

**УТВЕРЖДЕНЫ
ООО СК «Паритет-СК»
20 июля 2016 года**

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

(Редакция №1)

г. Москва

СОДЕРЖАНИЕ

ПРАВИЛА.....	1
1. ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ	3
2. СУБЪЕКТЫ СТРАХОВАНИЯ	4
3. ОБЪЕКТ СТРАХОВАНИЯ	4
4. СТРАХОВЫЕ СЛУЧАИ. СТРАХОВЫЕ РИСКИ.....	4
5. ИСКЛЮЧЕНИЯ ИЗ СТРАХОВАНИЯ	5
6. СТРАХОВАЯ СУММА	6
7. СТРАХОВАЯ ПРЕМИЯ (СТРАХОВОЙ ВЗНОС).....	6
8. СРОК ДЕЙСТВИЯ ДОГОВОРА СТРАХОВАНИЯ.....	7
9. ПОРЯДОК ЗАКЛЮЧЕНИЯ И ИСПОЛНЕНИЯ ДОГОВОРА СТРАХОВАНИЯ.....	7
10. ПОСЛЕДСТВИЯ ИЗМЕНЕНИЯ СТЕПЕНИ РИСКА.....	10
11. ПОРЯДОК ОРГАНИЗАЦИИ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ, СТРАХОВАЯ ВЫПЛАТА.....	10
12. ПРАВА И ОБЯЗАННОСТИ СТОРОН	11
13. ПОРЯДОК РАЗРЕШЕНИЯ СПОРОВ	13
ПРИЛОЖЕНИЕ (ОБРАЗЦЫ):.....	13

1. ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ

1.1. На основании настоящих Правил и действующего законодательства Российской Федерации ООО Страховая компания «Паритет-СК», именуемое в дальнейшем «Страховщик», заключает договоры медицинского страхования иностранных граждан и лиц без гражданства, находящихся на территории Российской Федерации с целью осуществления трудовой деятельности, по условиям которых гарантирует возмещение в объеме, предусмотренном в страховой медицинской программе, расходов на медицинские услуги и иные услуги.

1.2. Основные термины, используемые в настоящих Правилах.

Страховщик - юридическое лицо, созданное в соответствии с законодательством Российской Федерации для осуществления деятельности по страхованию, перестрахованию, взаимному страхованию и получившее лицензии на осуществление соответствующего вида страховой деятельности

Страхователи - юридические лица и дееспособные физические лица, заключившие со Страховщиками договоры страхования либо являющиеся Страхователями в силу закона.

Застрахованный - физическое лицо, застрахованное по договору медицинского страхования, имеющее право на получение медицинских услуг в соответствии с программами медицинского страхования.

Страховая сумма - денежная сумма, которая определена в порядке, установленном федеральным законом и (или) договором страхования при его заключении, и исходя из которой устанавливаются размер страховой премии (страховых взносов) и размер страховой выплаты при наступлении страхового случая.

Страховая премия (страховой взнос) - плата за страхование, которую Страхователь обязан уплатить Страховщику в порядке и сроки, определенные договором страхования.

Страховой тариф - ставка страховой премии с единицы страховой суммы с учетом объекта страхования и характера страхового риска, а также других условий страхования.

Страховой риск - предполагаемое событие, на случай наступления которого проводится страхование.

Страховой случай - совершившееся событие, предусмотренное договором страхования или законом, с наступлением которого возникает обязанность Страховщика произвести страховую выплату Страхователю, Застрахованному лицу, Выгодоприобретателю или иным третьим лицам.

Страховая выплата - денежная сумма, которая определена в порядке, установленном федеральным законом и (или) договором страхования, и выплачивается Страховщиком Страхователю, Застрахованному лицу, Выгодоприобретателю при наступлении страхового случая.

Программа добровольного медицинского страхования (далее - Программа) - перечень медицинских услуг в рамках договора страхования, а также порядок их предоставления (амбулаторное, стационарное лечение, скорая помощь), которые будут оплачены страховой организацией с указанием общей страховой суммы и (или) отдельных страховых сумм по каждому виду помощи, а также медицинских учреждений, где застрахованный может получить помощь.

Медицинская организация (медицинское учреждение) - юридическое лицо независимо от организационно-правовой формы, осуществляющее в качестве основного (уставного) вида деятельности медицинскую деятельность на основании лицензии, выданной в порядке, установленном законодательством Российской Федерации. К медицинским организациям приравниваются индивидуальные предприниматели, осуществляющие медицинскую деятельность.

1.3. По договору страхования одна сторона (Страховщик) обязуется за обусловленную договором плату (страховую премию), уплачиваемую другой стороной (Страхователем), при наступлении страхового случая, организовать оказание

Застрахованному лицу медицинской помощи в медицинском учреждении, а также оплатить оказанные медицинские и иные услуги, указанные в Программе добровольного медицинского страхования и оказанные в Медицинском учреждении в порядке и на условиях, предусмотренных настоящими Правилами и Договором страхования

1.4. Сайт Компании – совокупность информационных ресурсов и сервисов, размещенных в сети Интернет по адресу: <http://www.paritet-sk.com/>

2. СУБЪЕКТЫ СТРАХОВАНИЯ

2.1. Медицинскими учреждениями являются имеющие лицензии лечебно-профилактические учреждения, с которыми Страховщик состоит в договорных отношениях и перечень которых приводится в приложении к договору страхования.

2.2. Страхователями в рамках настоящих Правил признаются юридические лица любой организационно-правовой формы, зарегистрированные и действующие в соответствии с законодательством Российской Федерации, а также дееспособные физические лица.

2.3. Застрахованными по настоящим Правилам могут быть только физические лица в возрасте от 18 до 65 лет — иностранные граждане или лица без гражданства, прибывшие в Российскую Федерацию и намеревающиеся осуществлять или осуществляющие трудовую деятельность на основании разрешения на работу или патента (далее - трудовые мигранты)

2.4. Страховщик вправе отказать в заключении договора страхования в отношении лиц, возраст которых на момент заключения договора меньше 18 лет или превышает 65 лет, а также лиц, имеющих наркологические, психические, венерологические заболевания, туберкулез, злокачественные новообразования, заболевания, передающиеся половым путем, ВИЧ-инфекции, синдром приобретенного иммунодефицита, болезни эндокринной системы, врожденные аномалии (пороки развития), беременность.

3. ОБЪЕКТ СТРАХОВАНИЯ

3.1. Объектом страхования являются не противоречащие действующему законодательству Российской Федерации имущественные интересы Страхователя (Застрахованного лица), связанные с оплатой организации и оказания медицинской и лекарственной помощи (медицинских услуг) и иных услуг вследствие расстройства здоровья физического лица или состояния физического лица, требующих организации и оказания таких услуг.

4. СТРАХОВЫЕ СЛУЧАИ. СТРАХОВЫЕ РИСКИ

4.1. Договор страхования заключается на условиях страхования риска возникновения обстоятельств, требующих оказания первичной медико-санитарной и специализированной медицинской помощи в неотложной форме иностранным гражданам и лицам без гражданства, прибывшим на территорию РФ и осуществляющим трудовую деятельность на основании разрешения на работу

4.2. По настоящим Правилам страховыми случаями признаются факты обращения за получением Страхователем (Застрахованным лицом) первичной медико-санитарной помощи и специализированной медицинской помощи в неотложной форме в случаях

заболеваний и состояний, входящих согласно части шестой статьи 35 Федерального закона от 29 ноября 2010 года N 326-ФЗ "Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации" в базовую программу обязательного медицинского страхования, за исключением случаев, предусмотренных в разделе 5 настоящих Правил.

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

4.4. Обращение за получением медицинской помощи, предусмотренной Программой добровольного медицинского страхования, в медицинское учреждение должно быть подтверждено направлением или гарантийным письмом Страховщика, которое дается Застрахованному лицу при обращении по телефону/ электронной почте/ личном обращении непосредственно к Страховщику.

5. ИСКЛЮЧЕНИЯ ИЗ СТРАХОВАНИЯ

5.1. Произошедшие события не признаются страховыми, и оплата медицинских услуг не производится в следующих случаях:

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

5.1.2. при получении травматического повреждения и/или иного расстройства здоровья в связи с участием Застрахованного в военных действиях, гражданских волнениях, беспорядках, несанкционированных митингах и демонстрациях, если это не сопряжено с исполнением Застрахованным его служебных обязанностей.

5.1.3. при оказании Застрахованному лицу медицинской помощи, не назначенной врачом, оказывающим медицинскую помощь в рамках программы страхования;

5.1.4. в случае оказания 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 (в соответствии с частью 2 статьи 43 Федерального закона от 21 ноября 2011 года N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации")), а также при злокачественных новообразованиях, сахарном диабете, психических расстройствах и расстройствах поведения;

5.1.5. при оказании Застрахованному лицу высокотехнологичной медицинской помощи;

5.1.6. при оказании 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;

5.1.7. при оказании Застрахованному лицу медицинской помощи при возникновении травматических повреждений или иных нарушений здоровья, наступивших в результате совершения застрахованным лицом умышленных противоправных действий;

5.1.8. в случае оказания медицинской помощи при умышленном причинении себе телесных повреждений застрахованным лицом;

5.1.9. в случае оказания медицинских услуг, связанных с беременностью, родами, послеродовым периодом и абортми Застрахованного лица.

5.2. Страховщик освобождается от страховой выплаты, если обращение Застрахованного лица в медицинскую и/или иную организацию вызвано заболеваниями и травмами, возникшими в результате:

- воздействия ядерного взрыва, радиации или радиоактивного заражения;

- военных действий, а также маневров или иных военных мероприятий;
- гражданской войны, народных волнений всякого рода или забастовок.

6. СТРАХОВАЯ СУММА

6.1. Страховая сумма на всех или на каждого Застрахованного по Договору страхования определяется Страховщиком и Страхователем по соглашению сторон исходя из программы, но не менее 100 000 рублей.

Страховая сумма — лимит выплат, произведенных Страховщиком за весь срок страхования (период действия договора страхования) - может быть агрегатной, то есть после выплаты страхового возмещения страховая сумма уменьшается на размер страховой выплаты, произведённой по данному риску.

6.2. Если в договоре страхования предусмотрено несколько страховых рисков, по каждому из них страховая сумма (лимит возмещения) может устанавливаться индивидуально.

6.3. Страховщик оплачивает все произведенные, разумно понесенные расходы Застрахованного лица в Медицинском учреждении в соответствии со страховым случаем в рамках медицинской программы в пределах страховой суммы (лимита возмещения), установленной по договору страхования.

6.4. Общая сумма выплат за один или несколько страховых случаев, происшедших в период действия Договора, не может превышать размера страховой суммы, указанной в Договоре. Договором может быть предусмотрена страховая сумма по Программе и/или по отдельным заболеваниям или видам медицинской помощи, входящим в Программу.

6.5. Если агрегатная страховая сумма исчерпана полностью, обязательства Страховщика по договору ДМС трудовых мигрантов считаются исполненными, договор ДМС трудовых мигрантов 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

6.6. Страхователь вправе в период действия договора страхования по согласованию со Страховщиком изменить страховую сумму и/или расширить перечень предоставляемых медицинской программой услуг (в рамках настоящих Правил страхования и Программ, являющихся неотъемлемой частью Правил) путем оформления на условиях настоящих Правил дополнительного соглашения с указанием условий внесения соответствующих изменений.

7. СТРАХОВАЯ ПРЕМИЯ (СТРАХОВОЙ ВЗНОС)

7.1. Страховая премия, уплачиваемая Страхователем по договору страхования, устанавливается в зависимости от выбранных Страхователем страховых рисков, перечня медицинских и иных услуг, условий их предоставления, размера страховой суммы, срока страхования, результатов предварительного медицинского освидетельствования (если оно предусмотрено программой) и иных условий, определенных договором страхования.

7.2. Страховщик для определения размера страховой премии применяет разработанные им страховые тарифы. При этом Страховщик вправе вводить повышающие или понижающие коэффициенты к страховым тарифам, в зависимости от степени риска, установленного по результатам медицинского освидетельствования Застрахованного, а также исходя из рода занятий, должности Застрахованного, перечня и профиля медицинских учреждений, на основании анализа иных сведений, полученных Страховщиком при заключении договора страхования Застрахованных.

7.3. Страховая премия вносится единовременным платежом за весь период страхования, если договором не предусмотрено иное. Порядок и сроки уплаты страховой премии определяется в договоре страхования.

7.4. Страховая премия может быть уплачена Страхователем:

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

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

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

8. СРОК ДЕЙСТВИЯ ДОГОВОРА СТРАХОВАНИЯ

8.1. Договор страхования может быть заключен:

- на один год;
- на определенный срок в месяцах

8.2. При заключении договора страхования на определенный срок, неполный месяц принимается за полный.

9. ПОРЯДОК ЗАКЛЮЧЕНИЯ И ИСПОЛНЕНИЯ ДОГОВОРА СТРАХОВАНИЯ

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

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

9.2. Для заключения договора страхования Страхователь представляет Страховщику устное или письменное заявление (письменное заявление может быть оформлено в произвольной письменной форме или на бланке Страховщика) о своем желании заключить договор страхования. При заключении договора страхования Страхователь должен сообщить Страховщику следующие сведения для обязательного внесения их в полис страхования:

9.2.1. информацию о Страхователе:

а) при заключении договора медицинского страхования с физическим лицом / физическим лицом, зарегистрированным в установленном законодательством Российской Федерации порядке в качестве индивидуального предпринимателя:

- фамилия, имя, отчество;
- гражданство;
- 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);

- дата рождения, домашний адрес и телефон Страхователя;

- 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;

- срок и условия страхования (наименование медицинской программы);
- иные сведения позволяющие судить о степени риска, по запросу Страховщика;

б) при заключении договора медицинского страхования с юридическим лицом:

- организационно-правовая форма, полное и (при наличии) сокращенное наименование, в том числе фирменное наименование, для коммерческих организаций (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 ДМС от имени страхователя и документ, на основании которого он подписывает договор ДМС;

- срок и условия страхования (наименование медицинской программы);

- иные сведения, по запросу Страховщика, позволяющие судить о степени риска;

9.2.2. 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;

- дату рождения;

- вид и данные удостоверяющего личность трудового мигранта 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));

- иные сведения, по запросу Страховщика, позволяющие судить о степени риска.

9.3. Страховщик оставляет за собой право потребовать проведение медицинского освидетельствования физического лица, или части лиц выборочно или же всех лиц из списка предоставленного юридическим лицом, желающим заключить договор Добровольного медицинского страхования, до заключения договора, в медицинском учреждении, указанном Страховщиком. Объем медицинских услуг, на основании которых проводится освидетельствование определяет Страховщик. На основании данных, полученных при освидетельствовании, Страховщик имеет право отказать в заключении договора. В любом случае затраты на проведение медицинского освидетельствования ложатся на Страхователя и договором страхования, в случае заключения такового, не компенсируются.

9.4. Документом, удостоверяющим факт заключения договора страхования с физическим лицом, является страховой полис, в котором определены индивидуальные условия страхования, с обязательным приложением медицинской программы. Подпись Застрахованного лица на полисе означает что Застрахованный получил полис, программу,

ознакомлен с правилами страхования, дает свое согласие на обработку персональных данных, подтверждает правильность данных внесенных в полис.

9.5. Договор страхования вступает в силу после перечисления страховой премии в полном объеме на расчетный счет Страховщика при безналичной оплате или в кассу Страховщика при оплате наличными денежными средствами, но не ранее даты начала действия разрешения на работу или патента, если условиями договора не предусмотрено иное и действует на территории субъекта Российской Федерации, на которой Застрахованное лицо намеревается осуществлять трудовую деятельность.

9.6. При уплате страховой премии путем безналичного расчета действие договора страхования начинается в 00 часов следующего дня после даты поступления страховой премии/первого страхового взноса на расчетный счет Страховщика с учетом даты начала действия разрешения на работу или патента, если условиями договора не предусмотрено иное.

9.7. При уплате страховой премии наличными денежными средствами в кассу Страховщика действие договора страхования начинается в 00 часов дня, следующего за днем уплаты страховой премии/первого страхового взноса в кассу Страховщика с учетом даты начала действия разрешения на работу или патента, если условиями договора не предусмотрено иное.

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

При повторной утрате страхового полиса или иных индивидуальных носителей информации в течение срока действия договора страхования со Страхователя дополнительно взыскиваются платеж в размере фактической стоимости их изготовления.

9.9. Договор страхования прекращается в случаях:

9.9.1. истечения срока действия договора страхования;

9.9.2. исполнения Страховщиком обязательств по договору страхования в полном объеме (в размере страховой суммы);

9.9.3. выезда Застрахованного лица с территории субъекта Российской Федерации, на которой действовал полис;

9.9.4. ликвидации Страховщика в установленном законодательством Российской Федерации порядке;

9.9.5. смерти Застрахованного лица;

9.9.6. по соглашению Сторон;

9.9.7. выявления факта передачи полиса незастрахованному лицу с целью получения им медицинской услуги;

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

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

9.11. При досрочном прекращении договора страхования (со сроком действия не менее 1 года), по соглашению Сторон или по инициативе Страхователя (Выгодоприобретателя), если Стороны не договорились об ином в письменной форме, Страхователь имеет право на возврат части страховой премии за неистекший период страхования.

9.11.1. Расчет суммы подлежащей возврату производится с учетом даты расторжения по формуле:

$$С \text{ возвр} = (Спр - РВД) * n/T, \text{ где}$$

Свозвр – размер страховой премии, подлежащей возврату;

Спр – страховая премия по договору;

РВД – расходы на ведение дела;
п – число календарных дней до окончания срока действия договора;
Т – период страхования (в днях).

9.12. При прекращении Договора на основании пп. 9.9.1., 9.9.2 и 9.9.7 Правил возврат страховой премии не производится.

9.13. В случае расхождений положений договора страхования с условиями Правил страхования условия договора являются приоритетными по отношению к условиям настоящих Правил.

9.14. Все сведения, указанные Страхователем в заявлении на страхование, а также сведения, содержащиеся в договоре страхования (страховом полисе), имеют существенное значение для определения вероятности наступления страхового случая, размеров возможных убытков от его наступления, а также размера страховой премии.

Если после заключения договора страхования будет установлено, что Страхователь сообщил Страховщику заведомо ложные сведения об обстоятельствах, указанных в абзаце 1 настоящего пункта, Страховщик вправе потребовать признания договора недействительным и применения последствий, предусмотренных пунктом 2 статьи 179 Гражданского кодекса РФ.

10. ПОСЛЕДСТВИЯ ИЗМЕНЕНИЯ СТЕПЕНИ РИСКА

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

10.2. Страховщик, уведомленный об обстоятельствах, влекущих увеличение страхового риска, вправе потребовать изменения условий договора страхования или уплаты дополнительной страховой премии соразмерно увеличению риска.

Если Страхователь возражает против изменения условий договора страхования или доплаты страховой премии, Страховщик вправе потребовать расторжения договора страхования.

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

11. ПОРЯДОК ОРГАНИЗАЦИИ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ, СТРАХОВАЯ ВЫПЛАТА

11.1. Страховой выплатой по настоящим правилам является оплата Страховщиком медицинских услуг, предусмотренных медицинской программой, оказанных Страхователю (Застрахованному лицу) при наступлении страхового случая, осуществляемая путем перечисления денежных средств на расчетный счет медицинского учреждения.

Оплата стоимости медицинской помощи и медицинских услуг производится исходя из предварительной калькуляции или же из фактических затрат на оказание медицинских услуг по ценам, согласованным между Страховщиком и медицинским учреждением, после выставления счета медицинским учреждением Страховщику.

11.2. Для получения медицинской помощи по Договору страхования в рамках Программы, Застрахованному лицу необходимо предварительно проинформировать Страховщика о случившемся страховом событии.

11.3. Застрахованное лицо при обращении в медицинскую и/или иную организацию обязано предъявить Полис добровольного медицинского страхования (Договор), а также паспорт или иной документ, удостоверяющий личность.

11.4. Медицинское учреждение в соответствии с договором, заключенным между ним и Страховщиком, оказывает услуги Застрахованному, предусмотренные Договором страхования и выбранными Программами.

11.5. Страховщик вправе возместить расходы Застрахованного, понесенные Застрахованным при получении медицинских и иных услуг, предусмотренных Медицинской программой, в медицинских учреждениях, не предусмотренных в договоре страхования. В данном случае Страхователь (Застрахованный) обращается к Страховщику с заявлением, в котором должна быть указана причина, получения медицинской помощи в медицинском учреждении, не предусмотренном в договоре страхования, и предъявляет договор страхования (страховой полис) и документ, удостоверяющий его личность. К заявлению также должны быть приложены документы, подтверждающие оказание соответствующих услуг, документ, свидетельствующий об оплате Застрахованным этих услуг и заключение врача-эксперта Страховой компании о признании обращения в данное медицинское учреждение страховым случаем в соответствии с медицинской программой. Размер возмещения расходов может быть произведен в полном объеме или же частично, в зависимости от необходимости назначения полученных процедур, экстренности, возможности или невозможности получения этих услуг в медицинских учреждениях предусмотренных программой, примерной средней стоимости полученных услуг по прейскурантам медучреждений предусмотренных программой, и остается на рассмотрении врача-эксперта страховой компании. Так же Страховая компания вправе запросить в медицинском учреждении лицензию, прейскурант, учредительные документы, документацию подтверждающую факт обращения пациента в данное медицинское учреждение.

11.6. Урегулирование страхового события осуществляется с учетом соответствия места трудовой деятельности застрахованного, места обращения в лечебное учреждение и территории действия договора ДМС трудового мигранта.

12. ПРАВА И ОБЯЗАННОСТИ СТОРОН

12.1. Страховщик обязан:

а) ознакомить Страхователя с Правилами страхования, условиями Договора страхования и Программой добровольного медицинского страхования;

б) не разглашать сведения о Страхователе, если это не вступит в противоречие с законодательными актами Российской Федерации; принять все необходимые и достаточные меры, чтобы предотвратить разглашение полученной информации и персональных данных третьим лицам;

в) 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.

г) организовать предоставление Застрахованным лицам медицинских и иных услуг в соответствии с программой медицинского страхования;

д) защищать права застрахованных в отношениях с медицинскими учреждениями в рамках настоящего договора.

12.2. Страховщик имеет право:

а) проверить достоверность указанных в заявлении на страхование данных, в случае установления недостоверности сообщенных Страхователем данных Страховщик вправе отказать Страхователю в заключении договора страхования. Если же недостоверность сведений, влияющих на степень риска, будет обнаружена после вступления договора страхования в силу, Страховщик имеет право досрочно прекратить договор страхования, с письменным уведомлением Страхователя о причинах расторжения договора. Страховая премия в этом случае возвращается за неистекший срок действия договора за вычетом понесенных Страховщиком расходов;

б) отказать в оплате медицинских и иных услуг при обстоятельствах, предусмотренных настоящими Правилами или договором страхования.

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

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

г) требовать от Страхователя уплаты дополнительного страхового взноса при увеличении степени страхового риска;

12.3. Страхователь обязан:

а) уплачивать страховую премию/страховые взносы в размере и сроки, установленные договором страхования;

б) при заключении договора страхования сообщать Страховщику обо всех известных ему обстоятельствах, имеющих значение для оценки страхового риска;

в) в случаях досрочного прекращения договора страхования возвращать Страховщику страховые полисы, действие которых прекращается с момента прекращения договора страхования.

12.4. Страхователь имеет право:

а) осуществлять контроль над выполнением условий Договора страхования;

б) требовать предоставления Застрахованным лицам в Медицинских учреждениях медицинских услуг, определенных в договоре страхования, в соответствии с условиями страхования и медицинской программой с учетом лицензии и профиля медицинского учреждения; в случае же непредставления таких медицинских услуг Страхователь должен в течение 3 рабочих дней поставить в известность об этом Страховщика. При отсутствии у Страхователя возможности сообщить об этом Страховщику, информировать Страховщика может любое уполномоченное Страхователем лицо.

в) в течение срока действия договора страхования подать заявление на расширение перечня медицинских услуг, размера страховой суммы (лимит возмещения), расширения перечня медицинских учреждений. При этом заключается дополнительное соглашение к договору страхования и уплачивается дополнительный страховой взнос. Дополнительное соглашение является неотъемлемой частью договора страхования и вступает в силу с момента подписания, если в договоре не указано иное.

12.5. Застрахованное лицо имеет право:

а) требовать предоставления медицинских услуг в соответствии с условиями договора страхования в перечисленных в нем Медицинских учреждениях;

б) сообщать Страховщику о случаях непредставления или неполного и некачественного предоставления медицинских услуг.

12.6. Застрахованные лица обязаны:

а) соблюдать предписания лечащего врача, полученные в ходе предоставления медицинской помощи, соблюдать распорядок, установленный Медицинским учреждением;

б) заботиться о сохранности страховых документов (полиса, иных носителей информации, оговоренных договором страхования) и не передавать их третьим лицам с целью получения ими медицинских услуг по договору страхования. В противном случае Страховщик имеет право досрочно прекратить действие договора страхования в отношении данного Застрахованного лица. Возврат страховой премии Страхователю в этом случае не производится.

13. ПОРЯДОК РАЗРЕШЕНИЯ СПОРОВ

13.1. Все споры по договору страхования между Страхователем и Страховщиком рассматриваются в претензионном порядке, а при недостижении согласия по претензиям – в судебном порядке, установленном действующим законодательством Российской Федерации. Срок рассмотрения претензии 10 дней. Досудебный порядок разрешения споров обязателен.

13.2. Право на предъявление претензий к Страховщику на получение страхового обеспечения по договору сохраняется в течение общего срока исковой давности, предусмотренных законодательством Российской Федерации.

ПРИЛОЖЕНИЕ (ОБРАЗЦЫ):

1. Страховой полис добровольного медицинского страхования трудовых мигрантов.

Утверждена
ООО СК «Паритет-СК»

«20» июля 2016 г.

ПРОГРАММА ДМС ТРУДОВЫХ МИГРАНТОВ

Программа ДМС трудовых мигрантов предусматривает получение застрахованным лицом первичной медико – санитарной и специализированной медицинской помощи в неотложной форме в случаях заболеваний и состояний, входящих в базовую программу обязательного медицинского страхования.

Застрахованными лицами по договору ДМС являются иностранные граждане и лица без гражданства, прибывшие на территорию РФ и осуществляющие трудовую деятельность на основании официального разрешения на работу.

1. ОБЪЕМ ПРЕДОСТАВЛЯЕМЫХ УСЛУГ.

1.1. При наступлении страхового случая подлежат оплате медицинские услуги, оказываемые в рамках первичной медико-санитарной помощи и специализированной медицинской помощи в неотложной и экстренной форме по поводу заболеваний и состояний, входящих согласно части 6 статьи 35 Федерального закона от 29 ноября 2010 года № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» в базовую программу обязательного медицинского страхования с учетом особенностей, установленных пунктом 3 Программы.

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

1.2.1. Первичная медико-санитарная помощь в неотложной и экстренной форме:

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

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

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

– стоматологические услуги, оказываемые при осложненном кариесе, пульпите и периодонтите;

- гнойно-воспалительных заболеваниях: воспалительный инфильтрат, пародонтальный абсцесс, периостит, обострение хронического пародонтита: первичные осмотры стоматологом-терапевтом, стоматологом-хирургом;
- прицельная рентгенография (дентальные снимки);
- местная анестезия (проводниковая, инфильтрационная);
- объем услуг по стоматологии терапевтической: препарирование зуба, наложение девитализирующей пасты, наложение временной пломбы; наложение лекарственной повязки;
- объем услуг по стоматологии хирургической: удаление зуба по медицинским показаниям, вскрытие абсцессов, выполнение послабляющих разрезов.

1.2.2. Скорая медицинская помощь:

Оказывается только в случаях необходимости оказания медицинской помощи в экстренной форме.

1.2.2.1. Услуги скорой медицинской помощи организуются Страховщиком при наличии договорных отношений с медицинскими учреждениями, имеющими лицензию на оказание услуг по скорой и неотложной медицинской помощи на возмездной основе.

1.2.2.2. В случае отсутствия таких медицинских учреждений в населенном пункте по месту нахождения Застрахованного скорая и неотложная медицинская помощь оказывается Застрахованному муниципальной службой скорой и неотложной медицинской помощи. Федеральный номер для вызова муниципальной службы СиНМП «112».

Услуги службы скорой медицинской помощи:

- выезд бригады скорой помощи;
- осмотр больного; проведение экспресс-диагностики в объеме, который определяется медицинскими показаниями;
- купирование неотложного состояния;
- организация и медицинская транспортировка при необходимости госпитализации.

1.2.3. Специализированная медицинская помощь в неотложной и экстренной форме:

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

2. ПОРЯДОК ОБРАЩЕНИЯ ЗАСТРАХОВАННЫХ ЗА МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩЬЮ

2.1. Для организации первичной медико-санитарной и специализированной медицинской помощи в экстренной и неотложной форме Застрахованному необходимо обратиться в контакт-центр по телефонам, указанным в страховом полисе.

2.2. Медицинская помощь организуется в медицинских учреждениях, определяемых Страховщиком, в режиме их работы при наличии у Застрахованного Полиса и документа, удостоверяющего личность.

3. ИСКЛЮЧЕНИЯ ИЗ ПРОГРАММЫ

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

- по оказанию Застрахованному медицинской помощи, не назначенной врачом, оказывающим медицинскую помощь в рамках Программы;
- по оказанию Застрахованному 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 (болезнь, вызванная вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ), вирусные лихорадки, передаваемые членистоногими, и вирусные геморрагические лихорадки, гельминтозы, вирусные гепатиты В и С, дифтерия, инфекции, передающиеся преимущественно половым путем, лепра, малярия, педикулез, акариоз и другие инфестации, сап и мелиоидоз, сибирская язва, туберкулез, холера, чума);
- медицинские услуги при злокачественных новообразованиях, сахарном диабете, психических расстройствах и расстройствах поведения;
- по оказанию Застрахованному высокотехнологичной медицинской помощи;
- по оказанию Застрахованному медицинской помощи при патологических состояниях, отравлениях и травмах, возникших у Застрахованного в состоянии любой формы алкогольного опьянения или под воздействием иных психоактивных веществ и/или лекарственных препаратов, употребленных без назначения врача;
- по оказанию Застрахованному медицинской помощи при возникновении травматических повреждений или иных нарушений здоровья, наступивших в результате совершения Застрахованным умышленных противоправных действий;
- по оказанию Застрахованному медицинской помощи при покушении Застрахованного на самоубийство, за исключением тех случаев, когда Застрахованный был доведен до такого состояния противоправными действиями третьих лиц;
- по оказанию медицинской помощи при умышленном причинении себе телесных повреждений Застрахованным;
- связанные с беременностью, родами, послеродовым периодом и абортами Застрахованного;
- медицинские услуги, оказанные по событию, признанному нестраховым случаем;
- медицинские услуги, не предусмотренные настоящей Программой;
- услуги, полученные Застрахованным в медицинском учреждении без направления и без согласования со Страховщиком;
- услуги, полученные Застрахованным вне Территории действия договора страхования.

3.2. Не подлежат оплате услуги, возмещению расходы на приобретение Страхователем (Застрахованным) лекарственных препаратов и медицинских изделий, в том числе при оказании первичной медико-санитарной помощи, за исключением предусмотренных в настоящей Программе.