«УТВЕРЖДАЮ»

Генеральный директор

ООО «МСК «ИНКО-МЕД»



_____ Т. Н. Москалева

Приказ № 233/2026 от «21» октября 2026 г.

ПРАВИЛА ДОБРОВОЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ ИНОСТРАННЫХ ГРАЖДАН И ЛИЦ БЕЗ ГРАЖДАНСТВА, НАХОДЯЩИХСЯ НА ТЕРРИТОРИИ РФ С ЦЕЛЬЮ ОСУЩЕСТВЛЕНИЯ ТРУДОВОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ

СОДЕРЖАНИЕ

1. ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ 2
2. СУБЪЕКТЫ СТРАХОВАНИЯ 3
3. ОБЪЕКТ СТРАХОВАНИЯ 3
4. СТРАХОВЫЕ СЛУЧАИ И СТРАХОВЫЕ РИСКИ 3
5. СТРАХОВАЯ СУММА 4
6. СТРАХОВАЯ ПРЕМИЯ, СТРАХОВОЙ ТАРИФ, СТРАХОВОЙ ВЗНОС 4
7. ПОРЯДОК ЗАКЛЮЧЕНИЯ ДОГОВОРА СТРАХОВАНИЯ 5
8. ПОРЯДОК ИСПОЛНЕНИЯ ДОГОВОРА СТРАХОВАНИЯ 11
9. ПОСЛЕДСТВИЯ УВЕЛИЧЕНИЯ СТЕПЕНИ СТРАХОВОГО РИСКА В ПЕРИОД ДЕЙСТВИЯ ДОГОВОРА СТРАХОВАНИЯ 13
10. ПРАВА И ОБЯЗАННОСТИ СТОРОН 13
11. ПРЕКРАЩЕНИЕ ДЕЙСТВИЯ ДОГОВОРА СТРАХОВАНИЯ 18
12. ПОРЯДОК РАЗРЕШЕНИЯ СПОРОВ 19
13. УСЛУГИ, НЕ ПОДЛЕЖАЩИЕ ОПЛАТЕ 19

1. ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ

1.1. Настоящими Правилами добровольного медицинского страхования иностранных граждан и лиц без гражданства, находящихся на территории РФ с целью осуществления трудовой деятельности (далее – Правила страхования) определяются общие условия и порядок осуществления Страховщиком добровольного медицинского страхования иностранных граждан и лиц без гражданства, находящихся на территории Российской Федерации с целью осуществления ими трудовой деятельности на основании патента или разрешения на работу.

1.2. Договором добровольного медицинского страхования (далее «Договор страхования», «договор ДМС») является соглашение между Страхователем и Страховщиком, в соответствии с которым Страховщик обязуется организовать оказание медицинских и иных услуг застрахованному лицу (далее «Застрахованное лицо») и оплатить предусмотренные договором страхования медицинские и иные услуги, оказанные Застрахованному лицу в пределах объема медицинской помощи, установленного программой добровольного медицинского страхования (далее «Программа страхования») при наступления в жизни Застрахованного лица предусмотренного договором страхования события (страхового случая).

1.3. Договор добровольного медицинского страхования заключается Страховщиком с юридическими лицами, с индивидуальными предпринимателями в отношении работников этих юридических лица или индивидуальных предпринимателей, если Договором страхования не предусмотрено иное, с физическими лицами, обладающими гражданской дееспособностью, в отношении самих этих физических лиц или в отношении других физических лиц.

1.4. Добровольное медицинское страхование осуществляется Страховщиком на основе Программ добровольного медицинского страхования, разработанных в соответствии с Указанием Центрального Банка Российской Федерации, устанавливающим минимальные (стандартные) 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.

1.5. Положение настоящих Правил, действие которых не отменено и не изменено условиями, содержащимися в Договоре страхования, обязательны для Страхователя, Застрахованного лица и Страховщика в соответствии с положениями Гражданского кодекса Российской Федерации.

1.6. При заключении договора страхования в форме электронного документа факт ознакомления Страхователя с условиями страхования подтверждается, в том числе, специальными отметками (подтверждениями), проставляемыми Страхователем в электронном виде.

1.7. При заключении договора страхования Страхователь и Страховщик могут договориться об изменении или исключении отдельных положений настоящих Правил страхования и о дополнении Правил. При наличии противоречий между положениями Договора добровольного медицинского страхования и Правил добровольного медицинского страхования преимущественную силу имеют нормы, содержащиеся в Договоре страхования.

2. СУБЪЕКТЫ СТРАХОВАНИЯ

2.1. Страховщик – Общество с ограниченной ответственностью «Медицинская страховая компания «ИНКО-МЕД» – юридическое лицо, созданное в соответствии с законодательством Российской Федерации, осуществляющее медицинское страхование и имеющее лицензию на право осуществление добровольного личного страхования, за исключением добровольного страхования жизни СЛ № 2031 от 17.02.2022 г.

2.2. Страхователи – лица, заключающие договор страхования со Страховщиком в пользу себя или в пользу третьих лиц (далее по тексту – Застрахованное лицо). Страхователями могут быть:
- физические лица - граждане РФ, иностранные граждане и лица без гражданства, обладающие гражданской дееспособностью;
- российские или иностранные юридические лица любой организационно-правовой формы, зарегистрированные и действующие в соответствии с законодательством РФ.

2.3. Застрахованное лицо – физическое лицо – иностранный гражданин и лицо без гражданства, находящееся на территории Российской Федерации с целью осуществления трудовой деятельности на основании патента или разрешения на работу (трудовой мигрант), в пользу которого заключен договор добровольного медицинского страхования, и имущественные интересы которого являются объектом страхования по договору добровольного медицинского страхования, заключенному между Страхователем и Страховщиком.

2.4. Страховщик вправе не заключать Договор страхования в отношении лиц, которые на момент заключения договора:
- не являются Трудовыми мигрантами (являются лицами, не осуществляющими или не намеревающимися осуществлять трудовую деятельность);
- моложе 18 лет;
- находятся на стационарном лечении.

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 предусмотренных договором страхования услуг вследствие расстройства здоровья физического лица или состояния физического лица, требующих организации и оказания таких услуг.

Под медицинской помощью понимается комплекс мероприятий, включающих медицинские и иные услуги, организационно-технические мероприятия, лекарственное обеспечение, направленных на удовлетворение потребностей Застрахованных в поддержании и восстановлении здоровья.
Под лекарственным обеспечением понимаются расходы на используемые медицинским персоналом при оказании медицинской помощи в неотложной форме в соответствии со стандартами первичной медико-санитарной помощи и специализированной медицинской помощи в рамках Программы добровольного медицинского страхования Трудовых мигрантов лекарственные препараты, включенные в утверждаемый Правительством Российской Федерации перечень жизненно необходимых и важнейших лекарственных препаратов для медицинского применения и медицинских изделий, и медицинские изделия, включенные в утверждаемый Правительством Российской Федерации перечень медицинских изделий, имплантируемых в организм человека при оказании медицинской помощи в рамках программы государственных гарантий

бесплатного оказания гражданам медицинской помощи, в том числе лечебное питание в стационаре и донорская кровь и ее компоненты.
Иные услуги - это услуги, связанные с оказанием или организацией оказания медицинской помощи и включенные в Программу, в том числе: сервисные услуги, информационные услуги, связанные с оказанием или организацией оказания медицинской помощи, а также медико- транспортные услуги, услуги по репатриации, предоставляемые Застрахованному в соответствии с его программой страхования по медицинским показаниям.

4. СТРАХОВЫЕ СЛУЧАИ И СТРАХОВЫЙ 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.
Страховой случай – совершившееся событие, предусмотренное договором страхования, с наступлением которого возникает обязанность Страховщика произвести страховую выплату Застрахованному.

4.2. Страховым случаем по договорам ДМС трудовых мигрантов является документально подтвержденное обращение застрахованного лица в течение действия договора страхования в медицинскую организацию, сервисную компанию или иную организацию из числа предусмотренных Договором страхования или согласованных со Страховщиком для организации и оказания предусмотренных программой страхования медицинских услуг по поводу ухудшения состояния здоровья в результате произошедших во время действия страхования и на территории действия договора страхования предусмотренных программой страхования острого заболевания, обострения хронического заболевания, травм и иных внезапных острых состояний, требующих оказания медицинской помощи.

5. СТРАХОВАЯ СУММА

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

5.2. Страховая сумма устанавливается Страховщиком по соглашению со Страхователем, но в размере не меньшем, чем предусмотрено нормативным актом Банка России, устанавливающим минимальные (стандартные) требования 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 патента или разрешения на работу.

5.3. Страховая сумма, если иное не установлено Договором страхования, определяет максимальную совокупную стоимость медицинской помощи и иных предусмотренных договором страхования (программой страхования) услуг, которые вправе получить Застрахованное лицо в течение срока действия Договора страхования независимо от числа обращений в медицинские организации.

5.4. Страховая сумма по договору ДМС трудовых мигрантов является уменьшаемой (агрегатной) – рассчитываемой как разность страховой суммы на начало срока действия Договора страхования и суммы страхового возмещения, осуществленного страховщиком в период действия Договора страхования по всем произошедшим страховым случаям. Если агрегатная страховая сумма исчерпана полностью, обязательства страховщика по Договору страхования считаются исполненными. При этом договор страхования прекращается досрочно, а уплаченная страховщику страховая премия не подлежит возврату Страхователю.

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

6. СТРАХОВАЯ ПРЕМИЯ, СТРАХОВОЙ ТАРИФ, СТРАХОВОЙ ВЗНОС

6.1. Под страховой премией понимается плата за страхование, которую Страхователь обязан уплатить Страховщику в порядке и в сроки, установленные Договором страхования. Страховой взнос – часть страховой премии при уплате ее в рассрочку.

6.2. 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, с учетом условий страхования, выбранной Страхователем Программы страхования, срока действия Договора страхования и иных условий, предусмотренных Договором страхования.

6.3. При определении размера страховой премии Страхователю (Застрахованному) может быть предложено заполнить медицинскую анкету, а также указать сведения об обстоятельствах, имеющих существенное значение для определения вероятности наступления страхового случая и размера возможных убытков от его наступления.

Сведения, указанные в медицинских анкетах, подтверждаются подписью Страхователя (Застрахованного). В случае необходимости для уточнения указанных данных Страховщик имеет право направить страхуемое лицо на медицинское обследование.

6.4. 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.

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

6.5. В случае неуплаты очередного страхового взноса в установленные Договором страхования сроки действие Договора страхования прекращается в порядке, предусмотренном настоящими Правилами и действующим законодательством РФ. Договором страхования могут быть предусмотрены иные последствия неуплаты очередного страхового взноса в установленные Договором страхования сроки.

6.6. Страховая премия (страховые взносы) может оплачиваться в наличной форме в кассу Страховщика или в безналичной форме путем перечисления денежных средств на счет Страховщика.

6.7. Моментом уплаты страховой премии считается:

6.7.1. в случае безналичной оплаты – день поступления денежных средств на счет Страховщика;

6.7.2. в случае оплаты наличными средствами – день внесения денежных средств в кассу Страховщика или передачи денежных средств представителю (агенту) Страховщика.

7. ПОРЯДОК ЗАКЛЮЧЕНИЯ ДОГОВОРА СТРАХОВАНИЯ

7.1. Договор страхования действует на территории Российской Федерации.

7.2. Договор страхования заключается с физическим лицом или юридическим лицом на срок не более чем один год, если иное не предусмотрено Договором страхования.

7.3. Договор страхования может быть заключен:
а) в письменной форме. Договор страхования может быть заключен путем составления одного документа либо вручения страховщиком страхователю страхового полиса, подписанного страховщиком. Полис добровольного

медицинского страхования трудовых мигрантов должен соответствовать требованиям, установленным к бланку полиса ДМС трудовых мигрантов нормативным актом Банка России;
б) в виде электронного документа, подписанного усиленной квалифицированной электронной подписью Страховщика с использованием сайта, мобильного приложения или иной системы взаимодействия.

7.4. При заключении договора страхования в виде электронного документа с учетом соответствующей технической необходимости предусмотрена возможность ознакомления Страхователя с ключевым информационным документом (КИД), настоящими Правилами, программой страхования и иными необходимыми документами и информацией путем указания на соответствующем (в т.ч. указанном) официальном сайте и в инфомате ссылок на документы, размещенные на официальном сайте Страховщика, либо посредством использования двухмерного штрихового кода (QR-кода). Внесение в соответствующую информационную систему кода, поступившего на номер мобильного телефона Страхователя, является подтверждением ознакомления Страхователя с КИД, Правилами и условиями страхования.

7.5. Договор страхования может содержать различные программы страхования из числа программ, являющихся приложением к Правилам страхования (Приложение 2), а также содержать программу, составленную из перечня медицинских и иных услуг, дополняющих программы страхования, разработанные в соответствии с нормативным актом Банка России, устанавливающим минимальные (стандартные) требования 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.

7.5.1. При заключении Договора страхования Страховщик и Страхователь могут договориться об установлении дополнительного к установленному программами, являющимися приложениями к настоящим Правилам, объема страхового покрытия путем определения перечня заболеваний (состояний), обращение по поводу которых является страховым случаем по соответствующему договору страхования, а также путем определения перечня лекарственных средств, изделий медицинского назначения, медицинских и иных услуг, включаемых в программу страхования Застрахованного лица, кроме того, Страховщик и Страхователь могут договориться и о специальном названии программы, отражающей вид, объем и порядок предоставляемой Застрахованному медицинской помощи.

7.5.2. Страховщик вправе разрабатывать дополнительные программы страхования, уточняющие и конкретизирующие объем медицинской помощи и иных услуг, соответствующие требованиям, установленным правовыми актами к договорам добровольного медицинского страхования трудовых мигрантов. Перечень медицинских и иных услуг по Договору страхования в рамках конкретной программы страхования, а также любое сочетание программ страхования может иметь оригинальное название.

7.6. При заключении Договора страхования между Страхователем и Страховщиком должно быть достигнуто соглашение по следующим существенным условиям:
- о застрахованном лице;
- о характере события, на случай наступления которого осуществляется страхование (страховой риск);
- о сроке действия Договора;
- о размере страховой суммы;
- о размерах, сроках и порядке оплаты страховой премии (внесения страховых взносов);
- о перечне медицинских и иных услуг, включаемых в Программу страхования;
- об условиях и сроках вступления Договора страхования в силу, а также его прекращения.

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

В последнем случае вручение Страхователю при заключении Договора страхования настоящих Правил должно быть удостоверено записью в Договоре страхования. При заключении Договора страхования Страхователь и Страховщик могут договориться об изменении или исключении отдельных положений настоящих Правил страхования.

7.6.1. При заключении Договора добровольного медицинского 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.

7.6.2. Договор страхования может быть заключен в отношении любого количества Застрахованных, если иное не предусмотрено Договором страхования.

7.6.3. Для заключения договора ДМС трудовых мигрантов Страхователь обязан предоставить Страховщику следующие сведения:

7.6.3.1 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.

7.6.3.2. информация 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).

76.3.3. список Застрахованных лиц с указанием установленных подпунктом 7.6.3.2. настоящих Правил сведений;

7.6.3.4. программа страхования, выбранная страхователем (название программы) или перечень видов медицинской помощи, которые Страхователь намерен включить дополнительно в программу страхования по соглашению сторон договора;

7.6.3.5. срок страхования;

7.6.3.6. другие данные, установленные нормативным актом Банка России в качестве обязательных для включения в полисы добровольного медицинского страхования иностранных граждан и лиц без гражданства, находящихся на территории Российской Федерации с целью осуществления ими трудовой деятельности. Сведения о Страхователе, сведения о Застрахованных лицах, установленные настоящими Правилами, по требованию Страховщика подтверждаются копиями соответствующих документов;

7.6.3.7. следующие известные страхователю обстоятельства, имеющие существенное значение для определения вероятности наступления страхового случая и размера возможных убытков от его наступления (страхового риска), если эти обстоятельства не известны и не должны быть известны страховщику:
- род занятий и увлечений Застрахованного (коллектива), характер трудовой (производственной) деятельности Застрахованного (коллектива);
- наличие убытков по договорам страхования за предыдущие периоды страхования;
- занятия любым видом спорта, в том числе любительские и единичные занятия.

7.6.3.8. Для подтверждения достоверности информации, сообщенной Страхователем, а также в целях идентификации Страхователя - юридического лица, физического лица, индивидуального предпринимателя и потенциальных Застрахованных Страховщиком могут быть запрошены следующие документы:
а) Для физических лиц:
- документы, признанные в соответствии с законодательством РФ документами, удостоверяющими личность;
- миграционная карта;
- документ, подтверждающий право иностранного гражданина или лица без гражданства на пребывание в РФ;
- свидетельство о постановке на учёт физического лица в территориальном органе ФНС России;
- иные документы.

б) для юридических лиц резидентов РФ:
- свидетельства о регистрации;
- свидетельства о постановке на налоговый учет.
- выписка из единого государственного реестра юридических лиц;
- свидетельство о постановке на учёт в налоговом органе;
- иные документы.
в) для юридических лиц нерезидентов;
- свидетельства о регистрации, выданного в стране регистрации;
- и свидетельства о присвоении кода иностранной организации, выданного в стране регистрации;
- иные документы.
г) для индивидуальных предпринимателей:
- документы, перечисленные в подпункте а);
- свидетельство о регистрации физического лица в качестве индивидуального предпринимателя;
- иные документы.

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

7.8. При заключении договора страхования с физическим лицом осуществляется выдача страховых полисов каждому Застрахованному лицу, а при заключении договора страхования с юридическим лицом (или индивидуальным предпринимателем) договор заключается путем составления одного документа, подписываемого обеими сторонами договора, и выдачи страховых полисов Застрахованным.

7.9. Страховой полис является документом, удостоверяющим право Застрахованного лица на получение медицинской и/или иной помощи, предусмотренной Договором страхования. Страховой полис печатается на бланке, соответствующем требованиям, предъявляемым к бланкам полисов добровольного медицинского страхования трудовых мигрантов в соответствии с нормативным актом, устанавливающим минимальные (стандартные) требования 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.

7.10. В страховом полисе указываются сведения, предусмотренные нормативным актом, устанавливающим минимальные (стандартные) требования 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. Приложением к страховому полису является Программа страхования, а при заключении договоров страхования с физическими лицами – Условия страхования и Программа страхования.

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

7.12. При утрате Застрахованным лицом страхового полиса он должен незамедлительно известить об этом Страховщика. Утраченные бланки полисов признаются недействительными и не могут являться основанием для получения медицинской помощи в соответствии с Договором страхования. Взамен утраченных бланков полисов Страхователю (Застрахованному лицу) выдаются новые бланки полисов. При утрате страхового полиса в течение срока действия Договора страхования со Страхователя может быть взыскана стоимость изготовления нового бланка страхового полиса.

7.13. Договор добровольного медицинского страхования трудовых мигрантов может содержать условие о вступлении его в силу не ранее даты начала действия разрешения на работу или патента, также договором

страхования может быть предусмотрено вступление его в силу с определенной календарной даты или с момента истечения определенного срока после уплаты страховой премии (или первого страхового взноса).

7.14. Если условиями Договора страхования предусмотрено, что Договор страхования вступает в силу с момента уплаты страховой премии (или первого страхового взноса), то договор ДМС действует:

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.

7.15. 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.

7.16. Страховые полисы лиц, исключаемых из списка Застрахованных, подлежат возврату Страховщику. Страховой полис должен быть возвращен Страховщику в течение трех рабочих дней с даты исключения лица из списка Застрахованных лиц.

7.17. Изменение условий Договора страхования производится по обоюдному согласию Страхователя и Страховщика на основании заявления одной из сторон и оформляется дополнительным соглашением, которое становится неотъемлемой частью Договора страхования. Если какая-либо из сторон не согласна на внесение изменений в Договор страхования, то сторонами решается вопрос о действии Договора страхования на прежних условиях или о его прекращении.

7.18. Если после заключения договора принят закон, устанавливающий обязательные для сторон правила иные, чем те, которые действовали при заключении договора, условия заключенного договора сохраняют силу, кроме случаев, когда в законе установлено, что его действие распространяется на отношения, возникшие из ранее заключенных договоров.

7.19. Заключая Договор страхования на основании настоящих Правил, Страхователь, именуемый также далее «Субъект», в соответствии со ст. 9 Федерального закона от 27.07.2006 152-ФЗ «О персональных данных», дает свое конкретное, предметное, информированное, сознательное и однозначное согласие («Согласие») Обществу с ограниченной ответственностью «Медицинская страховая компания «ИНКО-МЕД» (ООО «МСК «ИНКО-МЕД»), (далее – Оператор) (ОГРН 1043600049041, ИНН 3666114486), адрес местонахождения: 394018, Российская Федерация, Воронежская область. г. Воронеж, ул. Платонова, д. 14, на обработку Оператором предоставленных Страхователем персональных данных и персональных данных специальной категории, в том числе, составляющих врачебную тайну (далее – персональные данные), с целью получения услуг по добровольному медицинскому страхованию, в том числе, но не ограничиваясь, для ведения регистра застрахованных, оплаты оказанной мне медицинской помощи и осуществления контроля над её объемом и качеством, а также с целью защиты прав Страхователя в области добровольного медицинского страхования.
Обработка персональных данных осуществляется Оператором в порядке и на условиях, предусмотренных действующим законодательством РФ, а также документом Оператора, определяющим политику обработки персональных данных Оператора. С текстом указанного документа, размещенного на сайте Оператора по адресу: www.inko-med.ru , Субъект ознакомлен.
Обработке подлежат следующие персональные данные: фамилия, имя, отчество, пол, дата и место рождения, данные документа, удостоверяющего личность, адрес, контактный телефон, гражданство, документ, подтверждающий право иностранного гражданина или лица без гражданства на пребывание в РФ, временное\постоянное проживание, адрес электронной почты, сведения о состоянии здоровья, диагнозе и прогнозах специалистов по их лечению, факте обращений за медицинскими услугами в медицинские организации (включая их наименования и сроки обращений), месте оказания медицинских услуг, виде, условиях и стоимости лечения, иные сведения, полученные страховщиком при обследованиях и лечении в медицинских организациях. Иные персональные данные, переданные в связи с рассмотрением вопроса возможности/целесообразности заключения Субъектом договоров с Оператором и его партнерами,

подготовкой к их заключению, заключением, исполнением и прекращением действия указанных договоров, а также обновленные или дополненные персональные данные из любых источников, в целях совершенствования процесса оказания услуг. Персональные данные могут обрабатываться посредством осуществления действий (операций) или совокупности действий (операций), совершаемых с использованием средств автоматизации или без использования таких средств, включая сбор, запись, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), извлечение, использование, включая, в случаях, предусмотренных законом или договором, передача, обезличивание, блокирование, удаление, уничтожение. Оператор наделен правом осуществлять обработку вышеуказанных персональных данных, в т.ч. сформированных в электронном виде на сайте Оператора, с помощью проставления отметок/введения соответствующей информации, и указанных в заключенном между Субъектом и Оператором договоре (договорах).

Заключая Договор страхования Субъект разрешает Оператору передачу своих персональных данных следующим лицам: аффилированным с Оператором лицам, а также связанным с Оператором договорными отношениями лицам (контрагенты), именуемым далее - «Партнеры», Реестр которых опубликован в свободном доступе на сайте Оператора по адресу: www.inko-med.ru для обработки в следующих целях: а) Для заключения между Субъектом и Оператором договоров по поручению Партнеров, включая в себя обслуживание, пролонгацию и расторжение названных договоров, а также предоставление ими дополнительных услуг и продуктов. б) Для направления Субъекту предложений заключить договоры с Партнерами, выступающими в качестве исполнителей, в том числе предоставления ими дополнительных услуг и продуктов. в) Для предложения Субъекту заключения с денежно-кредитными организациями договоров, в том числе предоставления ими дополнительных услуг и продуктов. г) Для маркетинговых и статистических исследований (в том числе опросов) и информирования Субъекта о продуктах и услугах Оператора и Партнеров, продвижения продуктов и услуг Оператора и Партнеров, на рынке, в т.ч. путем прямых контактов с потенциальными потребителями с помощью средств связи. д) Для обновления или дополнения персональных данных сведениями из открытых источников, в целях совершенствования процесса оказания услуг. Такая передача может быть осуществлена в т.ч. посредством электронной почты, специализированного программного обеспечения или на материальных носителях (бумажных или электронных). Такая передача, по усмотрению Оператора, также может считаться поручением Партнеру по обработке персональных данных. Персональные данные могут обрабатываться Оператором и Партнерами в том числе в целях рассмотрения вопроса возможности и целесообразности заключения договоров между Страхователем и Оператором и Партнерами, подготовки к их заключению, заключения, исполнения и прекращения их действия, в целях продвижения услуг Оператора и Партнеров, на рынке путем осуществления прямых контактов с потенциальным потребителем с помощью средств связи, в целях обновления или дополнения персональных данных любыми сведениями из любых источников; в целях совершенствования процесса оказания услуг. Субъект также дает согласие на получение рекламы продуктов и услуг Оператора и Партнеров, действующих в качестве рекламодателей и/или рекламораспространителей, в т.ч. по сетям электросвязи, посредством использования телефонной и подвижной радиотелефонной связи. Список рекламодателей опубликован в свободном доступе на сайте Оператора по адресу www.inko-med.ru.
Согласие предоставляется на срок 5 (пять) лет (за исключением согласия на запрос и получение кредитной истории, требуемого в силу норм законодательства о кредитных историях). По истечении указанного срока Согласие продлевается на каждый следующий пятилетний срок, если Согласие не будет отозвано. Согласие может быть отозвано полностью или частично посредством передачи Оператору соответствующего заявления. Такое заявление может быть передано как на бумажном носителе за собственноручной подписью заявителя, так и посредством электронной почты (с указанием сведений, обязательных для включения в запрос на получение информации, касающейся обработки персональных данных), мобильного приложения Оператора, личного кабинета на официальном сайте Оператора. В случае подписания заявления об отзыве Согласия представителем Субъекта к заявлению должен быть приложен документ, подтверждающий соответствующие полномочия представителя (его сканированный образ).
Страхователь подтверждает, что ему в полном объеме ясны его права и обязанности в области персональных данных и ему полностью понятно значение перечисленных в настоящем пункте терминов и их соответствие требованиям Федерального закона от 27.07.2006 № 152-ФЗ «О персональных данных» и Федерального закона от 30.12.2004 № 218-ФЗ «О кредитных историях», Федерального закона от 06.04.2011 № 63-ФЗ «Об электронной подписи». Страхователю разъяснено, что при отзыве им согласия Оператор вправе продолжить обработку его персональных данных в случаях, прямо предусмотренных действующим законодательством. Страхователь также гарантирует наличие аналогичных согласий иных лиц, персональные данные которых могут быть переданы Оператору и Партнерам Оператора, в т.ч. в связи с рассмотрением вопроса возможности

и целесообразности заключения Страхователем договоров с Оператором и Партнерами Оператора, подготовкой к их заключению, заключением, исполнением и прекращением действия указанных договоров. Страхователь обязуется по требованию Оператора в течение 1 (Одного) рабочего дня предоставить Оператору вышеуказанные согласия на обработку персональных данных в виде отдельных документов, составленных и оформленных в соответствии с законодательством Российской Федерации, способом, соответствующим требованиям законодательства Российской Федерации. Договором страхования могут быть определены иные (уточненные) условия обработки персональных данных, не противоречащие законодательству Российской Федерации.

8. ПОРЯДОК ИСПОЛНЕНИЯ ДОГОВОРА СТРАХОВАНИЯ

8.1. Для получения медицинской помощи и иных услуг, обеспеченных Договором страхования и соответствующей Программой страхования, Застрахованное лицо обязано обратиться к Страховщику по указанным в Договоре страхования / страховом полисе телефонам, известив Страховщика о наступлении страхового случая в сроки, предусмотренные настоящими Правилами или договором ДМС, после чего Страховщик организует Застрахованному оказание услуг.

8.2. Застрахованное лицо при обращении в медицинскую или иную организацию обязано предъявить страховой полис, документ, удостоверяющий личность, копию или оригинал действующих патента или разрешения на работу.

8.3. 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 медицинскими и иными организациями, находящимися на территории РФ.

8.4. Медицинские организации, сервисные компании и иные организации в соответствии с договором, заключенным со Страховщиком, оказывают услуги Застрахованным, предусмотренные Договором страхования и выбранными программами.

8.5. Страховая выплата по Договору страхования осуществляется Страховщиком путем оплаты стоимости оказанных Застрахованному лицу предусмотренных программой страхования медицинских и иных услуг, а также предусмотренных программой страхования лекарственных средств или медицинских изделий, если иное не установлено в договоре ДМС. Размер страховой выплаты определяется в соответствии со стоимостью оказанных застрахованному лицу услуг, предусмотренных программой страхования.

8.6. Осуществление перечисления денежных средств со стороны Страховщика за оказанные Застрахованному услуги производится после получения от медицинских организаций документов, подтверждающих наступление страхового случая и оказание предусмотренных программой страхования услуг: счета с указанием диагноза (кода диагноза в соответствии с действующей международной классификацией болезней), сроков лечения, перечня и количества оказанных услуг, их общей стоимости и детализации по ценам для отдельных услуг, оказанных Застрахованному лицу в пределах Программы, предусмотренной Договором страхования.

8.7. Договор страхования может предусматривать возмещение расходов, понесенных Страхователем (Застрахованным) по оплате медицинских и/или иных услуг, оказанных Застрахованному лицу по согласованию со Страховщиком и в соответствии с условиями Договора страхования, непосредственно Застрахованному лицу наличными деньгами или перечислением на его счет.

8.8. Для осуществления выплаты в соответствии с п. 8.7. настоящих Правил Застрахованный обязан предоставить Страховщику заявление с приложением оригиналов оплаченного счета с указанием медицинской организации, оказавшей услуги, перечня оказанных услуг и их стоимости с детализацией по ценам, квитанции или кассового чека, подтверждающих факт оплаты услуг, выписки из медицинского документа, подтверждающего факт получения услуг, заверенного прейскуранта медицинской организации, договора на оказание платных медицинских услуг, заключенного между Застрахованным лицом и медицинской организацией, заверенной копии лицензии медицинской организации со всеми приложениями.

8.9. Взаимоотношения Страховщика с медицинскими и (или) иными организациями определяются соответствующим договорами, заключенными между этими организациями и Страховщиком.

8.10. Страховщик проверяет соответствие оказываемых Застрахованному услуг оговоренному в Договоре страхования объему, сроки предоставления услуг и выполнение других положений Договора страхования, а также содействует проведению экспертизы качества оказанных услуг по письменному заявлению Страхователя (Застрахованного).

8.11. В счет страховой выплаты Застрахованному при наступлении страхового случая в рамках исполнения Договора страхования Страховщик организует и оплачивает предусмотренные программой страхования услуги, оказанные Застрахованному лицу во время действия страхования по заданию Страховщика.

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

8.13. Перечень подлежащих оплате медицинских и иных услуг и объем медицинской помощи определяется Программой страхования, на условиях которой заключен Договор страхования, в соответствии с нормативным актом Банка России, устанавливающим минимальные (стандартные) требования 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.

8.14. Страховая выплата при оплате счетов медицинских и иных организаций за оказанные Застрахованным услуги осуществляется в сроки, установленные договорами, заключенными между Страховщиком и этими организациями.

8.15. В случае осуществления страховой выплаты в соответствии с п. 8.7. настоящих Правил, Страховщик принимает решение о страховой выплате в течение десяти рабочих дней после получения и проверки документов, предусмотренных пунктом 8.8. настоящих Правил, если иное не указано в договоре страхования по соглашению сторон., а страховая выплата осуществляется в течение десяти рабочих дней после принятия решения о страховой выплате.

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

9.1. 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. Значительными признаются обстоятельства, оговоренные в Договоре страхования (страховом полисе) или в заявлении о заключении Договора страхования.

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

9.3. 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.

10. ПРАВА И ОБЯЗАННОСТИ СТОРОН

10.1. Права и обязанности Застрахованного лица по Договору страхования.

10.1.1. Застрахованное лицо имеет право:

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

б) на получение дубликата страхового полиса в случае его утраты.

10.1.2. Застрахованное лицо обязано:

а) соблюдать требования условий Правил страхования, если в силу закона эти Правила являются обязательными для Застрахованного, соблюдать Договор страхования и условия Программы страхования, предписания лечащего врача в ходе получения медицинской помощи, распорядок, установленный медицинскими организациями;

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

в) сообщать своевременно Страховщику об изменении своей фамилии, имени, отчества (при наличии), контактной информации и места жительства, указанных в договоре ДМС/страховом полисе;

г) предоставлять Страховщику право путем подписания в медицинских и иных организациях соответствующих разрешений и согласий на ознакомление с медицинской документацией из любых медицинских и иных организаций, предоставлять Страховщику право на обработку в течение действия Договора страхования и в течение десяти лет после завершения действия Договора страхования персональных данных, в том числе относящихся к специальной категории – сведений о состоянии здоровья, об обращениях за медицинской помощью и об оказанных медицинских услугах, для решения вопросов, связанных с исполнением Договора страхования и оплатой оказанных Застрахованному медицинских услуг, предоставлять имеющиеся у Застрахованного медицинские документы, подтверждающие наступление страхового случая и оказание услуг, предусмотренных Программой страхования;

д) посещать заранее согласованные с медицинскими и/или иными организациями процедуры, приемы и исследования, не нарушать лечебный режим, вызывать скорую медицинскую помощь только в случае необходимости;

е) представлять Страховщику необходимые для заключения Договора страхования достоверные сведения, а также иную необходимую информацию, связанную с исполнением Договора страхования, в том числе сведения, имеющие существенное значение для определения вероятности наступления страхового случая и размера возможных убытков от его наступления (страхового риска), если эти обстоятельства не известны и не должны быть известны Страховщику;

ж) при получении страховой документации (договора страхования, страхового полиса) удостоверять личной подписью факт получения указанных документов и ознакомления с условиями Договора страхования, Программой страхования;

з) при утрате страхового полиса незамедлительно извещать об этом Страховщика;

и) в случае неявки без уважительной причины Застрахованного лица на заранее согласованные с медицинской и (или) иной организацией процедуры, приемы и исследования, для выполнения вмешательств, а также в связи с необоснованным или ложным вызовом скорой медицинской помощи, нарушением лечебного режима, 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 четырнадцати рабочих дней с даты получения Застрахованным лицом соответствующего требования Страховщика;

к) извещать Страховщика о наступлении страхового случая в порядке и сроки, установленные Договором страхования и следовать инструкциям Страховщика для организации оказания услуг, предусмотренных Программой страхования.

10.2. Права и обязанности Страхователя по Договору страхования.

10.2.1. Страхователь обязан:

а) представлять Страховщику необходимые для заключения настоящего Договора страхования достоверные сведения, а также иную необходимую информацию, связанную с исполнением настоящего Договора страхования, сведения об обстоятельствах, имеющих существенное значение для определения вероятности наступления страхового случая и размера возможных убытков от его наступления (страхового риска), если эти обстоятельства не известны и не должны быть известны страховщику;

б) уплатить страховую премию (страховые взносы) в размерах и сроки, определенные Договором (полисом) страхования;

в) незамедлительно сообщать Страховщику о ставших ему известными значительных изменениях в обстоятельствах, сообщенных Страховщику при заключении Договора страхования, если эти изменения могут существенно повлиять на увеличение страхового риска;

г) довести до сведения Застрахованных лиц условия предоставления услуг, предусмотренных Программой страхования, условия Договора страхования, условия Правил страхования, если эти правила обязательны для Застрахованных лиц в соответствии с действующим законодательством Российской Федерации;

д) получать от Застрахованных лиц и предоставлять по запросу Страховщика в сроки, установленные настоящими Правилами, согласия Застрахованных лиц на обработку персональных данных, в том числе персональных данных специальных категорий, указанных в настоящих Правилах, согласия на досрочное прекращение Договора страхования в отношении соответствующих Застрахованных.

10.2.2. Страхователь имеет право:

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

б) при коллективном страховании изменять список Застрахованных лиц путем подписания дополнительного соглашения к Договору страхования и уплаты при необходимости дополнительной страховой премии и предоставления информации, необходимой для страхования новых физических лиц;

в) по соглашению со Страховщиком расширять перечень медицинских услуг в пределах, предусмотренных Правилами страхования и Программами страхования, путем подписания дополнительного соглашения к Договору страхования и уплаты дополнительного страхового взноса по требованию Страховщика;

г) досрочно отказаться от Договора страхования в целом или в отношении определенных Застрахованных лиц, уведомив Страховщика и предоставив письменные согласия физических лиц, в отношении которых договор ДМС досрочно прекращается.

10.3. Права и обязанности Страховщика.

10.3.1. Страховщик обязан:

а) ознакомить Страхователя с содержанием Правил страхования, если в силу действующего законодательства Российской Федерации Правила страхования обязательны для Страхователя, ознакомить с программами страхования;

б) выдавать Страхователю (Застрахованным) страховые полисы установленной формы, соответствующей требованиям действующего законодательства Российской Федерации;

в) производить страховые выплаты при наступлении страховых случаев в порядке, установленном настоящими Правилами или Договором страхования путем организации и оплаты медицинские и иных услуг, оказываемых в течение действия Договора страхования Застрахованным лицам медицинскими или иными

организациями по существующим технологиям в соответствии с условиями Договора страхования в пределах обусловленной в нем страховой суммы;

г) обеспечивать конфиденциальность в отношениях со Страхователем (Застрахованными) в соответствии с действующим законодательством Российской Федерации: информация о диагнозах Застрахованных, фактах их обращениях за медицинской помощью и ее объеме может быть представлена Страхователю только с письменного разрешения Застрахованного лиц;

д) при уменьшении страховой суммы менее 10 000 рублей уведомлять Застрахованное лицо и Страхователя об этом в течение 5 рабочих дней.

10.3.2. Страховщик имеет право:

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

б) досрочно расторгнуть Договор страхования в случаях, предусмотренных законодательством РФ, настоящими Правилами, Договором страхования;

в) организовать Застрахованному лицу медицинскую помощь в экстренной форме с привлечением муниципальных и бюджетных учреждений здравоохранения;

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

д) проверять сообщенную Страхователем и Застрахованным информацию, в том числе путем получения от Застрахованного или от организаций, оказывавших услуги застрахованному, документов, подтверждающих наступление страхового случая, в том числе медицинских документов, содержащих информацию об обращении Застрахованного за медицинской помощью, об оказанных медицинских услугах, о применявшихся медицинских изделиях и лекарственных средствах.

10.4. Права и обязанности сторон Договора страхования по использованию персональных данных:

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

10.4.2. Персональные данные Страхователя включают в себя: фамилия, имя, отчество, дата рождения, место рождения, адрес проживания, контактный телефон, паспортные данные (сведения о документе, удостоверяющем личность), сведения о состоянии здоровья, заболеваниях, обращениях в медицинские организации и об оказанных услугах, другие данные, указанные в заключенном со Страховщиком Договоре страхования (включая неотъемлемые его части), которые могут быть отнесены в соответствии с законодательством РФ к персональным данным.

10.4.3. Страхователь предоставляет Страховщику право осуществлять все действия (операции) с персональными данными включая сбор, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), использование, передачу партнерам (медицинским и иным организациям, с которыми у Страховщика имеются договорные отношения об оказании медицинских и иных услуг), обезличивание, блокирование, уничтожение, внесение в информационную систему, обработку с использованием средств автоматизации или без использования таких средств. Страховщик вправе обрабатывать персональные данные посредством включения их в электронные базы данных Страховщика. Страховщик может осуществлять обработку персональных данных в течение действия Договора ДМС и в течение 10 (Десять) лет после его прекращения.

10.4.4. Страховщик имеет право во исполнение своих обязательств по Договору страхования передавать персональные данные Страхователя, в том числе персональные данные специальных категорий – сведения о состоянии здоровья, об оказанных медицинских услугах третьим лицам в целях организации и оказания услуг, предусмотренных договором страхования, при условии, что у Страховщика есть соглашение с указанными третьими лицами, обеспечивающее безопасность персональных данных при их обработке и предотвращение разглашения персональных данных.

10.4.5. Страхователь дает свое согласие на обработку персональных данных Страхователя с момента заключения Договора страхования (если заключению Договора страхования предшествовала подача Страхователем заявления на страхование, то согласие действует с даты, указанной в заявлении на страхование). Согласие Страхователя на обработку персональных данных Страхователя действует в течение десяти лет после завершения действия договора ДМС (если иное не установлено Договором страхования).

10.4.6. Страхователь вправе отозвать своё согласие посредством составления соответствующего письменного документа, который должен быть направлен в адрес Страховщика заказным письмом с уведомлением о вручении, либо вручен лично под расписку уполномоченному представителю Страховщика. В случае поступления Страховщику от Страхователя письменного заявления об отзыве согласия на обработку персональных данных, согласие считается отозванным с даты поступления указанного заявления Страховщику.

10.4.7. Положения настоящих Правил страхования, регулирующие обработку персональных данных, относятся также и к Застрахованному лицу в случае подписания им согласия на обработку Страховщиком персональных данных, а также в случаях, когда Страхователь и застрахованное лицо совпадают. В случаях, когда при страховании трудовых мигрантов Страхователь и Застрахованное лицо не совпадают, Страхователь обязуется предоставить подписанные Застрахованными лицами согласия на обработку персональных данных, указанных в настоящих Правилах, в течение пяти рабочих дней после получения соответствующего запроса от Страховщика, а в случае наложения на Страховщика санкций по причине не предоставления соответствующих согласий, возместить Страховщику все убытки, причиненные в результате не предоставления подписанных Застрахованными лицами согласий на обработку персональных данных.

10.4.8. В случае отзыва Застрахованным лицом своего согласия на обработку персональных данных действие Договора страхования в отношении такого лица прекращается, а в случае отзыва такого согласия Страхователем, Договор страхования прекращается полностью. При этом действие Договора страхования (полностью или частично) прекращается досрочно с даты получения Страховщиком соответствующего заявления об отзыве согласия на обработку персональных данных. В этом случае Страховщик обязуется уничтожить такие персональные данные в сроки, установленные действующим законодательством Российской Федерации.

10.4.9. Отзыв Застрахованным лицом или Страхователем согласия на обработку персональных данных, признается Страховщиком в качестве добровольного волеизлияния Застрахованного лица или Страхователя о досрочном отказе от договора страхования, в связи с чем уплаченная Страховщику страховая премия за лиц, в отношении которых прекращается действие договора страхования, не подлежит возврату Страхователю или зачету при последующем страховании новых лиц.

10.5. Иные права и обязанности сторон договора ДМС:

10.5.1. В Договор страхования трудовых мигрантов могут быть включены и иные права и обязанности субъектов страхования, не противоречащие законодательству РФ;

10.5.2. Субъекты страхования имеют права и несут обязанности, установленные действующим законодательством Российской Федерации вне зависимости от упоминания этих прав и обязанностей в настоящих правилах или в договоре страхования.

11. ПРЕКРАЩЕНИЕ ДЕЙСТВИЯ ДОГОВОРА СТРАХОВАНИЯ

11.1. 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 и размеры: договор ДМС прекращает свое действие с 00 часов 00 минут дня, следующего за днем неуплаты очередного страхового взноса, если сторонами договора не заключено дополнительное письменное соглашение об изменении срока и порядка уплаты очередных страховых взносов;

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.

11.2. Договор страхования может быть прекращен досрочно по требованию Страхователя в соответствии с нормами гражданского законодательствами с письменным уведомлением другой стороны.

11.3. 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 Страховщик имеет право на часть страховой премии пропорционально времени, в течение которого действовало страхование.

11.4. При досрочном отказе страхователя (застрахованного лица) от договора страхования уплаченная страховщику страховая премия не подлежит возврату, если договором не предусмотрено иное.

11.5. Во всех случаях досрочного прекращения Договора страхования, Застрахованные лица обязаны вернуть Страховщику страховые полисы, действие которых прекращается с момента прекращения Договора страхования.

11.6. Если после заключения Договора страхования будет установлено, что Страхователь сообщил Страховщику заведомо ложные сведения об обстоятельствах, имеющих существенное значение для определения вероятности наступления страхового случая и размера возможных убытков от его наступления (страхового риска), Страховщик вправе потребовать признания договора недействительным и применения последствий, предусмотренных пунктом 2 статьи 179 Гражданского кодекса РФ.

12. ПОРЯДОК РАЗРЕШЕНИЯ СПОРОВ

12.1. 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, медицинской организации и/или иной организации и, в случае необходимости, независимые эксперты по требованию и за счет потребовавшей Стороны.

12.2. Соблюдение досудебного претензионного порядка является обязательным для субъектов страхования в случае возникновения споров при исполнении договора ДМС.

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

13. УСЛУГИ, НЕ ПОДЛЕЖАЩИЕ ОПЛАТЕ

13.1. В программы ДМС не включается оплата медицинских и иных услуг, лекарственного обеспечения при обращении Застрахованного по следующим медицинским поводам:
- 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;

13.2. Кроме того, в программы ДМС не включается оплата следующих медицинских и/или иных услуг, лекарственного обеспечения:
– не предусмотренных Программой 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 страхования;
– по оказанию застрахованному лицу медицинской помощи, не назначенной врачом, оказывающим медицинскую помощь в рамках настоящих Правил 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.

13.2. Не подлежат оплате медицинские и иные услуги, оказываемые после завершения действия Договора страхования.

13.3. Не оплачиваются Страховщиком расходы, понесенные Страхователем (Застрахованным) в связи с событиями, произошедшими вне сроков действия страхования.

13.4. Не подлежат оплате услуги, возмещению расходы на приобретение страхователем (застрахованным лицом) лекарственных препаратов и медицинских изделий, за исключением предусмотренных как подлежащие оплате нормативным актом Банка России, устанавливающим минимальные (стандартные) требования 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.

13.5. Если законом или Договором страхования не предусмотрено иное, страховщик освобождается от выплаты страхового возмещения и страховой суммы, когда страховой случай наступил вследствие:
- воздействия ядерного взрыва, радиации или радиоактивного заражения;
- военных действий, а также маневров или иных военных мероприятий;
- гражданской войны, народных волнений всякого рода или забастовок.

Приложение № 1 к Правилам добровольного медицинского страхования иностранных граждан и лиц без гражданства, находящихся на территории РФ с целью осуществления трудовой деятельности

БАЗОВЫЙ СТРАХОВОЙ ТАРИФ ПО ДОБРОВОЛЬНОМУ МЕДИЦИНСКОМУ СТРАХОВАНИЮ ИНОСТРАННЫХ ГРАЖДАН И ЛИЦ БЕЗ ГРАЖДАНСТВА, НАХОДЯЩИХСЯ НА ТЕРРИТОРИИ РФ С ЦЕЛЬЮ ОСУЩЕСТВЛЕНИЯ ТРУДОВОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ

Медицинская услуга	Базовый страховой тариф
Оказание первичной медико-санитарная помощи в неотложной форме; Оказание специализированной медицинской помощи в неотложной форме; Оказание экстренной стоматологической помощи; Оказание скорой (неотложной) медицинской помощи.	1,77% от страховой суммы

Базовый страховой тариф определен на срок страхования 1 (один) год.

В зависимости от срока страхования Страховщик вправе применять к годовому базовому страховому тарифу корректирующие коэффициенты: 1 месяц – 0,45; 2 месяца – 0,50; 3 месяца – 0,55; 4 месяца – 0,60; 5 месяцев – 0,65; 6 месяцев – 0,70; 7 месяцев – 0,75; 8 месяцев – 0,80; 9 месяцев – 0,85; 10 месяцев – 0,90; 11 месяцев – 0,95. По договорам страхования, заключаемым на срок более одного года, страховой тариф определяется путем умножения количества месяцев, составляющих срок страхования, на 1/12 от базовой тарифной ставки. При расчете срока страхования неполный месяц принимается за полный.

При заключении конкретного договора страхования Страховщик вправе применять к базовой тарифной ставке, учитывающей срок страхования, общий корректирующий коэффициент в диапазоне от 0,10 до 10,00. Общий корректирующий коэффициент определяется произведением корректирующих коэффициентов в зависимости от факторов, имеющих существенное значение для определения степени страхового риска.

В связи с тем, что конкретные факторы риска и обстоятельства, увеличивающие (уменьшающие) вероятность наступления страхового события и величину страховой выплаты, а также конкретные размеры повышающих (понижающих) коэффициентов, которые Страховщик вправе применять к базовой тарифной ставке, могут быть выявлены (определены) только в ходе оценки Страховщиком страхового риска при заключении конкретного договора страхования, поэтому в настоящем расчёте указаны минимальные и максимальные значения корректирующих коэффициентов в определенном диапазоне их применения. Это позволяет Страховщику определить страховой тариф, учитывающий особенности объекта страхования и характер страхового риска по конкретному договору страхования, и является гарантией обеспечения его финансовой устойчивости.

Приложение № 2 к Правилам добровольного медицинского страхования иностранных граждан и лиц без гражданства, находящихся на территории РФ с целью осуществления трудовой деятельности

ПРОГРАММА ДОБРОВОЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ ИНОСТРАННЫХ ГРАЖДАН И ЛИЦ БЕЗ ГРАЖДАНСТВА, НАХОДЯЩИХСЯ НА ТЕРРИТОРИИ РФ С ЦЕЛЬЮ ОСУЩЕСТВЛЕНИЯ ТРУДОВОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ

Программа разработана с учетом требований и особенностей, установленных Указанием Банка России от 13.09.2015 N 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»).

Программа включает в себя оказание первичной медико-санитарной помощи и специализированной медицинской помощи в неотложной форме в случаях заболеваний и состояний, входящих согласно части шестой статьи 35 Федерального закона от 29 ноября 2010 года N 326-ФЗ "Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации" в базовую программу обязательного медицинского страхования:

1) инфекционные и паразитарные болезни, за исключением заболеваний, передаваемых половым путем, туберкулеза, ВИЧ-инфекции и синдрома приобретенного иммунодефицита;
2) новообразования;
3) болезни эндокринной системы;
4) расстройства питания и нарушения обмена веществ;
5) болезни нервной системы;
6) болезни крови, кроветворных органов;
7) отдельные нарушения, вовлекающие иммунный механизм;
8) болезни глаза и его придаточного аппарата;
9) болезни уха и сосцевидного отростка;
10) болезни системы кровообращения;
11) болезни органов дыхания;
12) болезни органов пищеварения;
13) болезни мочеполовой системы;
14) болезни кожи и подкожной клетчатки;
15) болезни костно-мышечной системы и соединительной ткани;
16) травмы, отравления и некоторые другие последствия воздействия внешних причин.

Программа ДМС трудовых мигрантов предусматривает оплату страховщиком расходов на используемые медицинским персоналом при оказании медицинской помощи в неотложной форме в соответствии со стандартами первичной медико-санитарной помощи и специализированной медицинской помощи в рамках программы ДМС трудовых мигрантов лекарственные препараты, включенные в утверждаемый Правительством Российской Федерации перечень жизненно необходимых и важнейших лекарственных препаратов для медицинского применения и медицинских изделий, и медицинские изделия, включенные в утверждаемый Правительством Российской Федерации перечень медицинских изделий, имплантируемых в организм человека при оказании медицинской помощи в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи, в том числе оплату лечебного питания в стационаре и донорской крови и ее компонентов.

Договор страхования (Полис) гарантирует оказание первичной медико-санитарной помощи и специализированной медицинской помощи в неотложной форме при внезапном остром заболевании, при обострении хронических заболеваний и состояниях, угрожающих жизни и здоровью.

Для получения медицинской помощи застрахованный обязан обратиться в круглосуточную консультационно-диспетчерскую службу страховой компании.

ПРОГРАММА СТРАХОВАНИЯ

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).
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.
Экстренная стоматологическая помощь. Объём помощи:
Консультация; рентгенологическое исследование; терапевтическое лечение (снятие боли) с применением пломбировочных материалов российских производителей; хирургическое лечение (удаление зуба).
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.
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:

а. лекарственных препаратов, включенных в утверждаемый Правительством Российской Федерации перечень жизненно необходимых и важнейших лекарственных препаратов для медицинского применения, и медицинских изделий;

б. 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;

в. донорской крови и ее компонентов.

2. Порядок оказания медицинской помощи (медицинских услуг):
2.1. Страховщик заключает договор с медицинской организацией на оказание медицинской помощи (медицинских услуг) застрахованным лицам. В целях организации оказания Застрахованным лицам медицинской помощи (медицинских услуг) и иных услуг Страховщик заключает отдельный договор на организацию медицинского обслуживания с Сервисной организацией.
2.2. При наступлении события, имеющего признаки страхового случая, застрахованное лицо обязано обратиться к Страховщику или в Сервисную организацию способом, указанным в договоре страхования (страховом полисе).
2.3. Для получения предусмотренной настоящей Программой страхования медицинской помощи и иных услуг застрахованное лицо обращается в медицинскую организацию, определенную Страховщиком и/или Сервисной организацией.
2.4. Медицинская помощь оказывается застрахованному лицу в соответствии с режимом работы медицинской организации при условии предъявления им полиса и документа, удостоверяющего его личность.
2.5. Страховщик и/или Сервисная организация имеет право организовывать экстренную медицинскую помощь застрахованным лицам по жизненным показаниям с привлечением муниципальных медицинских организаций (скорая медицинская помощь, госпитализация в ближайший стационар и пр.).

2.6. При наступлении страхового случая, Страховщик обязуется произвести оплату медицинских услуг в соответствии с договором на оказание платных медицинских услуг, заключенным между Страховщиком и медицинской организацией, и/или произвести оплату за организацию медицинских и иных услуг в соответствии договором на организацию оказания медицинских услуг, заключенным между Страховщиком и Сервисной организацией.

3. Исключения из Программы:

В программы ДМС не включается оплата медицинских и иных услуг, лекарственного обеспечения при обращении Застрахованного по следующим медицинским поводам:

- 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 программы ДМС не включается оплата следующих медицинских и/или иных услуг, лекарственного обеспечения:

– не предусмотренных настоящей программой или договором добровольного медицинского страхования (полисом);

– расходов на оказание услуг трудовым мигрантам, не указанным в договоре страхования (полисе) как Застрахованные;

– если Застрахованное лицо обратилось за оказанием медицинской помощи без предварительного обращения в круглосуточную консультационно-диспетчерскую службу по указанным в договоре/полисе/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/полиса;

– 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.

Пронумеровано, прошнуровано
и скреплено печатью 25
(двадцать пять) листов

с ограниченной ответственностью
"Медицинская страховая компания
"ИНКО-МЕД"

Генеральный директор

Общество с ограниченной ответственностью «Медицинская страховая компания «ИНКО-МЕД» ОГРН 1043600049041

Москалева