Ключевой информационный документ
об условиях договора добровольного медицинского страхования

Добровольное медицинское страхование иностранных граждан и лиц без гражданства, находящихся на территории РФ с целью осуществления трудовой деятельности

Подготовлен на основании Правил добровольного медицинского страхования иностранных граждан и лиц без гражданства, находящихся на территории РФ с целью осуществления трудовой деятельности (Приказ № 233/2026 от 21.10.2026 г.)
(далее Правила страхования)

Страховщик: Полное наименование: **Общество с ограниченной ответственностью «Медицинская страховая компания «ИНКО-МЕД»**
Сокращенное наименование: **ООО «МСК «ИНКО-МЕД»**
Адрес для направления юридически значимых сообщений: **394018, Воронежская область, г. Воронеж, ул. Платонова, д. 14**
сайт: https://www.inko-med.ru/
Правила страхования размещены на странице https://www.inko-med.ru/dms/pravilastrahovaniya/

Раздел I. ЧТО ЗАСТРАХОВАНО?

Договор (Полис) страхования предусматривает защиту от следующих рисков:

1. Первичная медико-санитарная помощь в неотложной форме. Объём помощи:

- Консультативно - диагностическая помощь врача общей практики или врача - специалиста (хирурга/травматолога, оториноларинголога, офтальмолога, невролога, гастроэнтеролога, уролога/гинеколога, стоматолога) по назначению врача общей практики медицинской организации, по направлению Страховщика.

В рамках амбулаторного приёма - оформление необходимой медицинской документации: экспертиза временной нетрудоспособности (оформление листков временной нетрудоспособности), выдача рецептов на лекарственные препараты (кроме льготных), медицинских справок, направлений и выписок из амбулаторных карт по медицинским показаниям.

- Лабораторные исследования по направлению врача (анализ крови клинический и биохимический, АЛТ, АСТ, билирубин общий, уровень сахара в крови, анализ мочи).
- Инструментальные исследования (УЗИ, ЭКГ, рентгенография, ФГДС) по направлению врача.
- Лечебные манипуляции, назначенные специалистом (в том числе оказание неотложной травматологической и хирургической помощи) (до 3 процедур).

2. Специализированная медицинская помощь в неотложной форме. Объём помощи:

- Экстренная стационарная помощь в случае угрозы жизни и здоровью — пребывание в профильном отделении, лечебное питание, консультативно-диагностическая помощь, диагностические исследования и анализы (анализ крови клинический и биохимический, анализ мочи, анализ кала, заборы на посевы, мазки), включая УЗИ, ЭКГ, рентгенографию, ФГДС, и назначенное лечение по профилю заболевания; хирургические вмешательства (операции) с учетом исключений, до снятия угрозы жизни.

3. Экстренная стоматологическая помощь. Объём помощи:

- консультация; рентгенологическое исследование; терапевтическое лечение (снятие боли) с применением пломбировочных материалов российских производителей; хирургическое лечение (удаление зуба).

4. Скорая (неотложная) медицинская помощь. Объём помощи:

- вызов бригады коммерческой службы скорой помощи;
- экспресс-диагностика неотложного состояния, оказание помощи для купирования неотложного состояния;
- медицинская транспортировка Застрахованного с врачебным сопровождением службы скорой помощи для проведения экстренной госпитализации, при необходимости по жизненным показаниям.

5. **Лекарственное обеспечение. Объем помощи:**

Страховщик производит оплату используемых при оказании медицинской помощи в неотложной форме в соответствии со стандартами первичной медико-санитарной помощи и специализированной медицинской помощи:

- лекарственных препаратов, включенных в утверждаемый Правительством Российской Федерации перечень жизненно необходимых и важнейших лекарственных препаратов для медицинского применения, и медицинских изделий;
- 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;
- донорской крови и ее компонентов.

Исчерпывающий перечень страховых рисков указан в преамбуле и разделе 1 приложения № 2 к Правилам добровольного медицинского страхования иностранных граждан и лиц без гражданства, находящихся на территории РФ с целью осуществления трудовой деятельности.

Раздел II. ЧТО НЕ ЗАСТРАХОВАНО?

В программу ДМС не включается оплата медицинских и иных услуг, лекарственного обеспечения при обращении Застрахованного в связи со следующими заболеваниями и состояниями:

- холера (A00), сибирская язва (A22), чума (A20), сап и мелиоидоз (A24), натуральная оспа (B03);
- вирусные лихорадки, передаваемые членистоногими, и вирусные геморрагические лихорадки (A90-A99), гельминтозы (B65-B83), дифтерия (A36), малярия (B50-B54), полиомиелит (A80, B91);
- туберкулез (A15-A19), лепра (A30);
- педикулез, акариаз и другие инфестации (B85-B89);
- инфекции, передающиеся преимущественно половым путем (A50-A64), гепатит B (B16, B17, B18), гепатит C (B17.1; B18.2), болезнь, вызванная вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ) (B20-B24) - злокачественные новообразования (C00-C97);
- сахарный диабет (E10-E14);
- психические расстройства и расстройства поведения (F00-F99);
- беременность, роды, послеродовой период и аборт (O00-O99);
- ТОРС (U04);
- иные заболевания, включенные в утверждаемый Правительством Российской Федерации перечень заболеваний, представляющих опасность для окружающих, а также при злокачественных новообразованиях, сахарном диабете, психических расстройствах и расстройствах поведения.

Кроме того, в программу ДМС не включается оплата следующих медицинских и/или иных услуг, лекарственного обеспечения:

- не предусмотренных настоящими Программами или Договором добровольного медицинского страхования;
- расходов на оказание услуг трудовым мигрантам, не указанным в Договоре страхования как Застрахованные;
- если Застрахованное лицо обратилось за оказанием медицинской помощи без предварительного обращения в Круглосуточный контакт - центр Страховщика по указанным в Договоре/Программе страхования телефонам;
- при оказании любых медицинских и иных услуг без согласования со Страховщиком;
- при оказании любых медицинских и иных услуг за пределами территории действия Программы/договора страхования;
- по оказанию застрахованному лицу медицинской помощи, не назначенной врачом, оказывающим медицинскую помощь в рамках Правил страхования и/или программы страхования, разработанной на их основе;
- по оказанию застрахованному лицу методов лечения, определенных Министерством здравоохранения РФ как высокотехнологичная медицинская помощь;

- лекарственных препаратов и медицинских изделий сверх перечня жизненно необходимых и важнейших лекарственных препаратов, и медицинских изделий, включенных в утверждаемый Правительством Российской Федерации перечень медицинских изделий, имплантируемых в организм человека при оказании медицинской помощи в неотложной форме;
- лекарственных препаратов и медицинских изделий, не использованных медицинским персоналом при оказании первичной медико-санитарной помощи и /или специализированной медицинской помощи в неотложной форме;
- связанных с беременностью, родами, послеродовым периодом и абортами Застрахованного лица;
- по оказанию Застрахованному лицу медицинской помощи при патологических состояниях, отравлениях и травмах, возникших у Застрахованного лица в состоянии любой формы алкогольного опьянения или под воздействием иных психоактивных веществ и (или) лекарственных препаратов, употребленных без назначения врача;
- по оказанию Застрахованному лицу медицинской помощи при возникновении травматических повреждений или иных нарушений здоровья, наступивших в результате совершения застрахованным лицом умышленных противоправных действий;
- по оказанию застрахованному лицу медицинской помощи при покушении Застрахованного лица на самоубийство, за исключением тех случаев, когда застрахованное лицо было доведено до такого состояния противоправными действиями третьих лиц;
- по оказанию медицинской помощи при умышленном причинении себе телесных повреждений застрахованным лицом.

В случае отказа лиц, принимаемых на страхование, от заполнения предложенных Страховщиком медицинских анкет или прохождения медицинского обследования, Страховщик имеет право отказать Страхователю в заключении Договора страхования.

Исчерпывающий перечень услуг, не подлежащих оплате, указан в разделе 13 Правил страхования.

Раздел III. ТЕРРИТОРИЯ СТРАХОВАНИЯ

Страхование действует на всей территории Российской Федерации.

Раздел IV. КАК ПОЛУЧИТЬ СТРАХОВУЮ ВЫПЛАТУ?

Для получения медицинских и иных услуг, определенных Программой страхования, Застрахованное лицо обращается в круглосуточную консультационно-диспетчерскую службу, уполномоченного представителя Страховщика по бесплатному номеру 8 800 101-36-10.

Заявление об осуществлении страховой выплаты (страхового возмещения) подается в течение 10 (десяти) рабочих дней с момента завершения случая оказания медицинской помощи.

Для получения страховой выплаты (страхового возмещения) требуется представить документы согласно пунктам 8.1- 8.8. Правил страхования.

Страховая выплата (страховое возмещение) осуществляется, после предоставления указанных документов, согласно п. 8.14 -8.15. Правил страхования.

Раздел V. КАК ВЕРНУТЬ СТРАХОВУЮ ПРЕМИЮ?

Основания для возврата страховой премии	Сумма возврата страховой премии
Отказ от договора добровольного страхования в течение 14 календарных дней со дня его заключения в соответствии с Указанием Банка России от 20 ноября 2015 года N 3854-У "О минимальных (стандартных) требованиях к условиям и порядку осуществления отдельных видов добровольного страхования"[1]	100% от страховой премии - при отказе от договора добровольного страхования до даты начала действия страхования; 100% от страховой премии за вычетом части страховой премии, исчисляемой пропорционально времени, в течение которого действовало страхование, - при отказе от договора добровольного страхования после даты начала действия страхования
Отказ от договора добровольного страхования в случае ненадлежащего информирования об условиях страхования	100% от страховой премии за вычетом части страховой премии, исчисляемой пропорционально времени, в течение которого действовало страхование

В иных случаях страховая премия возврату не подлежит.

Возврат страховой премии осуществляется в течение 7 (семи) календарных дней со дня получения соответствующего заявления.

Раздел VI. КАК УРЕГУЛИРОВАТЬ СПОР ДО СУДА?

Направить страховщику заявление (претензию) в письменной форме.

В случае если страховщик не удовлетворил заявление (претензию)и при этом размер требований не превышает 500 000 (пятьсот тысяч) рублей (указывается сумма, установленная Федеральным законом от 4 июня 2018 года N 123-ФЗ "Об уполномоченном по правам потребителей финансовых услуг"2), до обращения в суд необходимо обратиться к уполномоченному по правам потребителей финансовых услуг (сайт: www.finombudsman.ru; адрес: 119017, г. Москва, Старомонетный пер., дом 3).

Рассмотрение уполномоченным по правам потребителей финансовых услуг обращения потребителя финансовых услуг осуществляется бесплатно.

[1] Зарегистрировано Минюстом России 12 февраля 2016 года, регистрационный N 41072, с изменениями, внесенными Указаниями Банка России от 1 июня 2016 года N 4032-У (зарегистрировано Минюстом России 27 июня 2016 года, регистрационный N 42648), от 21 августа 2017 года N 4500-У (зарегистрировано Минюстом России 8 сентября 2017 года, регистрационный N 48112).

[2] Собрание законодательства Российской Федерации, 2018, N 24, ст. 3390; 2022, N 1, ст. 40.