

Утверждены Приказом
Генерального директора
№ 275 от «27» декабря 2021 г.

ПРАВИЛА ДОБРОВОЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ
иностранных граждан и лиц без гражданства, находящихся на территории
Российской Федерации с целью осуществления ими трудовой
деятельности
РЕДАКЦИЯ 6.21

Санкт-Петербург
2021

Содержание:

I. ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ

Статья 1. Правила страхования и договор страхования	3
Статья 2. Застрахованные лица	3
Статья 3. Страховой риск и страховой случай	3
Статья 4. Программы добровольного медицинского страхования	4
Статья 5. Страховая сумма, страховая премия и страховые взносы	6
Статья 6. Заключение, вступление в силу и срок действия договора страхования	6
Статья 7. Изменение договора страхования	7
Статья 8. Прекращение договора страхования	7
Статья 9. Организация оказания медицинских услуг и медицинские учреждения	8
Статья 10. Страховая выплата	9
Статья 11. Разрешение споров	9

II. ПРИЛОЖЕНИЯ

Приложение 1. Страховые тарифы ДМС	10
---	----

I. ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ

Статья 1. Правила страхования и договор страхования

1.1. На условиях настоящих Правил «Совкомбанк 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).

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.

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 внезапным острым заболеванием, обострением хронического заболевания, травмой, отравлением и другими состояниями, возникшими в пределах срока страхования и требующими медицинского вмешательства, сопряженных услуг и/или репатриации по Программе страхования, указанной в ст. 4 настоящих Правил при одновременном соблюдении следующих условий:

3.2.1. медицинская помощь, за которой обратился Застрахованный, предусмотрена Программой ДМС для данного Застрахованного и соответствует минимальным (стандартным) требованиям, установленным Указанием Банка России №3793-У от «13» сентября 2015 г. «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» и Указанием Банка России № 5974-У от «11» октября 2021 г. «О внесении изменений в Указание 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».

3.2.2. заболевание или состояние, в связи с которым обратился Застрахованный, входит согласно части шестой статьи 35 Федерального закона от 29 ноября 2010 года N 326-ФЗ "Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации" (Собрание законодательства Российской Федерации, 2010, N 49, ст. 6422; 2011, N 25, ст. 3529; N 49, ст. 7047; ст. 7057; 2012, N 31, ст. 4322; N 49, ст. 6758; 2013, N 7, ст. 606; N 27, ст. 3477; N 30, ст. 4084; N 39, ст. 4883; N 48, ст. 6165; N 52, ст. 6955; 2014, N 11, ст. 1098; N 28, ст. 3851; N 30, ст. 4269; N 49, ст. 6927) в базовую программу обязательного медицинского страхования с учетом особенностей, установленных пунктом 4.4. настоящих Правил;

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»:

В рамках данной Программы ДМС при наступлении страхового случая подлежат оплате медицинские услуги, оказываемые в рамках первичной медико-санитарной помощи и специализированной медицинской помощи в неотложной форме, а также 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 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.

4.1.1. Первичная медико-санитарная 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), стоматолога (терапевта/хирурга);

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;

4.1.1.5. терапевтические и хирургические услуги по стоматологии: купирование болевого синдрома, вскрытие полости зуба, наложение временной пломбы, удаление зуба, хирургическое лечение абсцессов ротовой полости.

4.1.2. Специализированная медицинская помощь в неотложной форме, оказываемая в условиях стационара, включает:

4.1.2.1. госпитализацию Застрахованного в стандартной (общей) 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, предусмотренным 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-, теплотечение, ингаляции - по назначению врача и в случаях, когда эти процедуры необходимы для лечения заболевания или травмы, послуживших 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: диагностические и лечебные мероприятия, направленные на немедленное устранение всех болезненных состояний, вызванных пульпитом, кариесом, иными предусмотренными договором страхования заболеваниями естественных зубов в размере, не превышающем указанного в договоре страхования (полисе) лимита за весь период действия договора страхования.

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 услуги:

- по оказанию Застрахованному лицу медицинской помощи, не назначенной врачом, оказывающим медицинскую помощь в рамках Программы страхования;
- по оказанию Застрахованному лицу 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, а также при злокачественных новообразованиях, сахарном диабете, психических расстройствах и расстройствах поведения;
- по оказанию Застрахованному лицу высокотехнологичной медицинской помощи;
- по оказанию Застрахованному лицу медицинской помощи при патологических состояниях, отравлениях и травмах, возникших у Застрахованного лица в состоянии алкогольного опьянения или под воздействием иных психоактивных веществ и (или) лекарственных препаратов, употребленных без назначения врача;
- 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;
- связанных с беременностью, родами, послеродовым периодом и абортами Застрахованного лица;
- расходы по оплате (приобретению) застрахованным лицом лекарственных препаратов и медицинских изделий, за исключением предусмотренных Указанием №3793-У.

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 страховой премии определяется в зависимости от вида и категории программы, величины страховой суммы, сведений, сообщенных Страхователем/Застрахованным лицом, влияющих на величину страхового риска, принимаемого на страхование. Размер страховой премии указывается в договоре страхования (полисе). Страхователь имеет право запросить у Страховщика информацию о размере вознаграждения, выплачиваемого страховому агенту или страховому брокеру. Данное право также распространяется на Застрахованное лицо и Выгодоприобретателя.

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. Договором страхования может быть предусмотрена уплата страховой премии единовременно, путём внесения единовременного платежа, или по частям, путём уплаты страховых взносов.

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 Страхователе и о лице, подлежащем страхованию, согласно п.7.2 Указаний ЦБ РФ № 3793-У от 13 сентября 2015 г и №5974-У от «11» октября 2021 г., 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 (передачи в электронном виде средствами телекоммуникации) 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 Российская Федерация.

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, 192007, г. Санкт-Петербург, наб. Обводного канала д.60, лит. А., вниманию ответственного за организацию обработки Персональных данных «Совкомбанк страхование» (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 уплаченная страховая премия возврату не подлежит, если договором не предусмотрено иное.

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 указанному 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 «Совкомбанк 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), для получения страхового возмещения Застрахованному необходимо предоставить Страховщику следующие документы:

- заявление на выплату по установленной Страховщиком форме;
- договор страхования (полис);
- паспорт;
- оригиналы медицинских документов (счета и справки медицинских учреждений), содержащих 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;
- оригиналы финансовых документов, подтверждающих 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 (освидетельствование). При этом:

а) Согласование места и времени проведения обследования Застрахованного лица должно быть зафиксировано Страховщиком посредством:

- заключения соглашения о месте и времени проведения обследования Застрахованного лица по разработанной Страховщиком форме;
- направления Страховщиком в адрес лица, подавшего заявление на страховую выплату, или Застрахованного лица заказным письмом с уведомлением сообщения с указанием места и времени проведения обследования Застрахованного лица - не менее двух вариантов времени на выбор; иного способа, позволяющего подтвердить, что такое лицо было должным образом уведомлено о необходимости проведения обследования застрахованного лица.

б) Если Застрахованное лицо не прошло освидетельствование в согласованную дату, Страховщик согласовывает с этим лицом другую дату освидетельствования при его обращении к Страховщику. При этом, если в соответствии с договором страхования течение срока урегулирования требования о страховой выплате началось до проведения освидетельствования, то течение данного срока приостанавливается до даты проведения освидетельствования.

В случае повторного непрохождения Застрахованным лицом освидетельствования в согласованную со Страховщиком дату, Страховщик возвращает без рассмотрения представленное таким лицом заявление на страховое возмещение, а также приложенные к нему документы (как поданные непосредственно вместе с заявлением, так и представленные впоследствии), если иное не будет согласовано между Страховщиком и Страхователем (Выгодоприобретателем);

9.7. Если имеет место медицинская транспортировка или репатриация, Застрахованный или его представитель обязан вернуть 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. Страховщик имеет право отсрочить осуществление страховой выплаты, если в связи с событием, имеющим признаки страхового случая, производится независимая экспертиза его причин, обстоятельств и последствий. При этом срок осуществления страховой выплаты увеличивается до получения Страховщиком результатов экспертизы.

10.6. 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.

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.	0,521
2	Программа «М2»	от 100 000 до 500 000 руб.	0,605
3	Программа «М3»	от 100 000 до 500 000 руб.	1,055

4. К базовым страховым тарифам могут применяться поправочные коэффициенты, учитывающие:

- количество застрахованных в рамках одного договора;
- характер деятельности застрахованных;
- количество программ, одновременно включенных в комплекс программ ДМС;
- включение в программу/исключение из программы отдельных заболеваний/медицинских услуг, а также ЛПУ из другой категории;
- экономические результаты по ранее действовавшим договорам страхования, заключенным в отношении данного коллектива застрахованных;
- оценка степени страхового риска для данного застрахованного (коллектива застрахованных) и др.

Для учета указанных выше факторов, которые в настоящее время не могут быть точно тарифицированы из-за отсутствия достаточных статистических данных, предполагается использовать поправочные коэффициенты **от 0,2 до 5**.