

Утверждены приказом
Генерального директора
№ 74 от «26» апреля 2016 г.

ПРАВИЛА ДОБРОВОЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ
иностранных граждан и лиц без гражданства, находящихся на территории
Российской Федерации с целью осуществления ими трудовой
деятельности
РЕДАКЦИЯ 1.16

г. Санкт-Петербург
2016

Содержание:

I. ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ

Статья 1. Правила страхования и договор страхования.

Статья 2. Застрахованные лица.

Статья 3. Страховой риск и страховой случай.

Статья 4. Программы добровольного медицинского страхования.

Статья 5. Страховая сумма, страховая премия и страховые взносы

Статья 6. Заключение, вступление в силу и срок действия договора страхования

Статья 7. Изменение договора страхования

Статья 8. Прекращение договора страхования

Статья 9. Организация оказания медицинских услуг и медицинские учреждения

Статья 10. Страховая выплата

Статья 11. Разрешение споров

II. ПРИЛОЖЕНИЯ

Приложение 1. Страховые тарифы ДМС

I. ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ

Статья 1. Правила страхования и договор страхования

1.1. На условиях настоящих Правил Либерти Страхование (АО), именуемое в дальнейшем «Страховщик», заключает с юридическими лицами, индивидуальными предпринимателями и физическими лицами, именуемыми в дальнейшем «Страхователи», договоры добровольного медицинского страхования (далее по тексту – «договоры страхования» или «договоры») физических лиц – иностранных граждан и лиц без гражданства, находящихся на территории Российской Федерации с целью осуществления ими трудовой деятельности (трудовые мигранты), (далее по тексту – «Застрахованных лиц» или «Застрахованных») в пользу последних.

1.2. Договор страхования является соглашением между Страхователем и Страховщиком, в силу которого Страховщик обязуется за обусловленную договором страхования плату (страховую премию) при наступлении предусмотренного в договоре события (страхового случая) произвести оплату оказанных Застрахованному медицинских услуг и/или иных услуг, в пределах оговоренной договором суммы (страховой суммы). Оплата услуг производится медицинскому учреждению, сервисной компании и/или иному учреждению, оказавшему Застрахованному лицу соответствующие услуги.

1.3. Объектом страхования являются имущественные интересы, связанные с затратами Застрахованных на получение медицинской помощи и иных услуг при возникновении страхового случая, в порядке и на условиях настоящих Правил.

Статья 2. Застрахованные лица

2.1. Застрахованным лицом является названное в договоре страхования физическое лицо – иностранный гражданин или лицо без гражданства, находящееся на территории Российской Федерации с целью осуществления им трудовой деятельности, на случай наступления в жизни которого определенного договором страхования события (страхового случая), заключается договор страхования.

2.2. Застрахованными являются лица, удовлетворяющие следующим требованиям:

2.2.1. возраст Застрахованных лиц - от 18 до 65 лет включительно;

2.2.2. на момент заключения договора страхования не являющиеся частично или полностью нетрудоспособными, не страдающие наркоманией, психическими расстройствами, СПИДом (в том числе ВИЧ-инфицирование), злокачественными новообразованиями, системными заболеваниями соединительной ткани.

2.3. Если в период действия договора страхования будет установлено, что лицо, указанное в качестве Застрахованного, не удовлетворяет вышеприведенным критериям, то считается, что договор страхования в отношении такого лица не был заключен. Страховая премия, оплаченная по данному лицу, подлежит возврату Страхователю.

2.4. При заключении договора страхования Страховщик вправе провести обследование страхуемого лица для оценки фактического состояния его здоровья.

Статья 3. Страховой риск и страховой случай

3.1. Страховым риском является возможное обращение Застрахованного лица за медицинской помощью и/или иными услугами, предусмотренными договором страхования.

3.2. Страховым случаем по договору (полису) добровольного медицинского страхования является обращение Застрахованного лица в течение срока действия договора страхования (полиса) в

медицинское (лечебно-профилактическое) учреждение, сервисную компанию и/или иную организацию, указанную в договоре страхования, в связи с внезапными острыми заболеваниями, травмами, отравлениями и другими состояниями, возникшими в пределах срока страхования и требующими медицинского вмешательства, сопряженных услуг и/или репатриации по Программе страхования, указанной в ст. 4 настоящего Договора при одновременном соблюдении следующих условий:

3.2.1. медицинская помощь, за которой обратился Застрахованный, предусмотрена Программой ДМС для данного Застрахованного;

3.2.2. заболевание и расстройство здоровья, в связи с которым обратился Застрахованный, не указано как исключение в Договоре страхования;

3.2.3. медицинская транспортировка или репатриация являются следствием страхового события, произошедшего в период действия договора страхования.

Статья 4. Программы добровольного медицинского страхования

Виды и объемы медицинской помощи и/или иные услуги, которые Застрахованный может получить по Договору страхования, определены в Программах добровольного медицинского страхования (далее по тексту - Программы ДМС или Программы):

4.1. Программа «М1»:

Первичная медико-санитарная помощь и специализированная медицинская помощь в неотложной форме, оказываемая амбулаторно и в условиях стационара в рамках базовой программы обязательного медицинского страхования с учетом исключений по пункту 4.4 Правил, при возникновении следующих заболеваний/состояний:

- инфекционные болезни, болезни эндокринной системы, болезни глаза и его придаточного аппарата, болезни уха и сосцевидного отростка, болезни системы кровообращения, болезни органов дыхания, болезни органов пищеварения, болезни мочеполовой системы, болезни кожи и подкожной клетчатки, болезни костно-мышечной системы и соединительной ткани, травмы, отравления и некоторые другие последствия воздействия внешних причин.

4.1.1. Первичная медико-санитарная помощь и специализированная медицинская помощь в неотложной форме, оказываемая амбулаторно, включает:

4.1.1.1. консультативно-диагностическую помощь врачей-специалистов: терапевта, хирурга, невролога, гинеколога, уролога, оториноларинголога, офтальмолога, гастроэнтеролога, кардиолога, эндокринолога (до установления диагноза), дерматолога (до установления диагноза), травматолога-ортопеда, инфекциониста, сосудистого хирурга, пульмонолога, ревматолога, нефролога, гематолога (до установления диагноза), проктолога, аллерголога-иммунолога (до установления диагноза);

4.1.1.2. лабораторную диагностику: общеклинические, биохимические, бактериологические исследования;

4.1.1.3. аппаратную и инструментальную диагностику: рентгеновские исследования; функциональную диагностику (ЭКГ, ЭЭГ, исследование функции внешнего дыхания, ЭХО-КГ); эндоскопические исследования органов пищеварения и дыхания (бронхоскопия); ультразвуковые исследования;

4.1.1.4. экспертизу трудоспособности: выдача листков нетрудоспособности, медицинских справок.

4.1.2. Первичная медико-санитарная помощь и специализированная медицинская помощь в неотложной форме, оказываемая в условиях стационара, включает:

4.1.2.1. госпитализацию Застрахованного в 4-8-х местной палате в отделениях следующего профиля: терапия (общая), хирургия (общая), кардиология, ревматология, гастроэнтерология, пульмонология, эндокринология, нефрология, неврология, инфекционные болезни, травматология, урология, сосудистая хирургия, проктология, гинекология, оториноларингология, офтальмология.

Госпитализация Застрахованного может быть осуществлена в лечебно-профилактические учреждения, имеющие договорные отношения со страховой компанией, с учетом наличия свободных мест (по усмотрению страховой компании), либо по жизненным показаниям с использованием услуг станции скорой медицинской помощи в ближайшую к месту нахождения Застрахованного больницу, способную оказать соответствующую помощь. В дальнейшем Застрахованный, с учетом его согласия и состояния здоровья, может быть переведен Страховщиком в лечебное учреждение из числа предусмотренных Программой страхования.

Если при поступлении, в связи с отсутствием мест в палате, предусмотренной Программой страхования (полисом), Застрахованного разместили в палате с количеством мест, не предусмотренным договором, то Страховщик принимает все меры для перевода Застрахованного в палату с количеством мест, предусмотренных Программой страхования;

4.1.2.2. профессиональные услуги врачей и среднего медицинского персонала;

4.1.2.3. диагностические лабораторные и инструментальные исследования, проводимые по поводу заболевания или травмы, послуживших основанием для стационарной помощи;

4.1.2.4. консервативное (в т.ч., перевязки) и/или хирургическое оперативное лечение в необходимом объеме;

4.1.2.5. назначение и применение лекарственных препаратов и средств;

4.1.2.6. физиотерапевтическое лечение в неотложной форме: электро-, магнито-, звуко-, свето-, лазеро-, теплолечение, ингаляции - по назначению врача и в случаях, когда эти процедуры необходимы для лечения заболевания или травмы, послужившего причиной госпитализации;

4.1.2.7. лечебное питание, уход медицинского персонала.

4.2. Программа «М2»:

4.2.1. Услуги, предусмотренные Программой «М1», а также перечисленные ниже:

4.2.2. медицинская транспортировка: транспортировка Застрахованного любым способом (при необходимости со специальным медицинским сопровождением/социальным эскортом) от места события до ближайшего профильного медицинского учреждения, а также транспортировка/эвакуация Застрахованного (при необходимости со специальным медицинским сопровождением/социальным эскортом, специальными средствами и приспособлениями) до ближайшего к месту постоянного проживания аэропорта (вокзала), или, при наличии соответствующих медицинских показаний, до стационара, ближайшего к аэропорту (вокзалу), с которым есть прямое (международное) сообщение от территории страхования. Транспортировка организуется только сервисной компанией и только если состояние Застрахованного позволяет осуществить такую транспортировку. Необходимость медицинского сопровождения, специальных средств и приспособлений устанавливается медицинским представителем сервисной компании и лечащим врачом. При возможности возврата неиспользованного билета Страховщик оплачивает разницу между суммой возврата и стоимостью нового билета.

4.2.3. репатриация: репатриация тела Застрахованного до ближайшего к месту его проживания вокзала, аэропорта, порта (при условии имеющегося с территорией страхования международного сообщения), сопутствующие репатриации расходы, а также стоимость гроба (минимальная для территории страхования). По волеизъявлению близких родственников умершего Застрахованного репатриация тела Застрахованного может быть произведена до места предполагаемого захоронения, если это не требует затрат больших, чем предполагается выше. По согласованию с близкими родственниками умершего Застрахованного репатриация останков может быть заменена кремацией на территории страхования и транспортировкой урны с прахом в страну, где проживал Застрахованный, если это не требует затрат больших, чем предполагается выше. По волеизъявлению близких родственников умершего Застрахованного и по согласованию со Страховщиком репатриация останков может быть заменена на похороны тела Застрахованного на территории страхования, если это не требует затрат больших, чем предполагается выше.

4.3. Программа «М3»:

4.3.1. Услуги, предусмотренные Программой «М2», а также перечисленные ниже:

4.3.2. стоматологическая помощь: срочные диагностические и лечебные мероприятия, направленные на немедленное устранение всех болезненных состояний, вызванных острым пульпитом, глубоким кариесом, иными предусмотренными договором страхования заболеваниями естественных зубов в размере, не превышающем указанного в договоре страхования (полисе) лимита за весь период действия договора страхования.

4.3.3. При заключении договора страхования стороны могут договориться об изменении отдельных видов медицинских услуг из числа, предусмотренных в Программе, и/или изменении их объема (количества), а также перечня лечебно-профилактических учреждений, сервисных компаний и/или иных учреждений, предоставляющих медицинские услуги и/или иные услуги в рамках соответствующих Программ.

4.4. Исключения из страхового покрытия и перечень не страховых событий

Исключениями из страхового покрытия (методы диагностики, лечения; патологические состояния, заболевания, травмы и телесные повреждения), при которых Страховщик не несет ответственности по обращению Застрахованного лица за медицинской или иной помощью, являются:

4.4.1. медицинские и иные услуги, стоимость которых превышает размер страховой суммы и/или лимиты возмещения, предусмотренные договором страхования;

4.4.2. оказание медицинской помощи, не назначенной врачом; оказание и оплата медицинских услуг, которые не были рекомендованы, письменно засвидетельствованы уполномоченным представителем Страховщика или лечащим врачом Застрахованного, как необходимые и разумные, а также услуг, полученных по инициативе Застрахованного в медицинских учреждениях, не определенных Программой страхования, и/или не согласованные со Страховщиком;

4.4.3. любые медицинские услуги и исследования, оказываемые в плановом порядке, а также не предусмотренные Программой страхования;

4.4.4. оказание Застрахованному медицинской помощи при особо опасных инфекционных болезнях (натуральная оспа, полиомиелит, малярия ТОРС), заболеваниях, включенных в утверждаемый Правительством Российской Федерации перечень заболеваний, представляющих опасность для окружающих;

4.4.5. лечение заболевания или травмы, телесного повреждения, возникших у Застрахованного не в срок страхования и/или не на территории страхования;

- 4.4.6. любые медицинские услуги, если Застрахованный намеренно въехал на территорию страхования с целью получения лечения;
- 4.4.7. оказание высокотехнологичной медицинской помощи и диагностики, в том числе компьютерная томография и магнитно-резонансная томография, коронарография, ангиография и пр.;
- 4.4.8. реконструктивные и восстановительные операции всех видов, вне зависимости от причин, локализации и вида дефекта;
- 4.4.9. манипуляции, связанные с применением лазерных, ультразвуковых, электромагнитных установок в хирургии сосудов, гинекологии и урологии;
- 4.4.10. специфическая иммунизация (гипосенсибилизация) с различными аллергенами, вакцинации;
- 4.4.11. физиотерапевтическое лечение, за исключением физиотерапевтического лечения в неотложной форме (электро-, магнито-, звуко-, свето-, лазеро-, теплотечение, ингаляции) по назначению врача и в случаях, когда эти процедуры необходимы для лечения заболевания или травмы, послуживших причиной госпитализации;
- 4.4.12. лекарственное обеспечение амбулаторного лечения;
- 4.4.13. медицинские осмотры, связанные с оформлением разрешений (патентов) на трудовую деятельность, учебу, оформлением санаторно-курортных карт и направлений на МСЭК;
- 4.4.14. любые патологические состояния, заболевания, отравления и травмы, возникшие у Застрахованного в состоянии алкогольного, наркотического или токсического опьянения, а также под воздействием иных психоактивных веществ и/или лекарственных препаратов, употребленных без назначения врача;
- 4.4.15. оказание помощи Застрахованному при возникновении травм, телесных повреждений или иных нарушений здоровья, наступивших в результате совершения Застрахованным лицом умышленных противоправных действий;
- 4.4.16. оказание помощи Застрахованному при возникновении травм, или иных нарушений здоровья, наступивших в результате умышленного причинения себе телесных повреждений;
- 4.4.17. оказание Застрахованному медицинской помощи при покушении Застрахованного лица на самоубийство, вследствие членовредительства, за исключением тех случаев, когда Застрахованное лицо было доведено до такого состояния противоправными действиями третьих лиц;
- 4.4.18. оказание помощи Застрахованному при возникновении травм, телесных повреждений или иных нарушений здоровья в результате управления Застрахованным лицом транспортным средством в отсутствие предписанного законодательством Российской Федерации права на управление соответствующим транспортным средством (водительского удостоверения), и равно передача Застрахованным лицом управления транспортным средством лицу, не имеющему данного права, в том числе, когда такое лицо пребывает в состоянии алкогольного, токсического или наркотического опьянения;
- 4.4.19. венерические заболевания; любые формы заболеваний, передающихся преимущественно половым путем (ЗППП); ВИЧ-инфекции;
- 4.4.20. первичные и вторичные иммунодефицитные состояния и аутоиммунные заболевания; особо опасные и карантинные инфекции;
- 4.4.21. любые хронические заболевания, их обострения, последствия и осложнения, за исключением требующих оказания медицинских и/или иных услуг в неотложной форме, размер стоимости которых не превышает 10000 (десяти тысяч) рублей;
- 4.4.22. злокачественные новообразования, их осложнения; заболевания крови опухолевой природы, все опухоли центральной нервной системы;
- 4.4.23. психические, психосоматические, психоневрологические заболевания (в том числе неврозы, депрессии, панические атаки, эпилепсия и пр.) и расстройства поведения, их осложнения, а также различные травмы и соматические заболевания, возникшие в связи с заболеваниями психогенной природы; симулирование болезней;
- 4.4.24. заболевания, связанные с нарушением обмена веществ; сахарный диабет;
- 4.4.25. хроническая почечная недостаточность, требующая проведение гемодиализа;
- 4.4.26. туберкулез, саркоидоз и их осложнения;
- 4.4.27. заболевания крови и кровеносных органов, в том числе вовлекающие иммунный механизм;
- 4.4.28. системные заболевания соединительной ткани, в том числе ревматоидный артрит;
- 4.4.29. заболевания сердца, сосудов и нервной системы, требующие любых кардиохирургических вмешательств (в том числе коронарное шунтирование, баллонную ангиопластику коронарных артерий, установку стентов и искусственных клапанов, установку постоянных кардиостимуляторов и любых иных постоянных водителей ритма, аллопластику, ксенопластику и пр.); операции на сосудах головного и спинного мозга, коррекцию пороков сердца, операции по поводу грыж межпозвоночных дисков (за исключением лечения травматических повреждений, возникших в течение срока страхования);
- 4.4.30. врожденная и наследственная патология, аномалии, включая ортопедические заболевания, хромосомные нарушения, болезни обмена веществ, пороки развития; последствия родовых травм;
- 4.4.31. грибковые и паразитарные заболевания;
- 4.4.32. услуги, связанные с планированием семьи, ведением беременности, обследованиями по беременности, патологией беременности, прерыванием беременности (абортами) и лечениями

осложнений после прерывания беременности, родами и их осложнениями, родовспоможением, послеродовым периодом; услуги с целью подбора методов контрацепции, заместительной гормональной терапии, диагностики и лечения бесплодия;

4.4.33. покупка средств медицинской техники (за исключением расходов на костыли и опорные палки, на прокат кресла-коляски, других предметов медицинского оборудования и вспомогательных средств, являющихся необходимыми в соответствии с назначением лечащего врача, – в пределах 1000 (одной тысячи) рублей, если иное не предусмотрено договором страхования), очков, контактных линз, слуховых аппаратов, брэкет-систем, иных корректирующих медицинских устройств и приспособлений, а также расходы на их подбор, коррекцию и ремонт.

4.5. Оплата медицинских амбулаторных услуг заканчивается последним днём действия срока страхования, указанного в полисе.

4.6. Страховщик вправе отказать в организации и оплате стационарной помощи в неотложной форме по одному и тому же страховому событию в случае немотивированного отказа Застрахованного от ранее организованной госпитализации.

Статья 5. Страховая сумма, страховая премия и страховые взносы

5.1. Страховая сумма устанавливается по соглашению между Страхователем и Страховщиком, исходя из перечня Программ и стоимости медицинских услуг и/или иных услуг, предусмотренных договором страхования, и указывается в договоре страхования (полисе).

5.2. Страховой премией является плата за страхование, которую Страхователь обязан уплатить Страховщику в соответствии с договором страхования. Размер и порядок уплаты страховой премии определяется в договоре страхования. Договором страхования может быть предусмотрена уплата страховой премии единовременно, путём внесения единовременного платежа, или по частям, путём уплаты страховых взносов.

5.3. Уплата премии (взносов) осуществляется Страхователем или по его поручению любым лицом путем безналичного перечисления средств на расчетный счет Страховщика; наличными деньгами представителю Страховщика или в кассу Страховщика, либо иным согласованным в договоре способом. Страховые взносы могут уплачиваться вперед за один или несколько периодов оплаты.

5.4. В случае неуплаты очередного страхового взноса в установленный срок, действие страхования приостанавливается до 00 часов дня, следующего за днем уплаты просроченного страхового взноса. Срок окончания договора при этом не изменяется. Медицинские услуги, оказанные Застрахованным, в период, когда действие страхования было приостановлено, страховой выплатой не покрываются.

Статья 6. Заключение, вступление в силу и срок действия договора страхования, территория страхования

6.1. Договор страхования заключается на основании устного или письменного заявления Страхователя. Для заключения договора Страхователь обязан предоставить Страховщику сведения о лице, подлежащем страхованию, содержащие его паспортные данные, информацию о месте проживания (регистрации) и контактные телефоны, а также информацию, указанную в п. 2 настоящих Правил, в той мере, в какой она относится к страхуемому лицу.

При заключении договора на основании письменного заявления Страхователь обязан точно и полно указать в нём сведения в соответствии с поставленными Страховщиком вопросами, имеющими существенное значение для определения степени страхового риска и вероятности наступления страхового случая. Существенными, в любом случае, считаются сведения, указанные в п. 2 настоящих Правил.

По требованию Страховщика Страхователь обязан передать Страховщику заверенные копии документов, подтверждающие указанные в заявлении и/или ответах на запросы сведения.

6.2. Договор страхования заключается в письменной форме. Договор страхования может быть заключен путем вручения Страховщиком Страхователю полиса и настоящих Правил (выписки из Правил) или путем подписания отдельного документа, составленного на условиях Правил. Положения, содержащиеся в настоящих Правилах и не включенные в текст договора страхования (полиса), обязательны для Страхователя, если в договоре страхования (полисе) прямо указывается на применение таких Правил и сами Правила изложены в одном документе с договором (полисом), на его оборотной стороне или приложены к нему.

6.3. Договор страхования вступает в силу после уплаты в установленные сроки первого страхового взноса (единовременной страховой премии) в сроки, указанные в договоре.

6.4. Срок страхования (срок действия договора) указывается в договоре. Срок страхования по каждому Застрахованному совпадает со сроком действия договора, если отдельно в договоре не предусмотрено иное.

6.5. Территорией страхования (территорией, в пределах которой последствия событий, имеющих признаки страхового случая, покрываются страхованием) является субъект или субъекты Российской

Федерации, указанные в договоре страхования (полисе), на территории которых Застрахованный намерен осуществлять трудовую деятельность.

6.6. Страхователь, заключая договор страхования на основании настоящих Правил страхования:

6.6.1. выражает согласие на обработку персональных данных: фамилии, имени, отчества, места жительства, адреса регистрации, сведений о состоянии здоровья, электронного адреса, телефона, а также иной информации, содержащейся в документах и/или передаваемой с использованием электронной или телефонной связи (при условии, что Страховщик обеспечивает соответствующую возможность записи и хранения электронной переписки и телефонных переговоров, в той мере, в какой это не противоречит действующему законодательству Российской Федерации) (далее вместе, по отдельности и в любом составе «Персональные данные»);

6.6.2. подтверждает, что Страховщик может осуществлять обработку Персональных данных с использованием средств автоматизации и без использования таких средств, а именно: Страховщик может совершать следующие действия с Персональными данными как на бумажных, так и на электронных носителях: сбор, запись, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), извлечение, использование, обезличивание, блокирование, удаление, уничтожение;

6.6.3. подтверждает, что согласен на обработку Персональных данных:

6.6.3.1. в целях получения информации об услугах Страховщика и для продвижения любыми способами услуг, оказываемых Страховщиком;

6.6.3.2. для заключения и/или исполнения договора страхования, а также в соответствии со страховым законодательством;

6.6.3.3. для обеспечения внутреннего документооборота в рамках группы компаний, в которую входит Страховщик, в том числе с использованием электронных средств связи;

6.6.4. подтверждает, что для достижения целей, указанных в пунктах 6.6.3.2 и 6.6.3.3, Страховщик может осуществлять передачу (предоставление, доступ) Персональных данных третьим лицам, объединениям Страховщиков, аффилированным лицам Страховщика, включая находящимся на территории иностранных государств;

6.6.5. подтверждает, что предоставляет согласие на обработку Персональных данных третьим лицам, которым Страхователь (Застрахованный) самостоятельно передал Персональные данные в целях, указанных в пункте 6.6.3.2.

6.6.6. В любое время указанное согласие может быть отозвано путем направления заявления в письменной форме об отзыве согласия на обработку персональных данных по адресу: Россия, 196084, Санкт-Петербург, Московский пр., д. 79а, лит. А., вниманию ответственного за организацию обработки персональных данных Либерти Страхования (АО). При этом Страховщик прекращает обработку Персональных данных и уничтожает их. Страховщик вправе продолжить обработку Персональных данных без согласия субъекта Персональных данных при наличии оснований, предусмотренных законодательством.

Статья 7. Изменение договора страхования

7.1. Договор страхования может быть изменен по соглашению сторон в течение срока действия договора.

7.2. Изменение условий договора страхования оформляется путем составления дополнительного соглашения к договору страхования, подписанного обеими Сторонами.

7.3. При изменении положений договора страхования, которые учитывались при определении величины страховой премии по договору, Страховщик производит перерасчет премии. В случае увеличения страховой премии в результате перерасчета, Страхователь обязан уплатить дополнительную страховую премию в установленные дополнительным соглашением сроки.

Статья 8. Прекращение договора страхования

8.1. Договор страхования прекращает свое действие в случае:

8.1.1. истечения срока действия договора;

8.1.2. выполнения Страховщиком своих обязательств по договору страхования в полном объеме;

8.1.3. смерти Страхователя - физического лица, заключившего договор страхования в отношении третьих лиц, или ликвидации Страхователя;

8.1.4. смерти Застрахованного - в части данного Застрахованного, но после оказания услуг по репатриации, если такие предусмотрены Программой страхования;

8.1.5. в иных случаях, предусмотренных действующим законодательством Российской Федерации. В случае прекращения договора страхования по причинам, указанным в подпунктах 8.1.1. – 8.1.4. Правил, возврат уплаченной страховой премии (взносов) Страховщик не производит, если иное не предусмотрено договором.

8.2. В случае отказа Страхователя от договора страхования в течение пяти рабочих дней со дня его заключения (независимо от момента уплаты страховой премии) при отсутствии в данном периоде событий, имеющих признаки страхового случая, Страховщик в срок, не превышающий 10 рабочих дней со дня получения письменного заявления Страхователя, возвращает Страхователю (по его выбору

наличными деньгами или в безналичном порядке) уплаченную страховую премию в следующем размере:

- если Страхователь отказался от договора страхования в срок до даты начала действия страхования уплаченная страховая премия подлежит возврату Страховщиком Страхователю в полном объеме;
- если Страхователь отказался от договора страхования в срок после даты начала действия страхования Страховщик при возврате уплаченной страховой премии Страхователю вправе удержать ее часть пропорционально сроку действия договора страхования, прошедшему с даты начала действия страхования до даты прекращения действия договора страхования.

В случаях прекращения действия договора, указанных в настоящем пункте Правил, договор страхования считается прекратившим свое действие с даты получения Страховщиком письменного заявления Страхователя об отказе от договора страхования, если иная дата не установлена соглашением сторон, но не позднее пяти рабочих дней со дня заключения договора страхования.

Статья 9. Организация оказания медицинских и иных услуг, медицинские учреждения, сервисные компании и иные учреждения

9.1. Для получения первичной медико-санитарной помощи и специализированной медицинской помощи в неотложной форме, вызванной наступлением страховых случаев, указанных в статье 3 настоящих Правил, Застрахованному необходимо обратиться к Страховщику или в Сервисную компанию по указанным в пункте 9.2 телефонам для согласования медицинского (лечебно-профилактического) учреждения и предоставления гарантийного письма.

9.2. В случае обращения в медицинское (лечебно-профилактическое) учреждение без согласования со Страховщиком, для получения первичной медико-санитарной помощи и специализированной медицинской помощи в неотложной форме, а также для получения услуг по медицинской транспортировке в страну постоянного проживания или репатриации, вызванных наступлением страховых случаев, указанных в пункте 3, Застрахованному необходимо лично или через своего представителя (работодателя, родственника, лечащего врача и т.д.) связаться со Страховщиком по телефонам:

- круглосуточный контакт-центр Либерти Страхование (АО): 8-800-100-2-111 (бесплатный для звонков по России);
- Сервисная компания «КЛАСС-АССИСТ»: 8-800-333-72-92, 8-800-200-71-45

9.3. При обращении (поступлении) в медицинское учреждение Застрахованный обязан предъявить страховой полис и паспорт.

9.4. Застрахованный обязан освободить лечащих врачей от обязанности сохранения врачебной тайны, дать согласие на предоставление Сервисной компании или Страховщику документации о лечении, а также, в случае необходимости, документации о состоянии его здоровья до наступления страхового случая.

9.5. В случае оплаты лично или через своего представителя медицинских услуг медицинскому (лечебно-профилактическому) учреждению (с обязательным уведомлением Страховщика в размере, не превышающем 700 (семьсот) рублей), для получения страхового возмещения Застрахованному необходимо предоставить Страховщику оригиналы следующих документов:

- заявление на выплату по установленной Страховщиком форме;
- договор страхования (полис);
- паспорт;
- медицинские документы (счета и справки медицинских учреждений), содержащие данные Застрахованного, сведения о диагнозе, состоянии здоровья Застрахованного в момент обращения за медицинской помощью, дату обращения, наименование и реквизиты медицинского учреждения, перечень и стоимость оказанных услуг, использованных расходных материалов и медикаментов отдельно по датам и стоимости;
- финансовые документы, подтверждающие факт оплаты медицинских и иных услуг (подтверждение банка о перечислении суммы, кассовый чек);
- индивидуальный счет Застрахованного и реквизиты банка.

9.6. При необходимости, по требованию Страховщика и за его счет Застрахованный проходит медицинское обследование.

9.7. Если имеет место медицинская транспортировка или репатриация, Застрахованный или его представитель обязан возвратить Страховщику неиспользованный оригинальный билет или его кассовую стоимость.

9.8. Застрахованный возмещает стоимость предоставленных услуг, за которые Страховщик не несет обязательства по договору страхования, в течение одного месяца после получения письменной претензии от Страховщика о возмещении соответствующих расходов.

Статья 10. Страховая выплата

10.1. Страховая выплата производится Страховщиком только по страховым случаям, оговоренным в пункте 3.2 Правил и в соответствии с Программой добровольного медицинского страхования

10.2. Размер страховой выплаты соответствует стоимости медицинских и/или иных услуг, оказанных Застрахованному в соответствии с договором страхования. При этом общая сумма страховых выплат определенного вида не может превышать установленной в договоре соответствующей страховой суммы (лимита возмещения). Лимит возмещения - установленная в договоре максимальная величина расходов на медицинские и/или иные услуги определенного вида, подлежащие возмещению по договору страхования.

10.3. Страховая выплата производится медицинскому учреждению, сервисной компании и/или иному учреждению, оказавшему Застрахованному медицинские и/или иные услуги, а также Застрахованному лицу с учетом требований, изложенных в статье 9 Правил.

Страховая выплата медицинскому учреждению, сервисной компании и/или иному учреждению осуществляется на основании выставленных ими счетов с указанием данных Застрахованного лица, даты, вида и стоимости оказанных услуг. Порядок экспертизы и оплаты счетов определяется в соответствующем договоре, заключенном Страховщиком с данным медицинским или иным учреждением, сервисной компанией.

10.4. Страховая выплата Застрахованному лицу осуществляется Страховщиком в течение 15 (пятнадцати) рабочих дней с момента получения всех необходимых документов, указанных в пункте 9.5 Правил и подтверждающих наступление страхового случая и размер понесенных расходов.

10.5. Страховая выплата производится в рублях Российской Федерации.

Статья 11. Разрешение споров

Споры, возникающие по договору страхования, заключенному в соответствии с настоящими Правилами, и связанные с ним, разрешаются путем переговоров, а при недостижении согласия - в судебном порядке в пределах срока исковой давности, предусмотренного действующим законодательством Российской Федерации.

II. ПРИЛОЖЕНИЯ

ПРИЛОЖЕНИЕ № 1
к Правилам ДМС редакция 1.16

Страховые тарифы ДМС

1. Страховая премия по договору ДМС рассчитывается как сумма страховых премий по страхованию каждого застрахованного в рамках данного договора.
2. Страховой тариф по программе получается путем умножения базового страхового тарифа на поправочные коэффициенты.
3. Базовый страховой тариф по программе определяется по Таблице 1 в зависимости от вида и категории программы, а также величины страховой суммы.

Табл. 1. Базовые тарифные (%) ставки по программам ДМС для различных категорий и интервалов страховых сумм.

Код программы ДМС	Наименование программы	Страховая сумма	Тариф
1	Программа «М1»	от 100 000 до 500 000 руб.	0,4469
2	Программа «М2»	от 100 000 до 500 000 руб.	0,5189
3	Программа «М3»	от 100 000 до 500 000 руб.	0,9046

4. К базовым страховым тарифам могут применяться поправочные коэффициенты, учитывающие:
- количество Застрахованных в рамках одного договора;
 - пол и возраст Застрахованных;
 - характер трудовой деятельности Застрахованных;
 - включение в программу /исключение из программы отдельных заболеваний, медицинских услуг, медицинских учреждений;
 - оценка степени страхового риска для данного застрахованного (коллектива Застрахованных).