

**АКЦИОНЕРНОЕ ОБЩЕСТВО «СТРАХОВАЯ КОМПАНИЯ
«ПОЛИС-ГАРАНТ»**

«УТВЕРЖДАЮ»

**Генеральный директор
АО «Страховая Компания «ПОЛИС-ГАРАНТ»**

_____ **Л.В.Абуздина**

Приказ от «12» февраля 2019 года № 6

**ПРАВИЛА
ДОБРОВОЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ
ТРУДОВЫХ МИГРАНТОВ**

ОГЛАВЛЕНИЕ

1. Общие положения
2. Субъекты страхования
3. Объект страхования
4. Страховые случаи и страховые риски
5. Территория действия Договора страхования
6. Страховая сумма
7. Страховая премия
8. Порядок заключения договора страхования
9. Порядок предоставления медицинских услуг
10. Последствия увеличения степени страхового риска в период действия договора страхования
11. Права и обязанности сторон
12. Прекращение действия договора страхования
13. Порядок разрешения споров
14. Право страховщика на возмещение расходов
15. Термины, используемые в Правилах
16. Приложение № 1. Размеры базовых тарифных ставок по добровольному медицинскому страхованию
17. Приложение № 2. Заявление о заключении договора добровольного медицинского страхования
18. Приложение № 3. Список застрахованных лиц
19. Приложение № 4. Полис ДМС Трудовых мигрантов (ФЛ)
20. Приложение № 5. Полис ДМС Трудовых мигрантов (ИП)
21. Приложение № 6. Полис ДМС Трудовых мигрантов (ЮЛ)
22. Приложение № 7. Договор на предоставление лечебно – профилактической помощи (медицинских услуг) по добровольному медицинскому страхованию
23. Приложение №8. Программа добровольного медицинского страхования

1. ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ

1.1. Настоящими Правилами добровольного медицинского страхования трудовых мигрантов (далее – Правила страхования/Правила) определяются условия, на основании которых Акционерное общество «Страховая Компания «ПОЛИС-ГАРАНТ» (далее АО «Страховая Компания «ПОЛИС-ГАРАНТ», «Страховщик») заключает договоры добровольного медицинского страхования.

1.2. Договором добровольного медицинского страхования трудовых мигрантов (далее «Договор страхования») является соглашение между Страхователем и Страховщиком, в соответствии с которым последняя обязуется организовать и финансировать предоставление застрахованным лицам (далее «Застрахованные лица») медицинской помощи определенного объема и качества или иных услуг по программам добровольного медицинского страхования (далее «Программа страхования»).

Страховщик на основании настоящих Правил заключает договоры индивидуального добровольного медицинского страхования трудовых мигрантов (далее – договор страхования) и коллективного добровольного медицинского страхования трудовых мигрантов (далее – коллективный договор страхования). Договор коллективного добровольного медицинского страхования заключается Страховщиком с юридическими лицами, представляющими интересы физических лиц, в отношении работников этого юридического лица и членов их семей, если Договором страхования не предусмотрено иное.

Договор страхования заключается Страховщиком с физическим лицом, обладающим гражданской дееспособностью, в отношении этого физического лица или в отношении третьих лиц.

1.3. На условиях настоящих Правил, Договоры страхования заключаются в пользу Застрахованных - иностранных граждан, въезжающих или пребывающих на территории РФ и лиц без гражданства.

1.4. Добровольное медицинское страхование осуществляется Страховщиком на основе Программы добровольного медицинского страхования и обеспечивает Застрахованным лицам получение первичной медико-санитарной помощи и специализированной медицинской помощи в неотложной форме в случаях заболеваний и состояний в объеме, регламентированном Указанием ЦБ РФ от 13.09.2015 № 3793-У, а также соответствующими юридическими актами, определяющими виды и объемы медицинской помощи иностранным гражданам и лицам без гражданства находящимся на территории РФ.

1.5. Положения настоящих Правил, действие которых не отменено и не изменено условиями, содержащимися в Договоре страхования, обязательны для Страхователя, Застрахованного лица и Страховщика.

1.6. При наличии противоречий между нормами Договора добровольного медицинского страхования и Правил добровольного медицинского страхования преимущественную силу имеют нормы, содержащиеся в Договоре.

2. СУБЪЕКТЫ СТРАХОВАНИЯ

2.1. **Страховщик** – Акционерное общество «Страховая Компания "ПОЛИС-ГАРАНТ", созданное в соответствии с законодательством Российской Федерации для осуществления деятельности по страхованию и получившее лицензию на осуществление соответствующего вида страховой деятельности в установленном порядке.

2.2. **Страхователи** – физические лица, обладающие гражданской дееспособностью, иностранные граждане и лица без гражданства, прибывшие в Российскую Федерацию и намеревающиеся осуществлять или осуществляющие трудовую деятельность на основании разрешения на работу или патента или (и) юридические лица, представляющие интересы этих физических лиц.

2.3. **Медицинские учреждения** - имеющие лицензию лечебно-профилактические учреждения, научно-исследовательские и медицинские институты, другие учреждения, а также лица, осуществляющие медицинскую деятельность как индивидуально, так и коллективно.

2.4. **Застрахованное лицо** – физическое лицо в возрасте от 18 до 90 лет, в отношении которого заключен Договор страхования или который заключил такой Договор самостоятельно. Страхователь – физическое лицо вправе заключить договор страхования как в отношении себя, так и в отношении третьих лиц.

- 2.5. Выгодоприобретатель по Договору страхования не назначается.
- 2.6. Договор страхования не может быть заключен в отношении лиц:
- а) состоящих на учете в наркологических, психоневрологических, противотуберкулезных, кожно-венерологических диспансерах, центрах по профилактике и борьбе со СПИДом;
 - б) инвалидов I группы;
 - в) больных онкологическими заболеваниями и системными заболеваниями крови;
 - г) старше 90 лет и младше 18 лет.
- 2.7. Застрахованное лицо, указанное в договоре страхования, может быть заменено по заявлению Страхователя другим лицом при условии предоставления Страховщику письменного согласия Застрахованного лица.
- 2.8. Договором страхования может быть предусмотрено, что Застрахованным лицом являются только работники Страхователя и (или) члены их семей. В указанном случае согласия Застрахованного лица на замену в случае его увольнения не требуется.
- 2.9. Страховщик не вправе разглашать полученные им в результате своей профессиональной деятельности сведения о Страхователе, 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.

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 физического лица или состояния физического лица, требующих организации и оказания таких услуг, а также проведения профилактических мероприятий, снижающих степень опасных для жизни или здоровья физического лица угроз и (или) устраняющих их.

4. СТРАХОВЫЕ СЛУЧАИ И СТРАХОВЫЕ РИСКИ

4.1. **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.

Договор страхования может быть заключен по любому из рисков (набору рисков), предусмотренных настоящими Правилами, входящих в Программу страхования.

4.2. **Страховым случаем** является совершившееся событие, предусмотренное Договором страхования, с наступлением которого возникает обязанность Страховщика произвести страховую выплату Страхователю, Застрахованному лицу.

4.2.1. Страховым случаем на условиях Правил страхования является документально подтвержденное обращение Застрахованного лица в медицинское учреждение, сервисную компанию и/или иное учреждение, из числа предусмотренных Договором страхования, или согласованных со Страховщиком, при остром заболевании, обострении хронического заболевания, травме, отравлении и в других случаях, предусмотренных Договором страхования за получением медицинской, в том числе лекарственной, медико-социальной и иной помощи, и иных услуг (медицинских, медико-транспортных, услуг по посмертной репатриации тела) в объеме, предусмотренном Программой страхования.

4.3. Перечень медицинских и иных услуг и объем медицинской помощи определяется Программой страхования, на условиях которой заключен Договор страхования.

4.4. Программа страхования является приложением к настоящим Правилам страхования (Приложение № 8 к настоящим Правилам). Страховщик вправе разрабатывать дополнительные программы страхования, уточняющие и конкретизирующие объем медицинской помощи и иных услуг в рамках указанной программы страхования. Перечень медицинских и иных услуг по Договору страхования в рамках конкретной программы страхования, а также любое сочетание программ страхования, может иметь оригинальное название.

4.5. Медицинское учреждение, с которым Страховщик заключил соответствующий Договор на оказание Застрахованным медицинских услуг, в случае отсутствия у него по

прейскуранту и (или) роду деятельности (специализации) соответствующих услуг, может организовать оказание таких медицинских в других медицинских учреждениях. При этом письменное согласие Страховщика на этот счет является обязательным, если иное не предусмотрено Договором между Страховщиком и медицинским учреждением

4.6. В соответствии с Договором страхования Страховщик принимает на себя обязательство организовать и оплатить медицинские и/или иные услуги, оказанные Застрахованным в медицинских и/или иных учреждениях по существующим технологиям в соответствии с условиями Договора страхования, в пределах обусловленной в нем страховой суммы. Страховщик гарантирует оплату медицинских и/или иных услуг, предусмотренных настоящими Правилами и соответствующими Программами, являющимися неотъемлемой частью Правил, предоставляемых медицинскими и/или иными учреждениями в РФ и за рубежом. При этом организация оказания медицинских и/или иных услуг в зарубежных медицинских и/или иных учреждениях может осуществляться как на основе прямых договоров Страховщика с зарубежными медицинскими учреждениями, так и через российские медицинские и/или иные учреждения либо при посредничестве сервисных медицинских компаний, однако во всех перечисленных случаях оплата таких услуг будет считаться обоснованной при надлежащем оформлении документов и наличии у медицинского и/или иного учреждения, оказавшего медицинские услуги, соответствующих регистрационных сертификатов, лицензии (аккредитации, разрешения и т.п.), которые необходимы ему по законодательству местонахождения учреждения для осуществления им деятельности.

4.7. Не является страховым случаем обращение Застрахованного лица в медицинское учреждение:

4.7.1. в связи с получением травматического повреждения или иного расстройства здоровья, наступившего при совершении Застрахованным действий, в которых судом установлены признаки умышленного преступления;

4.7.2. в связи с умышленным причинением себе телесных повреждений, в том числе с покушением на самоубийство;

4.7.3. в связи с оплатой услуг, препаратов, лечения, включая любой период пребывания в стационаре или амбулаторного лечения, которые не были рекомендованы, письменно засвидетельствованы уполномоченным представителем Страховщика или лечащим врачом Застрахованного как необходимые и разумные меры;

4.7.4. в случае применения косметической или пластической хирургии, кроме необходимости ее использования после несчастного случая или других случаях, когда ее применение обусловлено прямыми медицинскими показаниями;

4.7.5. по поводу лазерной или контактной коррекции зрения, кроме факторов нарушения зрения в результате несчастного случая или в других случаях, определенных прямыми медицинскими показаниями, если Договором не предусмотрено иное;

4.7.6. по поводу алкоголизма, токсикомании или наркомании;

4.7.7. по поводу венерических заболеваний и заболевания любой формой СПИДа в любой его стадии.

4.8. Не является страховым случаем обращение Застрахованного лица в медицинское и/или иное учреждение:

4.8.1. за получением медицинской помощи и иных услуг, не предусмотренных Программой страхования;

4.8.2. в медицинское и/или иное учреждение, не предусмотренное Договором страхования;

4.8.3. если обращение Застрахованного лица в медицинское учреждение вызвано заболеваниями и травмами, возникшими в результате стихийных бедствий;

4.8.4. в других случаях, не предусмотренных Программой страхования и Договором страхования.

4.9. Страховщик освобождается от страховой выплаты, если обращение Застрахованного лица в медицинское и/или иное учреждение 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.

4.10. Обращение Застрахованного лица за оказанием медицинской помощи и иных услуг в течение срока действия Договора страхования является страховым случаем даже в случае, если

срок оказания медицинской помощи и иных услуг превышает срок действия Договора страхования, но не более чем на 30 (тридцать) календарных дней.

5. ТЕРРИТОРИЯ ДЕЙСТВИЯ ДОГОВОРА СТРАХОВАНИЯ

5.1. Договор страхования действует на территории Российской Федерации, если иное не предусмотрено Договором страхования.

6. СТРАХОВАЯ СУММА

6.1. Под страховой суммой понимается денежная сумма, которая определена Договором страхования, и исходя из которой устанавливаются размер страховых взносов и размер страховой выплаты при наступлении страхового случая.

Страховая сумма устанавливается Страховщиком по соглашению со Страхователем, но не менее 100 000 рублей на каждое застрахованное лицо на период действия Договора страхования. Страховая сумма 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 по всем произошедшим страховым случаям (далее - агрегатная страховая сумма). Если агрегатная страховая сумма исчерпана полностью, обязательства Страховщика по Договору страхования считаются исполненными, и он прекращает свое действие.

6.2. Страховая сумма, если иное не установлено Договором страхования, определяет максимальную стоимость медицинской помощи и иных услуг, которые вправе получить Застрахованное лицо в течение срока действия Договора страхования независимо от числа обращений в медицинские учреждения.

6.3. Страхователь вправе в период действия договора страхования по согласованию со Страховщиком изменить страховую сумму и/или расширить перечень предоставляемых программой медицинского страхования услуг в рамках иных программ страхования, являющихся приложением к настоящим Правилам страхования, путем заключения дополнительного соглашения с указанием условий внесения соответствующих изменений.

6.4. В случаях, если стоимость медицинской помощи или иных услуг превышает размер страховой суммы, Страхователь вправе заключить со Страховщиком соглашение, в соответствии с которым Страхователь обязуется возместить Страховщику расходы на оказание медицинской помощи и/или иных услуг, в сумме, превышающей страховую сумму.

7. СТРАХОВАЯ ПРЕМИЯ

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

7.2. При определении размера страховой премии, подлежащей уплате по Договору страхования, Страховщик применяет разработанные им тарифы (Приложение № 1 к настоящим Правилам), определяющие величину страхового взноса, взимаемую с единицы страховой суммы. Страховщик вправе при определении размера подлежащей уплате страховой премии использовать повышающие и понижающие коэффициенты к базовым страховым тарифам, экспертно определяемые в зависимости от факторов, влияющих на степень риска: Программы страхования, категории медицинского учреждения, срока действия Договора страхования, фактической страховой суммы, кратности предоставления услуг, пола и возраста Застрахованного лица, состояния здоровья Застрахованного лица, рода занятий и увлечений Застрахованного лица, количества Застрахованных, региона страхования, количества обращений в предыдущие периоды страхования. Величина повышающих и понижающих коэффициентов указана в Приложении № 1 к настоящим Правилам.

7.3. При определении размера страховой премии Застрахованному может быть предложено заполнить Медицинскую анкету. Сведения, указанные в заявлении на страхование или в Медицинских анкетах, подтверждаются подписью Страхователя (Застрахованного). В случае необходимости, для уточнения указанных данных, Страховщик имеет право направить Застрахованного на медицинское обследование. В случае отказа Застрахованного от заполнения Медицинской анкеты или прохождения медицинского обследования Страховщик имеет право отказать Страхователю в заключение Договора страхования.

7.4. Страховая премия по Договору страхования может быть уплачена Страхователем единовременно - разовым платежом за весь срок действия Договора страхования, или уплачиваться в рассрочку в течение срока действия Договора страхования. Порядок уплаты страховых взносов (ежемесячно, ежеквартально, по полугодиям, пропорционально, не пропорционально) определяется в Договоре страхования.

7.5. Если к сроку, установленному в Договоре страхования, страховая премия или первый страховой взнос не были уплачены или были уплачены не полностью, Договор страхования считается незаключенным, если иное не предусмотрено Договором страхования.

7.6. В случае неуплаты или уплаты не в полном объеме очередного страхового взноса в установленные Договором страхования сроки Страховщик вправе в одностороннем порядке отказаться от исполнения договора страхования полностью или частично. Договор страхования считается соответственно расторгнутым или измененным с даты, указанной в уведомлении о таком отказе, направленном Страховщиком Страхователю в письменном виде, но не ранее даты получения Страхователем указанного уведомления. Договором страхования могут быть предусмотрены иные последствия неуплаты очередного страхового взноса в установленные Договором страхования сроки.

8. ПОРЯДОК ЗАКЛЮЧЕНИЯ ДОГОВОРА СТРАХОВАНИЯ

8.1. Договор страхования заключается на любой срок с физическим или юридическим лицом. Срок действия договора ДМС трудовых мигрантов определяется исходя из сообщенного Страхователем (Застрахованным) предполагаемого срока действия разрешения на работу или патента.

При страховании на срок более одного года страховая премия по договору страхования в целом устанавливается как сумма страховых взносов за каждый год.

Если срок страхования устанавливается как год (несколько лет) и месяц (несколько месяцев), то страховой взнос за последний период времени определяется как часть страхового взноса за год пропорционально полным месяцам последнего страхового периода.

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

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

8.3.1 о застрахованном лице;

8.3.2. о характере события, на случай наступления, которого осуществляется страхование (страховой риск);

8.3.3. о сроке действия Договора и размере страховой суммы;

8.3.4. о размере, сроках, порядке оплаты страховой премии (внесения страховых взносов);

8.3.5. о перечне медицинских услуг, соответствующих Программе страхования.

8.4. Страховщик обязан ознакомить Страхователя с содержанием Правил страхования, программами страхования.

8.5. При заключении Договора страхования Страховщик, при необходимости, вправе назначить дополнительный медицинский осмотр страхуемого лица (страхуемых лиц) для оценки фактического состояния его (их) здоровья.

Предварительный медицинский осмотр производится за счет средств Страхователя.

8.6. Заключение Договора страхования:

8.6.1. Договор страхования может быть заключен в отношении любого количества работников Страхователя и членов их семей, если иное не предусмотрено Договором страхования.

8.6.2. Основанием для заключения Договора страхования является устное или письменное заявление Страхователя (Приложение № 2 к настоящим Правилам), в котором должны быть указаны:

- полное наименование и адрес места нахождения Страхователя, его банковские реквизиты и/или фамилия, имя и отчество Страхователя, его адрес места жительства и телефон;

- паспортные данные Страхователя;

- список Застрахованных лиц с указанием имени, отчества, фамилии, даты рождения, адреса место жительства и телефона, прочей информации о каждом Застрахованном лице (Приложение №3 к настоящим Правилам);

- программа страхования;

- срок страхования;

- и другие данные в соответствии с формой Заявления.

8.6.3. Страховщик в течение пяти рабочих дней принимает решение о возможности заключения Договора страхования и делает соответствующие отметки в письменном заявлении Страхователя, при наличии такового.

8.6.4. Факт заключения договора страхования подтверждается оформлением единого документа – Полиса добровольного медицинского страхования трудовых мигрантов (Приложения № 4, 5, 6 к настоящим Правилам).

8.7. При заключении Договора страхования путем выдачи Страхователю Полиса добровольного медицинского страхования в нём указываются:

8.7.1. 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 ДМС от имени страхователя и документ, на основании которого он подписывает договор ДМС.

8.7.2. 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)).

8.7.3. 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 ДМС от имени страховщика, и документ, на основании которого данное лицо подписывает договор.

8.7.4. Реквизиты Договора страхования:

- Серия и номер бланка Договора страхования; номер средства визуального контроля.
- Дату заполнения Договора страхования.
- Срок действия Договора страхования.
- Территорию действия Договора страхования.
- Размер страховой суммы.
- Подпись Страхователя.

8.8. В Договоре страхования может быть установлена условная или безусловная франшиза.

При установлении условной франшизы Страховщик освобождается от оплаты расходов, связанных с оказанием Застрахованному медицинских и иных услуг, если их размер не превышает франшизу.

При установлении в договоре страхования безусловной франшизы обязательства Страховщика определяются размером понесенных расходов на оказание Застрахованному медицинских и/или иных услуг, предусмотренных договором, за минусом франшизы.

Франшиза определяется Сторонами в процентном отношении к страховой сумме или в абсолютной величине.

В Договоре страхования также может быть установлена временная франшиза – период времени с момента вступления Договора страхования в силу, в течение которого страховые выплаты при возникновении страхового случая или отдельно оговоренных заболеваний (состояний, травм, повреждений) не производятся.

8.9. При заключении Договора страхования Страхователь обязан сообщить 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 могут быть известны Страховщику. При этом существенными могут быть признаны обстоятельства, определенно оговоренные Страховщиком в Договоре страхования или в его письменном запросе.

При заключении Договора страхования, до получения ответов Страхователя на поставленные Страховщиком вопросы, последний не может впоследствии требовать расторжения Договора либо признания его недействительным на том основании, что соответствующие обстоятельства не были сообщены Страхователем.

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, за исключением случая, когда обстоятельства, о которых умолчал Страхователь, уже отпали.

8.10. Условия, содержащиеся в настоящих Правилах страхования и не включенные в текст Договора страхования (страхового договора), обязательны для Страхователя (Застрахованного лица), если в Договоре (страховом договоре) прямо указывается на применение настоящих Правил и Страхователь ознакомлен с содержанием Правил способом, указанным в пп. а) п.11.3.1 настоящих Правил.

8.11. При заключении Договора страхования Страхователь и Страховщик могут договориться об изменении или исключении отдельных положений настоящих Правил страхования.

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

8.13. Договором страхования может быть предусмотрено вступление его в силу с определенной календарной даты или с момента уплаты страхового взноса (первой части страхового взноса).

8.14. Если иное не предусмотрено Договором страхования, Страхователь обязан уплатить Страховщику страховой взнос или его первую часть в течение 10 банковских дней после заключения Договора страхования. Днем уплаты страхового взноса при безналичных расчетах считается день поступления денежных средств на расчетный счет Страховщика.

8.15. Если условиями Договора страхования не предусмотрено иное, Договор страхования вступает в силу с момента уплаты страхового взноса (первой части страхового взноса):

а) при уплате страхового взноса наличными деньгами - с 00 часов дня, следующего за тем, в котором был уплачен страховой взнос;

б) при уплате страхового взноса путем безналичных расчетов - с 00 часов дня, следующего за датой зачисления страхового взноса на счет Страховщика.

8.16. Если иное не предусмотрено Договором страхования, срок действия договора страхования составляет один календарный год с момента вступления Договора в силу.

8.17. В случае изменения списка Застрахованных лиц Страхователь представляет Страховщику сведения, предусмотренные настоящими Правилами о каждом Застрахованном лице, включаемом в список Застрахованных лиц, и дополнительно уплачивает соответствующий страховой взнос за период: с момента включения указанных лиц в список Застрахованных лиц до окончания срока действия Договора страхования.

8.18. Договор страхования может быть заключен в соответствии с пунктом 2 статьи 160 Гражданского кодекса РФ с использованием факсимильного воспроизведения подписи и печати Страховщика с помощью средств копирования

9. ПОРЯДОК ПРЕДОСТАВЛЕНИЯ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ

9.1. Предоставление медицинской помощи и иных услуг, обусловленных Договором страхования и соответствующей Программой страхования, осуществляется путем обращения Застрахованного лица в медицинские и/или иные учреждения, указанные в Договоре страхования, или предварительно к Страховщику по указанным им телефонам.

9.2. Застрахованное лицо при обращении в медицинское и/или иное учреждение обязано предъявить Страховой договор или иной дополнительный документ, выданный Страховщиком, а также паспорт или иной документ, удостоверяющий личность, если иное не предусмотрено Правилами оказания медицинских услуг.

9.3. 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 РФ и за ее пределами, включая зарубежные страховые компании, сервисные компании, научно-исследовательские институты, лаборатории, медицинские центры и клиники, аптечные учреждения, частнопрактикующих врачей и иные организации различных форм собственности, являющиеся резидентами или нерезидентами на территории РФ, при условии, что это не противоречит законодательству РФ.

Медицинские учреждения, сервисные компании и иные учреждения, в соответствии с договором, заключенным со Страховщиком, оказывают услуги Застрахованным, предусмотренные Договором страхования и выбранными программами, включая медико-транспортные услуги, услуги посмертной репатриации тела.

9.4. Оплата стоимости услуг, оказанных медицинскими и/или иными учреждениями, производится исходя из фактических затрат на оказание медицинских услуг по ценам,

согласованным между Страховщиком и медицинским и/или иным учреждением, путем перечисления Страховщиком денежных средств на счет медицинского и/или иного учреждения.

9.5. Перечисление производится либо авансировано, либо после получения от медицинских учреждений счета с указанием диагноза, сроков лечения, перечня оказанных услуг, их стоимости и общей суммы расходов, понесенных по всем услугам, оказанным Застрахованному лицу в пределах Программы, предусмотренной Договором страхования.

9.6. Договор страхования может предусматривать возмещение расходов, понесенных Страхователем (Застрахованным) в виде возмещения Застрахованному лицу (Выгодоприобретателю, если данное лицо предусмотрено договором страхования) его личных средств, израсходованных на получение медицинской помощи (медицинских и иных услуг, приобретение лекарственных средств, изделий медицинского назначения) на основании предъявленных документов, подтверждающих оказание медицинской помощи Застрахованному лицу и произведенные Застрахованным лицом (Выгодоприобретателем) расходы. При этом возможность такой выплаты и условия ее получения определяются договором или Программой страхования.

9.7. Для осуществления выплаты в соответствии с п. 9.6. настоящих Правил Застрахованный должен предоставить Страховщику:

- письменное заявление на получение страхового возмещения;
- документы, подтверждающие факт оказания услуг Застрахованному;
- копию лицензии ЛПУ на право оказания медицинской помощи;
- оригиналы оплаченных счетов/*счетов-фактур* с указанием медицинского учреждения (аптечной или иной организации) и подробного перечня оказанных услуг (лекарственных средств, изделий медицинского назначения) и их стоимости, а также документы по факту оказания услуг (например, договоры на оказание услуг), чеков, квитанций, платежных поручений с отметкой банка о его исполнении;

- в случае если возмещение связано с компенсацией расходов, понесенных застрахованным лицом на приобретение лекарственных средств и / или изделий медицинского назначения, документы, подтверждающие их назначение лечащим врачом медицинского учреждения, а также документы по факту оплаты приобретения лекарственных средств и/или изделий медицинского назначения.

9.7.1. Заявление и прилагаемые к нему документы Застрахованный предоставляет в следующем порядке:

9.7.1.1. при личном обращении в офис Страховщика – по акту приемки-передачи с подписью представителя Страховщика и Застрахованного с указанием даты;

9.7.1.2. при отправке по почте или по электронной почте – с составлением описи.

При получении заявления и приложенных документов по почте/электронной почте Страховщик проверяет комплектность документов. При недостаточности документов Страховщик принимает документы, уведомляет Застрахованного о недостаточности документов в течение 15 рабочих дней.

9.8. Страховщик в течение 30 (тридцати) календарных дней с даты, следующей за датой получения последнего документа из комплекта документов, указанного в п. 9.7. Правил, осуществляет принятие решения и осуществляет выплату страхового возмещения Застрахованному лицу или направляет обоснованный отказ в страховой выплате. В случаях проведения сверки и/или экспертизы выставленных к оплате счетов на предмет их относимости к страховому случаю и объему страхового покрытия, срок их оплаты может быть увеличен до 90 рабочих дней. Об использовании права на отсрочку выплаты Страховщик уведомляет Застрахованное лицо.

9.9. Страховое возмещение выплачивается через кассу Страховщика, либо перечисляется на счет застрахованного лица (или иного лица, указанного в заявлении) в любом банке Российской Федерации, указанном в заявлении.

9.9.1. Если Застрахованное лицо не предоставило банковские реквизиты для получения страховой выплаты, то Страховщик приостанавливает выплату, уведомляет Застрахованное лицо и запрашивает у него реквизиты.

9.10. Взаимоотношения Страховщика с медицинским и/или иным учреждением определяются соответствующим договором.

9.11. Страховщик проверяет соответствие оказываемых Застрахованному услуг оговоренному в Договоре страхования объему, сроки предоставления услуг и выполнение других

положений Договора страхования, а также проводит экспертизу качества оказанных услуг по своему усмотрению или по письменному заявлению Страхователя (Застрахованного.)

9.12. Не являются страховым случаем и не оплачиваются Страховщиком расходы, понесенные Страхователем (Застрахованным) в связи с событиями, произошедшими после окончания срока действия Договора страхования. Страховщик оплачивает расходы, связанные со страховым случаем, наступившим в течение срока действия Договора страхования, и понесенные до момента устранения угрозы жизни Застрахованного, если иное не предусмотрено Договором страхования.

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

10. ПОСЛЕДСТВИЯ УВЕЛИЧЕНИЯ СТЕПЕНИ СТРАХОВОГО РИСКА В ПЕРИОД ДЕЙСТВИЯ ДОГОВОРА СТРАХОВАНИЯ

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

10.2. В любом случае значительными признаются обстоятельства:

а) оговоренные в Договоре страхования (страховом договоре), в Правилах страхования или в заявлении о заключении Договора страхования;

б) исключающие возможность заключения Договора страхования в отношении Застрахованного лица в соответствии с Правилами страхования.

10.3. При получении информации об обстоятельствах, влекущих увеличение степени страхового риска, Страховщик вправе потребовать изменения условий Договора страхования или уплаты дополнительного страхового взноса соразмерно увеличению степени риска.

10.4. Если Страхователь (Застрахованное лицо) возражает против изменения условий Договора страхования или доплаты страхового взноса, Страховщик вправе потребовать расторжения Договора.

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

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

11. ПРАВА И ОБЯЗАННОСТИ СТОРОН

11.1. Права и обязанности Застрахованного лица по Договору страхования.

11.1.1. **Застрахованное лицо имеет право:**

а) на получение медицинской помощи и иных услуг, объем которых определен в Программе страхования, в медицинских и/или иных учреждениях, перечень которых определен в Договоре страхования;

б) требовать от Страховщика в законном порядке соблюдения условий Договора страхования;

в) на получение дубликата страхового договора в случае его утраты.

11.1.2. **Застрахованное лицо обязано:**

а) представлять Страховщику необходимые для заключения Договора страхования достоверные сведения, а также иную необходимую информацию, связанную с исполнением Договора страхования;

б) при получении страховой документации (договора страхования, страхового договора, Правил страхования, Программы страхования и др.) удостоверить личной подписью факт получения указанных документов;

в) соблюдать требования Правил страхования, условий Договора страхования, предписания лечащего врача в ходе получения медицинской помощи, распорядок, установленный медицинским учреждением;

г) заботиться о сохранности страховых документов и не передавать их другим лицам с целью получения ими медицинской помощи;

д) при утрате страхового договора незамедлительно извещать об этом Страховщика;
е) сообщать своевременно Страховщику об изменении своей фамилии или места жительства;

ж) предоставлять Страховщику право на ознакомление с медицинской документацией из любых медицинских и иных учреждений для решения вопросов, связанных с реализацией Договора страхования и оплатой оказанных Застрахованному услуг;

з) 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.

В случае неявки без уважительной причины Застрахованного лица на заранее согласованные с медицинским и/или иным учреждением процедуры, приемы и исследования, а также в связи с необоснованным или ложным вызовом скорой медицинской помощи (СМП), нарушением лечебного режима, Застрахованное лицо обязано компенсировать Страховщику его расходы, возникшие в связи с этими событиями. Указанные расходы должны быть компенсированы Застрахованным лицом путем внесения соответствующей суммы денежных средств в кассу Страховщика/перечисления на расчетный счет Страховщика в срок не позднее 14 (Четырнадцати) рабочих дней с даты получения Застрахованным лицом соответствующего требования Страховщика.

В случае неисполнения Страхователем (Застрахованным) обязанности по компенсации Страховщику расходов, понесенных им в результате действий Страхователя (Застрахованного) в случаях, указанных в пп. 3) п. 11.1.2 настоящих Правил, Страховщик вправе расторгнуть Договор страхования в одностороннем порядке, письменно уведомив Страхователя. При этом возврат уплаченных страховых взносов не производится;

11.2. Права и обязанности Страхователя по Договору страхования.

11.2.1. **Страхователь обязан:**

а) предоставить Страховщику полностью достоверную информацию, необходимую для заключения Договора страхования;

б) уплачивать страховые взносы в размерах и сроки, определенные Договором (договором) страхования.

11.2.2. **Страхователь имеет право:**

а) требовать от Страховщика в законном порядке соблюдения условий Договора страхования;

б) при коллективном страховании изменить список Застрахованных лиц в соответствии с порядком, предусмотренном Правилами страхования;

в) по соглашению со Страховщиком расширить перечень медицинских услуг в пределах, предусмотренных Правилами страхования и Программами страхования, путем подписания соглашения к договору страхования при условии уплаты дополнительного страхового взноса;

г) в случае увольнения Застрахованного лица, являющегося работником Страхователя, заменить его другим в порядке, предусмотренном Правилами страхования;

д) досрочно отказаться от Договора страхования;

е) получить у Страховщика на основании письменного заявления дубликат Договора страхования и документов для обращения в медицинские учреждения в случае его утраты без оплаты один раз в течение действия Договора.

11.3. Права и обязанности Страховщика.

11.3.1. **Страховщик обязан:**

а) ознакомить Страхователя с Правилами страхования одним из следующих способов: изложить в договоре страхования/страховом полисе на его оборотной стороне; приложить к договору страхования/страховому полису как его неотъемлемую часть; разместить ссылку в договоре страхования/страховом полисе на адрес размещения Правил страхования на сайте Страховщика в сети Интернет. Страховщик может выполнить указанную обязанность вручением Правил страхования в виде бумажного текста по требованию Страхователя;

б) по требованию Страхователей, Застрахованных лиц, Выгодоприобретателей, а также лиц, имеющих намерение заключить договор страхования, разъяснить положения, содержащиеся в правилах страхования и договорах страхования, предоставить информацию о расчете страховой выплаты, об изменениях страховой суммы в течение срока действия договора страхования.

в) выдавать Страхователю (Застрахованным) страховые договоры установленной формы;

г) производить страховые выплаты при наступлении страховых случаев в порядке, установленном настоящими Правилами и договором страхования;

д) обеспечивать конфиденциальность в отношениях со Страхователем (Застрахованными) в соответствии со ст. 13 Федерального закона Российской Федерации от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в российской Федерации» и Федеральным законом от 27.07.2006 № 152-ФЗ «О персональных данных». Информация о диагнозах заболеваний Застрахованных, их обращениях за медицинской помощью и ее объеме может быть представлена Страхователю только по письменному разрешению Застрахованных;

е) контролировать объем, сроки и качество медицинской помощи и иных услуг, оказанных Застрахованному в медицинских и/или иных учреждениях, предусмотренных Договором страхования, и медицинских и/или иных учреждениях, медицинская помощь и иные услуги в которых были организованы Страховщиком;

ж) содействовать Застрахованному по его письменному заявлению в предъявлении им в судебном порядке иска путем составления искового заявления, связанного с качеством оказанных ему в рамках договора страхования медицинской помощи и иных услуг, а также в получении им результатов медицинской экспертизы, подтверждающей оказание Застрахованному неполной или некачественной медицинской помощи;

з) уведомить Страхователя и Застрахованное лицо об уменьшении агрегатной страховой суммы в течение пяти рабочих дней с момента уменьшения размера страховой суммы до размера менее чем 10000 рублей;

и) проинформировать Страхователя о факте просрочки уплаты очередного страхового взноса или факте его уплаты не в полном объеме.

11.3.2. Страховщик имеет право:

а) требовать от Страхователя предоставления достоверной информации, необходимой для заключения Договора страхования;

б) досрочно расторгнуть Договор страхования в случае:

- несоблюдения Застрахованным лицом или Страхователем своих обязанностей по договору страхования;

- если будет установлено, что Застрахованное лицо передало другому лицу страховой договор с целью получения последних услуг по Договору страхования;

- в других случаях, предусмотренных законодательством РФ;

в) организовать экстренную медицинскую помощь Застрахованному лицу по жизненным показаниям с привлечением муниципальной медицины (скорая медицинская помощь «03» («112», «103»), госпитализация в ближайший стационар и пр.) с дальнейшей организацией перевода по желанию Страхователя (Застрахованного лица) и при отсутствии медицинских противопоказаний в медицинское учреждение, предусмотренное Договором страхования;

г) по согласованию со Страхователем внести изменения в Договор страхования в случае прекращения договора с медицинским и/или иным учреждением, указанным в Договоре страхования;

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

е) проверять сообщенную Страхователем информацию;

ж) изменить по согласованию со Страхователем страховую сумму по Договору страхования при изменении медицинским и/или иным учреждением стоимости, предоставляемой медицинской, в том числе лекарственной, и медико-социальной помощи, и иных услуг.

12. ПРЕКРАЩЕНИЕ ДЕЙСТВИЯ ДОГОВОРА СТРАХОВАНИЯ

12.1. Договор страхования прекращается в случаях:

а) истечения срока его действия;

б) исполнения Страховщиком обязательств перед Страхователем по Договору страхования в полном объеме;

в) неуплаты Страхователем страхового взноса в установленные Договором страхования сроки;

г) ликвидации Страхователя, являющегося юридическим лицом, или смерти Страхователя, являющегося физическим лицом;

д) в случае смерти Застрахованного лица;

е) в других случаях, предусмотренных законодательством РФ.

12.2. Договор страхования может быть прекращен досрочно по требованию Страхователя или Страховщика в соответствии с нормами гражданского законодательства с письменным уведомлением другой стороны не менее чем за 30 (тридцать) дней до предполагаемой даты прекращения Договора страхования, если Договором страхования не определено иное.

12.3. Договор страхования прекращается в целом или в отношении отдельных лиц, исключенных из списка Застрахованных лиц, до наступления срока, на который он был заключен, если после его вступления в силу возможность наступления страхового случая отпала, и существование страхового риска прекратилось по обстоятельствам иным, чем страховой случай. При этом Страхователю возвращается страховой взнос пропорционально не истекшему сроку действия договора страхования.

12.4. При досрочном расторжении Договора страхования по требованию Страхователя, Страховщик возвращает ему часть уже уплаченного страхового взноса за вычетом одной из двух сумм, которая больше по абсолютному значению (если иное не оговорено договором страхования):

1) за неистекший срок действия Договора страхования за вычетом понесенных расходов на ведение дела в размере, указанном в структуре тарифной ставки. В этом случае расчет подлежащей возврату неиспользованной части страхового взноса производится следующим образом:

$$\text{Неиспользованный страховой взнос} = \frac{\text{Сумма страховых взносов, предусмотренная Договором страхования} \times 0,75 \times \text{Число дней до окончания срока действия Договора страхования}}{\text{Число дней срока действия Договора страхования}}$$

Если Договор страхования предусматривает возможность уплаты страховых взносов в рассрочку, то возврат неиспользованной части страхового взноса производится только в отношении оплаченной части страхового взноса, предусмотренной Договором страхования, исходя из следующих параметров:

$$\text{Неиспользованный страховой взнос} = \frac{\text{Сумма фактически оплаченных страховых взносов} \times 0,75 \times \text{Число дней до окончания оплаченного периода}}{\text{Число дней оплаченного периода}}$$

Если требование Страхователя о расторжении Договора страхования обусловлено нарушением Страховщиком Правил страхования, последний возвращает Страхователю внесенный им страховой взнос полностью, если Договором страхования не определено иное.

2) За вычетом суммы произведенных страховых выплат по Договору страхования и понесенных расходов на ведение дела в размере, указанном в структуре тарифной ставки.

12.5. При досрочном расторжении Договора страхования по требованию Страховщика, он возвращает Страхователю внесенный им страховой взнос полностью; если требование Страховщика о расторжении Договора страхования обусловлено невыполнением Страхователем Правил страхования, Страховщик возвращает Страхователю страховой взнос за неистекший срок действия Договора страхования за вычетом понесенных расходов в порядке, предусмотренном пунктом 12.4. настоящих Правил, если Договором страхования не определено иное.

12.6. Если уплата страхового взноса состоялась до даты вступления Договора страхования в силу, указанной в Договоре страхования, а Страхователь или Страховщик в силу обстоятельств, определенных законодательством РФ, отказываются от заключения Договора страхования, и при этом дата вступления договора в силу не наступила, страховой взнос, уплаченный до даты вступления Договора страхования в силу, возвращается в полном объеме без удержания расходов Страховщика.

12.7. При досрочном расторжении Договора страхования в связи с неуплатой Страхователем страхового взноса в установленные Договором страхования сроки возврат страховой премии не производится.

12.8. Во всех случаях прекращения Договора страхования, Застрахованные лица обязаны вернуть Страховщику страховые договоры, действие которых прекращается с момента прекращения Договора страхования.

13. ПОРЯДОК РАЗРЕШЕНИЯ СПОРОВ

13.1. Качество оказания медицинской помощи и иных услуг, соответствие их условиям, предусмотренным в Договоре страхования, контролируется врачами-экспертами Страховщика.

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

13.3. При недостижении Сторонами соглашения споры разрешаются в порядке, установленном законодательством РФ.

14. ПРАВО СТРАХОВЩИКА НА ВОЗМЕЩЕНИЕ РАСХОДОВ

14.1. Страховщик имеет право требовать от юридических или физических лиц, ответственных за причиненный вред здоровью Застрахованного лица, возмещения ему расходов в пределах суммы, затраченной на оказание Застрахованному лицу медицинской помощи и иных услуг, за исключением случаев, когда вред причинен Страхователем.

15. ТЕРМИНЫ, ИСПОЛЬЗУЕМЫЕ В ПРАВИЛАХ

Договор добровольного медицинского страхования трудовых мигрантов - документ, выдаваемый Страховщиком Страхователю и удостоверяющий факт заключения Договора страхования.

Страховая выплата – денежная сумма, установленная договором страхования и выплачиваемая Страховщиком Страхователю, Застрахованному лицу, Выгодоприобретателю при наступлении страхового случая.

Программа добровольного медицинского страхования (по тексту - программа ДМС) - перечень медицинских услуг, предоставляемых Страховщиком, а также медицинских учреждений, сервисных компаний и иных учреждений, в которых Застрахованное лицо может получить медицинские услуги.

Сервисные компании - сервисные или ассистанские компании и учреждения, имеющие договоры со Страховщиком по организации медицинских, экспертных, медико-транспортных и иных (в том числе медико-социальных) услуг, и оказывающие помощь по репатриации.

Аптечные учреждения – организации, осуществляющие розничную торговлю лекарственными средствами, изготовление и отпуск лекарственных средств в соответствии с требованиями законодательства РФ, имеющие лицензию на осуществление фармацевтической деятельности, оказывающие услуги Застрахованным по медикаментозному обеспечению.

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

Медико-транспортные услуги – услуги, связанные с транспортировкой Застрахованного по медицинским показаниям:

- машиной скорой помощи, или иным видом транспорта до ближайшего медицинского учреждения на территории РФ;

- адекватным состоянию здоровья Застрахованного транспортным средством (при необходимости, в сопровождении медицинского персонала), в другое медицинское учреждение на территории РФ по медицинским причинам (по предписанию врача);

- адекватным состоянию здоровья Застрахованного транспортным средством (при необходимости, в сопровождении медицинского персонала) до ближайшего к месту постоянного проживания Застрахованного медицинского учреждения на территории РФ.

Посмертная репатриация тела:

- Застрахованного, из страны пребывания – Российской Федерации, адекватным состоянию здоровья транспортным средством до ближайшего медицинского учреждения в стране постоянного проживания или гражданства для получения медицинской помощи;

- останков до транспортного узла, ближайшего к месту постоянного проживания Застрахованного

