

**ОБЩЕСТВО С ОГРАНИЧЕННОЙ ОТВЕТСТВЕННОСТЬЮ
СТРАХОВАЯ КОМПАНИЯ «ГЕЛИОС»
(ООО Страховая Компания «Гелиос»)**

УТВЕРЖДЕНО

Приказом Генерального директора
ООО Страховая Компания «Гелиос»
№ 216 от «02» 12 2016 г.



А.С. Глухов
А.С. Глухов

ПРАВИЛА № 2

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

1. Общие положения. Субъекты и объект страхования
2. Страховой риск. Страховые случаи
3. Страховая сумма
4. Страховой тариф. Страховая премия
5. Срок страхования
6. Договор страхования
7. Страховая выплата
8. Права и обязанности сторон
9. Последствия изменения степени риска
10. Порядок внесения изменений и дополнений в Договор страхования
11. Порядок разрешения споров
12. Исковая давность
13. Особые условия

1. ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ. СУБЪЕКТЫ И ОБЪЕКТ СТРАХОВАНИЯ

1.1. На основании настоящих Правил № 2 добровольного медицинского страхования иностранных граждан и лиц без гражданства, находящихся на территории Российской Федерации с целью осуществления ими трудовой деятельности (далее Правила) и действующего законодательства Российской Федерации Общество с ограниченной ответственностью Страховая Компания «Гелиос», именуемое в дальнейшем Страховщик, осуществляет страхование, в том числе заключает, исполняет и прекращает договоры добровольного медицинского страхования (ДМС) трудовых мигрантов с юридическими и дееспособными физическими лицами, именуемыми в дальнейшем Страхователи.

1.2. Договором добровольного медицинского страхования трудовых мигрантов (далее – Договор (ы) страхования) является соглашение между Страхователем и Страховщиком, в соответствии с которым Страховщик обязуется за обусловленную Договором страхования плату (страховую премию) при наступлении предусмотренного Договором страхования события (страхового случая), совершившегося в период действия Договора страхования, осуществить страховую выплату в счет оплаты организации и оказания при обращении Застрахованного медицинских и иных услуг в соответствии с программой добровольного медицинского страхования (далее – Программа страхования), предусмотренной Договором страхования.

1.3. Страховщик на основании настоящих Правил заключает Договоры индивидуального добровольного медицинского страхования трудовых мигрантов.

На условиях настоящих Правил, Договоры страхования заключаются в пользу Застрахованных физических лиц.

1.4. Условия, изложенные в настоящих Правилах становятся неотъемлемой частью Договора страхования и обязательными для Страхователя и Страховщика.

1.5. При заключении Договора страхования Страхователь и Страховщик могут договориться об изменении, дополнении или исключении отдельных положений настоящих Правил в случаях, не противоречащих законодательству Российской Федерации.

1.6. Субъектами Добровольного медицинского страхования трудовых мигрантов выступают Страховщик, Страхователь и Застрахованные лица.

1.7. Страховщик - ООО Страховая Компания «Гелиос», осуществляет страховую деятельность в соответствии с лицензией, выданной компетентным государственным органом Российской Федерации.

1.8. Страхователь - юридическое, или дееспособное физическое лицо, заключившее со Страховщиком Договор добровольного медицинского страхования.

1.9. Застрахованное лицо (Застрахованный) - названное в Договоре страхования физическое лицо, в пользу которого Страхователем заключен Договор страхования. В случае если Договор страхования заключен Страхователем в свою пользу, на него распространяются права и обязанности Застрахованного. Застрахованными могут быть иностранные граждане и лица без гражданства, прибывшие в Российскую Федерацию, и намеревающиеся осуществлять или осуществляющие трудовую деятельность на основании разрешения на работу или патента (далее - трудовые мигранты).

1.10. Страховщик имеет право отказать в заключение Договора страхования в отношении лица, попадающего в одну из следующих категорий на момент заключения Договора страхования:

- лица в возрасте старше 60 лет;
- лица, состоящего на учете в центре по профилактике и борьбе со СПИД;
- лица, которому присвоена 1 или 2 группа инвалидности, ребенку - инвалиду;
- лица, больного онкологическим заболеванием, туберкулезом;
- лица, состоящего на учете в кожно-венерологическом диспансере;
- лица, находящегося на момент заключения Договора страхования на стационарном лечении.

Лицо, имеющее перечисленные заболевания, может быть застраховано с согласия Страховщика, при условии, что до заключения Договора страхования Страховщик был письменно уведомлен Страхователем о диагнозах и состоянии здоровья лица, заявленного на страхование. Условие о страховании таких лиц может указываться в Договоре страхования соответствующей оговоркой или ссылкой на пункт Правил.

1.11. Страховщик отказывает в заключение Договора страхования в отношении лица, попадающего в одну из следующих категорий на момент заключения Договора страхования:

- лица, состоящего на учете в наркологическом диспансере;
- лица, состоящего на учете в психоневрологическом диспансере.

Договоры страхования, заключенные в отношении лиц, указанных в п. 1.11. настоящих Правил страхования, являются незаключенными (недействительными) с момента заключения.

1.12. Участниками добровольного медицинского страхования могут выступать медицинские, фармацевтические, ассистанские, экспертные и иные организации, с которыми Страховщик вступает в договорные отношения с целью выполнения обязательств по Договору страхования.

Для целей настоящих Правил:

- к медицинским организациям относятся российские и зарубежные организации всех форм собственности, а также частные лица, имеющие право на осуществление медицинской деятельности;
- к фармацевтическим организациям относятся имеющие право на осуществление фармацевтической деятельности юридические лица и индивидуальные предприниматели;
- к ассистанским организациям относятся юридические лица, осуществляющие сервисную поддержку программ добровольного медицинского страхования по поручению Страховщика;
- к экспертным организациям относятся юридические лица и индивидуальные предприниматели, предоставляющие Страховщику услуги экспертного или консультативного характера;
- к иным организациям относятся юридические лица и индивидуальные предприниматели, производящие и торгующие, в частности, изделиями медицинского назначения, медицинскими изделиями, лечебным питанием.

1.13. Медико-транспортные услуги - услуги, связанные с транспортировкой Застрахованного по медицинским показаниям в соответствии с условиями Договора страхования и Программой страхования.

1.14. Услуги по репатриации - услуги, связанные с транспортировкой Застрахованного или его останков адекватным состоянию здоровья транспортным средством в соответствии с условиями Договора страхования и Программой страхования.

1.15. Иные услуги - услуги, связанные с оказанием или организацией оказания медицинской помощи и включенные в Программу страхования, в том числе: нахождение сопровождающего лица в этом же лечебном учреждении (включая питание и иные сервисные услуги), сервисные услуги (палаты улучшенной комфортности, включающие дополнительное питание, связь, телевизор, компьютер, холодильник, кондиционер, душ, туалет и др.); питание и проживание нахождение при стационарном, реабилитационно-восстановительном, санаторно-курортном лечении, если оно не входит в стоимость медицинской услуги (стоимости койко-дня); оформление медицинским учреждением различной медицинской документации; услуги по организации медицинской помощи в других медицинских учреждениях; информационные услуги, связанные с оказанием или организацией оказания медицинской помощи.

1.16. Объектом добровольного медицинского страхования являются имущественные интересы, связанные с оплатой организации и оказания медицинской и лекарственной помощи (медицинских услуг) и иных услуг вследствие расстройства здоровья Застрахованного лица, требующих организации и оказания таких услуг, а также проведения профилактических мероприятий, снижающих степень опасных для жизни или здоровья Застрахованного лица угроз и (или) устраняющих их.

1.17. При заключении Договора добровольного медицинского страхования в отношении трудовых мигрантов, территория действия Договора страхования должна соответствовать субъекту Российской Федерации, на территории которого Застрахованное лицо намеревается осуществлять трудовую деятельность. Договор страхования, если в нем прямо не предусмотрено иное, действует на территории Российской Федерации (территория страхования).

2. СТРАХОВОЙ РИСК. СТРАХОВЫЕ СЛУЧАИ

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

2.2. По настоящим Правилам страховым случаем является совершившееся событие, с наступлением которого возникает обязанность Страховщика произвести страховую выплату Страхователю, Застрахованному лицу, Выгодоприобретателю или иным третьим лицам в соответствии с условиями Договора страхования.

2.3. Страховым случаем является обращение Застрахованного лица в течение срока действия Договора страхования в медицинское учреждение (фармацевтическую организацию, ассистанскую компанию), указанное в Договоре страхования, либо по направлению Страховщика, в связи с возникновением острого заболевания и/или обострением хронического заболевания, травмой,

отравлением и другими состояниями за получением предусмотренной Договором страхования первичной медико-санитарной и специализированной медицинской помощи в неотложной форме (в том числе диагностической, консультативной, лечебной, фармакологической, профилактической, иммунопрофилактической и др.) и иной (в том числе транспортной, сервисной и др.) помощи, повлекшее возникновение обязательств Страховщика произвести оплату медицинских и иных услуг в соответствии с условиями Договора страхования.

Объем оказанных медицинских и иных услуг, оплачиваемый Страховщиком, определяется выбранной Программой страхования, которая является неотъемлемой частью Договора страхования.

2.4. Минимальный объем медицинской помощи, оплачиваемой Страховщиком по Договору добровольного медицинского страхования, заключенному в соответствии с настоящими Правилами включает: получение первичной медико-санитарной помощи и специализированной медицинской помощи в неотложной форме Застрахованному лицу в случаях следующих заболеваний и состояний:

2.4.1. Инфекционные и паразитарные болезни, за исключением заболеваний, передаваемых половым путем, туберкулеза, ВИЧ-инфекции и синдрома приобретенного иммунодефицита, особо опасных инфекционных болезней (натуральная оспа, полиомиелит, малярия ГОРС).

2.4.2. Новообразования (за исключением злокачественных).

2.4.3. Болезни эндокринной системы (за исключением сахарного диабета).

2.4.4. Расстройства питания и нарушения обмена веществ.

2.4.5. Болезни нервной системы (за исключением психических расстройств и расстройств поведения).

2.4.6. Болезни крови, кроветворных органов.

2.4.7. Отдельные нарушения, вовлекающие иммунный механизм.

2.4.8. Болезни глаза и его придаточного аппарата.

2.4.9. Болезни уха и сосцевидного отростка.

2.4.10. Болезни системы кровообращения.

2.4.11. Болезни органов дыхания.

2.4.12. Болезни органов пищеварения.

2.4.13. Болезни мочеполовой системы.

2.4.14. Болезни кожи и подкожной клетчатки.

2.4.15. Болезни костно-мышечной системы и соединительной ткани.

2.4.16. Травмы, отравления и некоторые другие последствия воздействия внешних причин.

Настоящим страхованием покрываются 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 добровольного медицинского страхования 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 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, донорской крови и ее компонентов.

2.5. По соглашению, достигнутому между Страховщиком и Страхователем, объем медицинской помощи и расходов, предусмотренных п. 2.4 настоящих Правил, может быть увеличен путем изменения (дополнения) Программы страхования при заключении Договора страхования.

2.6. Если Договором не предусмотрено иное, то Страховщик не оплачивает:

2.6.1. Расходы Застрахованного лица, не предусмотренные Договором страхования.

2.6.2. Расходы Застрахованного лица, возникшие в результате покушения Застрахованного лица на самоубийство (за исключением тех случаев, когда застрахованное лицо было доведено до такого состояния противоправными действиями третьих лиц).

2.6.3. Расходы Застрахованного лица, возникшие в результате умышленного причинения себе телесных повреждений Застрахованным лицом.

2.6.4. Расходы Застрахованного лица, связанные с патологическими состояниями, отравлениями и травмами, возникшими или полученными в состоянии алкогольного опьянения или под воздействием иных психоактивных веществ и (или) лекарственных препаратов, употребленных без назначения врача.

2.6.5. Расходы Застрахованного лица, связанные с травматическими повреждениями или иными нарушениями здоровья, наступившими в результате совершения Застрахованным лицом умышленных противоправных действий.

2.6.6. Медицинские услуги, оказанные Застрахованному лицу без назначения врача или без медицинских показаний.

2.6.7. Оказание 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.

2.6.8. Оказание Застрахованному лицу высокотехнологичной медицинской помощи.

2.6.9. Медицинские услуги, оказанные в связи с заболеванием (осложнением, состоянием), возникшим в результате того, что Застрахованный (Страхователь) не следовал предписанным лечебным назначениям или не явился на назначенный прием к врачу.

2.6.10. Медицинские услуги, носящие научно-исследовательский или экспериментальный характер.

2.6.11. Медицинские услуги, оказываемые в сугубо эстетических или косметических целях.

2.6.12. Медицинские услуги, которые способствуют или предотвращают половое зачатие, включая но, не ограничиваясь: искусственное оплодотворение, лечение бесплодия или импотенции, стерилизацию или де-стерилизацию.

2.6.13. Медицинские услуги, оказанные в связи с беременностью, родами, в послеродовом периоде; аборт или преждевременное родоразрешение, за исключением случаев, когда здоровью матери или плода угрожает опасность.

2.6.14. Расходы на очки, контактные линзы, слуховые аппараты, слуховые имплантанты, визуальную терапию, или на любой осмотр или подбор подобных устройств.

2.6.15. Медицинские услуги, оказываемые в связи с алкоголизмом, токсикоманией или наркоманией.

2.6.16. Пересадку органов, а также сами органы.

2.6.17. Пересадку тканей, а также сами ткани, за исключением лечения ожогов и травм, а также иных случаев, предусмотренных Договором страхования.

2.6.18. Уход и лечение при выпадении волос, включая парики, пересадку волос или любые препараты, которые способствуют росту волос, вне зависимости от того, предписаны врачом или нет.

2.6.19. Лечение, связанное с инфицированием вирусом иммунодефицита человека.

2.7. Страховщик освобождается от страховой выплаты, если обращение Застрахованного лица в медицинское и/или иное учреждение (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;
- особо опасной инфекционной болезни в случае возникновения эпидемии и/или объявления государственного карантина;

- в результате террористических актов.

Страховщик не организывает и не оплачивает медицинские услуги, оказанные Застрахованным лицам, в связи с заболеваниями и травмами вызванными:

- стихийными бедствиями;
- экологическими катастрофами.

Стихийное бедствие - экстремальное явление природы катастрофического характера, приводящее к внезапному нарушению нормальной деятельности людей и признанное таковым документами соответствующих органов исполнительной власти Российской Федерации.

К стихийным бедствиям по данным Правилам относятся: извержения вулканов, землетрясения, цунами, оползни, обвалы, сели, лавины, наводнения, ураганы, тайфуны, смерчи, лесные пожары, циклоны, засуха, опустынивание и др.

Экологическая катастрофа - необратимое изменение природных комплексов, связанное с массовой гибелью живых организмов.

2.8. Договором страхования может быть особо предусмотрено неприменение Страховщиком исключений, указанных в п.п. 2.6., 2.7. настоящих Правил, а также оснований для освобождения от страховой выплаты в случаях, указанных в п. 2.7. настоящих Правил.

3. СТРАХОВАЯ СУММА

3.1. Страховой суммой является определенная Договором страхования денежная сумма, которая определена Договором страхования при его заключении, и исходя из которой устанавливаются размер страховой премии (страховых взносов) и размер страховой выплаты при наступлении страхового случая.

3.2. Страховая сумма по Договору страхования определяется Страховщиком и Страхователем по соглашению сторон исходя из предполагаемого объема медицинской помощи (перечня и стоимости медицинских и иных услуг, а также стоимости лекарственных средств и изделий медицинского назначения), предусмотренного программой страхования, возраста Застрахованного лица, срока страхования и иных факторов, влияющих на степень страхового риска.

3.3. Страховая сумма может определяться по всей программе в целом или совокупности программ, либо по отдельным заболеваниям, отдельным видам медицинской помощи в т.ч. медицинским услугам, обеспечению лекарственными средствами или изделиями медицинского назначения или их различной совокупности, по каждому страховому случаю или по всем страховым случаям суммарно.

3.4. Страховая сумма на каждое Застрахованное лицо по Договорам, заключенным в соответствии с настоящими Правилами устанавливается в размере не менее 100 000,00 рублей на каждого Застрахованного на период страхования, если большая сумма не предусмотрена Договором страхования.

3.5. В Договоре страхования применяется агрегатная страховая сумма.

Агрегатная страховая сумма – уменьшаемая страховая сумма, рассчитываемая 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.

Если агрегатная страховая сумма исчерпана полностью, обязательства Страховщика по Договору страхования считаются исполненными, Договор страхования прекращается.

По Договору страхования трудовых мигрантов Страховщик уведомляет 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.

3.6. Сумма страховых выплат по Договору страхования, заключенному на условиях настоящих Правил, не может превысить установленный таким Договором размер страховой суммы.

4. СТРАХОВОЙ ТАРИФ. СТРАХОВАЯ ПРЕМИЯ

4.1. 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. Страховой тариф по конкретному Договору страхования определяется по соглашению сторон.

4.2. Страховая премия – плата за страхование, которую Страхователь обязан уплатить Страховщику в порядке и в сроки, установленные Договором страхования. Страховой взнос – часть страховой премии при ее уплате в рассрочку.

4.3. При определении размера страховой премии, подлежащей уплате по Договору страхования, Страховщик применяет разработанные им тарифы, определяющие величину страхового взноса, взимаемую с единицы страховой суммы, исходя из оценки Страховщиком страхового риска с учетом объекта страхования, характера страховых рисков, условий страхования, в том числе применяемой франшизы, выбранной Страхователем Программы страхования, категории медицинского учреждения, срока действия Договора страхования и иных условий, предусмотренных Договором страхования.

4.4. Страховая премия может быть уплачена в виде единовременного платежа или в рассрочку путем наличных и безналичных расчетов.

4.5. Днем уплаты страховой премии (первого страхового взноса) считается день поступления денежных средств на расчетный счет/в кассу Страховщика, если Договором не предусмотрено иное.

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

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

5. СРОК СТРАХОВАНИЯ

5.1. Договор страхования заключается на согласованный сторонами срок. Срок действия Договора страхования трудовых мигрантов определяется исходя из сообщенного Страхователем (Застрахованным лицом) предполагаемого срока действия разрешения на работу или патента.

5.2. В случае заключения Договора страхования на срок до одного года, страховая премия рассчитывается с учетом коэффициента краткосрочности:

Срок действия Договора страхования в месяцах										
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
Коэффициент краткосрочности										
0.20	0.30	0.40	0.50	0.60	0.70	0.75	0.80	0.85	0.90	0.95

При заключении Договора на срок, менее одного года неполный месяц принимается за полный. При страховании на срок менее одного месяца период страхования устанавливается в целых днях (но не менее двух дней), при этом страховой взнос за каждый день страхования принимается равным 1/30 (одна тридцатая) от месячного страхового взноса, рассчитанного на основании приведенной таблицы.

5.3. Действие Договора страхования завершается по истечении срока страхования, а также может быть прекращено досрочно в соответствии с условиями, оговоренными в п.п. 6.12. - 6.13. настоящих Правил.

5.4. Срок страхования может быть продлен при условии дополнительного соглашения сторон.

5.5. Если страховая премия (первый страховой взнос) не была уплачена Страхователем или была уплачена не в полном объеме в срок, указанный в Договоре страхования, Договор страхования считается не вступившим в силу, при этом полученная в неполном объеме страховая премия (первый страховой взнос) возвращается Страхователю в течение 10 (десяти) рабочих дней с даты поступления денежных средств на расчетный счет Страховщика.

5.6. При неуплате Страхователем соответствующего очередного страхового взноса Страховщик вправе в одностороннем внесудебном порядке отказаться от исполнения Договора страхования с даты, указанной в качестве срока оплаты очередной части страховой премии, если иное не предусмотрено Договором страхования. При этом уплаченная страховая премия считается полностью заработанной Страховщиком и не подлежит возврату.

5.7. Если в Договоре не предусмотрено иное, Договор вступает в силу с 00 часов 00 минут дня, следующего за днем оплаты страховой премии (первого страхового взноса) на расчетный счет Страховщика или оплаты страховой премии (первого страхового взноса) наличными деньгами, но не ранее 00 часов 00 минут дня, указанного в Договоре страхования как дата начала действия Договора страхования.

5.8. Договор страхования может содержать условие о вступлении его в силу не ранее даты начала действия разрешения на работу или патента Страхователя (Застрахованного лица). Договором страхования может быть предусмотрено вступление его в силу с определенной календарной даты или с момента уплаты страховой премии (первого страхового взноса при оплате страховой премии в рассрочку).

5.9. Действие Договора страхования заканчивается в 24 часа 00 минут дня, указанного в нем как дата его окончания, если Договором не предусмотрено иное.

6. ДОГОВОР СТРАХОВАНИЯ

6.1. Договор страхования является соглашением между Страхователем и Страховщиком, в силу которого Страховщик обязуется при наступлении страхового случая организовать предоставление и оплатить предоставленные Застрахованным лицам медицинские услуги определенного объема в пределах программы страхования и страховой суммы.

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

6.3. Для заключения Договора страхования Страхователь может обратиться к Страховщику с письменным или устным заявлением о своем намерении заключить Договор страхования. Если Страховщик предлагает Страхователю обратиться с письменным заявлением, то Страховщик вправе предложить оформить заявление по установленной им форме.

6.4 Медицинские услуги по Договору страхования предоставляются и оплачиваются на основании программ страхования. Программы страхования, оговоренные настоящими Правилами, - это перечень (набор) медицинских и иных услуг, установленных Страховщиком для определения базового тарифа. При этом объем медицинских и иных услуг может быть расширен (сокращен) по соглашению Сторон в каждом конкретном Договоре страхования.

6.4.1 Программы страхования формируются по выбору Страхователя, согласованному со Страховщиком. Договор страхования может содержать различные программы страхования как из числа программ страхования, являющихся приложением к Правилам страхования, так и содержать программу, составленную из комбинации программ страхования, являющихся приложением к Правилам страхования, а также дополнительного перечня медицинских и иных услуг.

6.4.2. Перечень медицинских и иных услуг по Договору страхования в рамках конкретной программы страхования, а также любое сочетание программ страхования может иметь оригинальное название.

6.4.3. Программа страхования, являющаяся приложением к Договору страхования может иметь текстовое изложение, отличное от текстового изложения программ, являющихся приложением к Правилам страхования.

6.5 При заключении Договора страхования между Страхователем и Страховщиком должно быть достигнуто соглашение по следующим существенным условиям:

- о Застрахованном лице;
- о характере события, на случай наступления которого осуществляется страхование (страховой риск);
- о сроке действия Договора и размере страховой суммы;
- о размерах, сроках и порядке оплаты страховой премии (внесения страховых взносов);
- о размерах, сроках и порядке страховой выплаты;
- о перечне медицинских и иных услуг, соответствующих Программе страхования;
- об исключениях из Договора страхования;
- о перечне медицинских и иных учреждений, если договором прямо не предусмотрено иное;
- о территории страхования.

6.6. Факт заключения Договора страхования подтверждается оформлением единого документа – Договора страхования и/или полиса ДМС. Бланк полиса ДМС трудовых мигрантов является защищенной полиграфической продукцией уровня «В», усиленной средством визуального контроля - фотополимерной голограммой, и изготавливается в соответствии с Техническими требованиями и условиями изготовления защищенной полиграфической продукции.

6.7. Договор страхования (Полис ДМС) должен содержать следующие данные, реквизиты и приложения:

6.7.1. 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.

6.7.2. Информацию о Застрахованном:

- 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 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)).

6.7.3. 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.

6.7.4. Дату заполнения.

6.7.5. Срок действия.

6.7.6. Территорию действия Договора.

6.7.7. Размер страховой суммы. Размер страховой премии, подлежащей уплате по Договору страхования, порядок и форма её уплаты.

6.7.8. Подпись страхователя.

6.7.9. Программа страхования.

6.7.10. Права, обязанности, ответственность Сторон и иные не противоречащие Законодательству Российской Федерации условия.

6.7.11. Серия и номер бланка полиса ДМС трудовых мигрантов, номер средства визуального контроля.

6.8. Страховщик вправе выдать для каждого застрахованного лица различные информационные документы: страховую карточку, памятку, пропуск в медицинскую организацию и др.

6.9. В случае утраты страховых, информационных документов Застрахованный должен незамедлительно известить об этом Страховщика. С этого момента утраченные документы признаются недействительными и не могут являться основанием для получения медицинских услуг в соответствии с Договором страхования. Взамен утерянных документов Страхователю (Застрахованным) выдаются дубликаты.

6.10. Если после заключения Договора страхования будет установлено, что Страхователь сообщил заведомо ложные сведения об обстоятельствах, имеющих существенное значение для определения вероятности наступления страхового случая и размера возможных убытков от его наступления, Страховщик вправе потребовать признания Договора недействительным и применения последствий в соответствии с законодательством Российской Федерации (п.2 ст.179 ГК РФ), за исключением случая, когда обстоятельства, о которых умолчал Страхователь, уже отпали.

6.11. Условия, содержащиеся в настоящих Правилах страхования и не включенные в текст Договора страхования (полиса ДМС), обязательны для Страхователя (Застрахованного лица), если в Договоре (полисе ДМС) прямо указывается на применение настоящих Правил и сами Правила изложены в одном документе с Договором (полисом ДМС) или на его оборотной стороне либо приложены к нему.

6.12. Договор страхования прекращает действие в случае:

6.12.1. Истечения срока действия Договора страхования.

6.12.2. Смерти Застрахованного (в отношении данного Застрахованного), с даты его смерти в части, не касающейся репатриации тела Застрахованного лица при условии наличия репатриации в программе страхования.

6.12.3. В случае неуплаты Страхователем страховой премии (очередного страхового взноса при оплате страховой премии в рассрочку) в установленные Договором страхования сроки и размере.

6.12.4. Исполнения Страховщиком своих обязательств в полном объеме (в отношении Застрахованного, чья страховая сумма исчерпана).

6.12.5. Ликвидации Страхователя, являющегося юридическим лицом, или смерти Страхователя, являющегося физическим лицом, при условии невыполнения Страхователем обязанности по уплате страховых взносов, и если Застрахованный не принял на себя обязанности Страхователя по уплате страховых взносов.

6.12.6. В случае отзыва Застрахованным лицом согласия на обработку Страховщиком и партнерами Страховщика персональных данных Застрахованного лица - с 00 часов 00 минут дня получения отзыва Страховщиком.

6.12.7. По соглашению сторон – с 00 часов 00 минут даты подписания такого соглашения или с даты, указанной в данном соглашении.

6.12.8. В случаях, предусмотренных п.п. 6.10., 9.2.

6.12.9. В других случаях, предусмотренных Законодательством Российской Федерации.

6.13. Договор страхования может быть прекращен досрочно по требованию Страхователя или Страховщика, с письменным уведомлением другой стороны, в случаях, предусмотренных настоящими Правилами и/или условиями Договора страхования, а также по соглашению Сторон.

6.14. При досрочном прекращении Договора по инициативе Страхователя в целом или в отношении какого-либо Застрахованного возврат части страховой премии не производится, если иное не предусмотрено Договором страхования.

6.15. Если Договор страхования предусматривает возврат уплаченной страховой премии (страховых взносов) при прекращении Договора страхования по инициативе Страхователя, то сумма, подлежащая возврату рассчитывается следующим образом:

$$\sum \text{к возврату} = \frac{\sum \text{оплаченных страховых взносов} \times \text{коэффициент РВД в соответствии со структурой ТС} \times \text{количество дней до конца оплаченного периода}}{\text{количество дней оплаченного периода}}$$

Где РВД = расходы на ведение дела

ТС = тарифная ставка

В случае превышения суммы выплаченного страхового возмещения над суммой фактически оплаченных страховых взносов возврат неиспользованной страховой премии не производится.

6.16. Возврат страховой премии Страхователю при досрочном прекращении Договора страхования производится в течение 45 дней со дня получения всех счетов за услуги, предоставленные Застрахованным лицам.

6.17. Действие досрочно прекращаемого Договора страхования заканчивается в 00 часов 00 минут дня, указанного как дата его досрочного прекращения.

7. СТРАХОВАЯ ВЫПЛАТА

7.1. Страховая выплата - денежная сумма, которая определена в порядке, установленном Договором страхования, и выплачивается Страховщиком при наступлении страхового случая в соответствии с условиями Договора страхования и программой страхования.

7.2. В рамках настоящих Правил, Страховщик в соответствии с условиями Договора страхования в счет страховой выплаты по Договору страхования обязан организовать и оплатить оказание медицинских услуг Застрахованному лицу. Получение Застрахованным лицом медицинских услуг, обусловленных Договором страхования и соответствующей программой страхования, осуществляется путем обращения Застрахованного лица в медицинские и/или иные учреждения (организации), по направлению Страховщика. Страховщик определяет медицинское учреждение, для оказания медицинской помощи по каждому конкретному страховому случаю, руководствуясь характером клинической проблемы и возможностями конкретного медицинского учреждения. Госпитализация осуществляется по скорой и неотложной медицинской помощи или по направлению врача, в котором должны быть предоставлены необходимые результаты обследования и обоснование необходимости экстренной госпитализации.

7.3. Страховая выплата по Договору страхования осуществляется Страховщиком в виде оплаты стоимости медицинской и иной помощи непосредственно (или через поверенного, агента, комиссионера) в медицинскую организацию (или другому участнику страхования) по их счетам при условии подписания акта выполненных работ, если иное не установлено договором с медицинской организацией (или другим участником страхования).

7.4. Страховая выплата определяется стоимостью предоставленных Застрахованному лицу медицинских услуг в соответствии с условиями Договора страхования, и не может превышать страховой суммы/лимита страховой ответственности, указанных в Договоре страхования и конкретной Программе страхования.

7.5. По предварительному согласованию со Страховщиком для получения предусмотренной Договором (Программой) страхования медицинской или иной помощи Застрахованный вправе обратиться в согласованную медицинскую (фармацевтическую или иную) организацию и самостоятельно оплатить стоимость предусмотренных программой страхования медицинских и иных услуг, лекарственных препаратов. Согласование производится в устной форме при обращении Застрахованного по телефону круглосуточного медицинского пульта Страховщика, указанному в

Договоре страхования.

В этом случае страховая выплата осуществляется Страховщиком в виде возмещения Застрахованному лицу его личных средств, израсходованных на получение медицинской помощи наличными или перечислением на его расчетный счет. Для получения страховой выплаты Застрахованному необходимо предъявить Страховщику заявление с приложением:

- оригинала кассового чека с квитанцией к приходному кассовому ордеру или копии бланка строгой отчетности, приравненного к кассовому чеку;
- оплаченного счета с указанием медицинской (аптечной) организации, перечня оказанных услуг, лекарственных средств и их стоимости;
- направления на лечение, выписки из медицинской карты амбулаторного или стационарного больного, рецепта лечащего врача.

Страховщик вправе сократить вышеизложенный перечень документов.

Заявление Застрахованного принимается в срок не позднее трех месяцев после получения им медицинских услуг. Возмещение производится в течение 15-ти рабочих дней после получения от Застрахованного всей необходимой документации. Сумма возмещения определяется исходя из расчета средней стоимости аналогичных услуг в медицинских организациях, указанных в программе страхования. Предъявленные к возмещению расходы, не превышающие средней стоимости аналогичных услуг в медицинских организациях, определенных Договором страхования, возмещаются полностью.

7.6. Страховщик имеет право отказать в страховой выплате:

7.6.1. В случае если расходы, возникли по окончании срока действия Договора страхования, за исключением расходов, связанных с экстренной госпитализацией Застрахованного, начавшейся в течение срока действия Договора страхования, но не более чем за 14 календарных дней после его окончания.

7.6.2. Если расходы связаны с повторным выполнением исследований для плановой госпитализации, не состоявшейся по инициативе Застрахованного лица.

7.6.3. В случае нарушения Застрахованным лицом сроков, предусмотренных Договором страхования, для предоставления Страховщику заявления на страховое возмещение его личных средств, затраченных на приобретение медицинской помощи, предусмотренной программой страхования, если не будет доказано, что Страховщик своевременно узнал о наступлении страхового случая, либо, что отсутствие у Страховщика сведений об этом не могло сказаться на его обязанности выплатить страховое возмещение.

7.6.4. В случае, если обращение в медицинскую организацию, не предусмотренную программой страхования, не было согласовано со Страховщиком, или информирование Страховщика о таком обращении было осуществлено в процессе получения медицинской помощи, если Договором страхования не предусмотрено иное.

7.6.5. В других случаях, предусмотренных Гражданским кодексом Российской Федерации, Договором (Программой) страхования.

7.7. Во всех случаях Страховщик не несет ответственности при изменении по желанию Застрахованного (вопреки рекомендациям врача) медицинских технологий, используемых при лечении, как основного заболевания, так и его осложнений.

7.8. Если это предусмотрено Договором (Программой) добровольного медицинского страхования, страховщик вправе производить страховые выплаты за следующие виды услуг:

- a. Простые, сложные, комплексные медицинские услуги.
- b. Сервисные услуги, связанные с организацией медицинской помощи, транспортировкой, эвакуацией, репатриацией.
- c. За лекарственные средства и расходные материалы, приобретаемые в фармацевтических организациях по назначению врача.
- d. За койко-день при стационарном, стационарозамещающем, реабилитационно-восстановительном лечении, в стоимость которого могут входить отдельные медицинские услуги.
- e. За услуги по профилактическому/диспансерному наблюдению Застрахованных в течение срока действия Договора страхования.
- f. За комплексное непрерывное и продолжительное медицинское обслуживание, предоставляемое медицинским учреждением Застрахованному в течение определенного периода времени.

8. ПРАВА И ОБЯЗАННОСТИ СТОРОН

8.1. Застрахованное лицо имеет право:

8.1.1. Обращаться за получением медицинских услуг, перечень и объем которых определен в Программе страхования, в медицинские и/или иные учреждения (организации), перечень которых определен Программой страхования или обращение в которые согласовано и/или организовано Страховщиком.

8.1.2. На получение дубликата страховой документации в случае ее утраты.

8.1.3. На получение разъяснения о Правилах страхования и условиях Договора страхования, порядке предоставления услуг.

8.2. Застрахованное лицо обязано:

8.2.1. Представлять Страховщику необходимые для заключения Договора страхования достоверные сведения, а также иную необходимую информацию, связанную с исполнением Договора страхования.

8.2.2. Соблюдать порядок оказания медицинской помощи, предусмотренной Программой страхования, требования Правил страхования, условий Договора страхования, предписания лечащего врача в ходе получения медицинской помощи, распорядок, установленный медицинским учреждением.

8.2.3. Заботиться о сохранности страховых документов и не передавать их другим лицам с целью получения ими медицинских услуг.

8.2.4. При утрате страховой документации незамедлительно извещать об этом Страховщика.

8.2.5. Сообщать своевременно Страховщику об изменении фамилии, имени, а также отчества (если иное не вытекает из закона или национального обычая), гражданства, реквизитов документа, удостоверяющего личность, документа, подтверждающего право иностранного гражданина или лица без гражданства на пребывание (проживание) в Российской Федерации, адреса места жительства (регистрации) или места пребывания.

8.2.6. Компенсировать расходы Страховщика, возникшие в связи с неявкой Застрахованного на заранее согласованные с медицинским учреждением процедуры, приемы и исследования, а также в связи с необоснованным или ложным вызовом скорой медицинской помощи (СМП).

Вызов на дом врача, скорой или неотложной медицинской помощи и использование санитарного транспорта считается необоснованным, если:

– вызов осуществлен Застрахованным для медицинского обслуживания незастрахованного лица;

– при вызове, осуществленном Застрахованным или лицом, действующим в его интересах, преднамеренно представлена искаженная информация, касающаяся необходимости медицинского обслуживания и/или места пребывания Застрахованного;

– вызов осуществлен не в медицинских целях;

– вызов осуществлен к Застрахованному, находящемуся в состоянии алкогольного, наркотического или иного токсического опьянения или остаточных явлений такого опьянения;

– при вызове Застрахованный отсутствует по указанному адресу или отказывается от осмотра;

– вызов осуществлен к Застрахованному, не нуждающемуся в оказании экстренной или неотложной медицинской помощи (с целью получения плановых медицинских манипуляций и пр.).

8.2.7. Предоставлять Страховщику право на ознакомление с медицинской документацией из любых медицинских и иных организаций для решения вопросов, связанных с реализацией Договора страхования и оплатой оказанных Застрахованному услуг.

8.2.8. Посещать заранее согласованные с медицинским и/или иным учреждением процедуры, приемы и исследования, не нарушать лечебный режим, вызывать скорую медицинскую помощь только в случае необходимости.

8.2.9. Соблюдать установленные и общепринятые правила и нормы безопасности, а также воздерживаться от нецелесообразного совершения действий, которые приводят к неблагоприятным последствиям для его жизни и здоровья.

8.2.10. При обращении за медицинской помощью добросовестно выполнять рекомендации лечащего врача.

8.2.11. По требованию Страховщика пройти медицинское освидетельствование, как при заключении Договора страхования, так и после наступления страхового случая, когда это станет возможным по состоянию здоровья, если Страховщик сочтет это необходимым.

8.3. Страхователь обязан:

8.3.1. Уплатить страховую премию (страховые взносы) в определенные Договором страхования

сроки и в установленном Договором страхования размере.

8.3.2. Сообщить при заключении Договора страхования Страховщику известные Страхователю обстоятельства, имеющие существенное значение для определения вероятности наступления страхового случая и размера возможных убытков от его наступления (страхового риска), если эти обстоятельства не известны и не должны быть известны Страховщику. При этом существенными могут быть признаны обстоятельства, определенно оговоренные Страховщиком в заявлении, в Договоре страхования или в письменном запросе.

8.3.3. Представлять Страховщику необходимые для заключения Договора страхования достоверные сведения, а также иную необходимую информацию, связанную с исполнением Договора страхования, подтвержденную в порядке, определяемом законодательством.

8.3.4. Доводить до сведения Застрахованных информацию об условиях Договора страхования, Правилах страхования, программах страхования и порядке предоставления услуг.

8.3.5. Ознакомить Застрахованных лиц с их правами и обязанностями по Договору страхования.

8.3.6. Сообщать Страховщику в течение действия Договора страхования незамедлительно обо всех ставших ему известными значительных изменениях в обстоятельствах в отношении Застрахованного лица, сообщенных Страховщику при заключении Договора, если эти изменения могут привести к увеличению риска наступления страхового случая.

8.3.7. Соблюдать установленные и общепринятые правила и нормы безопасности, а также воздерживаться от совершения действий, которые могут повлечь неблагоприятные последствия в отношении жизни и здоровья Застрахованного лица.

8.3.8. В случае заболевания и/или травмы Застрахованного лица принимать разумные и доступные меры для уменьшения вреда жизни и здоровью Застрахованного.

8.3.9. Незамедлительно ставить в известность Страховщика при получении им информации о невозможности получения медицинских услуг, предусмотренных Договором страхования в Медицинском учреждении, определенном условиями Договора.

8.3.10. При наступлении страхового случая незамедлительно, но в любом случае не позднее 30 дней со дня, когда Страхователю стало известно о произошедшем событии, известить об этом Страховщика любым доступным ему способом, позволяющим объективно зафиксировать факт сообщения.

8.3.11. Надлежащим образом оформить и сохранить все документы, связанные с заболеванием и/или травмой Застрахованного лица; обеспечивать сохранность документов по Договору страхования по требованию Страховщика.

8.3.12. Получать согласие застрахованных лиц при их исключении из числа Застрахованных по Договору страхования.

8.3.13. компенсировать расходы Страховщика, возникшие в связи с неявкой Застрахованного на заранее согласованные с медицинской организацией процедуры, приемы и исследования, а также уплатить штраф в связи с необоснованным вызовом скорой медицинской помощи при условии выставления соответствующего счета Страховщиком.

8.3.14. Уплатить Страховщику штраф в размере трехкратной стоимости услуг, оказанных лицу, необоснованно воспользовавшемуся полисом ДМС и/или страховой карточкой Застрахованного, при условии выставления соответствующего счета Страховщиком.

8.3.15. Обеспечить представителям Страховщика доступ к подлинникам любых имеющихся у Страхователя документов, имеющих отношение к заболеванию и/или травме Застрахованного лица; предоставить представителям Страховщика возможность изучать, копировать, фотографировать любые документы, связанные с заболеванием и/или травмой Застрахованного лица, а также опрашивать любых лиц, обладающих сведениями (информацией) об обстоятельствах их наступления.

8.3.16. Уведомить Застрахованное лицо о необходимости выполнения им обязанностей (действий), предусмотренных настоящими Правилами, если указанные обязанности могут или должны быть выполнены указанным лицом.

8.3.17. Получить от Застрахованных лиц, а в случае, если Страхователем заключается Договор страхования в отношении себя, предоставить самостоятельно письменное (ые) согласие (я) на обработку Страховщиком и представителями Страховщика его (их - Застрахованных лиц) персональных данных, в том числе необходимой медицинской информации, в соответствии с требованиями действующего законодательства Российской Федерации.

8.3.18. Предоставить Страховщику информацию о показателях здоровья принимаемых на страхование лиц.

8.3.19. Своевременно сообщать Страховщику о смене своих банковских реквизитов, места нахождения, телефонов, а также персональных данных Застрахованных лиц в случае их изменения и его фактического места жительства, если Договором страхования не предусмотрено иное.

8.4. Страхователь имеет право:

8.4.1. Требовать от Страховщика в законном порядке соблюдения условий Договора страхования, предоставления Застрахованным лицам медицинских услуг и их оплаты в соответствии с условиями Договора страхования и установленной им Программой.

8.4.2. Потребовать изменения условий Договора страхования в порядке, предусмотренным настоящими Правилами и Договором страхования.

8.4.3. По соглашению со Страховщиком изменить перечень медицинских услуг в пределах, предусмотренных Правилами страхования и Программами страхования, путем подписания дополнительного соглашения к Договору страхования при условии уплаты по требованию Страховщика дополнительного страхового взноса (дополнительной страховой премии).

Договор на новых условиях начинает действовать со дня, следующего за днем уплаты дополнительной страховой премии (ее части), если Договором страхования не предусмотрено иное.

8.4.4. Заменить Застрахованное лицо другим лицом с согласия самого Застрахованного лица и Страховщика в порядке, предусмотренном Правилами страхования в соответствии с п. 2 ст. 955 ГК РФ.

8.4.5. Досрочно отказаться (расторгнуть в одностороннем порядке) от Договора страхования, в том числе в отношении одного или нескольких Застрахованных лиц.

8.4.6. Требовать от Страховщика разъяснения положений, содержащихся в Правилах страхования и Договорах страхования, расчетов изменения в течение срока действия Договора страховой суммы, расчетов страховой выплаты.

8.5. Страховщик обязан:

8.5.1. Ознакомить и вручить Страхователю настоящие Правила и программу (программы) страхования.

8.5.2. Не разглашать сведения о Страхователе (Застрахованном лице). Страховщик не вправе разглашать полученные им в результате своей профессиональной деятельности сведения о Страхователе (кроме случаев, когда от Застрахованного получено письменное согласие), Застрахованном лице, состоянии их здоровья и имущественном положении. За нарушение тайны страхования Страховщик в зависимости от рода нарушенных прав и характера нарушения несет ответственность в порядке, предусмотренном гражданским законодательством Российской Федерации.

8.5.3. Организовать и оплатить, если это предусмотрено условиями Договора страхования, получение Застрахованным лицом медицинских и иных услуг, предусмотренных Программой.

8.5.4. Контролировать объем, сроки и качество медицинской помощи, оказанной Застрахованному лицу в медицинских организациях, в которых медицинская помощь была организована Страховщиком.

8.5.5. Выдать Страхователю (Застрахованному лицу) полисы ДМС и/или страховые пластиковые карточки.

8.5.6. Произвести страховые выплаты при наступлении страховых случаев в порядке, установленном настоящими Правилами и Договором страхования.

8.5.7. Обеспечить обработку персональных данных Застрахованных лиц в соответствии с требованиями Федерального закона от 27.07.2006 №152-ФЗ «О персональных данных». Информация о диагнозах заболеваний Застрахованных, фактах их обращения за медицинской помощью и ее объеме может быть представлена Страхователю только по письменному разрешению Застрахованных лиц.

8.5.8. В случае невозможности оказания медицинским учреждением Застрахованному лицу отдельных услуг, предусмотренных Договором страхования, организовать и оплатить оказание аналогичной по качеству медицинской помощи в другом медицинском учреждении.

8.6. Страховщик имеет право:

8.6.1. До принятия на страхование потребовать проведения любых дополнительных медицинских обследований принимаемого на страхование лица и предоставления документов, подтверждающих состояние его здоровья.

8.6.2. Требовать от Страхователя предоставления достоверной информации, необходимой для заключения Договора страхования.

8.6.3. Самостоятельно выяснять причины и обстоятельства страхового случая, включая направление запросов в соответствующие учреждения.

8.6.4. Проверять выполнение Страхователем (Застрахованными лицами) требований и условий Договора страхования.

8.6.5. Проверять сообщенную Страхователем информацию.

8.6.6. В случае выявления обстоятельств, влекущих увеличение страхового риска, требовать от Страхователя уплаты дополнительной страховой премии соразмерно увеличению страхового риска или изменения условий (в т.ч. сокращения срока действия) Договора страхования.

8.6.7. Расторгать досрочно Договор страхования в отношении Застрахованного в случаях его систематической (более 2-х раз подряд) неявки на заранее согласованные с медицинской организацией процедуры, приемы и исследования, необоснованных вызовах скорой медицинской помощи (СМП), нарушениях лечебного режима, невыполнении медицинских предписаний и рекомендаций врачебного персонала.

8.6.8. Организовывать экстренную медицинскую помощь Застрахованным по жизненным показаниям с привлечением муниципальной медицины (скорая медицинская помощь «03»; госпитализация в ближайший стационар и пр.) с дальнейшей организацией перевода по желанию Страхователя (Застрахованного) и при отсутствии медицинских противопоказаний в одно из медицинских учреждений, предусмотренных Договором страхования.

8.6.9. Досрочно расторгнуть Договор страхования на условиях настоящих Правил и в других случаях, предусмотренных законодательством Российской Федерации.

8.6.10. По согласованию со Страхователем изменять программу страхования в случае прекращения взаимоотношений с медицинским учреждением, предусмотренным Договором страхования.

8.6.11. На ознакомление с медицинской документацией из любых медицинских и иных учреждений для решения вопросов, связанных с реализацией Договора страхования и оплатой расходов на оказанные Застрахованному медицинских услуг.

8.6.12. В течение срока рассмотрения документов, определенного настоящими Правилами, принять решение о продлении срока принятия решения по заявлению о страховой выплате до выяснения всех обстоятельств страхового случая (в т.ч. до получения письменного ответа на запросы, направленные в компетентные органы), а также характера, объема и стоимости медицинских услуг, оказанных Застрахованному лицу, но в любом случае не более чем на 60 (шестидесяти) рабочих дней.

8.6.13. При продлении срока принятия решения по заявлению о страховой выплате Страховщик обязан не позднее 7 рабочих дней по истечении установленного срока рассмотрения документов направить Страхователю (Выгодоприобретателю) письменное уведомление о продлении срока рассмотрения заявления о страховой выплате с указанием причины.

8.6.14. Отказать в оплате оказанных медицинских услуг по причинам, предусмотренными настоящими Правилами.

8.6.15. Прекратить Договор страхования в отношении Застрахованного в случаях, указанных настоящих Правилах и предусмотренных действующим законодательством.

8.6.16. Прекратить Договор страхования в отношении Застрахованного, в случае получения письменного заявления Застрахованного (направленного им через Страхователя) об отзыве им своего согласия на обработку Страховщиком и партнерами Страховщика его персональных данных и об отказе продолжать страховые правоотношения со Страховщиком.

8.7. Права и обязанности сторон по использованию персональных данных:

8.7.1. В отношении Договоров страхования (полисов ДМС, сертификатов, страховых свидетельств), заключенных на основании настоящих Правил страхования, обработка Страховщиком персональных данных Страхователей (Застрахованных лиц) осуществляется на основании п.п. 5) ч.1 ст.6 и п.п. 8) ч.2 ст.10 Федерального закона от 27.07.2006 №152-ФЗ «О персональных данных».

8.7.2. Страхователь, заключивший Договор страхования со Страховщиком на условиях настоящих Правил страхования, подписывая Договор страхования и/или принимая от Страховщика полис ДМС (сертификат, страховое свидетельство), тем самым выражает свое добровольное согласие на обработку Страховщиком перечисленных ниже персональных данных Страхователя (Застрахованного лица) для осуществления исполнения обязательств Страховщика по Договору страхования, в том числе в целях проверки качества оказания страховых услуг и урегулирования убытков по Договору, администрирования Договора, защиты интересов Застрахованных лиц, а также в целях информирования Страхователя и Застрахованных лиц о других страховых продуктах и страховых услугах Страховщика (в целях продвижения Страховщиком своих страховых услуг).

8.7.3. Персональные данные Страхователя и Застрахованных лиц включают в себя в том числе: фамилия, имя, отчество, дата рождения, место рождения, адрес места жительства (места пребывания), контактный телефон, паспортные данные, сведения о состоянии здоровья, заболеваниях и об обращениях в медицинские учреждения (в том числе сведения составляющие врачебную тайну), а также

данные, содержащиеся в документах, предоставляемых Страхователем в связи с наступлением страховых случаев, другие данные, указанные в заключенном со Страховщиком Договоре страхования (включая неотъемлемые его части – заявление на страхование, приложения, медицинскую анкету и др.), которые могут быть отнесены в соответствии с законодательством Российской Федерации к персональным данным.

8.7.4. Страхователь дает согласие на обработку Страховщиком и представителями Страховщика своих персональных данных, в том числе право осуществлять все действия (операции) с персональными данными, включая сбор, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), использование, передачу третьим лицам (в т.ч. медицинским и иным учреждениям (организациям), с которыми у Страховщика имеются договорные отношения об оказании медицинской и иной помощи), обезличивание, блокирование, уничтожение, внесение в информационную систему, обработку с использованием средств автоматизации или без использования таких средств. Страховщик вправе обрабатывать персональные данные посредством включения их в электронные базы данных Страховщика. Страховщик может осуществлять обработку персональных данных в течение действия Договора страхования и в течение 25 лет с даты его заключения.

8.7.5. Страховщик и представители Страховщика имеют право во исполнение своих обязательств по Договору страхования передавать персональные данные Страхователя третьим лицам, при условии, что у Страховщика есть соглашение с указанными третьими лицами, обеспечивающее безопасность персональных данных при их обработке и предотвращение разглашения персональных данных.

8.7.6. Согласие Страхователя на обработку персональных данных Страхователя действует в течение 25 лет, если иное не установлено Договором страхования.

8.7.7. В установленных законом случаях, Страхователь (Застрахованное лицо) вправе отозвать своё согласие посредством составления соответствующего письменного документа, который должен быть направлен в адрес Страховщика заказным письмом с уведомлением о вручении, либо вручен лично под расписку уполномоченному представителю Страховщика, либо направлен Страховщику в ином порядке, предусмотренном действующим законодательством Российской Федерации.

8.7.8. В соответствии с достигнутым соглашением между Страхователем и Страховщиком, порядок отзыва согласия на обработку персональных данных Страхователя (Застрахованного лица) предусматривает, что после получения заявления в порядке, предусмотренном действующим законодательством Российской Федерации об отзыве вышеуказанного согласия на обработку персональных данных, Страховщик обязан прекратить их обработку в течение 6 месяцев с момента получения вышеуказанного заявления об отзыве, но в любом случае не ранее истечения 25 лет с даты окончания срока действия Договора страхования. При этом, в случае рассмотрения в суде или арбитражном суде спора, связанного с исполнением обязательств по Договору страхования, после получения письменного заявления об отзыве вышеуказанного согласия на обработку персональных данных Страховщик обязан прекратить обработку вышеуказанных персональных данных не ранее чем по истечении 25 лет с даты вступления в законную силу соответствующего решения суда (арбитражного суда) по данному делу.

8.7.9. Все права и обязанности по Договору страхования Застрахованных в возрасте до 18-ти лет, за исключением права на получение услуг в соответствии с Договором страхования, осуществляют от их имени и в их интересах, в соответствии с законодательством Российской Федерации, их законные представители.

Стороны обязуются соблюдать конфиденциальность в отношении информации, полученной при выполнении Договора страхования. Конфиденциальными сведениями по Договору страхования признаются: сведения о Страхователях, Застрахованных лицах, сведения о заболеваниях Застрахованных лиц, размере страховой суммы, страховой премии, страховых выплат.

8.7.10. Стороны несут ответственность за последствия, вызванные нарушением обязательств по конфиденциальности, независимо от того, было ли это нарушение совершено преднамеренно или случайно. Передача информации третьим лицам или иное разглашение информации, признанной по Договору страхования конфиденциальной, может осуществляться только в случаях, предусмотренных действующим законодательством Российской Федерации.

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

9. ПОСЛЕДСТВИЯ ИЗМЕНЕНИЯ СТЕПЕНИ РИСКА

9.1. В течение срока действия Договора страхования Страхователь (Застрахованное лицо) обязан незамедлительно, не позднее 3 (трех) рабочих дней со дня, когда Страхователю станет известно, письменно с приложением документов, позволяющих Страховщику объективно оценить изменение степени риска, 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.

Значительными во всяком случае признаются изменения в обстоятельствах, оговоренных в Договоре страхования, полисе ДМС, Программе страхования.

9.2. Страховщик, уведомленный об обстоятельствах, влекущих увеличение страхового риска, вправе потребовать изменения условий Договора страхования и/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.

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

9.4. При неисполнении Страхователем (Застрахованным лицом) обязанностей по сообщению Страховщику об увеличении страхового риска Страховщик вправе потребовать расторжения Договора страхования и возмещения убытков, причиненных расторжением Договора страхования.

10. ПОРЯДОК ВНЕСЕНИЯ ИЗМЕНЕНИЙ И ДОПОЛНЕНИЙ В ДОГОВОР СТРАХОВАНИЯ

10.1. Изменение условий Договора страхования возможно по соглашению сторон.

10.2. Соглашение об изменении Договора страхования совершается в той же форме, что и договор.

10.3. При изменении Договора обязательства сторон сохраняются в измененном виде.

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

11. ПОРЯДОК РАЗРЕШЕНИЯ СПОРОВ

11.1. Споры, вытекающие из Договора страхования, рассматриваются в порядке, предусмотренном действующим законодательством Российской Федерации, если иное не предусмотрено Договором.

12. ИСКОВАЯ ДАВНОСТЬ

12.1. Иск по требованиям, вытекающим из Договора добровольного медицинского страхования трудовых мигрантов, может быть предъявлен Страховщику в сроки, предусмотренные гражданским законодательством Российской Федерации.

13. ОСОБЫЕ УСЛОВИЯ

13.1. Настоящие Правила регламентируют основные условия страхования. Однако по соглашению сторон в Договор могут быть внесены оговорки, дополнения и изменения к настоящим Правилам, не противоречащие действующим нормативным актам, исходя из конкретных условий страхования.

13.2. Согласованные положения Договора имеют преимущественное значение по сравнению с положениями настоящих Правил.

**ПРОГРАММА СТРАХОВАНИЯ № 1
ПО ДОБРОВОЛЬНОМУ МЕДИЦИНСКОМУ СТРАХОВАНИЮ**

«Программа добровольного медицинского страхования трудовых мигрантов»

Страховым случаем является обращение Застрахованного лица в течение срока действия Договора страхования в медицинское учреждение (фармацевтическую организацию, ассистанскую компанию), указанное в Договоре страхования, либо по направлению Страховщика, в связи с возникновением острого заболевания и/или обострением хронического заболевания, травмой, отравлением и другими состояниями за получением предусмотренной Договором страхования первичной медико-санитарной и специализированной медицинской помощи в неотложной форме (в том числе диагностической, консультативной, лечебной, фармакологической, профилактической, иммунопрофилактической и др.) и иной (в том числе транспортной, сервисной и др.) помощи, повлекшее возникновение обязательств Страховщика произвести оплату медицинских и иных услуг в соответствии с условиями Договора страхования.

Страховщик определяет медицинское учреждение, для оказания медицинской помощи по каждому конкретному страховому случаю, руководствуясь характером клинической проблемы и возможностями конкретного медицинского учреждения. Госпитализация осуществляется по скорой и неотложной медицинской помощи или по направлению врача, в котором должны быть предоставлены необходимые результаты обследования и обоснование необходимости экстренной госпитализации.

1. Перечень медицинских услуг, обеспечивающих получение Застрахованным лицом первичной медико-санитарной помощи и специализированной медицинской помощи в неотложной форме:

Амбулаторно-поликлиническая помощь:

– Консультации, назначение обследования и лечения врачей-специалистов в поликлинике: терапевт, хирург, невролог, кардиолог, пульмонолог, ревматолог, уролог, маммолог, геронтолог, гинеколог (только в отношении заболеваний, не связанных с беременностью и её осложнениями), гастроэнтеролог, отоларинголог, офтальмолог, психиатр, инфекционист, врач мануальной терапии, травматолог-ортопед, дерматовенеролог, врач ЛФК и спортивной медицины, физиотерапевт, онколог, трансфузиолог, колопроктолог, эндокринолог, флеболог, врач функциональной диагностики, врач УЗИ – диагностики, стоматолог-хирург, стоматолог-терапевт, рефлексотерапевт, иммунолог-аллерголог, онколог (до постановки диагноза) и др. специалистов.

– Хирургические и инвазивные процедуры, выполняемые в амбулаторных условиях (по медицинским показаниям), в том числе ПХО ран, удаление вросшего ногтя, удаление кожных образований, вскрытие и дренирование абсцессов, внутрисуставные инъекции, биопсия под УЗ контролем.

- Общие манипуляции и процедуры.
- Эндоскопические исследования.
- Общие клинические лабораторные исследования.
- Биохимические лабораторные исследования.
- Микробиологические (бактериологические) лабораторные исследования.
- Иммунологические лабораторные исследования, в том числе АТ к ТГ и ТПО.
- Гистологические исследования.
- Цитологические исследования.
- Гормональные исследования.
- Вирусологические исследования.
- Рентгенологические исследования.
- Ультразвуковые диагностические исследования.
- УЗДГ и дуплексное сканирование сосудов головы и шеи.

- Электронейромиография.
- Функциональная диагностика (функция внешнего дыхания, ЭКГ, Эхо-КГ, Холтеровское мониторирование ЭКГ, суточное мониторирование артериального давления, электроэнцефалография и др.).

- Компьютерная томография и магнитно-резонансная томография (включая МР-ангиографию).

- Восстановительное лечение и реабилитация в условиях поликлиники по медицинским показаниям.

- Физиотерапия, в том числе с применением медицинского лазера.

- ЛФК, массаж.

- Классическая рефлексотерапия.

- Мануальная терапия.

- Вызов врача - терапевта на дом из поликлиники, в которой Застрахованный получает медицинское обслуживание по программе «Амбулаторно – поликлиническая помощь» в случае, если застрахованный по состоянию здоровья не может лично обратиться в поликлинику.

- Предоставление консультаций врачом по телефону.

- Организацию и контроль медицинской помощи, предоставляемой в медицинском учреждении.

- Предгоспитализационное обследование.

- Консультации и/или лечение в период развития острых и обострения хронических заболеваний на дому, на работе, или в медицинском учреждении.

- Ведение медицинской документации, выдачу листков нетрудоспособности и медицинских справок, а также выписывание рецептов на приобретение лекарственных препаратов, за исключением льготных.

Стоматологическая помощь при острой зубной боли. Под острой зубной болью понимается краткая по времени проявления боль с легко идентифицируемой причиной появления:

- Приемы, консультации стоматолога-терапевта, стоматолога-хирурга, пародонтолога.

- Местная анестезия (инфильтрационная, аппликационная, проводниковая).

- Радиовизиография, дентальные рентгеновские снимки.

- Лечение кариеса с наложением изолирующей прокладки и пломбы из композитов светового отверждения не более 24 зубов за период страхования.

- Лечение пульпита с наложением девитализирующих паст, механической, медикаментозной обработкой и пломбированием каналов.

- Лечение периодонтита с распломбировкой, механической и медикаментозной обработкой каналов, пломбировкой с применением антисептиков и остеотропных препаратов.

- Лечение некариозных поражений твердых тканей зуба (клиновидные дефекты, флюороз, гипоплазия эмали) с пломбированием композитами светового отверждения не более 24 зубов за период страхования.

- Восстановление коронковой части зуба, при разрушении ее менее 1/2 с использованием анкерных штифтов и гуттаперчевых штифтов.

- Экстракция зубов, включая сложные удаления.

- Терапевтические методы лечения тканей пародонта I-II ст.

- Вскрытие поднадкостничных абсцессов.

- Лечение воспалительных заболеваний челюстно-лицевой области.

- Лечение доброкачественных новообразований челюстно-лицевой области, включая резекцию верхушки, цистэктомию с гистологическим исследованием и ретроградной пломбировкой.

- Физиотерапия – 10 процедур за период страхования.

Скорая помощь:

выезд бригады СМП; проведение диагностических и лечебных мероприятий, транспортировка в стационар по жизненным показаниям.

Стационарная помощь:

пребывание в многоместной палате в стационаре; лечение и наблюдение лечащим врачом в отделении; консультации специалистов; лабораторная диагностика; инструментальная диагностика по медицинским показаниям; анестезиологические пособия; оперативные вмешательства; палата интенсивной терапии;

лекарственные препараты, включенные в утверждаемый Правительством Российской Федерации перечень жизненно необходимых и важнейших лекарственных препаратов для медицинского применения и медицинских изделий;

медицинские изделия, включенные в утверждаемый Правительством Российской Федерации перечень медицинских изделий, имплантируемых в организм человека (лечебное питание в стационаре, донорская кровь и ее компоненты).

2. Исключения из Программы страхования.

Конкретный перечень исключений из Программы страхования определяется Договором страхования и соглашением сторон в соответствии с условиями, установленными в разделе 3 Правил страхования.

3. Перечень медицинских и иных учреждений, оказывающих медицинские и иные услуги застрахованным лицам.

Конкретный перечень медицинских и иных учреждений по Программе страхования определяется Договором страхования и соглашением сторон.

**ПРОГРАММА СТРАХОВАНИЯ № 2
ПО ДОБРОВОЛЬНОМУ МЕДИЦИНСКОМУ СТРАХОВАНИЮ
«Репатриация»**

1. Страховщик гарантирует Застрахованному лицу при наступлении страхового случая организацию и оплату репатриации в объеме, предусмотренном Программой добровольного медицинского страхования, прилагаемой к Договору страхования, в которую могут быть включены медицинские и иные услуги из числа предусмотренных п. 2. настоящей Программы, при соблюдении всех положений, определений, исключений и ограничений, предусмотренных Правилами страхования и Договором страхования.

2. Объем услуг, предоставляемый в рамках Программы:

2.1. Репатриация тела Застрахованного лица в случае его смерти.

Под репатриацией тела понимается перевозка останков Застрахованного лица до ближайшего к его месту жительства международного аэропорта страны постоянного проживания, если Застрахованное лицо не является гражданином той страны, в которой произошла смерть, либо до ближайшего административного центра постоянного места жительства, если смерть Застрахованного лица произошла в стране, гражданином которой он является.

Данная услуга включает в себя организацию репатриации тела, подготовку тела, покупку необходимого для перевозки гроба, перевозку останков.

Репатриация тела осуществляется в соответствии с международными стандартами. Услуги по организации похорон и погребению не входят в настоящую Программу.

**БАЗОВЫЕ ТАРИФЫ
ПО ДОБРОВОЛЬНОМУ МЕДИЦИНСКОМУ СТРАХОВАНИЮ**

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

таблица

№	Программа страхования	Тариф
1.	Программа добровольного медицинского страхования трудовых мигрантов	0,85
2.	Репатриация	0,69

Базовые тарифы в таблице указаны при условии установления отдельных страховых сумм по каждой Программе. В случае установления единой (общей) страховой суммы по всем или части Программ, тарифы по соответствующим Программам умножаются на поправочный коэффициент 0.25 – 1.0.

Страховщик имеет право применять к базовым тарифным ставкам повышающий или понижающий коэффициенты исходя из обстоятельств, влияющих на степень страхового риска, указанные ниже. При наличии нескольких факторов риска страховой тариф последовательно умножается на все повышающие коэффициенты.

Страховщик применяет следующие поправочные коэффициенты, связанные со степенью страхового риска:

В зависимости от пола и возраста Застрахованного лица Страховщик может применять к базовой тарифной ставке повышающие и понижающие коэффициенты от 0.5 до 5.0.

В зависимости от объема предоставляемого покрытия Страховщик может применять к базовой тарифной ставке повышающие и понижающие коэффициенты от 0.01 до 28.0.

В зависимости от размера страховой суммы Страховщик может применять к базовой тарифной ставке повышающие и понижающие коэффициенты от 0.1 до 5.0.

В зависимости от общего количества лиц, принимаемых на страхование, Страховщик может применять к базовой тарифной ставке повышающие коэффициенты от 0.45 до 1.0.

В зависимости от ценовой категории медицинского учреждения Страховщик может применять к базовой тарифной ставке повышающие и понижающие коэффициенты от 0.2 до 4.0.

В зависимости от общего состояния здоровья Застрахованного лица Страховщик может применять к базовой тарифной ставке повышающие и понижающие коэффициенты от 0.1 до 99.

В зависимости от количества хронических заболеваний (при их наличии у Застрахованного лица) Страховщик может применять к базовой тарифной ставке повышающие коэффициенты от 1.0 до 5.0.

В зависимости от тяжести хронических заболеваний (при их наличии у Застрахованного лица) Страховщик может применять к базовой тарифной ставке повышающие коэффициенты от 1.0 до 3.0.

В зависимости от сложившейся убыточности по портфелю за предыдущий период страхования Страховщик может применять к базовой тарифной ставке повышающие и понижающие коэффициенты от 0.1 до 2.0.

В зависимости от набора рисков и выбранного типа и размера франшизы Страховщик может применять к базовой тарифной ставке понижающие коэффициенты от 0.05 до 1.0.

В зависимости от рода занятий и увлечений Застрахованного лица Страховщик может применять к базовой тарифной ставке повышающие и понижающие коэффициенты от 0.75 до 1.5.

В зависимости от общей численности коллектива, принимаемого на страхование Страховщик, может применять к базовой тарифной ставке повышающие и понижающие коэффициенты от 0.45 до 1.0.

В зависимости от субъективных факторов риска и, исходя из экспертно определенной величины страхового риска, определенной на основании совокупности данных, представленных в заявлении на страхование, а также результатов предварительного медицинского обследования, Страховщик может применять к базовой тарифной ставке повышающие и понижающие коэффициенты от 0.5 до 3.5.

В зависимости от списка исключений из программы страхования Страховщик может применять к базовой тарифной ставке понижающие коэффициенты от 0.3 до 1.0.

При уплате страховой премии в рассрочку, в зависимости от количества и сроков уплаты ее частей (базовые тарифные ставки рассчитаны при условии единовременной уплаты страховой премии), Страховщик может применять к базовой тарифной ставке повышающие коэффициенты от 1.0 до 1.2.

При включении в число страховых рисков и страховых случаев по Договору страхования событий, перечисленных в п. 2.6., 2.7. Правил страхования Страховщик может применять к базовой тарифной ставке повышающие коэффициенты от 1.0 до 5.0.

При заключении Договора страхования в отношении лица, имеющего заболевания, перечисленные в п.1.10. Правил страхования Страховщик может применять к базовой тарифной ставке повышающие коэффициенты от 1.1 до 5.0.

При установлении кратности предоставления услуг по Договору страхования Страховщик может применять к базовой тарифной ставке повышающие и понижающие коэффициенты от 0.6 до 2.5.

При установлении лимитов страховой ответственности (страховых выплат) по Договору страхования Страховщик может применять к базовой тарифной ставке понижающие коэффициенты от 0.02 до 1.0.

В случае если результирующая тарифная ставка превышает 100%, то считается, что страховой риск не обладает признаками случайности его наступления и Договор страхования в отношении данного риска не заключается.

Страховщик вправе использовать иные поправочные коэффициенты страхового риска в зависимости от индивидуального риска, иных обстоятельств, имеющих существенное значение для определения вероятности наступления страхового случая и размера возможных убытков от его наступления (страхового риска) в размере от 0.01 до 9.0.