

**ОБЩЕСТВО С ОГРАНИЧЕННОЙ ОТВЕТСТВЕННОСТЬЮ
«МЕЖДУНАРОДНАЯ СТРАХОВАЯ ГРУППА»**

«УТВЕРЖДЕНО»

Приказом Генерального директора
ООО «МСГ» от 21 июня 2019 г. № 25

Генеральный директор ООО «МСГ»



С.Н.Савин С.Н.Савин

«21» июня 2019 г.

**ПРАВИЛА
ДОБРОВОЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ
ТРУДОВЫХ МИГРАНТОВ**

1. Общие положения
2. Субъекты страхования
3. Объект страхования
4. Страховой риск. Страховой случай
5. Исключения из страхования
6. Страховая сумма. Франшиза
7. Порядок определения страхового тарифа, страховой премии
8. Порядок заключения и прекращения договора
9. Права и обязанности сторон
10. Действия сторон при наступлении события, имеющего признаки страхового случая. Порядок осуществления страховой выплаты
11. Основания для освобождения Страховщика от выплаты страхового возмещения и отказа в выплате страхового возмещения
12. Персональные данные
13. Порядок разрешения споров
14. Уведомления. Иные условия

1. ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ

1.1. В соответствии с Гражданским кодексом Российской Федерации (далее – ГК РФ), Законом Российской Федерации от 27.11.1992 № 4015-1 «Об организации страхового дела в Российской Федерации» (далее – Закон), Федеральным законом от 25.07.2002 № 115-ФЗ «О правовом положении иностранных граждан в Российской Федерации» (далее – Федеральный закон) и 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», на основании настоящих «Правил добровольного медицинского страхования трудовых мигрантов» (далее – Правила) Общество с ограниченной ответственностью «Международная Страховая Группа» (далее – Страховщик) заключает с физическими лицами, в том числе с индивидуальными предпринимателями, и юридическими лицами (далее – Страхователи) договоры добровольного медицинского страхования (далее – договор страхования).

1.2. При заключении договора страхования на условиях, содержащихся в настоящих Правилах, данные условия становятся неотъемлемой частью договора страхования и обязательны для исполнения сторон договора, если в договоре страхования прямо указывается на применение Правил и сами Правила изложены в одном документе с договором страхования или приложены к нему.

1.3. Согласно ч. 2 ст. 943 ГК РФ при заключении договора страхования Страхователь и Страховщик могут договориться об изменении или исключении отдельных положений Правил и о дополнении Правил, а именно: об исключении из текста договора страхования отдельных положений Правил, не относящихся к конкретному договору страхования; заключении договора на условиях программы добровольного медицинского страхования (далее – ДМС), соответствующей программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи (базовая программа обязательного медицинского страхования) на соответствующий календарный год с учетом исключений из страхования, предусмотренных Правилами, либо на основании специальных условий страхования (условий, изложенных в страховом полисе), составленных в рамках Правил; заключении договора на основании программы к отдельному договору страхования (группе договоров страхования в отношении определенного сегмента Страхователей и т.п.) в рамках Правил, в той мере, в какой это не противоречит действующему законодательству Российской Федерации и Правилам.

Такие условия прилагаются к договору страхования (полису) и являются его неотъемлемой частью.

1.4. При заключении договора страхования на условиях Правил в случае разночтений между условиями договора страхования и Правил преимущественную силу имеют положения договора страхования.

1.5. В настоящих Правилах, а также в заключенных в соответствии с Правилами договорах используются следующие определения:

1.5.1. **Лицо без гражданства** - физическое лицо, не являющееся гражданином Российской Федерации и не имеющее доказательств наличия гражданства (подданства) иностранного государства.

1.5.2. **Иностранный гражданин** - физическое лицо, не являющееся гражданином Российской Федерации и имеющее доказательства наличия гражданства (подданства) иностранного государства.

Понятие «Иностранный гражданин» в рамках настоящих Правил включает в себя понятие «Лицо без гражданства».

1.5.3. **Иностранный работник** - иностранный гражданин, временно пребывающий в Российской Федерации и осуществляющий в установленном порядке трудовую деятельность.

1.5.4. **Трудовая деятельность иностранного гражданина** - работа иностранного гражданина в Российской Федерации на основании трудового договора или гражданско-правового договора на выполнение работ (оказание услуг).

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

1.5.6. **Работодатель** - физическое или юридическое лицо, получившее в установленном порядке разрешение на привлечение и использование иностранных работников и использующее труд иностранных работников на основании заключенных с ними трудовых договоров.

1.5.7. **Заказчик работ (услуг)** - физическое или юридическое лицо, получившее в установленном порядке разрешение на привлечение и использование иностранных работников и использующее труд иностранных работников на основании заключенных с ними гражданско-правовых договоров на выполнение работ (оказание услуг). В качестве заказчика работ (услуг) может выступать в том числе иностранный гражданин, зарегистрированный в качестве индивидуального предпринимателя.

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

1.5.9. **Первичная медико-санитарная помощь** - включает в себя мероприятия по профилактике, диагностике, лечению заболеваний и состояний, которые оказываются в амбулаторных условиях и в условиях дневного стационара.

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

1.5.11. **Паллиативная медицинская помощь** - комплекс медицинских вмешательств, направленных на избавление от боли и облегчение других тяжелых проявлений заболевания, в целях улучшения качества жизни неизлечимо больных граждан.

1.5.12. **Разрешение на работу** - документ, подтверждающий право иностранного гражданина, прибывшего в Российскую Федерацию в порядке, требующем получения визы, и других категорий иностранных граждан в случаях, предусмотренных Федеральным законом, на временное осуществление на территории Российской Федерации трудовой деятельности.

1.5.13. **Патент** - документ, подтверждающий в соответствии с Федеральным законом право иностранного гражданина, прибывшего в Российскую Федерацию в порядке, не требующем получения визы, за исключением отдельных категорий иностранных граждан в случаях, предусмотренных настоящим Федеральным законом, на временное осуществление на территории субъекта Российской Федерации трудовой деятельности;

1.5.14. **Депортация** - принудительная высылка иностранного гражданина из Российской Федерации в случае утраты или прекращения законных оснований для его дальнейшего пребывания (проживания) в Российской Федерации.

1.5.15. **Период страхования** – предусмотренный договором страхования срок, в течение которого страхование, обусловленное договором страхования, влечет за собой обязательства Страховщика по страховой выплате.

1.5.16. **Территория страхования** – определенная в договоре страхования территория, но не менее территории субъекта Российской Федерации, на территории которого Застрахованное лицо осуществляет (намеревается осуществлять) трудовую деятельность, в пределах которой наступившее в период действия договора страхования событие квалифицируется как страховой случай.

1.6 Толкование применяемых в Правилах терминов, в отсутствие их определения в тексте Правил, осуществляется в соответствии с законодательством Российской Федерации. В случае отсутствия определения какого-либо термина в законодательстве, значение соответствующего термина определяется в соответствии с его общепринятым лексическим значением.

1.7. Все не оговоренные Правилами положения регулируются договором страхования и законодательством Российской Федерации.

1.8. Не допускается страхование противоправных интересов, а также интересов, которые не являются противоправными, но страхование которых запрещено законом.

2. СУБЪЕКТЫ СТРАХОВАНИЯ

2.1. **Страховщик** – Общество с ограниченной ответственностью «Международная Страховая Группа», осуществляющее страховую деятельность в соответствии с законодательством Российской Федерации на основании лицензии, выданной органом страхового надзора.

2.2. **Страхователи** - физическое лицо, в том числе индивидуальный предприниматель, юридическое лицо, являющееся работодателем или заказчиком работ (услуг) иностранного работника либо привлекающее иностранного работника к трудовой деятельности в установленном порядке, либо иностранный работник (иностранец, намеревающийся осуществлять трудовую деятельность на территории Российской Федерации), заключившие со Страховщиком договор страхования.

2.3. Страхователи, являющиеся работодателями или заказчиками работ (услуг) иностранного работника либо привлекающие иностранного работника к трудовой деятельности, заключают договоры страхования о страховании имущественных интересов третьих лиц – иностранных работников либо иностранных граждан, намеревающихся осуществлять трудовую деятельность (далее - Застрахованные лица).

Страхователи, являющиеся иностранными работниками (иностранцы, намеривающиеся осуществлять трудовую деятельность на территории Российской Федерации), заключают договор страхования своих имущественных интересов и являются также Застрахованными лицами.

2.4. Договор страхования считается заключенным в пользу Застрахованного лица.

3. ОБЪЕКТ СТРАХОВАНИЯ

3.1. Объектом страхования являются имущественные интересы Застрахованных лиц, связанные с оплатой организации и оказания первичной медико-санитарной помощи и специализированной медицинской помощи в неотложной форме вследствие расстройства здоровья Застрахованного лица, требующего такой помощи на территории и в рамках программы страхования, предусмотренных договором страхования с учетом исключений из страхования, предусмотренных договором страхования (Правилами).

4. СТРАХОВОЙ РИСК. СТРАХОВОЙ СЛУЧАЙ

4.1. **Страховым риском** является риск возникновения необходимости обращения Застрахованного лица в медицинскую организацию для получения:

а) первичной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях;

б) специализированной медицинской помощи в неотложной форме в стационарных условиях, в связи с расстройством здоровья (заболевание, травма, иное состояние здоровья Застрахованного лица), повлекшим необходимость оплаты организации и оказания такой помощи на территории и в рамках программы страхования, предусмотренных договором страхования, с учетом исключений из страхования, предусмотренных договором страхования (Правилами).

4.2. **Страховым случаем** является обращение Застрахованного лица в медицинскую организацию для получения первичной медико-санитарной и/или специализированной медицинской помощи в неотложной форме в связи с возникновением расстройства здоровья (заболевание, травма, иное состояние здоровья Застрахованного лица), повлекшего необходимость оплаты организации и оказания такой помощи на территории и в рамках программы страхования, предусмотренных договором страхования, с учетом исключений из страхования, предусмотренных договором страхования (Правилами).

4.2.1. При наступлении страхового случая Страховщиком также оплачивается использование медицинским персоналом при оказании первичной медико-санитарной помощи и специализированной медицинской помощи в неотложной форме:

- лекарственных препаратов, включенных в перечень жизненно необходимых и важнейших лекарственных препаратов, утверждаемый Правительством Российской Федерации на соответствующий год;

- медицинских изделий, включенных в утверждаемый Правительством Российской Федерации перечень медицинских изделий, имплантируемых в организм человека при оказании медицинской помощи в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи;
- лечебного питания в стационаре и донорской крови и ее компонентов.

4.3. Договором страхования, при условии оплаты страховой премии, рассчитанной исходя из увеличенного объема страхового покрытия, может быть предусмотрено страхование риска возникновения расходов на оплату организации и оказания:

4.3.1. медико-транспортных расходов по медицинской транспортировке в пределах территории страхования в медицинскую организацию в связи с возникновением расстройства здоровья Застрахованного лица (заболевание, травма, иное состояние здоровья Застрахованного лица), требующего оказания первичной медико-санитарной помощи и/или специализированной медицинской помощи в неотложной форме;

4.3.2. плановой медицинской помощи, оказываемой при проведении профилактических мероприятий, при заболеваниях и состояниях, не сопровождающихся угрозой жизни Застрахованного лица, не требующих экстренной и неотложной медицинской помощи, отсрочка оказания которой на определенное время не повлечет за собой ухудшение состояния Застрахованного лица, угрозу его жизни и здоровью;

4.3.3. медицинской помощи в экстренной форме и скорой, в том числе скорой специализированной медицинской помощи;

4.3.4. паллиативной медицинской помощи;

4.3.5. репатриации останков Застрахованного лица до ближайшего к его постоянному месту жительства аэропорта, вокзала, или порта в государстве, гражданином (подданным) которого он являлся, в случае его смерти в результате расстройства здоровья Застрахованного лица (заболевание, травма, иное состояние здоровья Застрахованного лица), исключая расходы на ритуальные услуги и хранение тела.

4.4. Программа ДМС по конкретному договору страхования формируется по выбору Страхователя с согласия Страховщика с оплатой страховой премии эквивалентной ее объему и может содержать условия об организации и оказании медицинской и лекарственной помощи и иных услуг вследствие расстройства здоровья физического лица или состояния физического лица, требующих организации и оказания таких услуг из числа предусмотренных Правилами в любой их комбинации.

5. ИСКЛЮЧЕНИЯ ИЗ СТРАХОВАНИЯ

5.1. Не является страховым случаем организация и оплата медицинских услуг по оказанию медицинской помощи:

- не назначенной врачом, оказывающим медицинскую помощь в рамках программы страхования;
- при особо опасных инфекционных болезнях (натуральная оспа, полиомиелит, малярия ТОРС), заболеваниях, включенных в утверждаемый Правительством Российской Федерации перечень заболеваний, представляющих опасность для окружающих, в частности: болезнь, вызванная вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ); вирусные лихорадки, передаваемые членистоногими и вирусные геморрагические лихорадки; гельминтозы; гепатит В; гепатит С; дифтерия; инфекции, передающиеся преимущественно половым путем; лепра; малярия; педикулез, акариоз и другие инфекации; сепсис и мелиоидоз; сибирская язва; туберкулез; холера; чума;
- при злокачественных новообразованиях, сахарном диабете, психических расстройствах и расстройствах поведения;
- высокотехнологичной медицинской помощи, если иное не предусмотрено договором страхования;
- 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;
- при возникновении травматических повреждений или иных нарушений здоровья, наступивших в результате совершения Застрахованным лицом умышленных противоправных действий;

- при покушении Застрахованного лица на самоубийство, за исключением тех случаев, когда Застрахованное лицо было доведено до такого состояния противоправными действиями третьих лиц;
- при умышленном причинении себе телесных повреждений Застрахованным лицом;
- связанной с беременностью, родами, послеродовым периодом, если иное не предусмотрено договором страхования, и абортами Застрахованного лица.

6. СТРАХОВАЯ СУММА. ФРАНШИЗА

6.1. **Страховая сумма** - денежная сумма, которая определена соглашением Сторон в договоре страхования и исходя из которой устанавливается размер страховой премии (страховых взносов) и размер страховой выплаты при наступлении страхового случая, но не менее страховой суммы, минимальный размер которой установлен нормативно, в случае если на договор страхования распространяется соответствующее требование.

6.2. Страховая сумма по договору страхования может быть:

6.2.1. **«Агрегатная»** - общий размер страховых выплат по всем страховым случаям, произошедшим в течение срока действия договора страхования, не может превышать страховой суммы.

6.2.2. **«Неагрегатная»** - по каждому страховому случаю размер страховой выплаты рассчитывается исходя из страховой суммы, установленной в договоре страхования, независимо от предыдущих выплат по ранее произошедшим страховым случаям.

Неагрегатная страховая сумма применяется по договору страхования, условиями которого предусмотрена неагрегатная страховая сумма.

6.2.3. Если в договоре страхования не указан вид страховой суммы («агрегатная» либо «неагрегатная»), то считается установленной агрегатная страховая сумма.

6.3. Если при наступлении страхового случая размер страховой выплаты окажется меньше размера страховой суммы, установленной договором страхования при «агрегатной» страховой сумме, то после произведенной выплаты действие договора страхования продолжается, а страховая сумма уменьшается на размер страховой выплаты.

В этом случае Страхователь может восстановить страховую сумму путем заключения дополнительного соглашения к договору на оставшийся срок страхования с уплатой соответствующей части страховой премии, определяемой путем деления страховой премии, предусмотренной договором страхования, на 12 месяцев и умножением на количество месяцев (неполный месяц считается за полный), оставшихся до конца срока действия договора. В указанном случае Страховщик вправе при расчете дополнительной страховой премии применить соответствующий повышающий коэффициент.

6.3.1. Дополнительное соглашение к договору страхования вступает в силу с момента уплаты дополнительной страховой премии, а заканчивается одновременно с окончанием действия договора страхования.

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

6.5. Договором страхования может предусматриваться **франшиза** - часть убытков, которая не подлежит возмещению Страховщиком Страхователю или иному лицу, интерес которого застрахован в соответствии с условиями договора страхования, и устанавливается в виде определенного процента от страховой суммы или в фиксированном размере.

6.6. В соответствии с условиями страхования франшиза может быть условной (Страховщик освобождается от возмещения убытка, если его размер не превышает размер франшизы, однако возмещает его полностью в случае, если размер убытка превышает размер франшизы) и безусловной (размер страховой выплаты определяется как разница между размером убытка и размером франшизы).

Договором страхования могут быть предусмотрены иные виды франшизы.

6.7. Если договором не предусмотрен вид франшизы, презюмируется безусловная франшиза.

6.8. При определении размера страховой премии по договору страхования, в котором предусмотрена франшиза, применяется соответствующий коэффициент.

7. ПОРЯДОК ОПРЕДЕЛЕНИЯ СТРАХОВОГО ТАРИФА, СТРАХОВОЙ ПРЕМИИ

7.1. Страховой тариф по конкретному договору страхования определяется по соглашению сторон на основании актуарно (экономически) обоснованных страховых тарифов, рассчитанных Страховщиком.

7.2. Страховая премия по договору страхования определяется путем умножения страховой суммы на страховой тариф.

7.3. Страховая премия (страховые взносы) уплачивается Страхователем в валюте Российской Федерации в порядке и сроки, предусмотренные договором страхования, безналичным перечислением на расчетный счет Страховщика либо наличными денежными средствами в кассу Страховщика (его уполномоченному представителю) с учетом ограничений, предусмотренных соответствующими нормативными актами.

7.4. Если иное не предусмотрено договором страхования, Страхователь обязан уплатить Страховщику страховую премию или первый ее взнос (при уплате в рассрочку) в течение 5 дней после подписания договора страхования.

Днем уплаты страховой премии считается:

- при наличной оплате - день уплаты премии наличными денежными средствами в кассу Страховщика (или его представителя);

- при безналичной оплате – день внесения наличных денежных средств в кредитную организацию, либо платежному агенту, осуществляющему деятельность по приему платежей физических лиц, либо банковскому платежному агенту (субагенту), осуществляющему деятельность в соответствии с законодательством о банках и банковской деятельности – для граждан; с момента зачисления денежных средств на расчетный счет Страховщика – для юридических лиц и индивидуальных предпринимателей.

7.5. При заключении договора страхования на срок до одного года, страховая премия рассчитывается с учетом коэффициента краткосрочности:

Срок действия договора в месяцах	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
Коэффициент краткосрочности	0,20	0,30	0,40	0,50	0,60	0,70	0,75	0,80	0,85	0,90	0,95

При этом неполный месяц принимается за полный.

7.6. При заключении договора страхования на срок более 1 года страховая премия рассчитывается пропорционально сроку действия договора страхования в следующем порядке:

$T_6 / 12 * N$, где

T_6 - страховой тариф для срока страхования 1 год;

N – количество месяцев действия договора страхования, при этом неполный месяц считается за полный.

7.7. Если к предусмотренному в договоре страхования сроку страховая премия не уплачена, договор страхования считается не состоявшимся.

7.8. При уплате страховой премии (первого взноса при оплате премии в рассрочку) в размере меньшем, чем это предусмотрено договором страхования, Страховщик осуществляет возврат страховой премии (взноса) Страхователю в течение 10 (Десяти) рабочих дней с момента её поступления (зачисления). Договор страхования в этом случае считается несостоявшимся.

8. ПОРЯДОК ЗАКЛЮЧЕНИЯ И ПРЕКРАЩЕНИЯ ДОГОВОРА

8.1. Срок действия договора страхования определяется соглашением сторон договора, исходя из срока действия (предполагаемого срока действия) разрешения на работу или патента Застрахованного лица.

8.2. Договор страхования заключается в письменной форме.

Договор страхования может быть заключен путем составления одного документа либо вручения Страховщиком Страхователю на основании его письменного заявления страхового полиса, подписанного Страховщиком.

В последнем случае согласие Страхователя заключить договор на предложенных Страховщиком условиях подтверждается принятием от Страховщика страховых документов.

8.3. Для заключения договора страхования Страхователь предоставляет Страховщику письменное заявление по установленной Страховщиком форме и предоставляет следующие документы (оригиналы либо заверенные в установленном порядке копии):

8.3.1. документы, удостоверяющие личность Страхователя - физического лица и Застрахованного лица; документы, подтверждающие правоспособность Страхователя - юридического лица;

8.3.2. документы, подтверждающие законность нахождения иностранного гражданина на территории Российской Федерации (миграционная карта и т.п.);

8.3.3. документы, подтверждающие отсутствие у иностранного гражданина заболевания наркоманией и выданные по результатам медицинского осмотра, включающего в себя химикотоксикологические исследования наличия в организме человека наркотических средств, психотропных веществ и их метаболитов, и инфекционных заболеваний, которые представляют опасность для окружающих, предусмотренных перечнем, утверждаемым уполномоченным Правительством Российской Федерации федеральным органом исполнительной власти, а также сертификат об отсутствии у данного иностранного гражданина заболевания, вызываемого вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ-инфекции), выданные уполномоченными на то в установленном порядке медицинскими организациями;

8.3.4. разрешение на работу или патент Застрахованного лица, приглашение на въезд в Российскую Федерацию в целях осуществления Застрахованным лицом трудовой деятельности (при наличии);

8.3.5. трудовой договор (при наличии);

8.3.5. выписку из медицинской карты Застрахованного лица в случае наличия у него хронических заболеваний.

8.4. Сведения, указанные Страхователем в заявлении на страхование, являются существенными обстоятельствами, влияющими на степень страхового риска в целях ст. 944, 959 Гражданского кодекса Российской Федерации, об изменении которых Страхователь обязан в соответствии с законодательством сообщить Страховщику.

8.5. При утрате договора страхования (полиса) по заявлению Страхователя оформляется его дубликат.

8.6. 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 страхования недействительным и применения последствий, предусмотренных законодательством Российской Федерации, за исключением случая, когда обстоятельства, о которых умолчал Страхователь, уже отпали.

8.7. Договор страхования вступает в силу с момента уплаты страховой премии, если иной срок не предусмотрен договором страхования.

Договор страхования может содержать условие о вступлении его в силу с даты начала действия разрешения на работу или патента.

Если иное не предусмотрено договором страхования, страхование, обусловленное договором страхования, распространяется на страховые случаи, происшедшие по истечении десяти дней с момента заключения договора страхования (выжидательный период), но не ранее уплаты страховой премии и действует в течение срока, предусмотренного договором страхования, исчисляемого сверх выжидательного периода, если иное не предусмотрено договором страхования.

8.8. Договор страхования прекращается досрочно в следующих случаях:

а) по соглашению сторон с момента подписания сторонами соответствующего соглашения;

б) исполнения Страховщиком обязательств по договору в полном объеме, с момента выплаты страхового возмещения в связи с наступлением страхового случая;

в) если после его вступления в силу возможность наступления страхового случая отпала, и существование страхового риска прекратилось по обстоятельствам иным, чем страховой случай. В этом случае Страховщик имеет право на часть страховой премии, в течение которого действовало страхование;

г) при отказе Страхователя от договора страхования, с момента получения Страховщиком соответствующего уведомления от Страхователя.

Страхователь вправе отказаться от договора страхования в любое время, если к моменту отказа возможность наступления страхового случая не отпала по обстоятельствам иным, чем страховой случай. При отказе Страхователя от договора страхования уплаченная страховая премия не подлежит возврату, если договором не предусмотрено иное;

д) ликвидации Страхователя, являющегося юридическим лицом, с момента внесения соответствующей записи в ЕГРЮЛ;

е) ликвидации Страховщика (за исключением случаев передачи страхового портфеля в соответствии с законодательством Российской Федерации другому Страховщику), с момента внесения соответствующей записи в ЕГРЮЛ;

ж) прекращения действия договора страхования по решению суда, с момента вступления в силу соответствующего решения суда;

з) в иных случаях, предусмотренных законодательством.

9. ПРАВА И ОБЯЗАННОСТИ СТОРОН

9.1. Страховщик обязан:

9.1.1. ознакомить Страхователя с Правилами, вручить Страхователю договор (полис) страхования и Правила;

9.1.2. при наступлении страхового случая произвести страховую выплату в соответствии с условиями договора (Правил) страхования;

9.1.3. при непризнании случая страховым или в случае отказа в страховой выплате сообщить Страхователю о своем решении в письменной форме с мотивированным обоснованием причин;

9.1.4. не разглашать полученные в результате своей профессиональной деятельности сведения о Страхователе, за исключением случаев предусмотренных законом.

9.2. Страхователь обязан:

9.2.1. своевременно уплатить страховую премию в соответствии с условиями договора страхования;

9.2.2. при заключении договора страхования сообщить Страховщику всю запрашиваемую им информацию о принимаемом на страхование риске;

9.2.3 в течение 3-х рабочих дней сообщить Страховщику способом, обеспечивающим фиксирование текста (с указанием отправителя) и даты сообщения (по факсимильной связи, телеграммой, телефонограммой и т.п.) обо всех существенных изменениях в обстоятельствах, сообщенных Страховщику при заключении договора страхования, если эти изменения могут повлиять на увеличение страхового риска. Существенными признаются изменения в обстоятельствах, оговоренных Страховщиком в заявлении на страхование (медицинской анкете) и/или в письменном запросе Страховщика.

При увеличении степени риска Страхователь по требованию Страховщика уплачивает дополнительную страховую премию и/или подписывает дополнительное соглашение об изменении условий договора страхования, либо направляет Страховщику письменный отказ от уплаты дополнительной премии и/или изменения условий договора;

9.2.4. действовать с должной осмотрительностью и осторожностью как действовал бы, если бы его интересы не были застрахованы;

9.2.5. соблюдать условия Правил и договора (полиса) страхования.

9.2.6. возместить расходы, понесенные Страховщиком, в случае:

- оплаты медицинской помощи, оказанной лицу, не являющемуся Застрахованным лицом по договору страхования, в результате предоставления Застрахованным лицом необходимой для этого информации (номер полиса, Ф.И.О. Застрахованного лица) либо допуска к указанной информации;

- если договором страхования предусмотрено оказание экстренной либо скорой медицинской помощи - вызов скорой медицинской помощи по неточному, неполному или несуществующему адресу, указанному Застрахованным лицом или лицом, действующим в его интересах, диспетчеру службы скорой; отсутствие Застрахованного лица по указанному при вызове скорой помощи адресу; вызов скорой медицинской помощи в отсутствие такой необходимости, в частности, с целью получения плановых медицинских манипуляций: инъекций, измерения артериального давления и т.д.; вызов скорой медицинской помощи к Застрахованному лицу, находящемуся в состоянии алкогольного (средней и тяжелой степени), токсического или наркотического опьянения или с целью прерывания запоя, а также последующей его госпитализации; отмена вызова скорой помощи; отказ от услуг скорой помощи по ее прибытии на место вызова.

9.3. Страховщик имеет право:

9.3.1. при необходимости запросить документы у организаций и лиц, располагающих информацией об обстоятельствах наступления страхового случая, размере убытков;

9.3.2. отсрочить страховую выплату, если:

- Страхователь предоставил ненадлежащим образом оформленные документы – до предоставления документов, оформленных надлежащим образом;

- ведется судебное разбирательство, результат которого может повлиять на размер убытка и/или установление обстоятельств произошедшего события. Отсрочка может происходить до момента вступления судебного акта в законную силу;

- в связи со страховым случаем ведется расследование (проверка по обращению) в рамках уголовного производства – до момента вынесения компетентными органами соответствующего решения;

9.3.3. потребовать изменения условий договора страхования и/или уплаты дополнительной страховой премии соразмерно увеличению степени риска при существенном изменении обстоятельств в период действия договора страхования, а при несогласии Страхователя с изменением условий договора страхования и/или доплатой страховой премии потребовать расторжения договора страхования с даты наступления изменений в степени риска.

9.4. Страхователь имеет право:

9.4.1. получить от Страховщика разъяснение условий страхования;

9.4.2. получить дубликат договора страхования (страхового полиса) в случае его утраты;

9.4.3. отказаться от договора страхования в любое время.

9.4.4. на получение по запросу информации от Страховщика о размере вознаграждения, выплачиваемого страховому агенту или страховому брокеру.

9.5. Стороны также имеют иные права и несут иные обязанности, предусмотренные договором страхования, другими разделами Правил, а также законодательством Российской Федерации.

10. ДЕЙСТВИЯ СТОРОН ПРИ НАСТУПЛЕНИИ СОБЫТИЯ, ИМЕЮЩЕГО ПРИЗНАКИ СТРАХОВОГО СЛУЧАЯ. ПОРЯДОК ОСУЩЕСТВЛЕНИЯ СТРАХОВОЙ ВЫПЛАТЫ

10.1. При наступлении страхового случая Застрахованный (его представитель) обязан:

10.1.1. до обращения в медицинское учреждение обратиться к Страховщику по телефонам, указанным в страховом полисе (приложениях к нему), с сообщением о случившемся происшествии и сообщить следующую информацию: фамилию, имя Застрахованного; номер договора (страхового полиса); характер требуемой помощи; местонахождение и номер телефона для обратной связи;

10.1.2. получить медицинскую помощь в строгом соответствии с указаниями Страховщика;

10.1.3. предъявить медицинскому персоналу оригинал договора (страхового полиса);

10.1.4. уплатить франшизу в установленном размере, если она предусмотрена в договоре (страховом полисе);

10.1.5. согласовывать свои действия и следовать указаниям Страховщика;

10.1.6. соблюдать предписания врача и правила поведения пациентов, установленные медицинским учреждением;

10.1.7. при невозможности связаться со Страховщиком в момент наступления страхового случая сделать это при первой возможности и предъявить договор (страховой полис), не оплачивая при этом услуг, предлагаемых или оказанных без получения подтверждения Страховщика (представителя Страховщика), зафиксировавшего обращение в соответствующей базе данных.

10.2. После получения информации Страховщик организует оказание Застрахованному необходимых и предусмотренных договором (Программой ДМС) медицинских услуг.

10.2.1. Страховая выплата в этом случае производится путем организации оказания медицинских услуг Застрахованному лицу.

10.3. В экстренных случаях в случае невозможности Страховщиком предоставить оказание требуемых медицинских услуг, Застрахованное лицо по согласованию со Страховщиком самостоятельно оплачивает оказанные ему медицинские услуги и представляет Страховщику для возмещения понесенных расходов оригиналы следующих документов:

- письменное заявление о случившемся с приложением полных банковских реквизитов (при выборе безналичной формы оплаты);

- договор страхования (страховой полис);

- медицинские документы, содержащие сведения о диагнозе, дате и состоянии здоровья Застрахованного при обращении за помощью, о проведенных медицинских манипуляциях и продолжительности лечения;

- направления на прохождение лабораторных исследований с указанием дат, наименований и стоимости услуг;

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

- документы, подтверждающие факт оплаты представленных счетов.

10.3.1. Документы, указанные в п. 10.3 настоящих Правил, должны быть представлены Страховщику в течение 30 (Тридцати) дней с момента наступления страхового случая, за исключением случая, когда по состоянию на дату истечения указанного срока Застрахованное лицо находилось на стационарном лечении в медицинском учреждении. В последнем случае документы представляются незамедлительно, но во всяком случае не позднее чем в течение трех дней с момента выписки Застрахованного лица из медицинского учреждения.

10.3.2. Страховщик вправе по своему усмотрению принять решение о достаточности представленных документов, сократить указанный в п. 10.3 Правил перечень документов, а также принять иные документы (в т.ч. в иной форме, по сравнению с той, которая установлена Правилами) взамен указанных.

10.3.3. После получения всех необходимых документов и сведений, предусмотренных п. 10.3 Правил Страховщик в течение двадцати дней (если иной срок не указан в договоре страхования):

- признает событие страховым случаем и производит страховую выплату;

- принимает решение о непризнании произошедшего события страховым случаем либо об отказе в страховой выплате и направляет Страхователю в течение трех рабочих дней письмо с обоснованием принятого решения.

10.3.4. Страховщиком установлен следующий порядок приема заявления о страховой выплате и прилагаемых к нему документов:

10.3.4.1. При приеме документов на страховую выплату Страховщик осуществляет фиксацию комплектности получаемых документов, в том числе с использованием автоматизированных систем.

10.3.4.2. При личном обращении за страховой выплатой Страховщик принимает документы на страховую выплату по описи, реестру или акту приема-передачи. Опись, реестр или акт приема-передачи подписывается Страховщиком и Страхователем (Застрахованным, Выгодоприобретателем) с указанием даты приема документов. Дата приема документов может быть внесена посредством использования автоматизированных систем.

10.3.4.3. При получении документов на страховую выплату почтовым отправлением или в форме электронного документа Страховщик проверяет комплектность документов (соответствие требованиям Правил страхования и (или) договора страхования) и правильность их оформления. В случае, если документы на страховую выплату были направлены без сопроводительного письма, содержащего перечень представленных документов или опись, Страховщик не имеет права отказать в их приеме.

10.3.4.4. В случае выявления факта предоставления документов, недостаточных для принятия Страховщиком решения об осуществлении страховой выплаты, и (или) ненадлежащим образом оформленных документов в соответствии с требованиями Правил страхования и (или) договора страхования, Страховщик принимает документы и в течение 15 рабочих дней уведомляет об этом факте подавшее заявление на страховую выплату лицо с указанием перечня недостающих и (или) ненадлежащим образом оформленных документов.

При этом, срок принятия решения об осуществлении страховой выплаты не начинается течь до предоставления последнего из необходимых и надлежащим образом оформленных документов.

10.4. Объем оказываемых и оплачиваемых медицинских услуг определяется в соответствии с условиями договора (полиса) страхования, Программой ДМС, являющейся неотъемлемой частью договора (полиса) страхования.

10.5. В целях оценки фактического состояния здоровья после наступления страхового случая Застрахованного лица, Страховщик с согласия Застрахованного оставляет за собой право запрашивать и получать информацию о состоянии здоровья Застрахованного. Застрахованный, намеренный воспользоваться своим правом на получение страховой выплаты, по требованию Страховщика обязан пройти медицинское освидетельствование по направлению Страховщика.

10.6. Страховая выплата производится в пределах соответствующей страховой суммы за вычетом франшизы (если она предусмотрена договором страхования) на основании счета-фактуры из медицинских учреждений с указанием фамилии пациента, даты обращения, диагноза, продолжительности лечения, перечня оказанных услуг с разбивкой по датам и стоимости, а также общей суммы к оплате в размере:

- расходов на оказание первичной медико-санитарной помощи в неотложной форме;
- расходов на оказание специализированной медицинской помощи в неотложной форме, за исключением высокотехнологичной медицинской помощи;
- расходов на использование медицинским персоналом при оказании первичной медико-санитарной помощи и специализированной медицинской помощи в неотложной форме:
 - ✓ лекарственных препаратов, включенных в перечень жизненно необходимых и важнейших лекарственных препаратов, утверждаемый Правительством Российской Федерации на соответствующий год;
 - ✓ медицинских изделий, включенных в утверждаемый Правительством Российской Федерации перечень медицинских изделий, имплантируемых в организм человека при оказании медицинской помощи в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи;
 - ✓ лечебного питания в стационаре и донорской крови и ее компонентов.

10.7. Страховая выплата производится в рублях.

Днём выплаты считается дата списания средств со счёта Страховщика или выдачи наличных денег из кассы Страховщика.

Расходы по зачислению на счет и получению (списанию) со счета получателя подлежащих выплате сумм осуществляется за счёт средств получателя.

Перевод подлежащих выплате сумм получателю иным способом, чем перевод на счет получателя в банке, осуществляется за счёт средств получателя.

11. ОСНОВАНИЯ ДЛЯ ОСВОБОЖДЕНИЯ СТРАХОВЩИКА ОТ ВЫПЛАТЫ СТРАХОВОГО ВОЗМЕЩЕНИЯ И ОТКАЗА В ВЫПЛАТЕ СТРАХОВОГО ВОЗМЕЩЕНИЯ

11.1. По договору страхования Страховщик освобождается от страховой выплаты, если страхового случая 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;
- умысла Страхователя или Застрахованного лица, за исключением предусмотренных законом случаев.

11.2. Страховщик вправе отказать в выплате страхового возмещения, если Страхователь (Застрахованное лицо) после того, как ему стало известно о наступлении страхового случая, не уведомил о его наступлении Страховщика в установленный договором (Правилами) страхования срок, если не будет доказано, что Страховщик своевременно узнал о наступлении страхового случая либо что отсутствие у Страховщика сведений об этом не могло сказаться на его обязанности произвести выплату страхового возмещения.

12. ПЕРСОНАЛЬНЫЕ ДАННЫЕ

12.1. Заключая договор страхования на основании настоящих Правил, Страхователь подтверждает свое согласие с тем, что Страховщик в течение всего срока действия договора страхования осуществляет обработку указанных в нем персональных данных физических лиц.

12.2. Страхователь несет ответственность за предоставление согласия физических лиц на обработку их персональных данных. Согласие в письменной форме субъекта персональных данных на обработку его персональных данных должно включать в себя, в частности:

- 1) фамилию, имя, отчество, адрес субъекта персональных данных, номер основного документа, удостоверяющего его личность, сведения о дате выдачи указанного документа и выдавшем его органе;
- 2) фамилию, имя, отчество, адрес представителя субъекта персональных данных, номер основного документа, удостоверяющего его личность, сведения о дате выдачи указанного документа и выдавшем его органе, реквизиты доверенности или иного документа, подтверждающего полномочия этого представителя (при получении согласия от представителя субъекта персональных данных);
- 3) наименование или фамилию, имя, отчество и адрес оператора, получающего согласие субъекта персональных данных;
- 4) цель обработки персональных данных;
- 5) перечень персональных данных, на обработку которых дается согласие субъекта персональных данных;
- 6) наименование или фамилию, имя, отчество и адрес лица, осуществляющего обработку персональных данных по поручению оператора, если обработка будет поручена такому лицу;
- 7) перечень действий с персональными данными, на совершение которых дается согласие, общее описание используемых оператором способов обработки персональных данных;
- 8) срок, в течение которого действует согласие субъекта персональных данных, а также способ его отзыва, если иное не установлено федеральным законом;
- 9) подпись субъекта персональных данных.

12.3. Заключая договор страхования на основании настоящих Правил, Страхователь подтверждает предоставление Страховщику права передавать персональные данные третьим лицам, с которыми у Страховщика заключены соответствующие соглашения, обеспечивающие надежное хранение и предотвращение незаконного разглашения (конфиденциальность) персональных данных, включая третьих лиц, проводящих работу по передаче информации в информационную систему Страховщика. Страховщик обязуется обеспечивать сохранность и неразглашение персональных данных Страхователя в целях иных, нежели те, что предусмотрены настоящей статьей.

12.4. Согласие на обработку персональных данных может быть отозвано субъектом персональных данных путем направления письменного заявления Страховщику способом, позволяющим достоверно установить дату получения данного заявления Страховщиком.

12.5. В случае отзыва субъектом персональных данных согласия на обработку персональных данных, Страховщик вправе продолжить обработку персональных данных без согласия субъекта персональных данных на основании п. 5 ч. 1 ст. 6 Федерального закона «О персональных данных».

13. ПОРЯДОК РАЗРЕШЕНИЯ СПОРОВ

13.1. Все споры и разногласия, возникающие между Страхователем и Страховщиком по договору страхования, разрешаются путем переговоров.

13.2. В случае не урегулирования спора путем переговоров лицо, полагающее, что его права нарушены, до предъявления иска в суд направляет претензию оппоненту в следующем порядке:

13.2.1. Претензия предъявляется в письменной форме и подписывается заявителем - руководителем организации либо гражданином.

13.2.2. В претензии указываются: требования заявителя; сумма претензии и обоснованный ее расчет; обстоятельства, на которых основываются требования и доказательства, подтверждающие их со ссылкой на соответствующее законодательство; перечень прилагаемых к претензии документов и других доказательств; иные сведения, необходимые для урегулирования спора.

13.2.3. Претензия отправляется в адрес Страховщика, либо вручается под расписку представителю Страховщика.

13.2.4. К претензии прилагаются подлинные документы, подтверждающие предъявленные заявителем требования, или надлежаще заверенные копии либо выписки из них, если эти документы отсутствуют у другой стороны.

13.2.5. Претензия рассматривается в течение 30 дней со дня получения последнего документа, необходимого для ее рассмотрения, если иной срок не установлен договором.

13.2.6. Если к претензии не приложены документы, необходимые для ее рассмотрения, они запрашиваются у заявителя претензии с указанием срока представления.

13.2.7. Ответ на претензию дается в письменной форме и подписывается руководителем Страховщика либо уполномоченным на то лицом.

Ответ на претензию отправляется способом, обеспечивающим фиксирование отправления ответа на претензию, либо вручается под расписку.

14. УВЕДОМЛЕНИЯ. ИНЫЕ УСЛОВИЯ

14.1. За исключением случаев, предусмотренных действующим законодательством, права и обязанности по договору страхования не могут быть переданы Страхователем третьей стороне полностью либо частично, кроме как с письменного согласия Страховщика.

14.2. Страхователь (Застрахованное лицо) и Страховщик обязаны соблюдать строгую конфиденциальность в использовании полученной друг от друга коммерческой, технической, финансовой и иной информации. Разглашение такой информации может осуществляться лишь с предварительного письменного согласия другой стороны.

14.3. Все уведомления, которые Страхователь (Застрахованное лицо) должен сделать в соответствии с условиями договора страхования, должны быть сделаны в письменном виде, в т.ч. если эти уведомления первично были сделаны в устной форме, по телефону и т.п.

14.4. Под датой получения Страховщиком уведомления понимается дата поступления уведомления Страховщику. Если уведомление было послано заказным письмом, то датой получения считается дата, указанная в почтовом уведомлении о вручении корреспонденции адресату.

14.5. Страхователь (Застрахованное лицо) обязан уведомлять Страховщика об изменении адреса или наименования организации (адреса места жительства для физического лица), указанных в договоре страхования, в течение 14 дней с даты их изменения. Если Страхователь (Застрахованное лицо) не проинформировал Страховщика об изменении адреса или наименования компании (адреса места жительства), то считаются действительными все заявления и уведомления Страховщика, направленные по последнему известному Страховщику адресу Страхователя.

14.6. Договор страхования в соответствии с пунктами 2 и 3 статьи 434 и статьей 940 ГК РФ может быть составлен в виде электронного документа. При этом, в случае направления Страховщиком Страхователю - физическому лицу на основании его заявления в письменной или устной форме страхового полиса, подписанного усиленной квалифицированной электронной подписью Страховщика с соблюдением

требований Федерального закона «Об электронной подписи», договор страхования, составленный в виде электронного документа, считается заключенным Страхователем на предложенных Страховщиком условиях с момента уплаты Страхователем страховой премии (страхового взноса). Страхователь - физическое лицо уплачивает страховую премию (страховой взнос) после ознакомления с условиями, содержащимися в договоре страхования и настоящих Правилах, подтверждая тем самым свое согласие заключить этот договор на предложенных Страховщиком условиях.

В соответствии с настоящими Правилами и статьей 6.1 Закона договор в электронной форме заключается на основании соответствующего заявления Страхователя, созданного и отправленного Страховщику с использованием его официального сайта www.iig-ltd.ru. Для целей заключения договора в электронной форме, заявление на страхование создается и направляется Страховщику через его официальный сайт, подписывается простой электронной подписью Страхователя — физического лица. Договор страхования (полис), составленный в виде электронного документа, подписанный усиленной квалифицированной электронной подписью Страховщика, признается Сторонами электронным документом, равнозначным документу на бумажном носителе, подписанному собственноручной подписью полномочного представителя Страховщика.

14.7. При заключении договора в форме электронного документа Страхователь через официальный сайт Страховщика направляет информацию, необходимую для заключения договора страхования путем заполнения формы анкеты-заявления на страхование, размещенной на сайте Страховщика в целях заключения договора страхования в электронной форме.