. Обязуюсь письменно сообщать Страховщику обо всех изменениях в данных, приведенных в настоящем документе.

Подписывая настоящее Заявление, Страхователь в соответствии с Федеральным законом РФ от 27.07.2006 №152-ФЗ "О персональных данных" дает свое согласие и подтверждает согласие Застрахованного(-ых), указанных в настоящем Заявлении, на обработку Страховщиком его (их) персональных данных в целях обеспечения исполнения Договора страхования, а также на обработку таких данных в указанных целях третьими лицами, а также выражает согласие на предоставление информации по Договору страхования Застрахованному(-ым) лицам.

Обработка персональных данных осуществляется посредством сбора, систематизации, накопления, хранения, уточнения (обновления, изменения), использования, распространения (в том числе передачи),

обезличивания, блокирования, уничтожения персональных данных как на бумажных, так и на электронных носителях.

Настоящее согласие действительно в течение периода действия Договора страхования, заключенного на основании настоящего Заявления и в течение 5 лет после окончания периода действия Договора страхования, заключенного на основании настоящего Заявления.

С Правилами добровольного медицинского страхования ознакомлен и согласен.

Информация, предусмотренная базовыми стандартами Банка России предоставлена и понятна.

Данное Заявление является неотъемлемой частью договора страхования.

Страхователь: _____

(подпись)

К настоящей Анкете прилагается Список Застрахованных лиц на _____ с.

Руководитель предприятия _____

" ___ " _____ 20___ г. Главный бухгалтер _____

М.П.

Приложение № 5
к Правилам добровольного медицинского страхования трудовых мигрантов, находящихся на территории Российской Федерации

Образец*

**) В образец документа могут быть внесены изменения, не противоречащие данным Правилам и действующему законодательству РФ*

Генеральному директору
ООО "СК "ТИТ"
От _____
Паспорт _____
_____
Тел._____
Адрес_____
_____

Заявление
о страховой выплате

НОМЕР ПОЛИСА: серия _____ № _____ от _____
СРОК СТРАХОВАНИЯ: с_____ по _____
МЕСТО СЛУЧАЯ: _____
ДАТА СЛУЧАЯ: _____
ДАТА ПРЕДВАРИТЕЛЬНОГО СОГЛАСОВАНИЯ РАСХОДОВ СО СТРАХОВЩИКОМ/СЕРВИСНОЙ СЛУЖБОЙ: _____
ПРОБЛЕМА/ЗАБОЛЕВАНИЕ: _____
_____
ОБЩАЯ СУММА РАСХОДОВ В РУБЛЯХ: _____
ПОДТВЕРЖДАЮЩИЕ ДОКУМЕНТЫ: _____
_____
ОБСТОЯТЕЛЬСТВА ЗАБОЛЕВАНИЯ/ТРАВМЫ:
_____
Прошу выплатить страховое возмещение: через кассу банковским переводом
ФИО владельца счета:
Банк получателя _____
БИК _____ ИНН _____ КПП _____
Корр. Счет _____
Расчетный счет / МФО _____
Лицевой счет _____
Прочее (номер карты и т.д.) _____

Дата: Подпись Заявителя:
_____ _____/ /

Приложение № 6
к Правилам добровольного медицинского страхования трудовых мигрантов, находящихся на территории Российской Федерации

Образец*

**) В образец документа могут быть внесены изменения, не противоречащие данным Правилам и действующему законодательству РФ*

Памятка к Договору (полису) страхования №___от "___" _____ 20_ г.

Страхователь (Застрахованное лицо) ознакомлен, что:

1. Договор страхования заключен на срок _____ месяцев.

Договор страхования, если в нем не предусмотрено иное, вступает в силу со дня уплаты страховой премии. Договор страхования может содержать условие о вступлении его в силу не ранее даты начала действия разрешения на работу или патента.

В случае неуплаты Страхователем в установленный Договором страхования срок страховой премии, если стороны не договорились об отсрочке уплаты страховой премии путем заключения дополнительного соглашения к договору, договор страхования считается не вступившим в силу и обязательства у Страховщика по Договору страхования не возникают, если иное не предусмотрено Договором страхования.

2. Обязательства по Договору страхования несет Общество с ограниченной ответственностью "Страховая компания "ТИТ" (ООО "СК "ТИТ") (далее – Страховщик), а не организация, при посредничестве которой заключен Договор (полис) страхования (при заключении Договора страхования при посредничестве юридических лиц).

3. Договор страхования прекращается досрочно в случаях:

– ликвидации Страхователя, являющегося юридическим лицом, или смерти Страхователя, являющегося физическим лицом, кроме случаев правопреемства или замены Страхователя в договоре страхования с согласия Страховщика (с момента регистрации решения участников (акционеров) Страхователя в соответствующем уполномоченном органе; со дня смерти Страхователя);

– расторжения договора страхования по соглашению сторон в порядке, предусмотренном Гражданским кодексом Российской Федерации;

– отказа Страхователя от замены Страховщика при передаче обязательств по договору страхования (страхового портфеля) другому Страховщику, осуществляемой по основаниям, предусмотренным действующим законодательством.

4. 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. При досрочном отказе Страхователя (Выгодоприобретателя) от Договора страхования уплаченная страховщику страховая премия не подлежит возврату, если договором не предусмотрено иное.

Страхователь (Застрахованное лицо): _____ /_____/ Дата: _____

подпись ФИО