

**ОБЩЕСТВО С ОГРАНИЧЕННОЙ ОТВЕТСТВЕННОСТЬЮ
СТРАХОВАЯ КОМПАНИЯ «ОРБИТА»
(ООО СК «ОРБИТА»)**

У Т В Е Р Ж Д Е Н О

Генеральный директор

Л.А. Айрапетов



Приказ от "29" мая 2018 г. № 42/05-18ОД

П Р А В И Л А

добровольного медицинского страхования иностранных граждан и лиц без гражданства, находящихся на территории российской федерации с целью осуществления ими трудовой деятельности

1. ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ

1.1. В соответствии с действующим законодательством Российской Федерации, Гражданским кодексом Российской Федерации, Законом Российской Федерации от 27.11.1992 № 4015-1 «Об организации страхового дела в Российской Федерации», Указанием Банка России от 13.09.2015 № 3793-У «О минимальных (стандартных) требованиях к условиям и порядку осуществления медицинского страхования в части добровольного медицинского страхования иностранных граждан и лиц без гражданства, находящихся на территории Российской Федерации с целью осуществления ими трудовой деятельности» нормативными документами федерального органа исполнительной власти по надзору за страховой деятельностью настоящие Правила регулируют отношения, возникающие между Страховщиком и Страхователем по поводу осуществления добровольного медицинского страхования иностранных граждан и лиц без гражданства, находящихся на территории Российской Федерации с целью осуществления ими трудовой деятельности.

1.2. Основные термины, используемые в настоящих Правилах:

1.2.1. **Застрахованное лицо (далее Застрахованный)** – физическое лицо, в пользу которого заключен договор страхования.

1.2.2. **Страховщик** – юридическое лицо, созданное в соответствии с законодательством Российской Федерации для осуществления страхования, перестрахования и имеющее лицензию на право осуществления страховой деятельности по добровольному медицинскому страхованию.

1.2.3. **Страхователь** заключает Договор страхования со Страховщиком в свою пользу или в пользу третьих лиц (далее по тексту Застрахованные). Страхователями могут являться:

– российские или иностранные юридические лица любой организационно-правовой формы, зарегистрированные и действующие в соответствии с законодательством Российской Федерации;

– физические лица - граждане Российской Федерации, иностранные граждане и лица без гражданства, обладающие гражданской дееспособностью.

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

1.2.5. **Медицинские учреждения** – юридические лица любой организационно-правовой формы, а также лица, занимающиеся предпринимательской деятельностью без образования юридического лица, получившие в установленном порядке лицензию на осуществление медицинской деятельности, оказывающие амбулаторно-поликлиническую, стационарную, реабилитационно-восстановительную и иную медицинскую помощь, с которыми Страховщик состоит в договорных отношениях и перечень которых приводится в приложении к договору страхования.

1.2.6. **Иные услуги** - это услуги, связанные с оказанием или организацией оказания медицинской помощи и включенные в Программу страхования, в том числе: сервисные услуги (палаты улучшенной комфортности, включающие дополнительное питание, связь, телевизор, компьютер, холодильник, кондиционер, душ, туалет и др.); питание и проживание (нахождение) при стационарном, 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.

1.2.7. **Медицинская помощь** – комплекс мероприятий, включающих медицинские и иные услуги, организационно-технические мероприятия, лекарственное обеспечение, обеспечение изделиями медицинского назначения, направленных на удовлетворение потребностей Застрахованных в поддержании и восстановлении здоровья.

1.2.8. **Лекарственное обеспечение** - оплата стоимости медикаментозного лечения, т.е. оплата и, при необходимости, доставка включенных в Программу страхования и выписанных

лечащим врачом амбулаторно-поликлинического медицинского учреждения либо назначенных лечащим врачом стационарного медицинского учреждения лекарственных средств.

1.2.9. Амбулаторно-поликлиническая помощь – предоставление Застрахованному лицу медицинских и иных услуг, включая проведение мероприятий по профилактике, диагностике и лечению заболеваний, как в поликлинике, так и на дому, а также в дневных стационарах и в стационарах на дому амбулаторно-поликлинических учреждений (подразделений). Конкретный перечень медицинских и иных услуг устанавливается в программе добровольного медицинского страхования.

1.2.10. Договор добровольного медицинского страхования иностранных граждан и лиц без гражданства, находящихся на территории Российской Федерации с целью осуществления ими трудовой деятельности (Договор страхования) – письменное соглашение между Страхователем и Страховщиком о том, что Страховщик обязуется в период действия Договора страхования при наступлении страхового случая организовать и оплатить предоставление Застрахованному в пределах установленной страховой суммы медицинских, медико-транспортных услуг, услуг по репатриации, а также иных услуг, предусмотренных Договором страхования, а Страхователь обязуется уплатить страховую премию (страховые взносы) в установленные Договором страхования сроки и в соответствующем размере. Договоры страхования могут быть индивидуальными или коллективными.

1.2.11. Программа добровольного медицинского страхования (далее Программа страхования) – перечень медицинских и иных услуг, а также Медицинских учреждений, в которых указанные услуги предоставляются Застрахованному лицу.

1.2.12. Стационарная помощь – предоставление Застрахованному лицу медицинских услуг:

- при острых заболеваниях и обострениях хронических болезней, отравлениях и травмах, требующих интенсивной терапии, круглосуточного медицинского наблюдения и изоляции по эпидемиологическим показаниям;
- при патологии беременности, родах и абортах;
- при плановой госпитализации с целью проведения лечения и реабилитации, требующих круглосуточного медицинского наблюдения, в том числе в детских и специализированных санаториях;
- при плановой госпитализации с целью проведения лечения и реабилитации, не требующих круглосуточного медицинского наблюдения, в стационарах (отделениях, палатах) дневного пребывания больничных учреждений.

Конкретный перечень медицинских и иных услуг устанавливается в Программе страхования.

1.2.13. Скорая медицинская помощь – предоставление Застрахованному лицу медицинских услуг при состояниях, угрожающих его жизни и здоровью или окружающих его лиц, вызванных внезапными заболеваниями, обострениями хронических заболеваний, несчастными случаями, травмами и отравлениями, осложнениями беременности и при родах. Конкретный перечень медицинских и иных услуг устанавливается в программе добровольного медицинского страхования.

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

1.2.15. Страховая премия – денежная сумма, установленная договором страхования, которую Страхователь обязан уплатить Страховщику, за принятые последним обязательства по договору страхования, в порядке и в сроки, определенные Договором страхования.

1.2.16. Страховой взнос – при ее уплате в рассрочку часть страховой премии, уплачиваемой Страхователем.

1.2.17. Страховой риск – событие, обладающее признаками вероятности и случайности, на случай предполагаемого наступления которого проводится страхование.

1.2.18. **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.

1.2.19. **Страховой случай** – свершившееся и подтвержденное документально обращение Застрахованного в медицинское учреждение, предусмотренное Договором страхования или согласованное со Страховщиком в соответствии с условиями Договора страхования и в период его действия, за медицинской помощью по поводу возникших проблем в состоянии здоровья (острого заболевания; обострения хронического заболевания; травмы, в том числе ожоги, отморожения; отравления).

1.2.20. **Первичная медико-санитарная и специализированная медицинская помощь в неотложной форме** – предоставление Застрахованному лицу медицинских услуг в амбулаторно-поликлинических и стационарных условиях при внезапных острых заболеваниях, состояниях, обострении хронических заболеваний, без явных признаков угрозы жизни Застрахованного. Конкретный перечень медицинских и иных услуг устанавливается в Программе страхования.

2. СУБЪЕКТЫ СТРАХОВАНИЯ

2.1. Субъектами страхования являются Страховщик, Страхователь, Застрахованный.

2.2. Страховщик - Общество с ограниченной ответственностью Страховая компания «Орбита» (ООО СК «Орбита»), действующее на основании лицензии, выданной органом страхового надзора в соответствии с законодательством Российской Федерации.

2.3. Страховщик на основании настоящих Правил заключает Договоры страхования, на основании которых Страховщик организует предоставление и оплату медицинской помощи и иных услуг Застрахованным лицам по Программе страхования, прилагаемой к настоящим Правилам (Приложение 1 к настоящим Правилам). Настоящие Правила предназначены для определения сущности Договоров страхования и регулируют отношения, возникающие между субъектами страхования.

2.4. Застрахованными лицами (Застрахованными) являются трудовые мигранты, в отношении которых заключен Договор (полис) страхования.

2.5. Договоры страхования заключаются в пользу Застрахованных - иностранных граждан и лиц без гражданства, находящихся на территории Российской Федерации с целью осуществления ими трудовой деятельности.

3. ОБЪЕКТ СТРАХОВАНИЯ

3.1. 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 или состояния физического лица, требующих организации и оказания таких услуг.

4. СТРАХОВЫЕ РИСКИ И СТРАХОВЫЕ СЛУЧАИ

4.1. Страховым риском является событие, обладающее признаками вероятности и случайности, на случай предполагаемого наступления которого проводится страхование.

4.2. Страховым случаем является документально подтвержденное обращение Застрахованного в соответствии с условиями Договора страхования и в период его действия в медицинское учреждение, сервисную компанию или иное учреждение из числа предусмотренных Договором страхования или согласованных со Страховщиком при остром заболевании, обострении хронического заболевания, травме, отравлении и других изменениях состояния здоровья, за получением медицинских и/или иных услуг в объеме программы добровольного медицинского страхования, предусмотренной Договором страхования.

4.3. Объем, перечень и условия оказания медицинской помощи определяются Программой страхования, которая прилагается к Договору страхования.

4.4. Если договором страхования не предусмотрено иное Программа страхования не включают оплату медицинских услуг:

1) по оказанию застрахованному лицу медицинской помощи, не назначенной врачом, оказывающим медицинскую помощь в рамках программы страхования;

2) по оказанию застрахованному лицу медицинской помощи при особо опасных инфекционных болезнях (натуральная оспа, полиомиелит, малярия ТОРС), заболеваниях, представляющих опасность для окружающих (включая гепатиты В и С, болезнь, вызванная вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ), болезни, характеризующиеся повышенным кровяным давлением, вирусные лихорадки, передаваемые членистоногими, и вирусные геморрагические лихорадки, гельминтозы, дифтерия, лепра, малярия, педикулез, аккариаз и другие инфестации, сап и мелиоидоз, сибирская язва, холера, чума), а также при злокачественных новообразованиях, сахарном диабете, психических расстройствах и расстройствах поведения;

3) по оказанию застрахованному лицу высокотехнологичной медицинской помощи;

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

5) по оказанию застрахованному лицу медицинской помощи при возникновении травматических повреждений или иных нарушений здоровья, наступивших в результате совершения застрахованным лицом умышленных противоправных действий;

6) по оказанию застрахованному лицу медицинской помощи при покушении застрахованного лица на самоубийство, за исключением тех случаев, когда застрахованное лицо было доведено до такого состояния противоправными действиями третьих лиц;

7) по оказанию медицинской помощи при умышленном причинении себе телесных повреждений застрахованным лицом;

8) связанных с беременностью, родами, послеродовым периодом и абортами застрахованного лица.

5. ПОРЯДОК ОПРЕДЕЛЕНИЯ СТРАХОВОЙ СУММЫ

5.1. Страховой суммой является денежная сумма, которая определена в порядке, установленном договором страхования при его заключении, и исходя из которой устанавливаются размер страховой премии (страховых взносов) и размер страховой выплаты при наступлении страхового случая.

5.2. При осуществлении добровольного медицинского страхования трудовых мигрантов страховая сумма устанавливается в размере не менее 100 000 (ста тысяч) рублей на каждое застрахованное лицо на период действия Договора страхования.

Страховая сумма, указанная в абзаце первом настоящего пункта, устанавливается в виде уменьшаемой страховой суммы, рассчитываемой как разность страховой суммы на начало срока действия Договора страхования трудовых мигрантов и суммы страхового возмещения, осуществляемого Страховщиком в период действия Договора страхования трудовых мигрантов по всем произошедшим страховым случаям (далее - агрегатная страховая сумма), если Договором (полисом) страхования прямо не предусмотрено иное.

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

Страховщик обязан уведомить Страхователя и Застрахованное лицо об уменьшении агрегатной страховой суммы в течение 5 (пяти) рабочих дней с момента уменьшения размера страховой суммы до размера менее чем 10 000 (десяти тысяч) рублей.

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

6. СРОК СТРАХОВАНИЯ.

6.1. Срок действия Договора страхования определяется исходя из сообщенного Страхователем (Застрахованным лицом) предполагаемого срока действия разрешения на работу или патента.

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

Договор (полис) страхования может содержать условие о вступлении его в силу не ранее даты начала действия разрешения на работу или патента.

6.3. Страхование, обусловленное Договором страхования, заключенным на условиях настоящих Правил, распространяется на страховые случаи, возникшие после вступления Договора страхования в силу.

7. ПОРЯДОК ОПРЕДЕЛЕНИЯ СТРАХОВОГО ТАРИФА, СТРАХОВОЙ ПРЕМИИ, СТРАХОВОГО ВЗНОСА

7.1. Страховщик при определении размера страховой премии, подлежащей уплате Страхователем по Договору страхования, применяет разработанные им страховые тарифы, определяющие страховую премию, взимаемую с единицы страховой суммы с учётом объекта страхования и характера страхового риска (Приложение 2 к настоящим Правилам).

7.2. При заключении Договора страхования Страховщик имеет право применять поправочные коэффициенты к базовым страховым тарифам (Приложение 2 к настоящим Правилам) с учетом перечня и уровня медицинских и иных услуг, перечня медицинских учреждений, зон покрытия, региона пребывания, характера производственной деятельности лица подлежащего страхованию, а также информации, указанной данным лицом (Страхователем), в анкете медицинского характера, возможного предварительного медицинского освидетельствования, способа и периодичности уплаты страховой премии и иных условий, предусмотренных Договором страхования.

7.3. При заключении Договора страхования Страховщик вправе требовать предоставления от физического лица документов, удостоверяющих личность, а от юридических лиц учредительных документов, выписку из Единого государственного реестра юридических лиц, выданную не ранее чем за месяц до подачи заявления на страхование, а также документов, подтверждающих полномочия лица, подписывающего документы.

7.4. При заключении Договора страхования с целью определения размера страховой премии (страхового взноса) Страховщик может предложить Застрахованному лицу заполнить медицинскую анкету (Приложения 3 к настоящим Правилам). Страховщик имеет право предложить направить лицо, подлежащее страхованию на прохождение предварительного медицинского освидетельствования в объеме, необходимом для определения условий величины страхового риска. Если иное не оговорено Сторонами, оплата предварительного медицинского освидетельствования производится за счет Страхователя. Предварительное медицинское освидетельствование проводится в медицинском учреждении, имеющем соответствующую лицензию и по выбору Страховщика.

7.5. Страховая премия по Договору страхования может быть уплачена Страхователем единовременно (разовым платежом за весь срок действия Договора страхования) или в рассрочку. Порядок уплаты страховых взносов при уплате страховой премии в рассрочку определяется в Договоре страхования. Страховая премия (страховые взносы) может быть уплачена Страхователем наличными деньгами Страховщику (его представителю) или перечислена на счет Страховщика (его представителя) путем безналичного расчета. Датой уплаты страховой премии считается день уплаты в кассу Страховщика или уполномоченному представителю Страховщика или день поступления средств на счет Страховщика, если иное не предусмотрено Договором страхования.

7.6. В случае, если Страхователь не уплатил страховую премию или первый страховой взнос в срок, указанный в Договоре страхования, Договор страхования считается не заключенным, если иное не предусмотрено Договором страхования.

7.7. В случае просрочки уплаты очередного (второго и последующих) страхового взноса, предусмотренных Договором страхования, Страховщик вправе в одностороннем внесудебном порядке отказаться от Договора страхования, письменно уведомив Страхователя о данном решении.

8. ДОГОВОР СТРАХОВАНИЯ. ПОРЯДОК ЕГО ЗАКЛЮЧЕНИЯ, ИСПОЛНЕНИЯ, ПРЕКРАЩЕНИЯ, Внесения в него изменений и дополнений

8.1. При заключении Договора страхования на условиях настоящих Правил, эти условия становятся неотъемлемой частью Договора страхования и обязательными для субъектов страхования. В соответствии с законодательством Российской Федерации Договор страхования может включать изменения, дополнения к настоящим Правилам и/или исключения из них. При расхождении положений настоящих Правил с положениями Договора страхования, применяются соответствующие положения Договора страхования, если это не противоречит законодательству Российской Федерации.

8.2. Для заключения Договора страхования Страхователь может обратиться к Страховщику либо с письменным заявлением, в котором сообщаются данные, необходимые для заключения Договора страхования, либо иным доступным способом заявить о намерении заключить Договор страхования (устное заявление, факсимильное сообщение или другими средствами извещения).

8.3. 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, предусмотренных п. 2 ст.179 ГК РФ.

8.4. Отношения между Страховщиком и Страхователем оформляются путем составления выдачи Страхователю (Застрахованным лицам) страхового полиса в соответствии с требованиями законодательства Российской Федерации, подписанного обеими сторонами.

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

8.6. Договор (полис) страхования (Приложение 4 к настоящим Правилам) содержит в том числе следующие сведения.

8.6.1. 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);

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.

8.6.2. Информацию о застрахованном лице:

- фамилия, имя, отчество (последнее - при наличии) на русском языке, а также дополнительно с помощью букв латинского алфавита на основании сведений, содержащихся в документе, предусмотренном федеральным законом или признаваемом в соответствии с международным договором Российской Федерации в качестве документа, удостоверяющего личность иностранного гражданина или лица без гражданства;

- пол;

- дата рождения;

- вид и данные удостоверяющего личность 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)).

8.6.3. 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.

8.6.4. Реквизиты Полиса добровольного медицинского страхования трудовых мигрантов:

- серия и номер бланка Полиса добровольного медицинского страхования трудовых мигрантов;

- номер средства визуального контроля.

8.6.5. Дату заполнения Полиса добровольного медицинского страхования трудовых мигрантов.

8.6.6. Срок действия Договора страхования.

8.6.7. Территорию действия Договора страхования.

8.6.8. Размер страховой суммы.

8.6.9. Подпись Страхователя.

8.7. Одновременно со страховым полисом (или с Договором страхования) Страхователю (Застрахованному) может вручаться страховая карта (пластиковая и т.п.) и, при необходимости, пропуск в медицинское или иное учреждение. Страховая карта является именным документом и может содержать справочную информацию (серию и номер страхового полиса, начало и окончание срока действия Договора страхования, справочные телефоны медицинских и иных учреждений, контактные телефоны Страховщика).

8.8. Страхователю (Застрахованному) запрещается передавать страховой полис (страховую карту) с целью получения другим лицом медицинской помощи или услуг по Договору страхования. Страховщик не возмещает расходы на оказание услуг лицам, не указанным в Договоре страхования как Застрахованный.

8.9. В случае утраты Страхователем (Застрахованным) страхового полиса и/или страховой карты Страховщик по письменному заявлению произвольной формы Страхователя (Застрахованного) выписывает его дубликат. На дубликате делается соответствующая надпись. Утраченный страховой полис (страховая карта) считается недействующим со дня подачи заявления об утрате и не может являться основанием для получения услуг в соответствии с Договором страхования.

8.10. В случае досрочного прекращения действия Договора страхования страховые полисы (страховые карты) возвращаются Страховщику в течение 3 (Трех) рабочих дней, с даты досрочного прекращения Договора страхования.

8.11. Договор страхования прекращается:

– при истечении срока действия Договора страхования;

– в случае смерти Застрахованного (за исключением оплаты услуг, предоставляемых в связи со смертью Застрахованного) – в отношении соответствующего Застрахованного лица, если Договор страхования заключен в отношении более чем одного Застрахованного;

– в случае исполнения Страховщиком обязательств перед Страхователем (Застрахованным) по Договору страхования в полном объеме – в отношении соответствующего Застрахованного лица, если Договор страхования заключен в отношении более чем одного Застрахованного;

– при ликвидации Страхователя, являющегося юридическим лицом, с момента вступления в силу соответствующего решения;

– по требованию Страхователя в любое время, если к моменту отказа возможность наступления страхового случая не отпала по обстоятельствам иным, чем страховой случай;

– по соглашению Сторон;

– если возможность наступления страхового случая отпала и существование страхового риска прекратилось по обстоятельствам иным, чем страховой случай, то Договор страхования досрочно прекращает свое действие, при этом Страховщик имеет право на часть страховой премии пропорционально времени, в течение которого действовало страхование;

– в других случаях, предусмотренных законодательством Российской Федерации.

8.12. Уплаченная страховая премия (страховые взносы) возврату не подлежит:

– по окончании срока действия Договора страхования;

– при досрочном расторжении Договора страхования по инициативе Страхователя, если Договором страхования не предусмотрено иное.

8.13. Возврат страховой премии (страховых взносов) при досрочном прекращении Договора страхования производится в соответствии с условиями Договора страхования и законодательством Российской Федерации.

8.14. Страховщик, уведомленный об обстоятельствах, влекущих увеличение страхового риска, вправе потребовать изменения условий Договора страхования и/или уплаты дополнительной страховой премии соразмерно увеличению риска, что оформляется дополнительным соглашением к Договору страхования. Если Страхователь возражает против изменения условий Договора страхования или доплаты страховой премии, Страховщик вправе потребовать расторжения Договора страхования.

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

8.16. Любые изменения условий Договора страхования производятся по обоюдному согласию Страхователя и Страховщика на основании заявления одной из Сторон и оформляется дополнительным соглашением, которое становится неотъемлемой частью Договора страхования. Если одна из Сторон не согласна на внесение изменений в Договор страхования, то Сторонами решается вопрос о действии Договора страхования на прежних условиях или о его прекращении.

8.17. Если после заключения Договора страхования принят законодательный акт, устанавливающий обязательные для Сторон правила иные, чем те, которые действовали при заключении Договора страхования, условия заключенного Договора страхования сохраняют силу, кроме случаев, когда в законодательном акте установлено, что его действие распространяется на отношения, возникшие из заключенного Договора страхования.

8.18. Территория действия договора ДМС трудовых мигрантов должна включать субъект Российской Федерации, на территории которого застрахованное лицо намеревается осуществлять трудовую деятельность.

8.19. Страхователь – физическое лицо, заключая договор страхования на основании данных Правил, дает свое согласие на обработку Страховщиком персональных данных Страхователя, а также, если это предусмотрено заключаемым Договором страхования и настоящими Правилами, указанных Страхователем при заключении Договора страхования Застрахованных – физических лиц и Выгодоприобретателей – физических лиц, в соответствии с Федеральным законом от 27.07.2006 № 152-ФЗ «О персональных данных».

Персональные данные Страхователя, Застрахованного, Выгодоприобретателя включают в

себя:

- фамилия, имя, отчество, дата и место рождения;
- паспортные данные;
- адрес проживания;
- номера домашнего, рабочего, мобильного телефонов;
- информация (сведения), указываемые в Договоре страхования, приложениях к нему,

Заявлении на страхование, Страховом полисе.

Целями обработки персональных данных являются: обеспечение соблюдения действующего законодательства Российской Федерации и иных нормативных правовых актов, осуществление страхования по заключаемому Договору страхования, надлежащее исполнение Страховщиком своих обязанностей и реализация Страховщиком своих прав, предусмотренных действующим законодательством Российской Федерации, иными нормативными правовыми актами и заключаемым Договором страхования, обеспечение высокого качества предоставляемых страховых услуг, администрирование и сопровождение заключаемого Договора страхования, информирование о страховых продуктах Страховщика.

Страхователь дает согласие на осуществление любых действий (совокупности действий) с персональными данными, требуемых для достижения указанных целей, как с использованием средств автоматизации, так и без использования средств автоматизации, включая, но не ограничиваясь: сбор, запись, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), извлечение, использование, передачу (распространение, предоставление, доступ), обезличивание, блокирование, удаление, уничтожение персональных данных. Обработка персональных данных осуществляется, включая, но не ограничиваясь, следующими способами: хранение, запись на электронные и бумажные носители, их хранение, составление перечней, маркировка.

Страховщик вправе в случае необходимости для достижения целей обработки персональных данных передавать персональные данные и (или) их обработку третьим лицам.

Указанными третьими лицами могут быть: профессиональные объединения страховщиков, иные некоммерческие организации, страховые и перестраховочные компании, обслуживающие Страховщика банки, независимые экспертные организации и эксперты (оценщики), органы государственной власти и местного самоуправления, в том числе федеральный орган исполнительной власти, к компетенции которого относится осуществление функций по контролю и надзору в сфере страховой деятельности (страхового дела) и его территориальные подразделения, федеральный антимонопольный орган и его территориальные подразделения.

Моментом получения согласия на обработку персональных данных является момент подписания Страхователем Договора страхования, а если заключению Договора страхования предшествовала подача Заявления на страхование, то момент подачи Заявления на страхование Страхователем Страховщику. Согласие на обработку персональных данных дается на срок действия Договора страхования, увеличенный на 10 лет. Персональные данные, включаемые в документы, обязанность по хранению которых установлена действующим законодательством Российской Федерации и внутренними документами Страховщика, подлежат хранению в течение установленного срока.

Согласие на обработку персональных данных может быть отозвано путем передачи Страховщику подписанного письменного уведомления. Согласие считается отозванным в день получения ООО СК «Орбита» соответствующего уведомления.

Страхователь подтверждает, что на момент заключения Договора страхования все Застрахованные лица и Выгодоприобретатели проинформированы:

- о передаче Страховщику своих персональных данных на условиях, предусмотренных Договором страхования, настоящими Правилами страхования, Страховым полисом, заявлением на страхование;
- о целях такой передачи и правовых основаниях;
- о наименовании и адресе Страховщика и иных предполагаемых пользователях персональных данных;

• о порядке отзыва согласия на обработку персональных данных и иных правах и обязанностях субъекта персональных данных, предусмотренных Федеральным законом от 27.07.2006 № 152-ФЗ «О персональных данных».

9. ПРАВА И ОБЯЗАННОСТИ СТОРОН ПО ДОГОВОРУ СТРАХОВАНИЯ

9.1. Страхователь имеет право:

9.1.1. увеличивать размер страховой суммы при условии заключения дополнительного соглашения и уплаты, при необходимости, дополнительной страховой премии;

9.1.2. вносить изменения в список Застрахованных к Договору страхования с предоставлением Страховщику необходимых сведений;

9.1.3. получить дубликат страхового полиса (страховой карты) в случае его утраты;

9.1.4. на основании письменного заявления Страховщику отказаться от Договора страхования в любое время, если к моменту отказа возможность наступления страхового случая не отпала по обстоятельствам иным, чем страховой случай.

9.2. Страхователь обязан:

9.2.1. при заключении Договора страхования и во время его действия представлять Страховщику всю информацию об обстоятельствах, имеющих отношение к заключению и исполнению Договора страхования, а также имеющих существенное значение для определения вероятности наступления страхового случая и размеров возможных убытков от его наступления;

9.2.2. доводить до сведения Застрахованных информацию об условиях Договора страхования, Правилах и Программе страхования, порядке предоставления медицинских и иных услуг;

9.2.3. уплатить страховую премию (страховые взносы) в объеме и в сроки, установленные Договором страхования;

9.2.4. обеспечить сохранность документов по Договору страхования;

9.2.5. принимать меры по устранению обстоятельств, влияющих на увеличение страхового риска;

9.2.6. обеспечить конфиденциальность в отношениях со Страховщиком;

9.2.7. получить от Застрахованных лиц и по первому требованию предоставить Страховщику и/или его представителю письменное согласие Застрахованного лица на использование и предоставление персональных данных Застрахованного лица и состояния его здоровья в медицинские и/или иные учреждения с целью исполнения обязательств Страховщика по Договору страхования.

9.3. Страховщик имеет право:

9.3.1. при заключении Договора страхования с физическим лицом предложить Страхователю или лицу, подлежащему страхованию, заполнить медицинскую анкету (Приложение 3 к настоящим Правилам) и/или провести предварительное медицинское освидетельствование;

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

9.3.3. в случае отсутствия возможности предоставления медицинской помощи и иных услуг необходимых Застрахованному в медицинских и иных учреждениях, определенных Договором страхования, организовать предоставление необходимых и соответствующих по объему и качеству услуг Застрахованному на базе иных учреждений соответствующего профиля, определенных по усмотрению Страховщика;

9.3.4. передавать полученную от Страхователя и/или Застрахованного лица информацию о персональных данных Застрахованного лица и состоянии его здоровья в медицинские и/или иные учреждения с целью исполнения своих обязательств по Договору страхования.

9.4. Страховщик обязан:

9.4.1. ознакомить Страхователя с настоящими Правилами страхования;

9.4.2. выдать страховые полисы (страховые карты, пропуска в медицинские и иные учреждения) Застрахованным (непосредственно или через Страхователя) при заключении Договора страхования;

9.4.3. организовать предоставление медицинской помощи и иных услуг Застрахованным в соответствии с Договором страхования;

9.4.4. контролировать объем, сроки и качество медицинской помощи и услуг, предоставленных Застрахованному в соответствии с условиями Договора страхования;

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

9.4.6. соблюдать тайну страхования.

9.5. Застрахованный имеет право:

9.5.1. получать медицинскую помощь и услуги в соответствии с Программой страхования;

9.5.2. получать разъяснения по настоящим Правилам и условиям Договора страхования, о порядке предоставления медицинской помощи и иных услуг;

9.5.3. выбирать любое медицинское учреждение из числа указанных в Программе страхования;

9.5.4. сообщать Страховщику о случаях непредставления, неполного или некачественного предоставления медицинской помощи и иных услуг по Договору страхования;

9.5.5. получить дубликат страхового полиса (страховой карты) в случае его утраты.

9.6. Застрахованный обязан:

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

9.6.2. заботиться о сохранности страховых документов и не передавать их другим лицам с целью получения последними медицинских помощи и услуг;

9.6.3. своевременно сообщать Страховщику об изменении своих паспортных данных или места жительства (регистрации);

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

9.6.5. обеспечить конфиденциальность в отношениях со Страховщиком.

9.7. В Договор страхования могут быть включены иные права и обязанности сторон, не противоречащие законодательству Российской Федерации.

9.8. Права и обязанности сторон по использованию персональных данных.

9.8.1. Страхователь, заключивший Договор страхования со Страховщиком на условиях настоящих Правил, подтверждает свое согласие на обработку Страховщиком перечисленных ниже персональных данных Страхователя для осуществления страхования по Договору страхования, в том числе в целях проверки качества оказания страховых услуг и урегулирования убытков по Договору страхования, администрирования Договора страхования, а также в целях информирования Страхователя о других продуктах и услугах Страховщика.

9.8.2. Персональные данные Страхователя включают в себя: фамилию, имя, отчество, год, месяц, дату и место рождения, паспортные данные, адрес проживания, другие данные, указанные в заключенном со Страховщиком Договоре страхования (включая неотъемлемые его части – заявление на страхование, приложения и др.), которые могут быть отнесены в соответствии с законодательством Российской Федерации к персональным данным.

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

9.8.4. Страховщик имеет 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.

9.8.5. Подтверждая получение настоящих Правил, Страхователь дает свое согласие на обработку персональных данных Страхователя с момента заключения Договора страхования (если заключению Договора страхования предшествовала подача Страхователем заявления на страхование, то согласие действует с даты, указанной в заявлении на страхование). Согласие Страхователя на обработку персональных данных Страхователя действует в течение 10 лет (если иное не установлено Договором страхования).

9.8.6. Страхователь 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. В случае поступления Страховщику от Страхователя письменного заявления об отзыве согласия на обработку персональных данных, согласие считается отозванным с даты поступления указанного заявления Страховщику. После окончания срока действия Договора страхования (в том числе при его расторжении) или отзыва согласия на обработку персональных данных Страховщик обязуется прекратить обработку персональных данных и уничтожить персональные данные Страхователя в срок, не превышающий 10 лет с даты окончания срока действия Договора страхования/ отзыва согласия на обработку персональных данных.

9.8.7. Указанные выше положения настоящих Правил страхования относятся также и к Застрахованному лицу в случае подписания им согласия на обработку Страховщиком персональных данных.

10. ПОРЯДОК И УСЛОВИЯ ОКАЗАНИЯ УСЛУГ ЗАСТРАХОВАННЫМ И ОСУЩЕСТВЛЕНИЯ СТРАХОВЫХ ВЫПЛАТ

10.1. Для получения услуг по Договору страхования, Застрахованный должен обратиться в медицинское и/или иное учреждение, предусмотренное Договором страхования, или предварительно к Страховщику по указанным им телефонам. При необходимости и в порядке, предусмотренном Программой страхования / Договором страхования, до обращения в медицинское учреждение Застрахованный может обращаться в ассистанскую компанию, сотрудничающую со Страховщиком, либо к иному лицу, предусмотренному программой/Договором страхования для организации получения медицинской помощи.

Страховщик организует и/или оплачивает оказанную Застрахованному в медицинских учреждениях, находящихся как на территории Российской Федерации, так и на территории иностранных государств, медицинскую помощь в объеме, определенном программой страхования, являющейся неотъемлемой частью Договора страхования.

10.2. Оказание услуг Застрахованному осуществляется при предъявлении им страхового полиса (страховой карты) и документа, подтверждающего личность Застрахованного, и, при необходимости, пропуска в медицинское или иное учреждение.

10.3. Страховщик в целях исполнения своих обязательств по организации предоставления Застрахованным услуг в соответствии с условиями Договора страхования заключает договоры по оказанию медицинской помощи и иных услуг Застрахованным с государственными, частными медицинскими и иными учреждениями, находящимися на территории Российской Федерации (резидентами или нерезидентами) и за ее пределами, включая зарубежные страховые компании, сервисные компании, научно-исследовательские институты, лаборатории, медицинские центры и клиники (включая зарубежные), частнопрактикующих врачей и иные организации различных организационно-правовых форм, при условии, что это не противоречит законодательству Российской Федерации.

10.4. Медицинские учреждения, сервисные компании и иные учреждения, в соответствии с договором, заключенным со Страховщиком, оказывают услуги Застрахованным,

предусмотренные Договором страхования и выбранной программой, включая медико-транспортные услуги, услуги по репатриации.

10.5. Выплата по Договору страхования осуществляется Страховщиком путем оплаты стоимости оказанной Застрахованному медицинской помощи (медицинских и иных услуг, а также лекарственных средств или изделий медицинского назначения) непосредственно (или через поверенного, агента, комиссионера) в медицинское учреждение и иную организацию по их счетам. Оплата стоимости медицинской помощи (медицинских и иных услуг, лекарственных средств или изделий медицинского назначения) может быть осуществлена на основании договора, заключенного в письменной форме в соответствии с пунктом 2 статьи 434 Гражданского кодекса Российской Федерации.

10.6. Страховщик в течение 20 рабочих дней с момента получения полного комплекта документов проверяет соответствие оказываемых Застрахованному услуг оговоренному в Договоре страхования объему, сроки предоставления услуг и выполнение других положений Договора страхования, проводит экспертизу качества оказанных услуг по своему усмотрению или по письменному заявлению Страхователя (Застрахованного) и составляет страховой акт. Договором страхования или договором с медицинским учреждением может быть предусмотрен иной срок составления страхового акта.

10.7. Страховая выплата осуществляется в течение 14 дней с момента составления Страхового акта, если иной срок не установлен Договором страхования или договором с медицинским учреждением.

11. ОСНОВАНИЯ ДЛЯ ОТКАЗА В СТРАХОВОЙ ВЫПЛАТЕ

11.1. Не являются страховыми случаями обращения Застрахованного за медицинской помощью или иными услугами (и Страховщик не производит оплату полученных Застрахованным медицинских и иных услуг), если они:

- не предусмотрены Договором страхования;
- получены в медицинском и/или ином учреждении, не предусмотренном в Договоре страхования;
- являются по характеру экспериментальными или исследовательскими.
- оказаны по желанию Застрахованного, или вопреки рекомендациям врача или иного специалиста в рамках их компетенции.

11.2. Страховщик освобождается от страховой выплаты, если страховой случай наступил вследствие умысла Страхователя или Застрахованного лица.

11.3. Страховщик освобождается от страховой выплаты, когда страховой случай наступил вследствие:

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

12. ПОРЯДОК РАССМОТРЕНИЯ СПОРОВ

12.1. Споры, возникающие по Договору страхования, разрешаются путем переговоров Сторон.

12.2. При недостижении Сторонами соглашения спор рассматривается в порядке, установленном законодательством Российской Федерации.

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

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

Разработаны на основании «Правил добровольного медицинского страхования» Страховщика, Указание Банка России от 13.09.2015 № 3793-У «О минимальных (стандартных) требованиях к условиям и порядку осуществления медицинского страхования в части добровольного медицинского страхования иностранных граждан и лиц без гражданства, находящихся на территории Российской Федерации с целью осуществления ими трудовой деятельности» и регламентируют перечень оплачиваемых медицинских услуг и работ в выбранных Страхователем базовых медицинских учреждениях, осуществляющих оказание изложенных в настоящей Программе страхования медицинских услуг.

В Программу страхования входят:

Первичная медико-санитарная помощь и специализированная медицинская помощь в неотложной форме в следующих случаях:

1) инфекционные и паразитарные болезни, за исключением заболеваний, передаваемых преимущественно половым путем, туберкулеза, ВИЧ-инфекции и синдрома приобретенного иммунодефицита;

2) новообразования;

3) болезни эндокринной системы;

4) расстройства питания и нарушения обмена веществ;

5) болезни нервной системы;

6) болезни крови, кроветворных органов;

7) отдельные нарушения, вовлекающие иммунный механизм;

8) болезни глаза и его придаточного аппарата;

9) болезни уха и сосцевидного отростка;

10) болезни системы кровообращения;

11) болезни органов дыхания;

12) болезни органов пищеварения;

13) болезни мочеполовой системы;

14) болезни кожи и подкожной клетчатки;

15) болезни костно-мышечной системы и соединительной ткани;

16) травмы, отравления и некоторые другие последствия воздействия внешних причин;

17) врожденные аномалии (пороки развития);

18) деформации и хромосомные нарушения.

Также оплачиваются Страховщиком расходы на используемые медицинским персоналом при оказании медицинской помощи в неотложной форме в соответствии со стандартами первичной медико-санитарной помощи и специализированной медицинской помощи в рамках Программы страхования 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 и донорской крови и ее компонентов.

Не оплачиваются медицинские услуги:

- 1) по оказанию застрахованному лицу медицинской помощи, не назначенной врачом, оказывающим медицинскую помощь в рамках программы страхования;
- 2) по оказанию застрахованному лицу медицинской помощи при особо опасных инфекционных болезнях (натуральная оспа, полиомиелит, малярия ТОРС), заболеваниях, представляющих опасность для окружающих (включая гепатиты В и С, болезнь, вызванная вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ), болезни, характеризующиеся повышенным кровяным давлением, вирусные лихорадки, передаваемые членистоногими, и вирусные геморрагические лихорадки, гельминтозы, дифтерия, лепра, малярия, педикулез, акариаз и другие инфестации, сап и мелиоидоз, сибирская язва, холера, чума), а также при злокачественных новообразованиях, сахарном диабете, психических расстройствах и расстройствах поведения;
- 3) по оказанию застрахованному лицу высокотехнологичной медицинской помощи;
- 4) по оказанию застрахованному лицу медицинской помощи при патологических состояниях, отравлениях и травмах, возникших у застрахованного лица в состоянии алкогольного опьянения или под воздействием иных психоактивных веществ и (или) лекарственных препаратов, употребленных без назначения врача;
- 5) по оказанию застрахованному лицу медицинской помощи при возникновении травматических повреждений или иных нарушений здоровья, наступивших в результате совершения застрахованным лицом умышленных противоправных действий;
- 6) по оказанию застрахованному лицу медицинской помощи при покушении застрахованного лица на самоубийство, за исключением тех случаев, когда застрахованное лицо было доведено до такого состояния противоправными действиями третьих лиц;
- 7) по оказанию медицинской помощи при умышленном причинении себе телесных повреждений застрахованным лицом;
- 8) связанных с беременностью, родами, послеродовым периодом и абортами застрахованного лица.

Программа страхования не включают оплату медицинских услуг:

- 1) по оказанию застрахованному лицу медицинской помощи, не назначенной врачом, оказывающим медицинскую помощь в рамках программы страхования;
- 2) по оказанию застрахованному лицу медицинской помощи при особо опасных инфекционных болезнях (натуральная оспа, полиомиелит, малярия ТОРС), заболеваниях, представляющих опасность для окружающих (включая гепатиты В и С, болезнь, вызванная вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ), болезни, характеризующиеся повышенным кровяным давлением, вирусные лихорадки, передаваемые членистоногими, и вирусные геморрагические лихорадки, гельминтозы, дифтерия, лепра, малярия, педикулез, акариаз и другие инфестации, сап и мелиоидоз, сибирская язва, холера, чума), а также при злокачественных новообразованиях, сахарном диабете, психических расстройствах и расстройствах поведения;
- 3) по оказанию застрахованному лицу высокотехнологичной медицинской помощи;
- 4) по оказанию застрахованному лицу медицинской помощи при патологических состояниях, отравлениях и травмах, возникших у застрахованного лица в состоянии алкогольного опьянения или под воздействием иных психоактивных веществ и (или) лекарственных препаратов, употребленных без назначения врача;
- 5) по оказанию застрахованному лицу медицинской помощи при возникновении травматических повреждений или иных нарушений здоровья, наступивших в результате совершения застрахованным лицом умышленных противоправных действий;

6) по оказанию застрахованному лицу медицинской помощи при покушении застрахованного лица на самоубийство, за исключением тех случаев, когда застрахованное лицо было доведено до такого состояния противоправными действиями третьих лиц;

7) по оказанию медицинской помощи при умышленном причинении себе телесных повреждений застрахованным лицом;

8) связанных с беременностью, родами, послеродовым периодом и абортами застрахованного лица.

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

БАЗОВЫЕ СТРАХОВЫЕ ТАРИФЫ
(в % к страховой сумме при сроке страхования – один год)

Программа страхования	Тариф (в %)
Медицинская помощь трудовым мигрантам	2,24

При заключении конкретных договоров страхования Страховщик имеет право применять к базовым тарифным ставкам повышающие или понижающие коэффициенты в порядке, предусмотренном Правилами страхования, в соответствии с нижеследующими Таблицами:

Таблица 1. Перечень повышающих и понижающих коэффициентов

№ п/п	Обстоятельства / факторы риска, позволяющие применять к базовым тарифным ставкам повышающие или понижающие коэффициенты	Размер повышающих коэффициентов. Условия применения.	Размер понижающих коэффициентов. Условия применения.
1.	Соотношение роста и веса (индекс массы тела) застрахованного, изменение веса более чем на 5 кг за последние 12 месяцев	1,05 – 2,00 - степень отклонения показателя соотношения рост/вес от общепринятых медицинских норм	0,99 – 0,75 - соотношение роста и веса соответствует медицинским нормам - изменения веса не зафиксировано или зафиксировано незначительно
2.	Наличие вредных привычек (за последние 12 месяцев)	1.1 – 4.0 - количество сигарет, выкуриваемых Застрахованных - количество употребляемого алкоголя	0.5 – 0.99 - отсутствие вредных привычек или незначительное употребление табака и (или) алкоголя
3.	Артериальное давление, наличие заболевания сосудов (артериит, тромбофлебит и т.д.), нарушение кровообращения	1.5 – 2,5 - повышенное давление - пониженное давление	0.3 – 0.99 - давление соответствует медицинским нормам либо наблюдается незначительное отклонение

4.	Имел ли Застрахованный в прошлом инвалидность	1.1 – 3.0 - наличие инвалидности в настоящее время - наличие инвалидности в прошлом - как давно инвалидность была снята	0.3 – 0.99 - отсутствие инвалидности в настоящем и прошлом
5.	Наличие заболеваний сердечно-сосудистой системы	1.1 – 5.0 - вид заболевания - степень тяжести заболеваний - наличие операций на сердце - как давно существуют проблемы с сердечно-сосудистой системой	0.2 – 0.99 - отсутствие каких-либо заболеваний сердечно-сосудистой системы - отсутствие рецидивов
6.	Наличие заболеваний легких или дыхательных путей	1.1 – 1.5 - вид заболевания - степень и тяжесть заболевания - хроническое течение	0.7 – 0.99 - отсутствие заболеваний
7.	Наличие заболеваний пищеварительной системы, желчного пузыря или печени	1.1 – 2.5 - вид заболевания - степень и тяжесть заболевания - хроническое течение	0.7 – 0.99 - отсутствие заболеваний
8.	Наличие заболеваний почек или мочеполовой системы	1.1- 2.0 - вид заболевания - степень и тяжесть заболевания - хроническое течение	0.8 – 0.99 - отсутствие заболеваний
9.	Наличие нервных расстройств, психических заболеваний	1.1- 2.0 - вид заболевания - степень и тяжесть заболевания - хроническое течение	0.2 – 0.99 - отсутствие заболеваний
10.	Наличие заболеваний уха, горла, носа, глаз	1.1- 2.0 - вид заболевания - степень и тяжесть заболевания - хроническое течение	0.85 – 0.95 - отсутствие заболеваний
11.	Наличие заболеваний опорно-двигательного аппарата (мышцы, кости, суставы, позвоночник)	1.1- 2.0 - вид заболевания - степень и тяжесть заболевания - хроническое течение	0.1 – 0.99 - отсутствие заболеваний
12.	Наличие сахарного диабета, заболеваний щитовидной железы, других заболеваний эндокринной системы	1.1- 2.0 - вид заболевания - степень и тяжесть заболевания - хроническое течение	0.1 – 0.99 - отсутствие заболеваний

13.	Наличие новообразований (опухоли злокачественные и доброкачественные), в т.ч. и заболевания крови	1.1- 2.0 - вид новообразования - степень и тяжесть заболевания - хроническое течение	0.1 – 0.99 - отсутствие заболеваний
14.	Другие болезни, травмы, операции, госпитализации, нетрудоспособность за последние 5 лет	1.05 - 3.0 - вид заболевания - степень и тяжесть заболевания - хроническое течение	0.1 – 0.99 - отсутствие заболеваний
15.	Отсутствие и наличие убытков на предприятии за последние 5 лет	1,1 – 3,0 - зарегистрированы несчастные случаи на производстве - условия труда не соответствуют нормам	0,35 – 0,90 - несчастных случаев на производстве не зарегистрировано; - проводятся мероприятия по технике безопасности, тренинги и прочие меры
16	Изменение типового перечня исключений, предусмотренных Правилами страхования	1,1 – 3,0 - типовой перечень исключений сужен в зависимости от требований страхователя	0,1 – 0,99 - типовой перечень исключений расширен в зависимости от требований страхователя
17.	Профессиональная деятельность Застрахованных	1,0 – 3,0 - в зависимости от группы риска по профессиональной принадлежности (Таблица 2)	-
18.	Характер течения хронических заболеваний	1,5 – 3,0 - Стабильное течение - Рецидивирующее течение - Непрерывно рецидивирующее течение или наличие недостаточности функции органов	-
19.	Применение повышающих коэффициентов в зависимости от возраста Застрахованного лица.	В соответствии с Таблицей 2	
20.	Дополнительные значения коэффициентов применяемое для расчета страхового тарифа.	В соответствии с Таблицей 3	

Таблица 2. Применение коэффициентов в зависимости от возраста Застрахованного лица.

Условия применения коэффициентов	Коэффициент
Для лиц от 50 до 55 лет	1,2
Для лиц от 56 до 60 лет	1,5
Для лиц от 61 до 69 лет	2
Для лиц от 70	3

Таблица 3. Дополнительные значения коэффициентов, применяемых для расчета страхового тарифа.

Условия применения коэффициентов	Коэффициент
Для лиц, не имеющих Российского гражданства (граждан СНГ)	от 1,0 до 5,0
Для иностранных граждан	
Для лиц с хроническими заболеваниями коэффициент рассчитывается индивидуально	

Примечание:

При сроке страхования менее одного года страховая премия исчисляется в процентах от годовой суммы взносов:

Срок действия договора в месяцах										
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
Процент от размера страховой премии за год										
20	30	40	50	60	70	75	80	85	90	95

При определении итоговой величины тарифной ставки по конкретному договору страхования, результирующий коэффициент не может превышать 5,0 или быть меньше 0,1.

Реальная (итоговая) тарифная ставка при заключении конкретного договора страхования получается Страховщиком путем умножения базовой тарифной ставки из настоящего Приложения на повышающий или понижающий коэффициент.

Конкретные значения повышающих или понижающих коэффициентов определяются Страховщиком исходя из наличия (отсутствия) факторов риска и их влияния на повышение (понижение) вероятности наступления страхового случая.

Полученная тарифная ставка согласовывается со Страхователем и используется для расчета страховой премии.

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